

Jahresbericht der Ombudsperson 2025

Medizinischer Dienst Bayern

Berichtszeitraum 01.01.2025 – 31.12.2025

Geschäftsstelle der Ombudsperson
Medizinischer Dienst Bayern
Haidenauplatz 1
81667 München

Inhalt

1	Einleitung	3
1.1	Rechtlicher Rahmen und Aufgabenstellung	3
1.2	Organisation der unabhängigen Ombudsperson	3
1.3	Geschäftsstelle der unabhängigen Ombudsperson	3
2	Berichtszeitraum 01.01.2025 – 31.12.2025	4
2.1.1	Eingaben nach Bereichen	5
2.1.2	Eingaben nach Kontaktweg und Personenkreis	6
2.1.3	Eingaben nach Themenfelder	7
2.2	Bereich Pflege (Pflegeversicherung)	10
2.3	Bereich Ambulante Versorgung (Krankenversicherung)	14
2.4	MD-interne Organisationen	18
2.5	Externe Organisationen	18
3	Eingaben durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	19
4	Zusammenarbeit mit dem Beschwerdemanagement des MD Bayern	19
5	Fazit	20

1 Einleitung

1.1 Rechtlicher Rahmen und Aufgabenstellung

Mit dem MDK-Reformgesetz wurden die Medizinischen Dienste (MD) gemäß § 283 Abs. 2 Satz 5 SGB V verpflichtet, je eine Ombudsperson zu stellen. Damit sind die unabhängigen Ombudspersonen ein weiteres wichtiges Element neben dem bereits etablierten, MD-internen Beschwerdemanagement, um für Transparenz hinsichtlich der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste zu sorgen sowie die Patientenrechte und die Rechte pflegebedürftiger Personen zu stärken. Die Ombudspersonen sind unabhängig, weisungsfrei, zur Neutralität verpflichtet und haben ihre Tätigkeit gewissenhaft und zum Wohle der Versichertengemeinschaft auszuüben.

Zu den weiteren Aufgaben der Ombudspersonen zählen auch die Bearbeitung der Beschwerden von Beschäftigten der Medizinischen Dienste, insbesondere bei Einflussversuchen durch Dritte.

Gemäß der Richtlinie der unabhängigen Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Bund erfolgt ein Tätigkeitsbericht über das Kalenderjahr 2025. Der Bericht soll Auskunft über den Umfang der Inanspruchnahme der Ombudsperson durch Versicherte als auch durch Beschäftigte des Medizinischen Dienstes Bayern geben. Entsprechend der Richtlinie wird der Bericht an den Vorstand, an den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bayern sowie an das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention weitergeleitet.

1.2 Organisation der unabhängigen Ombudsperson

Die unabhängige Ombudsperson wurde vom Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 18.06.2024 mit Beginn zum 01.07.2024 bestellt. Zusätzlich wurde, wie bereits im letzten Jahresbericht 2024 erwähnt, entsprechend der Richtlinie "Unabhängige Ombudsperson" vom 09.06.2021 zum 01.07.2024 eine Geschäftsstelle der Ombudsperson eingerichtet.

1.3 Geschäftsstelle der unabhängigen Ombudsperson

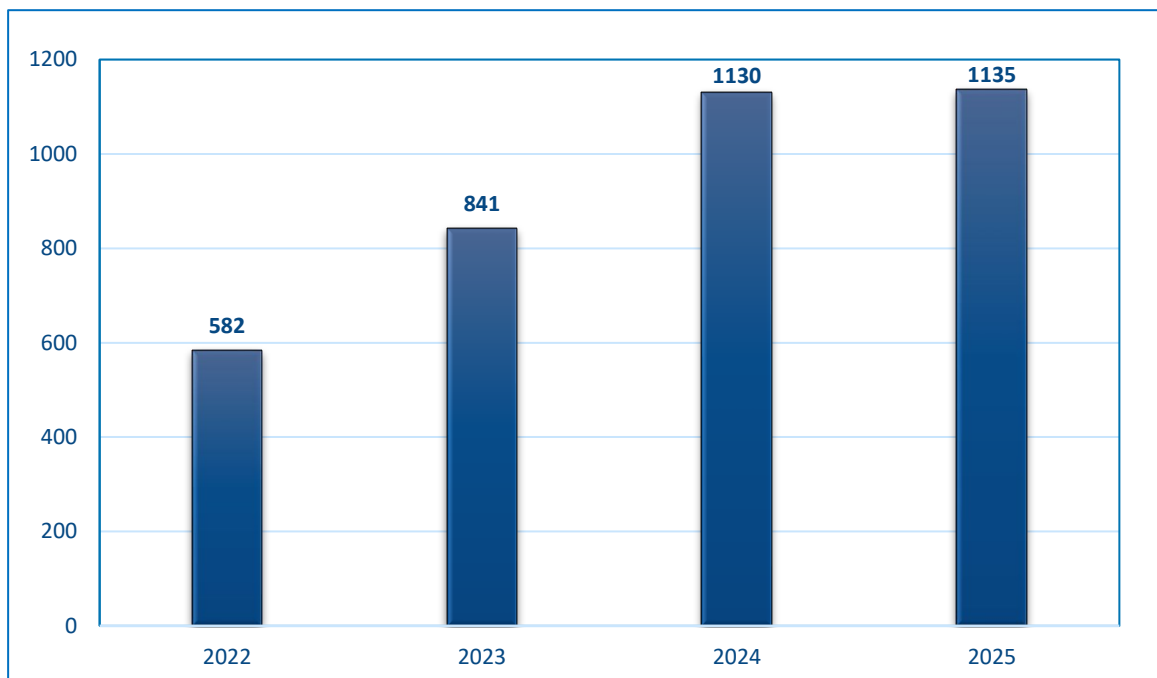
Die Geschäftsstelle der Ombudsperson arbeitet unabhängig und weisungsfrei vom Medizinischen Dienst Bayern. Alle Eingaben laufen in der Geschäftsstelle der unabhängigen Ombudsperson zusammen, hierbei liegen keine Versichertendaten, Gutachten oder medizinischen Berichte vor (außer die kontaktsuchende Person hat die Daten beigefügt).

Auf der Grundlage der Informationen durch die eingebenden Personen verschafft sich die Geschäftsstelle einen Überblick über die jeweiligen Fallkonstellationen, um die eingebenden Personen individuell direkt zu unterstützen und prozessual zu beraten – oder eine Beschwerde für ein Ombudsverfahren vorzubereiten und zu begleiten.

2 **Berichtszeitraum 01.01.2025 – 31.12.2025**

Im Jahr 2025 sind insgesamt 1.135 Eingaben bei der Geschäftsstelle der Ombudsperson eingegangen. Somit ist ein Anstieg von fünf Eingaben mehr im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen, was keinen signifikanten Anstieg der Eingaben darstellt.

Abbildung 1: Eingaben im Jahresvergleich (2022 bis 2025)

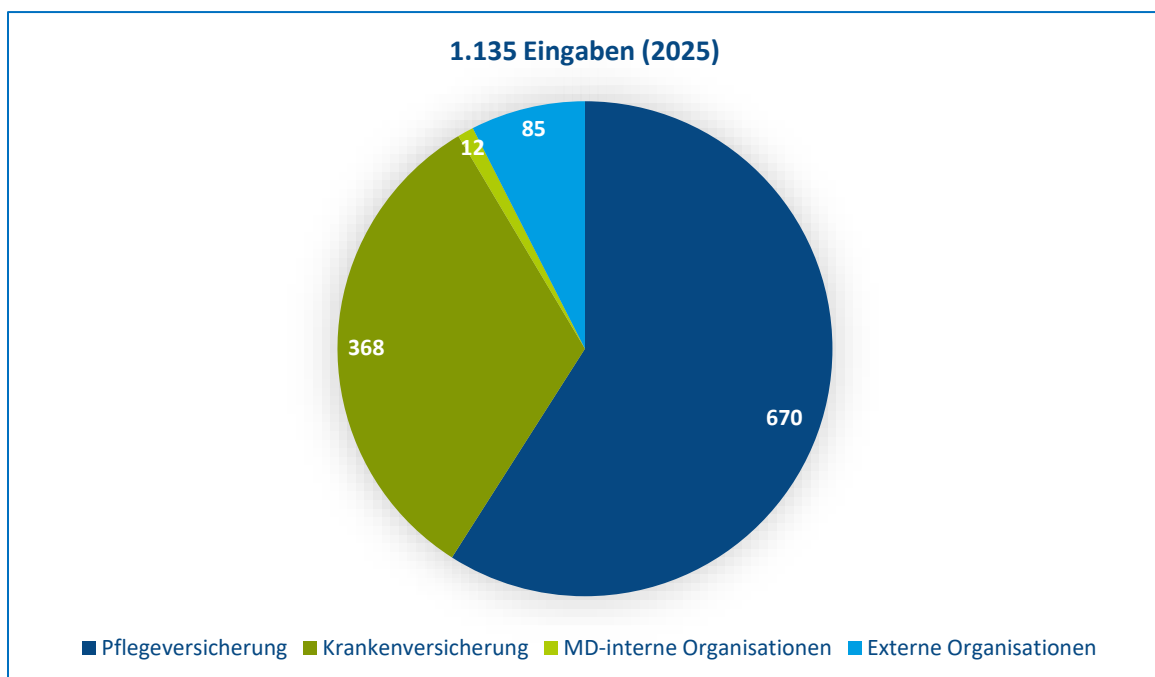


2.1.1 Eingaben nach Bereichen

Im Berichtszeitraum vom 01.01.2025 – 31.12.2025 sind insgesamt 1.135 Eingaben eingegangen. Diese teilen sich mit 670 Eingaben auf den Bereich der **Pflegeversicherung** (Pflege-Einzelfallbegutachtung, Externe Qualitätsprüfung Pflege und häusliche Krankenpflege) sowie mit 368 Eingaben auf den Bereich der **Krankenversicherung** (Ambulante Versorgung) auf. Seit dem Jahr 2025 wurde die statistische Erfassung der Eingaben um den Bereich "MD interne Organisationen und Externe Organisationen" erweitert. Im Bericht 2024 waren diese noch gemeinsam mit dem Bereich "Sonstige Organisationen" zusammengefasst. 12 Eingaben waren dem Medizinischen Dienst Bayern unter der Kategorie **MD-interne Organisationen** zuordenbar, jedoch ist eine weitere Zuordnung aufgrund fehlender Daten nicht möglich gewesen. Bei den 85 weiteren Eingaben in der Kategorie **Externe Organisationen** bestand keine Zuständigkeit (Beispiel: Widerspruch gegen die elektronische Patientenakte, Beschwerde gegen Kranken-/Pflegeversicherung, Beschwerde niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder Krankenhäuser etc.).

In dem Bereich **Krankenhaus** sind keine Eingaben eingegangen.

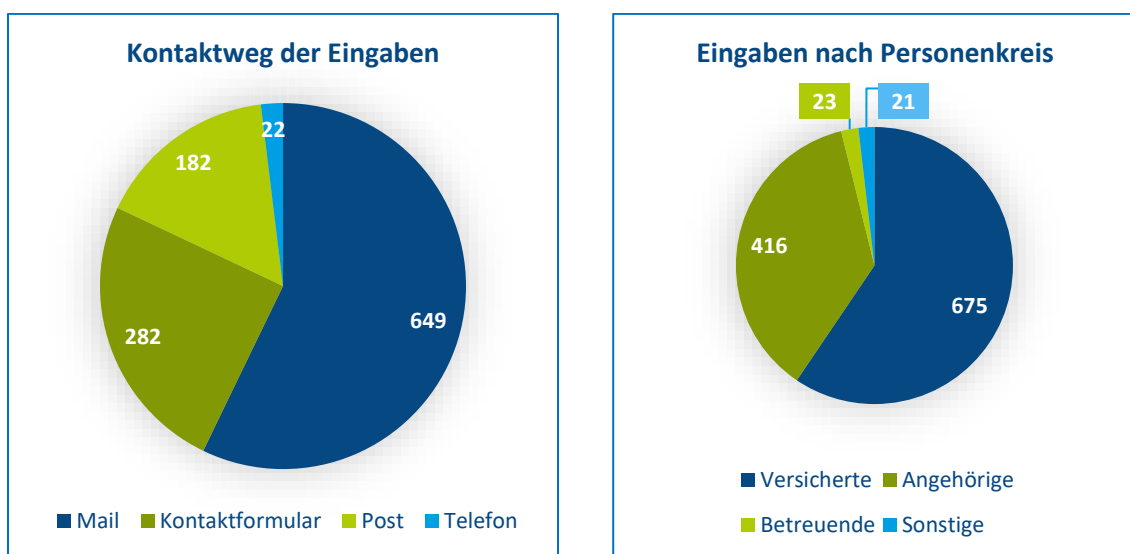
Abbildung 2: Eingaben gesamt 2025 nach Kategorie



2.1.2 Eingaben nach Kontaktweg und Personenkreis

Von den insgesamt 1.135 Eingaben sind 649 Eingaben (57 Prozent) über den Kontaktweg **Mail** eingegangen, 282 Eingaben (25 Prozent) wurden über das auf der Homepage des Medizinischen Dienst Bayern hinterlegte **Kontaktformular** eingereicht. Über den **Postweg** gingen 182 Eingaben (16 Prozent) ein, in 22 Fällen (2 Prozent) erfolgte eine **telefonische** Kontaktaufnahme.

Abbildung 3: Eingaben nach Kontaktweg und Personenkreis



Betrachtet man den Personenkreis, über den die Eingaben erfolgten, so ergibt sich folgendes Bild:

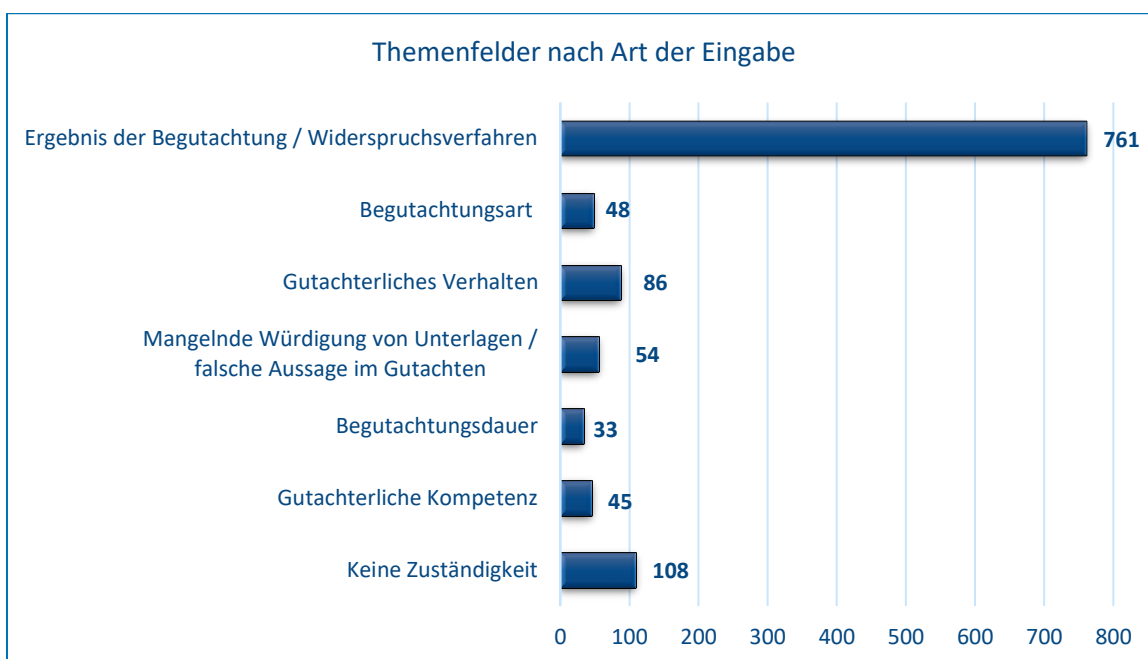
675 der Eingaben (59 Prozent) wurden von den **Versicherten** eigenständig durchgeführt, 416 der Eingaben (37 Prozent) erfolgten durch **Angehörige der Versicherten** und 23 der Eingaben (2 Prozent) sind durch **Betreuende** (Betreuungsinstitutionen, Bevollmächtigte ohne Angehörigkeit zum Versicherten) eingegangen. Bei Eingaben von Angehörigen, Betreuungspersonen und Bevollmächtigten wurde in jedem Einzelfall eine Legitimation/Berechtigung eingeholt und geprüft.

Bei den 21 Eingaben (2 Prozent) des sonstigen Personenkreises (**Sonstige**) handelte es sich entweder um Eingaben von Personen ohne Zuordnungsmöglichkeit zu einem Versicherten oder um Eingaben von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ohne konkreten Bezug auf einzelne Versicherte.

2.1.3 Eingaben nach Themenfelder

Um die eingehenden Eingaben näher zu spezifizieren, wurden diese in folgende Themenfelder kategorisiert (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Themenfelder der Eingaben



Bei dieser Abbildung ist deutlich erkennbar, dass mit 761 Eingaben (67 Prozent) der Gesamteingaben im Bereich **Widerspruchsverfahren / Ergebnis der Begutachtung**, dieser den größten Anteil darstellt.

Auch die 108 Eingaben (9,5 Prozent) mit dem Themenfeld **Keine Zuständigkeit** sind hervorzuheben. Während es sich mit der Zuordnung "MD-intern" in den meisten Fällen um die Bitte nach Akteneinsicht handelt, handelt es sich im Bereich "Externe Organisationen" sehr häufig um Beschwerden gegenüber niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte oder um einen Widerspruch gegen die elektronische Patientenakte.

Weiter ist zu erwähnen, dass ein deutlicher Rückgang mit 33 Eingaben im Themenfeld **Begutachtungsdauer** im Jahr 2025 zu verzeichnen war. Hier waren im 2. Halbjahr 2024 noch 53 Eingaben eingegangen.

Zu den einzelnen Themenfeldern im Detail:

Wie schon im letzten Jahr wurden die Themenfelder **Ergebnis der Begutachtung & Widerspruchsverfahren** zusammengeführt bzw. subsummiert. Dies erfolgte, da die eingehenden Widersprüche aufgrund der Begutachtungsergebnisse an die Ombudsperson gerichtet wurden und es den kontaktsuchenden Personen nicht bekannt war, an welche Stelle ihr Widerspruch zu richten sei. Dies ist u. a. auf die unklaren Formulierungen in den Leistungsbescheiden der Kranken- und Pflegekassen zurückzuführen. Zudem geht aus den Leistungsbescheiden für die Versicherten nicht eindeutig hervor, wann die Ombudsperson einbezogen werden kann.

Aus diesem Grund wurden die kontaktsuchenden Personen bei Fragen zum Ergebnis der Begutachtung an die bereits vorhandenen Beratungsstellen des Medizinischen Dienstes Bayern verwiesen (z. B. Pflegebegutachtung, Hilfsmittelberatung).

Bei dem Themenfeld **Begutachtungsart** handelte es sich um Beschwerden bzgl. der Art und/oder der Durchführung des vom Medizinischen Dienst Bayern gewählten Verfahrens der Begutachtung. Bei den Begutachtungsverfahren handelt es sich entweder um Begutachtungen nach Aktenlage, Telefoninterviews oder um Begutachtungen im häuslichen Umfeld im Bereich Pflege. Auch aktenlagige Begutachtungen und körperliche Untersuchungen im Bereich der Ambulanten Versorgung sind dabei anzuführen.

Zum **gutachterlichen Verhalten**: Hier wurde von den kontaktsuchenden Personen primär das Verhalten derjenigen Person, welche die Gutachten im Rahmen der Begutachtungssituation erstellte, beanstandet.

Mangelnde Würdigung von Unterlagen/falsche Aussagen im Gutachten waren ein weiteres, bedeutsames Themenfeld, welches die Geschäftsstelle der Ombudsperson erreichte. Dabei wurde von den kontaktsuchenden Personen in ihrer Beschwerde kontestiert, dass die innerhalb des Begutachtungsauftrages vorgelegten Unterlagen nicht oder nicht vollständig berücksichtigt bzw. nicht korrekt dargestellt wurden.

Im Themenfeld **Begutachtungsdauer** handelte es sich um Beschwerden von kontaktsuchenden Personen bezüglich der nicht fristgerechten Bearbeitung des Gutachtenauftrages durch den Medizinischen Dienst Bayern.

Bei der **Gutachterlichen Kompetenz** wurde bei der Beschwerde die fachliche Kompetenz der begutachtenden Person angezweifelt.

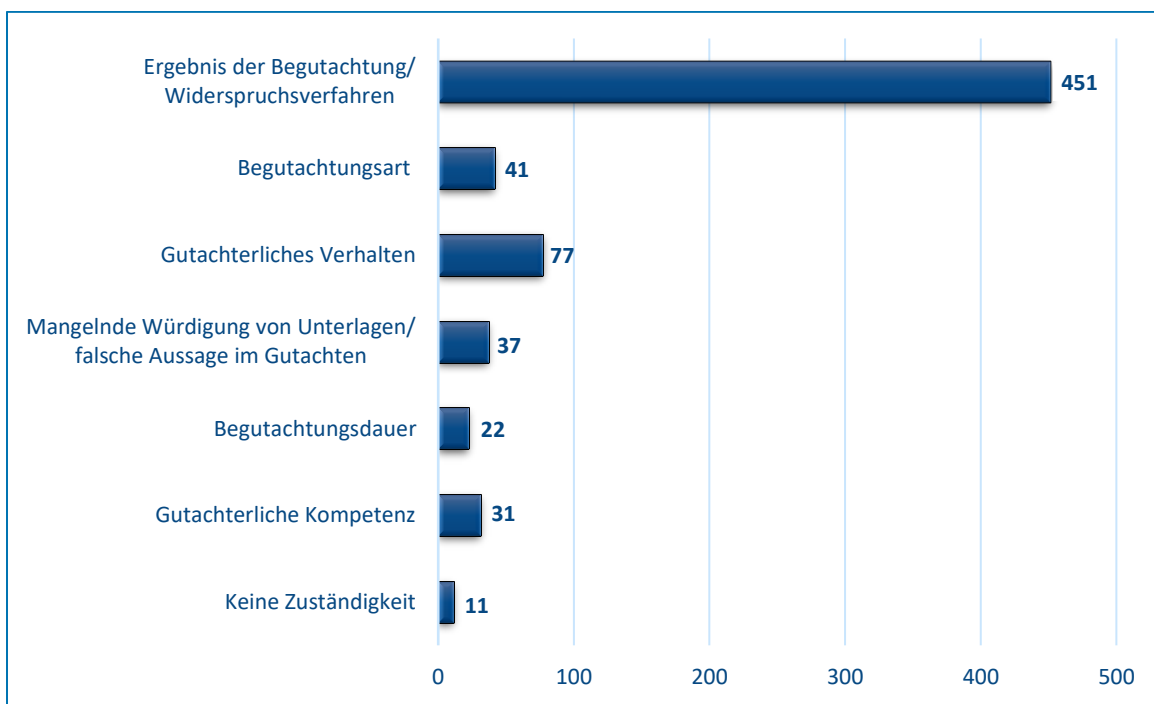
In der Kategorie **Keine Zuständigkeit** wurden Eingaben der kontaktsuchenden Personen subsummiert, die nicht im Aufgabenbereich der Geschäftsstelle der Ombudsperson liegen. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Eingaben bzgl. Akteneinsicht. Da die Geschäftsstelle der Ombudsperson allerdings eine externe Stelle des Medizinischen Dienstes darstellt, wurden die kontaktsuchenden Personen an die jeweiligen Ansprechpartner des Medizinischen Dienstes Bayern verwiesen. Ebenso sind hier "Irrläufer" wie Widersprüche gegen die elektronische Patientenakte, Beschwerden gegen die private Krankenversicherung, Widersprüche gegen die EU-Rente etc. zu nennen.

2.2 Bereich Pflege (Pflegeversicherung)

Die in Summa 670 Eingaben im Bereich der **Pflegeversicherung** teilen sich mit 663 Eingaben (99 Prozent) auf die *Pflege-Einzelfallbegutachtung*, mit fünf Fällen (0,7 Prozent) auf die *Begutachtung der häuslichen Krankenpflege* sowie mit zwei Fällen (0,3 Prozent) auf den Bereich *Externe Qualitätsprüfung Pflege* auf.

Im Bereich Pflege wurden alle Eingaben, welche nicht in den Zuständigkeitsbereich der Ombudsperson fielen, direkt von der Geschäftsstelle beantwortet. Diese Eingaben umfassten insbesondere Fragen zu den Themenfeldern **Ergebnis der Begutachtung/Widerspruchsverfahren**, teilweise **Begutachtungsart** sowie **keine Zuständigkeit**. Bei Unklarheiten wurde immer die Ombudsperson miteinbezogen. Einen Überblick über die Art der Eingaben im Bereich Pflege gibt dabei folgende Abbildung 5:

Abbildung 5: Art der Eingaben im Bereich Pflege



Zu der Art der Eingaben im Detail:

Auf alle Eingaben, welche die Ombudsperson betreffen, erfolgte eine individuelle Nachricht mit Beratung über das weitere Vorgehen an die kontaktsuchenden Personen. In allen Fällen wurde bei Bedarf eine Einverständniserklärung eingeholt. Bei rund 10 Prozent der kontaktsuchenden Personen erhielt die Geschäftsstelle keine Antwort, sodass keine weiteren Maßnahmen eingeleitet werden konnten.

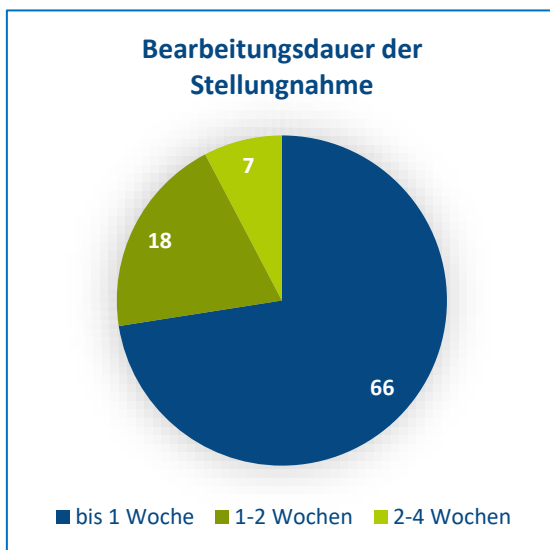
Unter den insgesamt 670 eingereichten Eingaben bei der Geschäftsstelle, die dem Bereich der **Pflegeversicherung** zuzuordnen waren, wurden insgesamt 91 Stellungnahmen bei dem Medizinischen Dienst Bayern in der entsprechenden Fachabteilung eingeholt.

Im Vergleich zum 2. Halbjahr im Jahr 2024 ist somit ein deutlicher Rückgang der Eingaben und angeforderten Stellungnahmen im Bereich **Begutachtungsdauer** zu verzeichnen. Hier wurden lediglich neun Stellungnahmen eingeholt, im Vergleich zum 2. Halbjahr 2024 waren es noch 31 Stellungnahmen.

Im Bereich **Gutachterliches Verhalten** sind 2025 insgesamt 77 Eingaben eingegangen. Von diesen 77 Eingaben wurden insgesamt 33 Stellungnahmen angefordert. Bei den weiteren 44 Eingaben wurde auf die Rückfrage auf Nachverfolgung der Beschwerde durch die Geschäftsstelle der Ombudsperson von der kontaktsuchenden Person eine Nachverfolgung abgelehnt. Zudem wurde über die Geschäftsstelle der Ombudsperson aufgrund eines pauschalen und oder oberflächlich geäußerten Beschwerdesachverhaltes eine Konkretisierung bei der kontaktsuchenden Person angefordert. Aufgrund ausbleibender Rückmeldung konnte die Eingabe durch die Geschäftsstelle der unabhängigen Ombudsperson nicht mehr nachverfolgt werden.

Von den 91 angeforderten Stellungnahmen im Bereich **Pflegeversicherung** wurden 66 Stellungnahmen (72 Prozent) innerhalb von sieben Tagen übermittelt. 18 Stellungnahmen (20 Prozent) gingen im Zeitraum von ein bis zwei Wochen ein. Sieben Stellungnahmen (8 Prozent) aus dem Bereich Pflege sind nach zwei bis vier Wochen eingegangen (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Bearbeitungsdauer der Stellungnahme im Bereich Pflegeversicherung



Zu den Schwerpunkten der Ombudsverfahren im Bereich **Pflegebegutachtung** nach Kategorie:

Kritik des gutachterlichen Verhaltens (33 Stellungnahmen eingeholt)

Hier führten die kontaktsuchenden Personen auf, dass es innerhalb der Begutachtungssituation – in der Regel bei der Pflegebegutachtung im häuslichen Umfeld – zu suboptimal empfundenen Äußerungen sowie Handlungen (z.B. „unfreundlich“, „schaut nur in den Laptop“) gekommen ist.

Grundsätzlich ist hier zu berücksichtigen und festzustellen, dass Pflegebegutachtungen regelmäßig in einem gewissen Spannungsfeld stattfinden. Hier stehen sich zwei Parteien gegenüber: Auf der einen Seite besteht von den Versicherten und auch den Angehörigen zurecht die Erwartung nach einem aus ihrer (subjektiven) Sicht angemessenen Bewertung der Situation und der Umstände, welche sich in der Begutachtung widerspiegeln soll. Andererseits müssen die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes Bayern die Begutachtung nach den derzeit gültigen Richtlinien durchführen. Hier kann es zu Diskrepanzen kommen, welche im Rahmen der Tätigkeit der Ombudsperson auch de facto sehr häufig zu beobachten sind.

Um dergleichen komplexe Fälle zu lösen und allen Protagonisten adäquat gerecht zu werden, wurden derartige Beschwerden immer an die Leitung der zuständigen Fachabteilung des Medizinischen Dienstes Bayern weitergeleitet. Hier wurden in der Regel die Beschwerden gemeinsam mit den Gutachtern, welche die Prüfung durchgeführt haben, besprochen, um die Situation zu reflektieren und auch die Gutachterinnen und Gutachter zu sensibilisieren.

Die Rückmeldungen wurden in allen Fällen zur Klärung des Sachverhaltes an die Versicherten bzw. an die kontaktsuchenden Personen weitergeleitet. In weniger als 3 Prozent der Fälle standen die Aussagen des Versicherten bzw. Beschwerdeführenden in deutlicher Diskrepanz zur stellungnehmenden Person. Leider konnte daher die unabhängige Ombudsperson hier die bestehenden Diskrepanzen und unterschiedlichen Schilderungen bzw. Wahrnehmungen nicht auflösen.

Kritik an gutachterlicher Kompetenz (23 Stellungnahmen eingeholt)

Hier erfolgten die Eingaben der Beschwerden durch die kontaktsuchenden Personen aufgrund abgelehnter Leistungsbescheide der Pflegekassen. Diese basierten jeweils auf einem sozialmedizinischen Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI des Medizinischen Dienstes Bayern.

Bei derartigen Beschwerden wurde in Frage gestellt, inwieweit der Gutachter mit Pflegehintergrund die Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI korrekt umgesetzt hat. Teilweise wurde der Wunsch geäußert die Begutachtung durch einen ärztlichen Gutachter durchführen zu lassen, da aus Sicht des Antragstellers / der Antragstellerin nur diese kompetent seien, um die Erkrankung korrekt zu beurteilen.

Jedoch war es den kontaktsuchenden Personen kaum bekannt, dass die sozialmedizinischen Beurteilungen maßgeblich durch qualifizierte Pflegefachkräfte durchgeführt werden, da es bei der Beurteilung nicht um die Schwere der Erkrankung oder Behinderung handelt, sondern es allein um die Bewertung die aus der kognitiven, psychischen und körperlichen Beeinträchtigung resultierenden Einschränkung der Selbstständigkeit und Fähigkeit in den vom Gesetzgeber definierten Kriterien der Module zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit geht. Diagnosen, Minderung der Erwerbsfähigkeit oder der Grad der Behinderung sagen bei diesem Verfahren nichts darüber aus, ob die Voraussetzung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI gegeben ist. Diese Informationen konnten zu einer Klärung der jeweiligen Sachlage beitragen.

Kritik an fehlenden/falschen Aussagen im Gutachten und mangelnder Würdigung von Unterlagen (17 Stellungnahmen eingeholt)

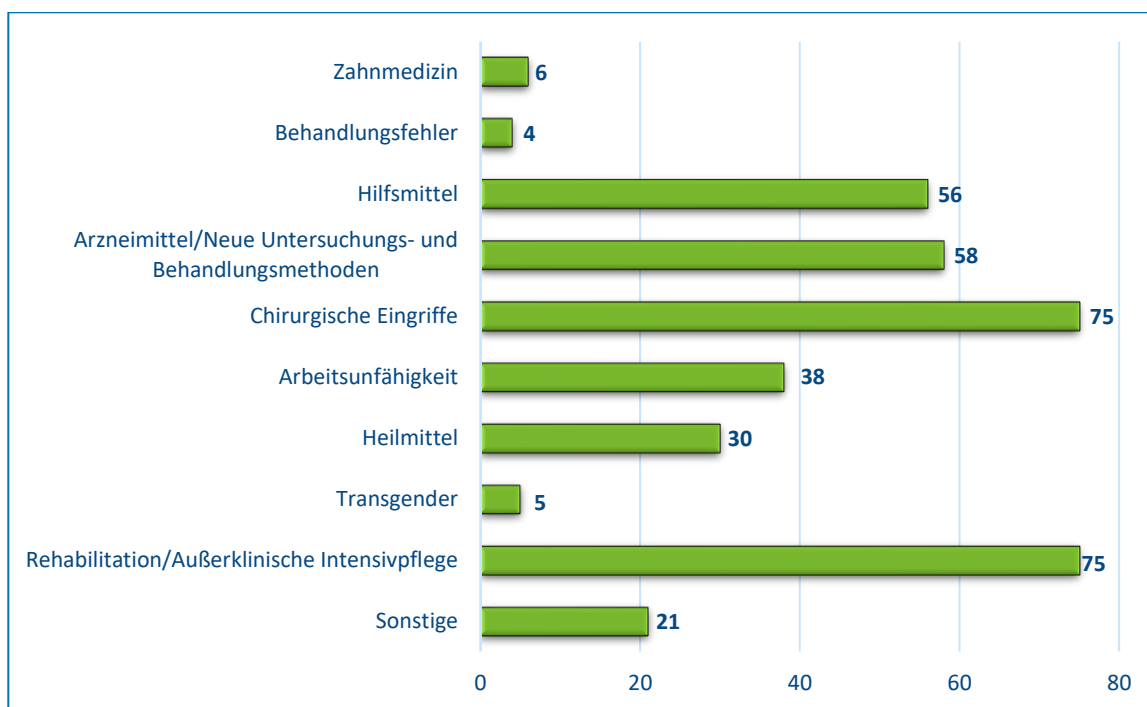
Bei diesen Eingaben führten die kontaktsuchenden Personen auf, dass Unterlagen innerhalb der Begutachtung nicht berücksichtigt wurden bzw. im Gutachten eine falsche Aussage bestand. In diesen Fällen wurde die Beschwerde (ggf. mit Unterlagen) mit der Bitte um erneute Durchsicht der Sachlage an die zuständige Abteilung des Medizinischen Dienstes Bayern weitergeleitet.

Hier konnten bei drei Beschwerden nachträglich eine Gutachtenänderung eingeleitet werden. Hierzu wurden vom Medizinischen Dienst Bayern bei deren Pflegekassen jeweils ein neuer Gutachtenauftrag angefordert bzw. wurde der vorliegende Widerspruch korrigiert.

2.3 Bereich Ambulante Versorgung (Krankenversicherung)

Im Bereich der **Ambulanten Versorgung** wurden 368 Eingaben gemäß den einzelnen Begutachtungsbereichen des Medizinischen Dienstes Bayern erfasst und zugeordnet. Die Begutachtungsbereich *Zahnmedizin und Behandlungsfehler* wurde dieses Jahr zusätzlich aufgeführt. Dem Bereich *Sonstige* wurden diejenigen Eingaben zugeordnet, bei denen vereinzelte Bereiche vertreten waren (z.B. Ablehnung Fahrkosten, Ablehnung Psychotherapie im Ausland, Ablehnung Begleitperson) oder wo aufgrund unvollständiger Informationen eine weitere Zuordnung innerhalb der Ambulanten Versorgung nicht erfolgen konnte. Bei diesen Eingaben handelt es sich in der Regel um Widerspruchsverfahren womit keine Zuständigkeit (z.B. Akteneinsicht) gegeben war. Für einen detaillierten Überblick siehe folgende Abbildung 7.

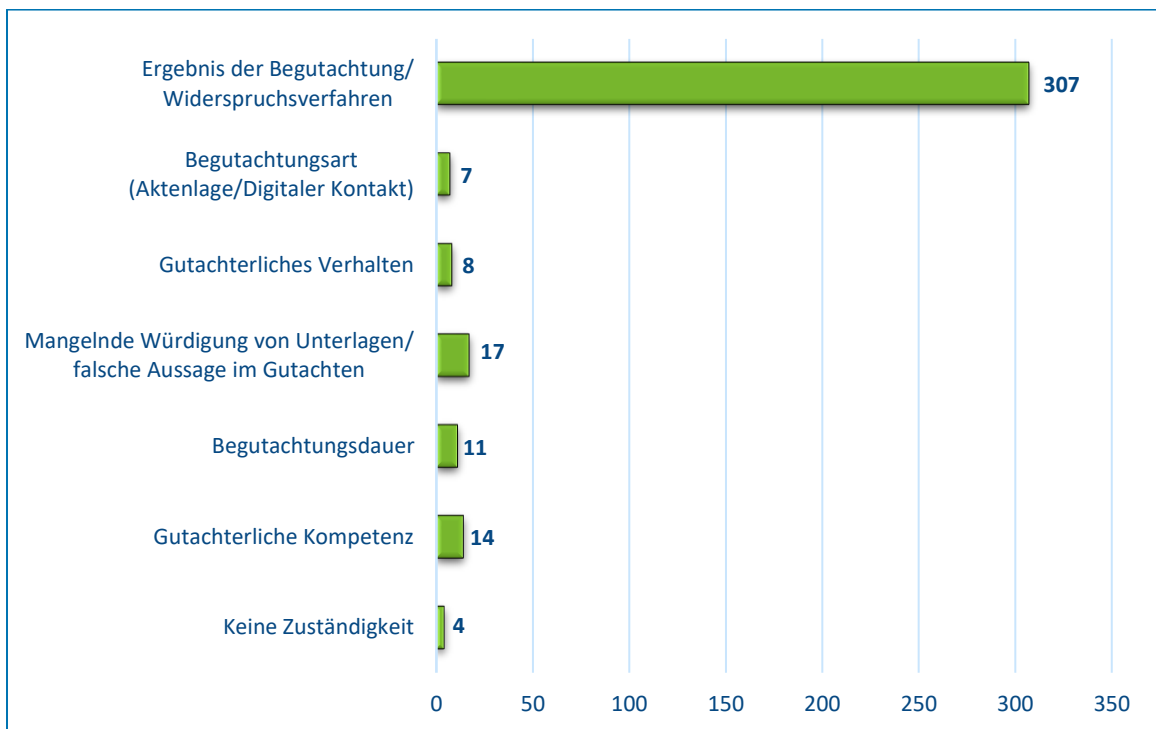
Abbildung 7: Eingaben Ambulante Versorgung nach Fachbereichen



Wie auch im Bereich Pflege wurden im Bereich **Ambulante Versorgung** alle Eingaben, welche nicht in den Zuständigkeitsbereich der Ombudsperson fielen, direkt von der Geschäftsstelle beantwortet.

Bei allen Eingaben, welche die Ombudsperson betrafen, haben alle kontaktsuchenden Personen ebenfalls eine individuelle Nachricht mit Beratung über das weitere Vorgehen erhalten; eine Einverständniserklärung wurde immer eingeholt. Bei rund 5 Prozent der kontaktsuchenden Personen erhielt die Geschäftsstelle keine Antwort, sodass keine weiteren Maßnahmen eingeleitet werden konnten. Die folgende Abbildung 8 stellt abermals die Art der Eingaben nach Kategorien, hier im Bereich Ambulante Versorgung, dar:

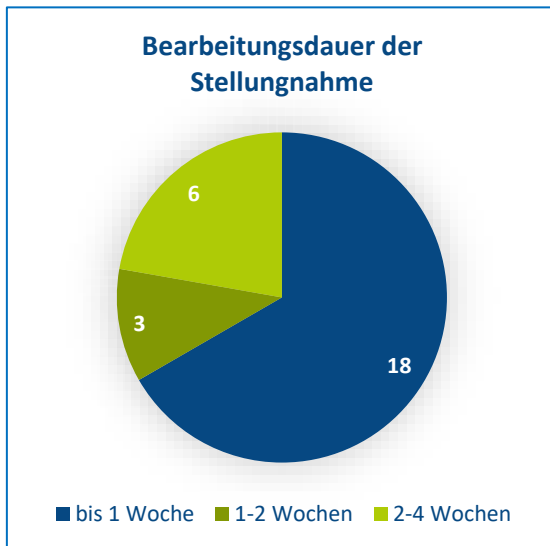
Abbildung 8: Art der Eingabe nach Kategorie (Ambulante Versorgung)



So wurden im Bereich **Ambulante Versorgung** von den 368 Eingaben insgesamt 27 Stellungnahmen eingeholt.

Von den in Summe 27 angeforderten Stellungnahmen im Bereich **Ambulante Versorgung** wurden 18 Stellungnahmen (67 Prozent) innerhalb von sieben Tagen übermittelt. Drei Stellungnahmen (11 Prozent) gingen im Zeitraum von ein bis zwei Wochen ein. Sechs Stellungnahmen (22 Prozent) aus dem Bereich Ambulante Versorgung sind nach zwei bis vier Wochen eingegangen (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9: Bearbeitungsdauer der Stellungnahme im Bereich Ambulante Versorgung



Die Schwerpunkte der Ombudsverfahren im Bereich der Ambulanten Versorgung waren wie folgt:

Kritik an mangelnder Würdigung von Unterlagen / falsche Aussagen im Gutachten
(acht Stellungnahmen eingeholt)

Hier führten die kontaktsuchenden Personen auf, dass Unterlagen innerhalb der Begutachtung nicht berücksichtigt wurden bzw. im Gutachten eine falsche Aussage bestünde. In diesen Fällen wurden die Beschwerden anhand des Gutachtens und der vorhandenen Unterlagen zunächst geprüft und ggf. wurden die Beschwerden, mit der Bitte um erneute Durchsicht und Abgleich mit der vorhandenen Auftragsakte, an die zuständige Abteilung des Medizinischen Dienstes Bayern weitergeleitet.

Bei einer der Eingaben lagen die in der Beschwerde aufgeführten und mitgesandten Unterlagen zur Begutachtung nicht vor und wurden nachträglich im Widerspruchsverfahren mit einbezogen.

Auch hier lässt sich feststellen, dass die Rückfragen von kontaktsuchenden Personen häufig im Kontext der Befundnachforderung durch den Medizinischen Dienst Bayern erfolgten. Dies hat zum Grund, dass den kontaktsuchenden Personen aus der Nachforderung nicht ersichtlich war, warum die aktuell eingereichten Befunde nicht ausreichend waren bzw. sind.

Beispielhaft ist hier im Rahmen einer AU-Begutachtung eine Anfrage eingegangen, warum kein Befundbericht vom Hausarzt angefordert wurde, sondern lediglich eine Anforderung bei dem behandelnden Orthopäden stattgefunden hat. Dies war jedoch aufgrund der vorliegenden Befunde mit dem Hinweis, dass ein weiterer orthopädischer Eingriff geplant war, hinfällig und konnte somit geklärt werden.

Kritik an der gutachterlichen Kompetenz (acht Stellungnahmen eingeholt)

Hier erfolgten die Eingaben der Beschwerden durch die kontaktsuchenden Personen aufgrund abgelehnter Leistungsbescheide der Krankenkassen. Diese basierten jeweils auf einer sozialmedizinischen Leistungsempfehlung des Medizinischen Dienstes Bayern. Bei derartigen Beschwerden wurde beispielsweise eine fachärztliche Begutachtung gefordert, da nur diese kompetent sei, solche Leistungsanträge zu beurteilen. Jedoch war den kontaktsuchenden Personen kaum bekannt, dass die sozialmedizinischen Beurteilungen maßgeblich durch ausgebildete Sozialmediziner durchgeführt werden. Diese müssen sich bei der Erstellung der sozialmedizinischen Beurteilung an die Gesetzgebung sowie an die sozialmedizinischen Regelwerke halten. In allen Fällen, bei denen die Möglichkeit bestand, wurden die kontaktsuchenden Personen diesbezüglich informiert. Dies konnte zu einer Klärung der jeweiligen Sachlage beitragen.

Kritik am gutachterlichen Verhalten (fünf Stellungnahmen eingeholt)

Bei diesen Beschwerden führten die kontaktsuchenden Personen in drei Fällen auf, dass es innerhalb der persönlichen Begutachtungssituation zu suboptimal empfundenen Äußerungen gekommen sei. Bei den weiteren Beschwerden wurden die im Gutachtentext aufgeführten Formulierungen als diskriminierend empfunden.

Um der gleich komplexe Fälle zu lösen und allen Protagonisten adäquat gerecht zu werden, wurden derartige Beschwerden immer an die jeweilige Leitung der zuständigen Fachabteilung des Medizinischen Dienstes Bayern weitergeleitet. Hier wurden in der Regel die Beschwerden gemeinsam mit den Gutachtern, welche die Prüfung durchgeführt haben, besprochen, um die Situation zu reflektieren und auch die Gutachterinnen und Gutachter zu sensibilisieren.

Die Rückmeldungen wurden in allen Fällen zur Klärung des Sachverhaltes an die Versicherten bzw. an die kontaktsuchenden Personen weitergeleitet. In zwei Fällen standen die Aussagen des Versicherten bzw. Beschwerdeführenden in deutlicher Diskrepanz zur stellungnehmenden Person.

2.4 MD-interne Organisationen

Bei den 12 Eingaben im Bereich der MD-internen Organisation handelt es sich um Eingaben, die dem Medizinischen Dienst Bayern zuzuordnen waren. Allerdings konnte hier aufgrund fehlender Informationen keine genaue Zuordnung erfolgen. Daher wurde jede einzelne Eingabe individuell beantwortet und um genauere Informationen gebeten. Eine Rückantwort blieb jedoch in diesen Fällen aus. Anzumerken ist, dass eine Einsicht in das System des Medizinischen Dienst Bayern ohne Zustimmung der kontaktsuchenden Personen nicht zulässig ist.

2.5 Externe Organisationen

Im Bereich Externe Organisation sind insgesamt 85 Eingaben eingegangen. Wie bereits beschrieben, handelt es sich bei diesen Eingaben überwiegend um Beschwerden gegen niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser. Auch Beschwerden gegen gesetzliche Kranken-/Pflegeversicherung sowie private Krankenversicherungen finden sich in diesem Bereich wieder. Sie liegen jedoch nicht im Zuständigkeitsbereich der unabhängigen Ombudsperson. Eine entsprechende Aufklärung fand in allen Fällen statt.

3 Eingaben durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Im Jahr 2025 sind keine Beschwerden von Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes Bayern bei der Geschäftsstelle der unabhängigen Ombudsperson eingegangen.

4 Zusammenarbeit mit dem Beschwerdemanagement des MD Bayern

Es ist wichtig anzumerken, dass die unabhängige Ombudsperson und deren Geschäftsstelle das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Bayern nicht ersetzen kann, darf und möchte. Es ist jedoch ein wichtiges Anliegen, auf das erfolgreiche Zusammenwirken zwischen diesen beiden Stellen hinzuweisen.

In diesem Zusammenhang wurden – nach Rücksprache mit den kontaktsuchenden Personen – eine Eingabe an das Beschwerdemanagement zur fachlichen Beantwortung weitergeleitet.

Hierbei handelt es sich um eine Eingabe mit einer juristisch / fachlichen Anfrage im Auftrag eines Versicherten. Diese Eingabe wurden direkt vom Beschwerdemanagement bearbeitet und beantwortet.

Zudem häufen sich die gleichzeitigen und somit doppelt eingereichten Eingaben der kontaktsuchenden Personen bei dem Beschwerdemanagement sowie der Geschäftsstelle der unabhängigen Ombudsperson.

Die Eingabe wurden in der Regel von der Stelle bearbeitet, welche die Eingabe zuerst entgegengenommen hat. Die Informationen über die gleichzeitige Eingabe wurden zumeist vom jeweiligen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner mitgeteilt. Die kontaktsuchenden Personen wurden über die Geschäftsstelle der Ombudsperson über den Bearbeitungsstand grundsätzlich zeitnah informiert.

5 Fazit

Rückblickend auf die Tätigkeit der unabhängigen Ombudsperson sowie der Geschäftsstelle im Jahr 2025 lässt sich eine Verstetigung bei der Anzahl der Eingänge im Vergleich zum Vorjahr beobachten. Als positiv ist der Rückgang der Bearbeitungszeitverzögerungen zu nennen. Auch zeigt die in diesem Jahresbericht erstmals erfasste Bearbeitungsdauer von Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes Bayern und deren Auswertung, dass diese zum Großteil in einer sehr kurzen Frist von einer Woche zielführend bearbeitet werden.

Auffallend im Vergleich zum Vorjahr sind mit insgesamt 85 Eingaben mehr im Bereich Externe Organisation, die auch als Irrläufer bezeichnet werden können. Wie bereits beschrieben, handelt es sich bei diesen Eingaben überwiegend um Beschwerden gegen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser. Auch Beschwerden gegen gesetzliche Kranken-/Pflegeversicherungen sowie private Krankenversicherungen finden sich in diesem Bereich wieder.

Nach wie vor zeigt sich auch, dass über 60 Prozent der Eingänge Widersprüche gegen erfolgte Begutachtungsergebnisse sind, welche eigentlich nicht im Aufgabenbereich der unabhängigen Ombudsperson sowie der Geschäftsstelle liegen. Dies zeigt, wie schon im letzten Jahresbericht erwähnt, dass viele Betroffene und auch weite Teile der Bevölkerung noch immer nicht adäquat über das Tätigkeitsprofil der unabhängigen Ombudspersonen informiert sind. Dies wurde auch bei der letzten Verwaltungsratssitzung des Medizinischen Dienstes Bayern am 18.03.2025, in dessen Rahmen der Jahresbericht 2024 detailliert vorgestellt wurde, intensiv - auch unter Anwesenheit der gesetzlichen Krankenkassen - diskutiert und nach Lösungsoptionen gesucht.

In diesem Zusammenhang wurde auch der wertvolle Hinweis aufgenommen, den Internetauftritt der unabhängigen Ombudsstelle auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Bayern zu überarbeiten und für die Adressaten klarer und verständlicher zu gestalten, um Missverständnisse, v.a. in Bezug auf das Aufgaben- und Tätigkeitsprofil der unabhängigen Ombudsperson zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Diese Anpassung erfolgte zeitnah.

Die Zusammenarbeit der unabhängigen Ombudsperson mit dem Medizinischen Dienst Bayern kann nach wie vor als sehr gut bezeichnet werden. Wie auch im letzten Jahr wurden in rund 90 Prozent der Fälle die angeforderten Stellungnahmen in rund zwei Wochen detailliert und fundiert zurückgemeldet, wie auch die Auswertungen, welche neu im Bericht aufgenommen wurden, zeigen.

Es wurde auch in Betracht gezogen die Qualität der Eingaben zu clustern und im Jahresbericht darzustellen. Nach methodischer Überprüfung wurde jedoch davon Abstand gehalten, da kein valider Bewertungsmaßstab dafür zur Verfügung steht und damit dergleichen Auswertungen keine fundierten Hinweise oder Verbesserungsvorschläge liefern könnten.