



**Ombudsperson
beim Medizinischen Dienst
Bremen**

**Jahresbericht 2024 der Ombudsperson
beim Medizinischen Dienst Bremen
(MD Bremen)**

Bremen, Februar 2025

Inhalt

1. Aufgaben der Ombudsperson

- a. Rechtsgrundlage
- b. Ombudsperson beim MD Bremen - Organisation
- c. Kontext auf Bundesebene

2. Vorgänge und Bearbeitung

- a. Anfragen
- b. Anliegen
- c. Arbeitsweise

3. Fazit

- a. Zusammenfassung
- b. Anmerkungen/ Anregungen

Anhang: 3- Jahresbilanz der uOPn bei den MD der Länder

1. Aufgaben der Ombudsperson

a. Rechtsgrundlage

Seit 2021 sind die Medizinischen Dienste in den Bundesländern verpflichtet, eine unabhängige Ombudsperson zu bestellen. Grundlage dafür ist § 278 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

Die unabhängige Ombudsperson soll die Transparenz hinsichtlich der Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes sowie die Patientenrechte und die Rechte pflegebedürftiger Personen weiter stärken.

Die Zuständigkeit der unabhängigen Ombudsperson bezieht sich auf die Art und Weise der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes. Mit Hilfe der Ombudsperson sollen Unregelmäßigkeiten, Missverständnisse und strukturelle Fehlentwicklungen aufgedeckt und verhindert werden. Die Ombudsperson kann von Versicherten **und** von Mitarbeitenden angerufen werden. Den Anregungen und Beschwerden wird vertraulich und in Absprache mit den Versicherten und den Mitarbeitenden nachgegangen.

b. Ombudsperson beim MD Bremen - Organisation

Seit dem 1. Oktober 2022 ist Ida Danielzick die unabhängige Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Bremen.

Die unabhängige Ombudsperson in Bremen ist nicht beim Medizinischen Dienst angestellt. Sie ist den gesetzlichen Vorgaben und ihrem Gewissen verpflichtet. Sie arbeitet unabhängig und frei von Weisungen. In einer Vereinbarung wurden die Konditionen festgehalten.

Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und der Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form jährlich und darüber hinaus bei gegebenem Anlass. Der Bericht wird auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes / Ombudsperson veröffentlicht. Soweit notwendig gibt es eine vertrauensvolle Kommunikation mit den Mitarbeitenden, dem Vorstand und Mitgliedern des Verwaltungsrates.

Auf der Internetseite und in den Medien des MD Bremen wird über die Funktion und die Kontaktmöglichkeiten mit der Ombudsperson informiert.

c. Kontext auf Bundesebene

Ein bis zwei Mal im Jahr findet auf Bundesebene präsent oder digital ein Austausch der Ombudspersonen der Länder statt. Die Organisation wird bislang von Frau Monika Paulat, der uOP des MD Berlin-Brandenburg, übernommen.

Im vergangenen Jahr endeten bereits bei einigen MD die vereinbarten Beauftragungszeiträume für die uOPn. Das und verschiedene Unzufriedenheiten von Seiten einiger MD und des MD Bund führten zu einer Diskussion über Sinn und Notwendigkeit der Funktion der uOPn. Die uOPn haben sich daraufhin im Herbst auf ein Papier geeinigt, das ich diesem Bericht anhängen. Es stellt sich im Austausch immer wieder heraus, dass die Gegebenheiten und die Praxis sehr unterschiedlich ausfallen und deshalb eine Vergleichbarkeit auf Länderebene nur bedingt möglich ist. Große Einigkeit besteht darin, dass es für Menschen, die zwischen ihren Kassen, MD und Ihren Bedarfen nicht ausreichend Berücksichtigung empfinden, eine gute Sache ist, sich an eine unabhängige Stelle wenden zu können. Ich denke, das hat der Gesetzgeber auch gewollt.

Alle zwei Monate finden von den Patient*innenvertretungen aus den Verwaltungsräten der Länder digitale Austauschtreffen statt, an denen auch Ombudspersonen teilnehmen können. Hier werden insbesondere rechtliche sowie politische Entwicklungen, die Versicherte betreffen können, beraten.

Zum Verständnis der Hintergründe, auf denen gutachterliche Entscheidungen getroffen werden (müssen), ist der Austausch auf Bundesebene ebenso wichtig, wie der Austausch mit dem Fachpersonal vor Ort.

2. Vorgänge und Bearbeitung

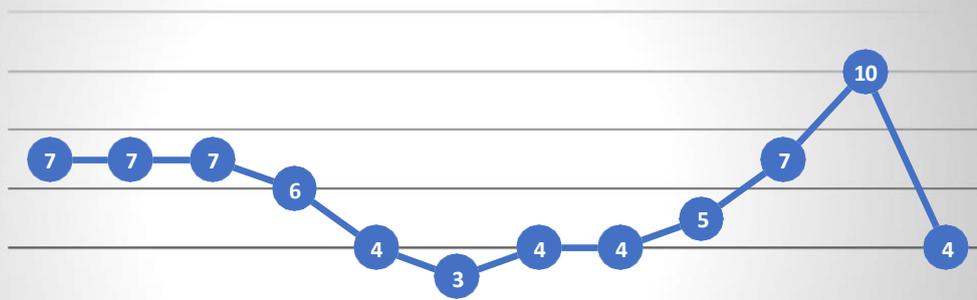
a. Anfragen

In 2024 wurde insgesamt 68-mal Kontakt zur unabhängigen Ombudsperson beim MD Bremen aufgenommen. Davon entfielen 27 Anfragen auf den Bereich der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und 22 auf den Bereich der Pflegekassen (PKV).

Im Falle von 19 Anfragen verloren die Versicherten das Interesse an einem weiteren Verfahren, nachdem sie von mir ein Ersts Schreiben mit rechtlichen Hinweisen und die Datenschutzerklärung bekommen hatten. D. h. sie meldeten sich nicht wieder. Es handelte sich dabei u. a. um folgende Themen in den Erstanfragen: Reha, Wohnumfeldverbesserung, Hilfsmittel Diabetes, Mamareduktion, Krankengeld, Widerspruch, Wiedereingliederung, Beschwerde über Gutachter, Pflegegrad.

Die meisten Anfragen erreichen mich per E-Mail, ca. 30% über ein Kontaktformular auf der Internetseite und einige handschriftlich.

Anfragen

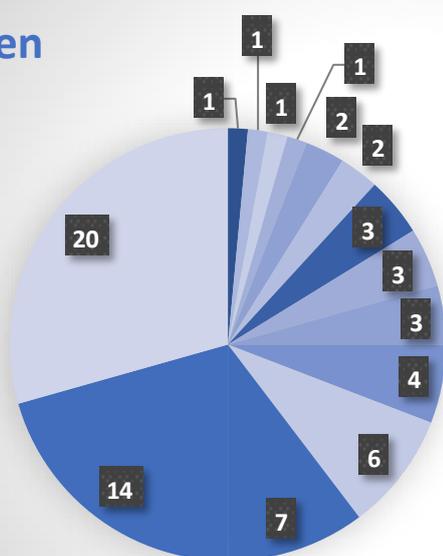


	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
— Anfragen	7	7	7	6	4	3	4	4	5	7	10	4

b. Anliegen

Die Anliegen mit denen sich Versicherte an die Ombudsperson wenden, sind vielfältig. Eine Häufung gab es bei Anfragen bzgl. Hilfsmitteln und Pflegebegutachtungen. Es gab einen Fall, in dem ein Beschwerdeverfahren bzgl. des Verhaltens einer Gutachterin eingeleitet wurde, das zu einem zufriedenstellenden Ergebnis kam.

Anliegen



- Wartezeit
- Wohnumfeldverbesserung
- Info für die MD Verwaltung
- ePatientenakte
- besondere Behandlung/OP
- anderer MD zuständig
- Unzufriedenheit mit Personal
- Widerspruch
- Krankengeld
- Beschwerde über die Kasse
- Nds zuständig
- Reha
- Hilfsmittel/ Medikamente
- Pflegegrad

c. Arbeitsweise

Die Eingaben erfolgen über das Kontaktformular auf der Internetseite, per E-Mail oder auf dem Postweg und werden vertraulich ausschließlich von mir bearbeitet.

In einem ersten Antwortschreiben teile ich mit, dass ich keine fachliche oder rechtliche Beratung mache, sondern in erster Linie versuchen kann Verständigung und Verständnis herzustellen. Manchmal zeige ich auch Wege auf, mit denen das Anliegen auch noch bearbeitet werden könnte.

Nach der Prüfung, ob es sich tatsächlich um einen Ombudsfall handelt und nachdem evtl. auch noch weitere Informationen telefonisch eingeholt wurden, wird Kontakt mit der Fachabteilung aufgenommen und um Stellungnahme gebeten.

Oft handelt es sich dabei um zusätzliche Informationen, die eine Entscheidung verständlicher machen, manchmal um eine Unklarheit im Gutachten, die es lohnt im Widerspruchsverfahren zu revidieren - leider auch vereinzelt um Zeitverzögerungen im Bearbeitungsverlauf.

Sehr selten ging es in der Beschwerde um Fehlverhalten bzw. tatsächliche Fehlentscheidung der Gutachter*innen. Häufig fehlen fachärztliche Informationen bzw. Bestätigungen zu Verordnungen, die für die gutachterliche Prüfung notwendig sind.

Ein Ombudsverfahren dauert je nach Art der Bearbeitung der Anfrage durchschnittlich zwischen einer und acht Wochen. Manchmal wird häufig hin und her geschrieben und telefoniert. In den letzten Monaten wurde öfter der Postweg gewählt.

3. Fazit

a. Zusammenfassung

Viele Personen sind sehr zufrieden, dass ihr Anliegen in einem persönlichen Gespräch ernst genommen wird, sie ihre Sicht der Dinge darstellen können und häufig auch ihr Interesse gewahrt sehen.

Inzwischen haben sich sowohl das Verfahren als auch die Arbeitsweise gut eingespielt und werden laufend z. B. durch die Verbesserung der Internetpräsenz ergänzt.

Betonen möchte ich auch, dass sich Menschen in der Regel aufgrund von Vorschriften, rechtlicher Vorgaben, Zeitverzögerungen oder auch Unverständlichkeiten beschweren. Sehr oft sind Informationen, die im Widerspruchsverfahren gegen einen Bescheid eingebracht werden können, hilfreich und führen zu einer größeren Zufriedenheit.

b. Anmerkungen/ Anregungen

Ein Ombudsverfahren ersetzt nicht den Widerspruch gegen den Bescheid einer Kranken- oder Pflegekasse. Es kann aber gutachterliche Verfahren und Ergebnisse verständlicher und nachvollziehbarer machen und auf der anderen Seite die Aufmerksamkeit auf die Situation und die Rahmenbedingungen von Versicherten lenken.

Zum Schluss möchte ich noch auf eine Beobachtung hinweisen: auch das Gesundheitswesen wird immer mehr digitalisiert. Nicht immer wird berücksichtigt, dass es - meistens ältere - Menschen gibt, die das nicht mitgehen können. Insbesondere Menschen mit Beeinträchtigungen stehen z. T. hilflos vor dieser Entwicklung. So wurde mir berichtet, dass einer Person in der Service Stelle einer Kasse nicht bei dem Antrag auf Pflegegrad geholfen wurde, sondern darauf verwiesen wurde, dass dieser zwingend digital gestellt werden müsse. Solche Barrieren - dazu gehört auch die möglicherweise schlechte Erreichbarkeit - schaffen Nachteile und Hürden. Sie verhindern, dass alle Versicherten ausreichende Unterstützung bekommen.

Bremen, 30.01.2025

Ida Danielzick
Unabhängige Ombudsperson beim MD Bremen
Falkenstraße 9
28195 Bremen
ombudsperson@md-bremen.com