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 anhänge. 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.

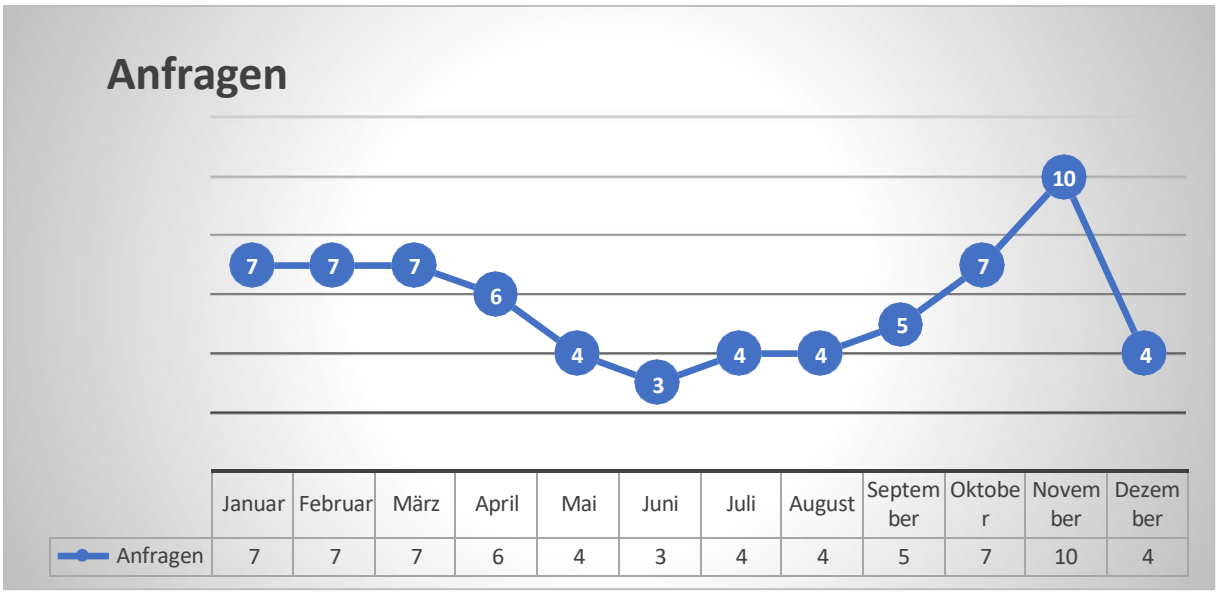
2. Vorgänge und Bearbeitung

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 Erstschreiben 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.

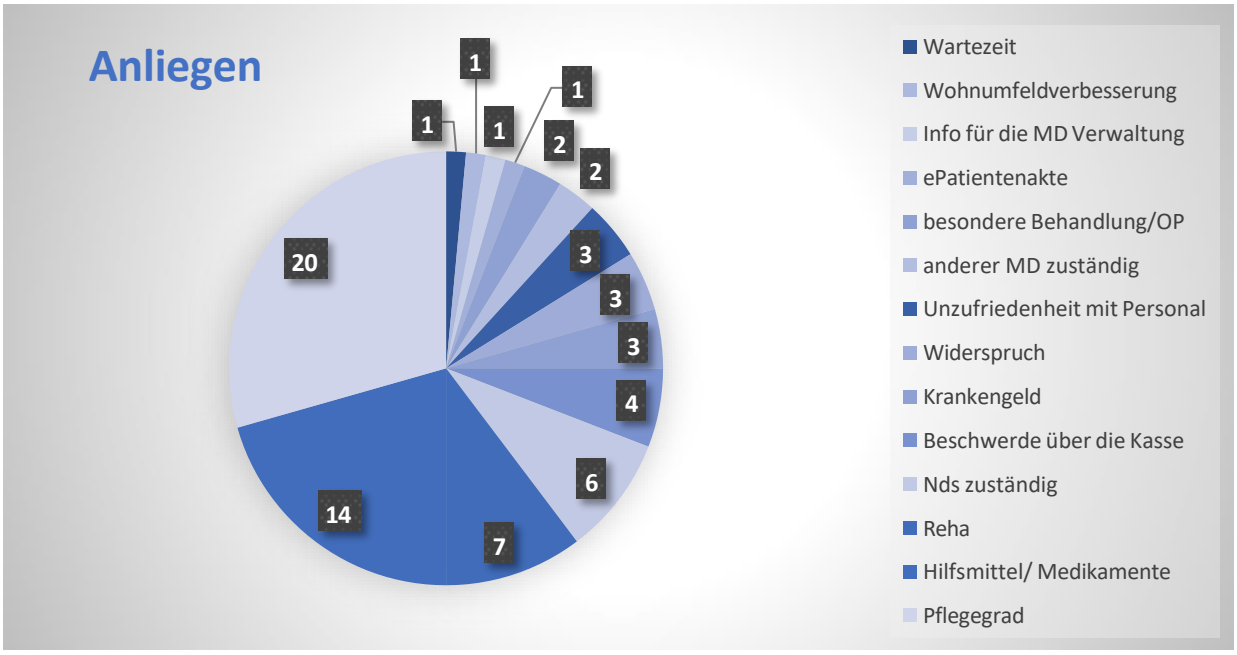
Die meisten Anfragen erreichen mich per E-Mail, ca. 30% über ein Kontaktformular auf der Internetseite und einige handschriftlich.



	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.



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

Gedanken zum Ende der ersten Amtsperiode der Unabhängigen Ombudspersonen bei den Medizinischen Diensten der Länder

Einleitung

Die Funktion der Unabhängigen Ombudspersonen (UOP) bei den Medizinischen Diensten (MD) der Länder wurde 2021 durch das „MDK-Reformgesetz“ (§ 278 Abs. 3 Satz 2 SGB V) geschaffen. Beschäftigte der MD können sich danach bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten und bei Beeinflussungsversuchen durch Dritte vertraulich an die UOP wenden und gleichermaßen Versicherte sich bei ihr über die Tätigkeit des MD beschweren (schon an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass Eingaben von Versicherten fast ausschließlich die Tätigkeit der UOP ausmachen). Die Bestellung und die Aufgaben der UOP werden in der dazu erlassenen Richtlinie des MD Bund (UOP RL) näher geregelt. Nach dem Gesetz ist die UOP unabhängig und weisungsfrei und nur den rechtlichen Vorgaben und ihrem Gewissen unterworfen. Verpflichtet ist sie zur Verschwiegenheit, auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit.

Die Funktion und die Rolle der UOP bedurfte zunächst inhaltlicher und organisatorischer Ausgestaltung. In diesem Prozess haben die UOP sich in einer Arbeitsgemeinschaft organisiert, um so gemeinsam eine Definierung ihrer Funktion abzustimmen und ein gemeinsames Rollenverständnis zu entwickeln. Den UOP schien es unabweisbar, sich über ihre Aufgaben, Kompetenzen und die Kooperation mit den regionalen Ansprechpartnern auszutauschen und sich beim Aufbau der administrativen Strukturen (Formulare, Erklärungen, Website, digitale Prozesse) zu unterstützen. Damit sind Synergieeffekte nutzbar und ein einheitliches Erscheinungsbild möglich.
Darüber hinaus erachten wir es als sinnvoll, die Richtlinie einheitlich zu interpretieren und umzusetzen, um damit dem Anspruch der Versicherten auf bundeseinheitliche Anwendung gerecht zu werden. Dies gilt z.B. für die Definition der in den Jahresberichten mitgeteilten Kennzahlen, die nur auf einheitlicher Grundlage aussagekräftig und bundesweit vergleichbar sind. Die Arbeitsgemeinschaft bildet zudem eine Plattform für kollegiale Beratung in grundlegenden Fragestellungen und für den Informationsaustausch, etwa über die Frage der Novellierung der UOP RL.

Die erste Amtsperiode seit Einführung der Funktion der UOP geht zu Ende (bzw ist in einigen Bundesländern bereits zu Ende gegangen); die UOP blicken auf drei Jahre ihrer Tätigkeit zurück und nehmen dies zum Anlass für die Mitteilung von Handlungsbedarfen, die sie auf ihre Erfahrungen stützen. Unsere Überlegungen schließen mit Ausführungen zur Bedeutung der Tätigkeit der UOP bei den Medizinischen Diensten der Länder.

Handlungsbedarfe

Richtlinie

- Jahresberichte

Nach Ziff. 3.3 der UOP RL müssen die UOP dem Vorstand, dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde jährlich berichten. Der Bericht ist den entsprechenden Stellen „in jedem Jahr zum 31.12“ vorzulegen.
Diese Formulierung lässt viel Spielraum für Interpretationen und hat sich in der Praxis nicht bewährt. Eine bundesweite Vergleichbarkeit des Arbeitsaufkommens bei den UOP und das Erkennen von Entwicklungen setzt voraus, dass über einheitliche Zeiträume berichtet wird. Deshalb sollte in der UOP RL klargestellt werden, dass die Berichte ein Kalenderjahr umfassen müssen, und die Vorlagefristen sollten wegen der Veröffentlichungspflicht kompatibel mit den Verwaltungsratssitzungen sein.

- Status der UOP

In Ziff. 5.1.3 werden Aussagen zur „Vergütung“ der UOP getroffen. Keine Aussage findet sich zum rechtlichen Status. Dies führt in der Praxis dazu, dass es unterschiedliche Vertragsmodelle gibt. Einige UOP üben ihr Amt im Rahmen ihrer Selbstständigkeit aus (zB als Rechtsanwalt oder Mediator), einige sind ehrenamtlich tätig. Für letztere ergeben sich hier (sozial)versicherungs- und steuerrechtliche Fragen, die einer Klarstellung bedürfen.
Statusfragen ergeben sich auch aus den Bescheiden der Kranken- und Pflegekassen selbst.
Nach § 275 Abs. 3c SGB V bzw. § 18 Abs 3 SGB XI haben die Kranken- bzw. Pflegekassen ihre Versicherten in verständlicher Form auf die Möglichkeit der Anrufung der UOP hinzuweisen, wenn eine (ablehnende) Entscheidung auf einer gutachterlichen Stellungnahme oder einem Gutachten des Medizinischen Dienstes beruht.
Diese Hinweise in den Bescheiden differenzieren nicht ausreichend zwischen einem Beschwerde- und einem Rechtsbehelfsverfahren, so dass es bei Versicherten/ Angehörigen immer wieder zu Missverständnissen kommt, die bei der Kontaktaufnahme zum Teil mit größerem Aufwand aufgeklärt werden müssen. In einigen Ländern führt die Unklarheit der Bescheide dazu, dass die Versicherten den Rechtsbehelf Widerspruch an die UOP richten mit dem Risiko, dass die Widerspruchsfrist versäumt wird.
Mit diesem Problem haben sich bereits die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder befasst und im November 2022 im Interesse der Versicherten beschlossen, dass die UOP zwar unabhängig und weisungsfrei gegenüber dem MD sind, aber bei jedem MD zu bestellen seien und ihnen deshalb dessen Behördeneigenschaft i.S. des § 84 Abs.2 Sozialgerichtsgesetz zuzurechnen sei. Das hätte zur Folge, dass sie Widersprüche fristwahrend entgegenzunehmen und an die zuständige Kranken- bzw. Pflegekasse weiterzuleiten hätten.
Diesen Beschluss halten die UOP nicht nur für rechtlich bedenklich, sondern auch für schwierig in der Umsetzung. Die Petenten nutzen zunehmend online-Formulare, die den Formerfordernissen der Widersprüche (Schriftlichkeit, Unterschrift) nicht genügen dürften. Im Interesse der Versicherten bedarf es hier dringend einer rechtskonformen Regelung.

Unabhängige Ombudsperson MD Bund

Wir sehen eine wichtige Aufgabe für die UOP Bund in der Kommunikation zwischen der Arbeitsgemeinschaft der UOP der Länder und dem MD Bund. Sie könnte zentrale Informationen an die AG transportieren und deren Ergebnisse und Bedarfe an den MD Bund, aber auch an andere Akteure auf Bundesebene herantragen und so eine wichtige Scharnierfunktion zwischen den UOP der Länder und dem MD Bund wahrnehmen.

Abschließende Bemerkungen

Nach drei Jahren ihrer Tätigkeit stellen die UOP bei den MD der Länder gemeinsam fest, dass sich diese vom Gesetzgeber zur Stärkung der Rechte der Kranken- und Pflegeversicherten eingeführte neue Institution etabliert hat und die Menschen davon umfangreich Gebrauch machen. Die Zahl der Inanspruchnahme ist in den meisten Ländern auf ein hohes Niveau gestiegen, und dies beruht nicht auf einer vergleichsweise hohen Anzahl fehlgeleiteter Widersprüche, abgesehen davon, dass diese Problematik nicht in allen Ländern besteht und im Übrigen die Anzahl fehlgeleiteter Widersprüche in den davon betroffenen Ländern zurückgeht. Die UOP ist als „Vertrauensperson“ von den Versicherten angenommen. Dieses Vertrauen dürfen die Versicherten auch haben, denn die UOP ist unabhängig, weisungsungebunden, verschwiegen. Und sie ist deshalb besonders vertrauenswürdig, weil sie eben nicht integraler Bestandteil der Behörde MD ist. Anders als das Beschwerdemanagement, das Bestandteil des Dienstes ist. Insofern handelt es sich nicht um eine Doppelstruktur. Im Rahmen der ihr gesetzlich zugeschriebenen Aufgabe hilft die UOP jenen, die krank oder pflegebedürftig sind, in diesen existentiellen Ausnahmesituationen zurecht zu kommen. Alle UOP sehen in ihrer Funktion auch und gerade die eines Lotsen, einer Lotsin angelegt. Dem Willen des Gesetzgebers zur Stärkung der Versichertenrechte und dem erkennbaren Bedarf der Versicherten widerspräche es, wenn sich die Ombudsfunktion nicht auch auf diese Art der Unterstützung würde erstrecken dürfen. Zu beobachten sind dabei natürlich stets die Grenzen zur nicht erlaubten Rechtsberatung. Schließlich ist die Arbeitsgemeinschaft der UOP der Länder überzeugt, dass die vom Gesetzgeber intendierte Sinnhaftigkeit der Ombudspersonen nur dann wirksam sein kann, wenn sie in den Ländern und damit dezentral angesiedelt sind.

Die Tätigkeit der UOP bei den MD hat über den Einzelfall hinaus auch in gesellschaftspolitischer Hinsicht vertrauensbildenden Charakter. Bürgerinnen und Bürger stellt der Staat eine Vertrauensperson an die Seite, um ihre Rechte zu stärken. In diesen Zeiten, in denen Vertrauen in den Staat und in die Politik schwindet, sind Ombudsleuten deshalb von besonderer Wichtigkeit, weil sie einen Beitrag dazu leisten können, dieses Vertrauen wiederzugewinnen.