

Jahresbericht 2024 der Ombudsperson bei dem Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg

Berlin, März 2025

Geschäftsstelle der Ombudsperson
bei dem Medizinischen Dienst
Berlin-Brandenburg

Monika Paulat, Ombudsperson

Lise-Meitner-Str. 1
10589 Berlin

E-Mail: ombudsperson@md-bb.org

Inhalt

I. Einleitung.....	3
II. Im Einzelnen	3
1. Eingaben von Versicherten und sonstigen Institutionen	3
Verteilung der Eingaben nach Eingangskanälen	4
Verteilung der Eingaben im Monatsvergleich.....	5
Verteilung der Eingaben nach Kranken- und Pflegekassen.....	7
Verteilung nach den Geschäftsbereichen	8
Statistik über sämtliche Eingaben	11
2. Eingaben von Beschäftigten	12
3. Dauer der Ombudsverfahren	12
4. Bericht über die Aktivitäten der Arbeitsgemeinschaft (AG) der UOP im Jahr 2024	12
5. Erfahrungsbericht 2024.....	13
6. Zusammenarbeit intern und extern	13
III. Fazit	13

I. Einleitung

Die Unabhängige Ombudsperson (UOP) legt gemäß Nr. 3.3 der Richtlinie des Medizinischen Dienstes (MD) des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5, 2. Altern. SGB V (UOP-Richtlinie) dem Vorstand des Medizinischen Dienstes, dem Verwaltungsrat und der Aufsichtsbehörde regelmäßig einen Bericht über häufig auftretende oder systemimmanente Probleme oder Beeinflussungsversuche vor. Gegenstand dieses Berichts sollen Informationen über die Art und den Umfang der Inanspruchnahme der UOP durch Versicherte und durch Beschäftigte des MD sein. Die UOP bei dem MD Berlin-Brandenburg legt hiermit ihren dritten Bericht vor, der den Zeitraum 01. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024 umfasst.

Im Jahr 2024 ging bei der UOP eine gegenüber dem Vorjahr fast gleichgebliebene Anzahl von Eingaben ein. Über den Kern ihrer Funktion hinaus hat sich die Lotsenfunktion der UOP deutlich manifestiert. Sie konnte Versicherte und pflegende Angehörige bei der Navigation durch die komplexen Verfahrensabläufe im Kontext mit Anträgen und deren Bescheidung durch die Kranken- und Pflegekassen unterstützen.

Im Jahr 2024 gingen keine Eingaben von Beschäftigten des MD Berlin-Brandenburg bei der UOP ein.

Dieser Bericht gibt wieder einen Überblick über die wichtigsten Aktivitäten, die bearbeiteten Fälle sowie die im vergangenen Jahr gewonnenen Erkenntnisse. Sein Ziel ist es, Transparenz über die Tätigkeit der UOP zu schaffen und ein Fazit ihrer ersten Amtszeit zu ziehen.

II. Im Einzelnen

* Die im Bericht angegebenen Zahlen beruhen auf den Erhebungen des MD Berlin-Brandenburg

1. Eingaben von Versicherten und sonstigen Institutionen

Es wurden insgesamt **1003** Eingaben eingereicht. Dabei handelte es sich um Eingaben von Versicherten, Angehörigen, Betreuungspersonen, behandelnden Ärztinnen und Ärzten und von diversen Institutionen.

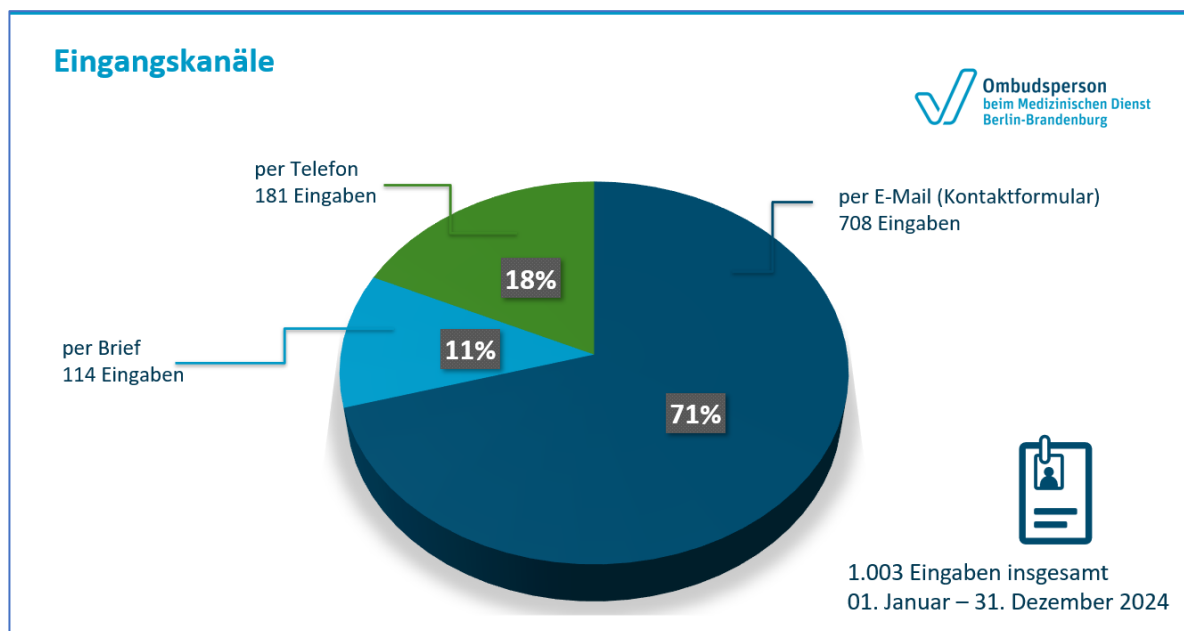
Darunter befanden sich fünf anonyme Hinweise auf Zustände in Gesundheitseinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen. Diese Eingaben wurden an den dafür verantwortlichen Fachbereich im MD weitergeleitet.

Verteilung der Eingaben nach Eingangskanälen

Von den insgesamt 1003 Eingaben wurden 179 telefonisch, 708 per E-Mail und 114 per Post eingereicht. Dass im Geschäftsbereich der UOP bei dem MD Berlin-Brandenburg die Eingaben überwiegend schriftlich/digital erfolgen, ist eine Besonderheit gegenüber anderen Bundesländern.

In allen Fällen, die eine Stellungnahme des MD erforderten, ist die Einholung der Zustimmung zur Weitergabe der persönlichen Daten an den jeweils betroffenen Geschäftsbereich des MD, zur Abgabe an das Beschwerdemanagement oder an das Servicetelefon Pflege sowie zur Akteneinsicht durch die UOP zwingend. Die UOP hat sich auch von Angehörigen, Betreuungspersonen und Bevollmächtigten deren Legitimation nachweisen zu lassen.

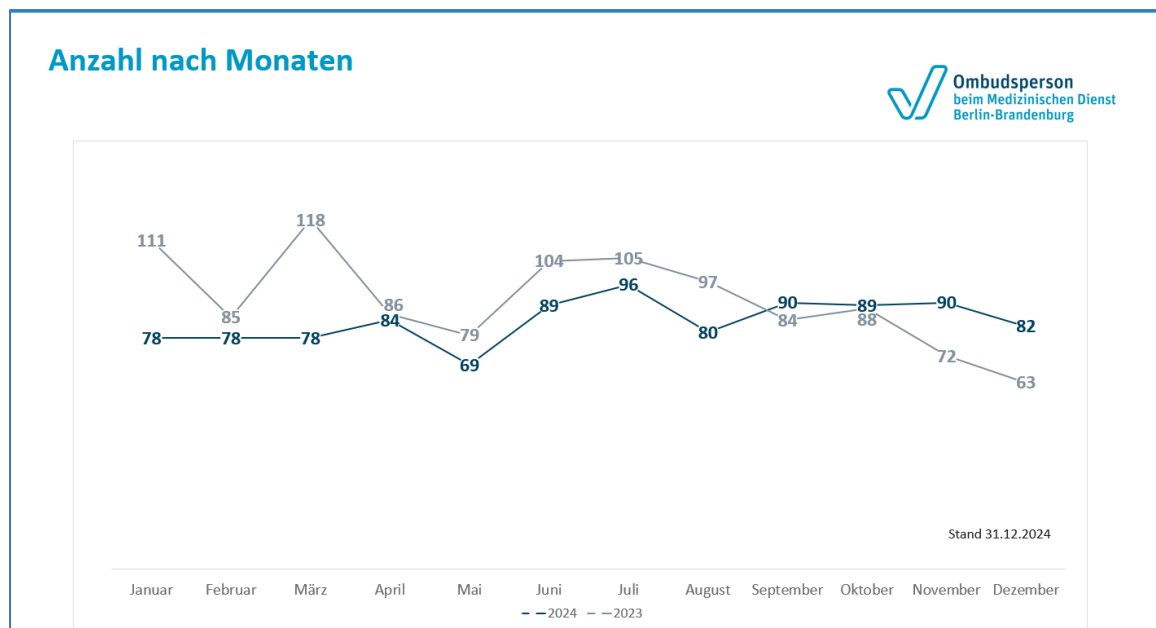
Abbildung 1 veranschaulicht die Aufteilung der Eingaben nach Eingangskanälen:



Verteilung der Eingaben im Monatsvergleich

Im nächsten Abschnitt wird die monatliche Aufteilung der Eingaben im Zeitraum vom 01. Januar bis zum 31. Dezember 2024 dargestellt. Zum Vergleich ist auch die Kurve für das Jahr 2023 zu sehen.

Abbildung 2 veranschaulicht die Aufteilung der Eingaben nach Monaten:



Die Kurve für 2024 zeigt in den ersten drei Monaten des Jahres weniger Eingaben als im Vergleichszeitraum 2023. Zwischen April und Juli ist die Bewegung etwas stabiler. Zwischen August und Oktober sind die Eingaben relativ konstant. Ab September sind sie gegenüber dem Vergleichszeitraum höher. Der Dezember weist wie auch in 2023 eine verminderte Zahl an Eingaben aus.

Es zeigt sich, dass die Eingaben im Jahr 2024 im Vergleich zu 2023 in den meisten Monaten zwar geringer waren, aber insgesamt auf hohem Niveau geblieben sind.

Die annähernd gleichgebliebene hohe Anzahl von Eingaben in 2024 führt die UOP auf folgende Faktoren zurück:

1. Die Funktion der UOP bei dem MD Berlin-Brandenburg ist bekannter geworden.
2. Missverständliche Bescheide: Auch in 2024 muss die UOP bei dem MD Berlin-Brandenburg mit Eingaben umgehen, die nicht in ihren Zuständigkeitsbereich fallen.

Häufig weist sie die Versicherten darauf hin, dass sie gegen Ablehnungsbescheide ihrer Kranken- oder Pflegekasse fristgerecht Widerspruch einlegen müssen. Die Irritation der Versicherten darüber, an wen sie sich wenden sollen, wenn sie mit einer Entscheidung nicht einverstanden sind, resultiert aus unklaren Belehrungen in den Bescheiden. Obwohl sich dies inzwischen verbessert hat, reicht es noch nicht aus, um juristische Laien verständlich aufzuklären. Die UOP bei dem Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg setzt sich gemeinsam mit ihren Kolleginnen und Kollegen aus anderen Bundesländern dafür ein, dass die Texte der Bescheide zum Rechtsbehelf Widerspruch und zum Hinweis auf die UOP verständlicher gestaltet werden.

Verteilung der Eingaben nach Kranken- und Pflegekassen

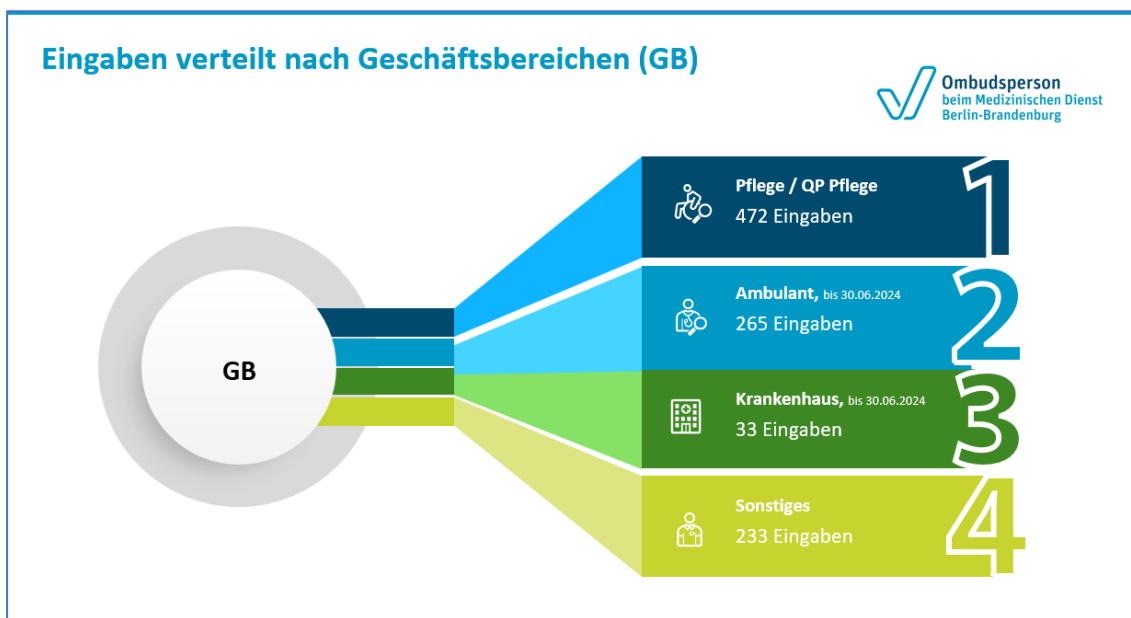
Abbildung 3 veranschaulicht die Aufteilung der Eingaben nach Kranken- und Pflegekassen:

Kranken- und Pflegekassen	Eingaben
AOK	215 (21 %)
Allianz	1 (0,1 %)
BARMER/BEK (Barmer Ersatzkasse)	63 (6 %)
BIG direkt gesund (Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit)	1 (0,1 %)
BKK (Betriebskrankenkasse)	16 (2 %)
DAK-Gesundheit	26 (3 %)
HEK (Hanseatische Krankenkasse)	9 (1 %)
Heimat Krankenkasse	1 (0,1 %)
HKK (Handelskrankenkasse)	8 (1 %)
IKK (Innungskrankenkasse)	43 (4 %)
KKH (Kaufmännische Krankenkasse)	11 (1 %)
mkk (Meine Krankenkasse)	12 (1 %)
Mobil Pflegekasse Hamburg	1 (0,1 %)
TK (Techniker Krankenkasse)	122 (12,6 %)
unbekannt	470 (47 %)

Die AOK und die TK haben entsprechend ihrer Mitgliederzahl den größten Anteil an den Eingaben. Ein erheblicher Teil der Eingaben (47 %) konnte keiner spezifischen Kranken- oder Pflegekasse zugeordnet werden.

Verteilung nach den Geschäftsbereichen

Abbildung 4 veranschaulicht die Aufteilung der Eingaben nach Geschäftsbereichen:



Eingaben betrafen im Bereich der Krankenversicherung die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die Notwendigkeit operativer Eingriffe, ambulante Therapien, Hilfsmittel, Rehabilitationsmaßnahmen und Verordnungen spezieller Medikamente. Mit Gutachten des MD waren die Versicherten häufig deshalb nicht einverstanden, weil ihre behandelnden Ärztinnen oder Ärzte ihren Zustand besser beurteilen könnten. Sie beklagten auch die unzureichende Nachvollziehbarkeit der Empfehlungen der ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter, insbesondere in Zusammenhang mit vorrangigen ambulanten Maßnahmen oder noch nicht ausgeschöpften anderweitigen Therapien. Häufig bemängelten die Versicherten, dass sie nicht persönlich begutachtet wurden. In einigen Fällen bezweifelten sie auch die Fachkompetenz des Gutachters oder der Gutachterin.

Im Bereich der Pflegeversicherung ging es ganz überwiegend um die Feststellung des Pflegegrades, auch um dessen Herabsetzung oder Höherstufung. Auch hier ging es häufiger um Kritik an der Fachkompetenz der Pflegefachkräfte.

Kritisiert wurde auch, dass medizinische Dokumente nicht ausreichend berücksichtigt wurden oder die Begutachtung nur nach Aktenlage oder telefonisch erfolgte. Die Versicherten sahen oftmals auch ihren individuellen Hilfebedarf nicht genügend gewürdigt.

Insbesondere beklagten die Versicherten die für sie mangelnde Nachvollziehbarkeit der Bepunktung in den Pflegegutachten bzw. in den Sozialmedizinischen Stellungnahmen. Beschwerde wurde des Weiteren geführt über die Terminvergabe und die Wartezeiten bis zum Begutachtungstermin. Gelegentlich wurde bemängelt, dass Angehörige oder Betreuer nicht über den Begutachtungstermin informiert worden waren. In diesen Fällen stellte sich jeweils heraus, dass seitens der Pflegekassen die Übermittlung von derartigen Informationen nicht erfolgt war. Es sei auch an dieser Stelle noch einmal auf die Nützlichkeit des vom MD Berlin-Brandenburg eingerichteten Servicetelefons Pflege zur Erläuterung der Gutachten hingewiesen.

Eine größere Zahl von Eingaben an die UOP betraf folgende sonstige Themen:

1. **Widerspruchsverfahren:** Wie schon in den Vorjahren hatten Versicherte noch immer Schwierigkeiten, zwischen dem förmlichen Widerspruch gegen einen Ablehnungsbescheid der Kranken- oder Pflegekasse und der Beschwerde an die UOP zu unterscheiden. Die Gestaltung der Bescheide mit einem deutlichen und verständlichen Hinweis auf die UOP fand sich 2024 zwar gegenüber den Vorjahren verbessert. Es blieben jedoch Irritationen der Versicherten über die Zuständigkeit und die Aufgaben der UOP einerseits und die erforderliche Einlegung eines Widerspruches andererseits, wenn die Versicherten mit der Entscheidung der Kasse nicht einverstanden waren. Diese Problematik muss deshalb weiter im Blick bleiben.
2. **Weitere Sachverhalte:** Es wurden Eingaben an die UOP gerichtet, die Anlass zu Beratungen über mögliche Handlungsoptionen waren:
 - Anfragen zum aktuellen Kontostand der Haushaltshilfe-Leistungen
 - Fragen zur Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung und den damit verbundenen Rechten und Pflichten
 - Meldungen und Beschwerden über vermutete Behandlungsfehler durch Ärztinnen und Ärzte
 - Anfragen zur Zahlung und Abwicklung der Verhinderungspflege
 - Unterstützung und Klärung von Fragen zum Online-Fragebogen des MD

- Fragen zur Organisation und Durchführung der Rückführung nach Krankenhausentlassung
- Nachfragen zum aktuellen Stand ausstehender Entscheidungen der Pflegekasse
- Fragen zu Pflegegeldzahlungen
- Weiterleitung von Beschwerden, welche direkt an die Kasse gerichtet wurden
- Anfragen zur Inanspruchnahme von Pflegeberatungen
- Beschwerden über Missstände oder negative Erfahrungen in Kliniken oder Pflegeheimen
- Beschwerden über das Verhalten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kassen
- Anfragen zu Terminvereinbarungen zu halbjährlichen Pflegeberatungsbesuchen

Statistik über sämtliche Eingaben

	„Widersprüche“ – 326 Eingaben Es gab „Widersprüche“, die an die Ombudsperson gerichtet wurden, aber auch Irrläufer, während andere auf der unklaren Formulierung der Ablehnungsbescheide beruhten.
	Sonstige Anfragen – 222 Eingaben Dazu gehörten beispielsweise allgemeine Anfragen zu Pflegesachleistungen und Pflegegeldzahlungen sowie Beratungsanfragen.
	Begutachtungsergebnis – 89 Eingaben Diese umfassten Verständnisfragen zum Gutachten und Fragen zum Verfahren sowie Kritik an der Bewertung der Pflegebedürftigkeit.
	Pflegehilfsmittel/Hilfsmittel – 87 Eingaben Dabei handelte es sich insbesondere um Anträge auf Kostenübernahme von orthopädischen Maßschuhen/Einlagen sowie Bewegungsschienen. Auch Eingaben zu Anträgen auf Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen waren hier zu verzeichnen.
	Rehabilitation – 68 Eingaben Stationäre- oder ambulante Rehabilitations- oder Kurmaßnahmen (im Sinne des SGB V)
	Terminvergabe – 50 Eingaben
	Diagnostik und Therapien – 44 Eingaben Beschwerden aus diesem Bereich stammten aus dem ambulanten Sektor. 3 Eingaben davon betrafen Anträge zu MRT- und CT-Diagnostik.
	Verhalten des Gutachters/der Gutachterin – 34 Eingaben Eingaben über das Verhalten der gutachterlichen Pflegefachkraft während der Begutachtungssituation
	Operationen – 31 Eingaben Beschwerden stammten aus den Bereichen kosmetische- und Adipositaschirurgie und Geschlechtsumwandlungen.
	Arbeitsunfähigkeit – 26 Eingaben
	Medikamente – 21 Eingaben Eingaben zu Medikamenten bspw. für Off-Label-Use oder spezielle onkologische Medikation.
	Hinweise – 5 Eingaben Anonyme Hinweise an die Ombudsperson zu Pflegeeinrichtungen oder Intuitionen über Arbeitsabläufe und Missstände.

Die vorstehenden Statistiken und Schaubilder zeigen, dass im Jahr 2024 – wie schon 2023 – der größte Anteil der Eingaben mit 471 auf die Pflegebegutachtung entfiel. Dieses Muster findet sich in allen Bundesländern. Weitere häufige Themen der Eingaben waren Ansprüche auf Hilfsmittel und bestimmte Medikamente sowie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Die UOP bei dem MD Berlin-Brandenburg legte auch im Jahr 2024 großen Wert darauf, jede Eingabe möglichst individuell zu beantworten. In nicht wenigen Fällen wurde den Versicherten auf Hinweis der UOP vom Servicetelefon Pflegebegutachtung geholfen, an dem erfahrene Pflegefachkräfte die Pflegegutachten kompetent und verständlich erläutern.

Im Rahmen ihrer Lotsenfunktion gab die UOP den Versicherten Hinweise auf alternative Beratungsstellen, wenn sie selbst nicht weiterhelfen konnte.

2. Eingaben von Beschäftigten

Im Berichtszeitraum gab es keine Eingaben von Beschäftigten des MD Berlin-Brandenburg.

3. Dauer der Ombudsverfahren

Die Dauer der Bearbeitung von Beschwerden durch die UOP variierte auch im Jahr 2024. Sie ist abhängig von der Komplexität der Eingabe und des Umfangs der erforderlichen Klärung. Im Durchschnitt dauerte die Bearbeitung einer Eingabe etwa 2 Wochen.

4. Bericht über die Aktivitäten der Arbeitsgemeinschaft (AG) der UOP im Jahr 2024

Die UOP der Länder tagten im Jahr 2024 im Frühjahr und im Herbst. Auf der Herbsttagung referierte die Leiterin der Abteilung 2 des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS). Sie berichtete über die aktuellen Handlungsfelder des BAS und dessen Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Die Tagungen der Arbeitsgemeinschaft der UOP bei den MD der Länder haben sich zu einem wertvollen Forum im Interesse der Versicherten entwickelt. Auch außerhalb der Tagungen der AG standen die UOP in Kontakt miteinander.

5. Erfahrungsbericht 2024

Die UOP bei den MD der Länder verfassten in 2024 einen Bericht über ihre Erkenntnisse und Erfahrungen aus drei Jahren Tätigkeit. Er ist diesem Jahresbericht als Anlage beigefügt.

6. Zusammenarbeit intern und extern

Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle

Im Jahr 2024 gestaltete sich die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle wiederum erfreulich positiv. Die seit Aufnahme der Tätigkeit gemeinsam entwickelten Arbeitsprozesse funktionierten ebenso wie die Kommunikationswege reibungslos. Regelmäßige Arbeitsbesprechungen mit der Geschäftsstelle, dem Beschwerdemanagement sowie bei Bedarf mit den einzelnen Geschäftsbereichen des MD BB trugen zur effizienten Zusammenarbeit bei.

Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates

Die UOP nahm regelmäßig an den Sitzungen des Verwaltungsrates des MD Berlin-Brandenburg teil und berichtete dort über ihre Tätigkeit.

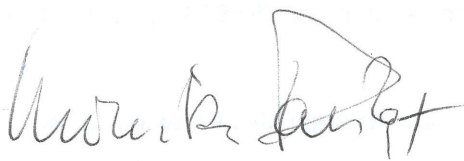
III. Fazit

Der Bericht 2024 zeigt, dass die Versicherten im Bereich des MD Berlin-Brandenburg zunehmend die digitalen Kommunikationswege nutzen, um ihre Anliegen vorzubringen. Er zeigt weiter, dass es noch immer Aufklärungsbedarf zur Abgrenzung zwischen dem förmlichen Widerspruchsverfahren und dem Zuständigkeitsbereich der UOP gibt. Unter den Versicherten besteht verbreitet die Auffassung, die UOP sei eine Art Widerspruchsbehörde, könne auf das Ergebnis einer Begutachtung zu ihren Gunsten Einfluss nehmen und einen Ablehnungsbescheid ändern. Die UOP setzt sich unvermindert dafür ein, dass solche Missverständlichkeiten beseitigt werden.

Gut etabliert hat sich weiterhin die Einbeziehung des Servicetelefon Pflege. Zahlreichen Versicherten konnten die Pflegegutachten oder die sozialmedizinischen Stellungnahmen zu ihrer Zufriedenheit erläutert werden. Der UOP wurde darüber hinaus bekannt, dass die Arbeit des Teams Servicetelefon Pflege auch half, Widersprüche an die Pflegekassen zu vermeiden.

Die UOP pflegte auch im Jahr 2024 mit dem Beschwerdemanagement des MD Berlin-Brandenburg einen konstruktiven und vertrauensvollen Austausch.

Abschließend ist festzustellen, wie auch im Erfahrungsbericht zum Ausdruck gebracht, dass der Gesetzgeber mit der Einrichtung dieser Funktion einen wichtigen Beitrag zur wirksamen Durchsetzung der Interessen und Rechte der Versicherten geleistet hat. Der Einsatz von unabhängigen, nicht in die Behörde MD eingegliederten Ombudspersonen hat sich bewährt. Der Aufgabenerfüllung ist die UOP bei dem MD Berlin-Brandenburg auch in ihrer nächsten Amtsperiode verpflichtet. Sie wird gemeinsam mit den UOP bei den MD der Länder und der UOP MD Bund für den Erhalt dieser Funktion eintreten und dafür plädieren, dass in jedem Bundesland den Versicherten diese niedrigschwellige Anlaufstelle erhalten bleibt.



Berlin, März 2025

Monika Paulat



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 fristwährend 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.