

Unabhängige Ombudsperson

Jahresbericht der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Niedersachsen gem. § 278 Abs. 3 S. 2 SGB V

Zeitraum 01.01.2024 bis 31.12.2024

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 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 die UOP der Länder.

Die UOP hat gem. § 278 Abs. 3 S. 2 SGB V einmal jährlich dem Verwaltungsrat und der Aufsichtsbehörde über ihre Tätigkeit zu berichten. Diesem gesetzlichen Auftrag kommt die Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Niedersachsen mit dem vorliegenden Bericht nach. Da sie die Aufgabe zum 1. Oktober 2021 aufgenommen hat, deckten die Vorberichte jeweils den Zeitraum vom 1. Oktober bis zum 30. September des jeweiligen Folgejahres ab. Der zuletzt vorgelegte Bericht betraf den Zeitraum vom 01.10.2022 bis zum 30.09.2023. Im Laufe der ersten Berichtsjahre hat sich der Bedarf herausgestellt, nicht nur den Verwaltungsrat des Geschäftsbereichs des Medizinischen Dienstes Niedersachsen und die Rechtsaufsicht zu informieren. Vielmehr entstand der Bedarf, die Kennzahlen der Ombudspersonen aller Medizinischen Dienste der Länder zu vergleichen, gegebenenfalls zu akkumulieren und gemeinschaftlich auszuwerten. Die überwiegende Mehrzahl der UOP der Länder hat als Berichtszeitraum das Kalenderjahr gewählt. Dem folgt der hier vorgelegte Bericht in Abstimmung mit dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates zum ersten Mal. Zu den statistischen Folgen dieser Umstellung finden Sie Einzelheiten unter III.1.

Unabhängige Ombudsperson

II. Rahmenbedingungen

1. Die Ombudsfrau¹ wurde durch den Verwaltungsrat am 04.06.2021 einstimmig gewählt und bis zum 30.09.2024 berufen. Diese Berufung wurde bis zum 30.04.2025 verlängert. Ich hatte den Wunsch geäußert, die Aufgabe nicht für eine weitere Amtszeit fortzusetzen. Es war aber sinnvoll, selbst den Jahresbericht über das persönlich zu verantwortende Kalenderjahr 2024 zu erstellen und dem Verwaltungsrat vorzustellen.
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. Das überreichte Equipment erlaubt sowohl mobil als auch vom Arbeitsplatz in der Kanzlei aus kommunikationsfähig zu sein. Die Unterstützung der Organisationsebene, insbesondere der IT-Abteilung, ist kompetent und hilfsbereit.
3. Der Ombudsfrau wurde eine Assistenzkraft zur Verfügung gestellt. Dies geschah anfänglich im Umfang einer halben Stelle. Aufgrund des Arbeitsanfalls wird die Assistenzkraft mittlerweile im Umfang von einer vollen Stelle in Anspruch genommen. Auch die hinreichende personelle Ausstattung der Geschäftsstelle der Ombudsperson ist damit vollumfänglich gewährleistet. Zukünftig wird eine Vertretung für den Abwesenheitsfall in Aussicht genommen.
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 Ombudsfrau 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 Ombudsfrau in Anspruch zu nehmen. Dies kann zu Rechtsverlusten führen. Dem wirkt die Ombudsfrau 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.

¹ Geht es im Bericht um die UOP in Niedersachsen habe ich wegen der deutlich angenehmeren Lesbarkeit die am tatsächlichen Geschlecht orientierte Form gewählt. In seltenen Fällen, in denen ich persönlich Stellung beziehe, erscheint die Formulierung in der „Ich“- Form.

Unabhängige Ombudsperson

Eine besondere Situation ergibt sich dann, wenn die Petenten, was in seltenen Fällen geschieht, bei der Ombudsperson selbst Widerspruch gegen den Bescheid einlegen². Dies hat auf Bundesebene dazu geführt, dass die 101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger in Saarbrücken (Auslegung des § 84 Absatz 2 SGG) am 09.11.-10.11.2022 beschlossen hat, dass ein bei der Ombudsperson eingelegter Widerspruch fristwährend wirkt. Dem sind die Ombudspersonen geschlossen entgegengetreten. Die Ombudspersonen sind (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 Ombudsfrau ist kein Fall bekannt, in dem es zu Rechtsverlusten durch fehlgeleitete Widersprüche gekommen wäre.

Große Relevanz hat hingegen die bereits in dem Vorbericht geschilderte Praxis der Krankenkassen, die Petenten erst dann auf die Ombudsperson hinzuweisen, wenn der Medizinische Dienst bereits ein Widerspruchsgutachten erstattet hat. In der Regel erfolgt in diesem Fall keine erneute Beauftragung des Medizinischen Dienstes, die Inanspruchnahme der Ombudsperson durch die Petenten geht daher ins Leere und löst Verärgerung und Frustration aus. Dies gilt jedenfalls dann, wenn nicht vor Tagung des Widerspruchsausschusses nochmals ein Gutachten eingeholt wird. In einigen Fällen ist es der Ombudsfrau gelungen, auf diesem Wege doch noch eine neuere Erkenntnis berücksichtigende Begutachtung herbeizuführen. Gleichwohl ist es allein sachgerecht, bereits bei der ersten ablehnenden Entscheidung und vor Erstattung eines Widerspruchsgutachtens auf die Ombudsperson hinzuweisen.

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

Rechtsaufsicht

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

Patientenvertretung

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

Ombudsfrau

Die Ombudsfrau verfügt - wie im Gesetz vorgesehen (§ 278 Abs. 3 Satz 2 SGB V) - über eine eigene Website. 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/>)

² Skurril mutet es an, wenn zwei Krankenkassen bei der Ombudsperson Widerspruch gegen Gutachten des Medizinischen Dienstes eingelegt haben.

Unabhängige Ombudsperson

5. Die Ombudsfrau 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 Ombudsfrau muss regelmäßig auch vertraulich in Anspruch genommen werden können. Deswegen sind die Daten, die auf den Rechnern des Medizinischen Dienstes von der Ombudsfrau 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 Assistentenkraft 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 bisher nicht eingetreten.

6. Die Ombudsfrau 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 Ombudsfrau mit dem Vorstand und mit den Fachbereichsleitungen sowie den Stabsstellen im Austausch. Sie ist dem Personalrat bekannt und hat in der Vergangenheit an Sitzungen teilgenommen.
7. Die Ombudspersonen der Länder haben sich regelmäßig zum Wissensaustausch unter Beteiligung der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Bund getroffen. Dieser Prozess wird fortgesetzt. Die Arbeitsgemeinschaft der UOP hat eine Stellungnahme zu den ersten drei Jahren der Tätigkeit der UOP verfasst. Sie ist diesem Bericht als Anlage beigefügt.

Unabhängige Ombudsperson

III. Inanspruchnahme der Ombudsfrau

1. Allgemeines

Die Ombudsfrau 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 Ombudsfrau 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 Ombudsfrau 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 durchaus 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 Ombudsfrau bei der Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere bei Beeinflussungsversuchen durch Dritte, wenden.

Die Vertraulichkeit ist für beide Petentengruppen sichergestellt.

Die Umstellung des Berichtszeitraums (1. Oktober bis 30. September des Folgejahres) auf das Kalenderjahr hat eine unvermeidliche Folge: die Monate zwischen dem Ende des „alten“ Berichtszeitraums können statistisch in der Darstellung des Jahres 2024 nicht inkludiert werden. Insoweit werden Zahlen des alten Berichtsjahrs zu den Eingangszahlen des Jahrgangs 2024 in Beziehung gesetzt. Um die drei Monate nicht völlig außer Acht zu lassen, werden die **Eingangszahlen** für das komplette **Kalenderjahr** 2023 ausgewiesen. Bei der Feinauswertung hinsichtlich der Gegenstände, den Erledigungsarten etc. bleiben sie allerdings „außen vor“.

Unabhängige Ombudsperson

2. Umfang der Inanspruchnahme

424 Petitionen sind im letzten Berichtszeitraum vom 01.10.2022 bis zum 30.09.2023 eingegangen.

487 Petitionen sind im Kalenderjahr 2023 eingegangen.

553 Petitionen sind insgesamt im aktuellen Berichtszeitraum (Kalenderjahr 2024) eingegangen.

Die in Klammern gesetzten Zahlen sind die Werte des vergangenen Berichtszeitraums (01.10.2022 bis 30.09.2023)

40 (16) Petitionen waren davon am 31.12.2024 noch offen.

2 (2) Petitionen wurden von Mitarbeitenden eingereicht.

551 (422³) Petitionen gingen von Versicherten ein.

3. Wege der Einleitung der Petitionen

425 Petitionen haben die Ombudsfrau per Mail erreicht.

25 Petitionen wurde durch das Kontaktformular ausgelöst.

67 Petitionen wurden am Telefon entgegengenommen.

36 Petitionen haben die Petenten den Postweg gewählt.

4. Petitionsgegenstände

a) Von den Petitionen durch Versicherte entfielen

204 (144) auf die Einstufung in Pflegegrade

55 (44) auf Hilfsmittel

17 (12) auf die Bewilligung von Krankengeld und Arbeitsunfähigkeit

61 (59) auf Reha einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Kuren, medizinische
Vorsorge

26 (25) auf „Off-Label-Use“: Diagnoseverfahren, operative Eingriffe und
Heilmittel

8 (1) auf Behandlungsfehler

2 (2) auf Anlassprüfungen/Heimprüfungen

33 (26) auf Operationen, ästhetisch und wegen Transsexualität

32 (22) auf Therapien einschließlich Psychotherapien und Zahnmedizin

67 (33) auf fehlende Zuständigkeit, entweder örtlich oder sachlich

6 (5) auf atypische Konstellation/Sonderfälle

31 (39) auf Petitionsanliegen, die trotz Nachfrage nicht geklärt werden
konnten (keine Rückmeldung)

9 (9) Sonstiges

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

³ Die Zahl deckt sich nicht mit der Angabe im vorangegangenen Bericht. Sie beruhte auf einem hier korrigierten Berechnungsfehler

Unabhängige Ombudsperson

b) Es liegen 3 Petitionen von Mitarbeitenden vor

Ohne Durchbrechung der Anonymität sind inhaltliche Angaben zu zwei der Petitionen nicht möglich.

In dem weiteren Fall handelt es sich um die Anzeige eines Beeinflussungsversuchs (siehe unter IV.5).

5. Erledigungen

514 (408) Verfahren konnten erledigt werden.

a) **134** (140) 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) 31** (39) 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) 23** (49) Verfahren konnten durch Informationen zum Verfahren erledigt werden. Die im Gespräch oder schriftlich erfolgten Auskünfte haben die Petenten als ausreichend für die Erledigung der Petition angesehen. Das schließt auch solche Auskünfte ein, dass die Ombudsfrau aufgrund ihrer Kompetenzen das erstrebte Ziel nicht durchsetzen kann.
- d) 22** (39) Verfahren konnten 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.
- e) 145** (51) 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.
- f) 63** (33) Petitionen konnten für die Petenten durch die Ombudsfrau nicht positiv begleitet werden, weil bei dem Medizinischen Dienst kein Auftrag vorlag. Die Ombudsfrau 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.
- g) 2** (2) Petitionen lagen außerhalb der Zuständigkeit des Medizinischen Dienstes Niedersachsen. Damit war auch eine Zuständigkeit der Ombudsfrau 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.
- h) 108** (40) 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.
- i) 6** (1) Erledigung durch Klage

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

Unabhängige Ombudsperson

IV. Beschwerdegründe

Aufgrund der Vielfalt der Petitionen können hier nur die Schwerpunkte dargestellt werden.

Inhaltlicher Schwerpunkt der Beschwerden im Geschäftsbereich Pflegeversicherung liegt im Feld der Begutachtungen zur Einstufung von Pflegegraden.

1. Im Zentrum stehen dabei weitere Fragen der Kommunikation. Wie schon ausgeführt, ist die Unabhängige Ombudsperson auch für eine inhaltliche Überprüfung der Gutachten nicht berufen.

Die Kommunikation bezieht sich hier zum einen auf den unmittelbaren Kontakt von Gutachterinnen und Gutachtern bei Hausbesuchen, insbesondere aber auch bei den strukturierten telefonischen Begutachtungen.

Es hat sich auch in diesem Berichtszeitraum bestätigt, dass bei Hausbesuchen eine ganz besondere Konstellation entsteht. Stets begegnen die Gutachterinnen und Gutachter den Petenten in der eigenen Wohnung. Damit ist stets ein Betreten des höchstpersönlichen Bereichs verbunden, der allein aus diesem Grund schon auf Seiten der Versicherten ein höheres Empfindlichkeitsniveau begründet.

Dies ist für alle Gutachterinnen und Gutachter aber auch für die Versicherten unvermeidlich. Allerdings zeigt sich im Spiegel der Petitionen, dass sich nicht alle Gutachterinnen und Gutachter dieser Dimension ihrer Tätigkeit bewusst sind. Einigen fehlt es - nach den Schilderungen der Petenten - an der Sensibilität für diese Situation. Angesichts der abzuarbeitenden Gutachtaufträge (1620 pro durchschnittlichem Arbeitstag im Berichtszeitraum) ist allerdings schwerlich sicherzustellen, dass alle Gutachterinnen und Gutachter von ihrer Persönlichkeit her als Ausgangspunkt und von ihrer durch den Medizinischen Dienst gewährleisteten Fortbildung in der Lage sind, diesem hohen Anspruch zu genügen.

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.

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 mit den Petenten gegeben hat. Das hat gegenüber der Ombudsfrau zu sehr positiven Rückmeldungen geführt.

Unabhängige Ombudsperson

2. Objektive Fehler im Gutachten

In beiden vorangegangenen Berichtszeiträumen habe ich über objektive Fehler in Gutachten - durch eine Fehlsteuerung der EDV oder durch Versehen - berichtet. Es bestanden jedes Mal große Probleme, hier Korrekturen zu ermöglichen. Im Berichtszeitraum wurde mir nur **ein** solcher Fall vorgetragen. Hier wurde unter Einbeziehung der Krankenkasse durch den Medizinischen Dienst eine für alle Beteiligten zufriedenstellende Lösung durch ein neues Gutachten gefunden.

3. 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 (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.

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 (727 arbeitstäglich) sicherlich, dass Zeitverzögerungen nur durch mehr Personal verhindert werden könnten.

Zeit ist allerdings hier nicht nur ein Problem der zur Verfügung stehenden Ressourcen, sondern auch der Priorisierung. Die Priorisierung erfolgt erkennbar nach medizinischen Gesichtspunkten. Dabei waren auch in diesem Berichtszeitraum - insbesondere bei Kuren mit Kindern - soziale Belange zu berücksichtigen.

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. Die Priorisierung in diesen Fällen ist sicherlich besonders herausfordernd. Für die Versicherten, die auf eine Entscheidung warten, aber z. B. bei fristgebundener Medikation überlebenswichtig und daher schwer erträglich.

Im Berichtsjahr haben sich keine neuen inhaltliche Schwerpunkte gebildet. In vorangegangenen Berichtszeiträumen standen bei den diagnostischen Maßnahmen das PSMA PET-CT und das Mamma-MRT zur Abklärung von möglichen Brustkrebsrezidiven im Vordergrund. Im vorliegenden Berichtszeitraum ist ein solcher Schwerpunkt nicht auszumachen. Die Zahlen zu diesem Beschwerdegegenstand sind faktisch gleichgeblieben.

Unabhängige Ombudsperson

4. Vermutete Voreingenommenheit von Gutachtern

Dieser Beschwerdegrund bildet den Schwerpunkt im Bereich von gewichtsreduzierenden Maßnahmen („Magen-Bypass“) und die Beseitigung von deren sichtbaren Folgen (Entfernung großer Hautfalten) sowie die Beseitigung von belastend empfundenen körperlichen Eigenheiten, insbesondere in Bezug auf die weibliche Brust. 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 Ombudsfrau hilfreich.

Einen Sonderfall stellt in diesem Kontext der Wunsch nach einer den Prozess einer Geschlechtsanpassung abschließenden Operation dar. Die Zahl derartiger Petitionen hat zugenommen. Sie sind von Seiten der Petenten emotional hoch angespannt. In der Regel kann die Ombudsperson diesen Prozess nicht beschleunigen. Ich sehe in diesen Verfahren meine Aufgabe darin, durch Erläuterung des Verfahrens die Vermutung einer grundsätzlich ablehnenden Haltung der Gutachter/der Gutachterin abzubauen.

Es gibt - auf niedrigem Niveau - einen Anstieg der Petitionen im Bereich der Behandlungsfehler. Außer dem Abfangen überschießender Emotionen sind Handlungsmöglichkeiten der Ombudsperson wegen der Eigenart des Verfahrens kaum gegeben.

5. Meldung eines Beeinflussungsversuchs durch einen Beschäftigten

Ein Mitarbeiter des Hauses hat angezeigt, dass eine Krankenkasse versucht hat, Daten von ihm zu erhalten, von denen sie wusste, dass eine solche Weitergabe rechtswidrig wäre. Der Beschäftigte hat dieses Ansinnen zurückgewiesen. Eine Notwendigkeit tätig zu werden, bestand für die Ombudsfrau nicht.

Unabhängige Ombudsperson

V. Empfehlungen

1. Auch wenn dies sicherlich ohnehin zum Konzept der Fortbildungen gehört, weise ich wiederum auf die Notwendigkeit hin, bei den Gutachterinnen und Gutachtern auf die Sensibilität für die besondere Situation von Begutachtungen in der häuslichen Umgebung besonderes Augenmerk zu legen. Beispielhaft ist - wie an anderer Stelle bereits erwähnt - die Bereitschaft bei Beschwerden mit den Petenten unmittelbar Kontakt aufzunehmen und Missverständnisse auszuräumen.
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 Gutachterinnen und Gutachter können die Versicherten und deren Umgebung nicht selbst wahrnehmen. Die Selbstwahrnehmung der Versicherten ist nicht immer realistisch.
3. Es ist als erfreulich hervorzuheben, dass die Beschwerden über kurzfristige Absagen durch den Medizinischen Dienst kaum noch vorkommen. Vielleicht, weil die Anregung aufgegriffen wurde, in einem solchen - sicher nicht zu vermeidenden Fall - keine Terminierung einseitig durch den Medizinischen Dienst vorzunehmen, sondern eine Terminvereinbarung zu versuchen.
4. Trotz der unzweifelhaften Belastung sowohl der Geschäftsbereiche Pflege als auch bei GKV wäre es wünschenswert - vielleicht auch mit Nutzung digitaler Möglichkeiten - eine weitere Priorisierung vorzunehmen. Besonders belastend ist eine späte Begutachtung nach Entlassung aus einem stationären Aufenthalt. Hier wird häufig vorläufig der Pflegegrad 2 nach Aktenlage festgesetzt. Eine schnelle Begutachtung wird in Aussicht gestellt. Dies wird aber immer wieder nicht realisiert.
5. Im Bereich der Pflegebedürftigkeit von Kindern stechen die Beschwerden über die Begutachtung von Kindern mit Beeinträchtigungen aus dem Autismus-Spektrum weiterhin besonders heraus. Der Diagnosebogen für Kinder ist ein Fortschritt, den ich begrüße. Den Betreuungsbedarf für Kinder mit dieser Diagnose kann er jedoch kaum abbilden.
Es ist für die besonders belasteten Eltern schwer zu ertragen, wenn ihre Situation keinen Niederschlag im Gutachten findet. Auch bei Begutachtungen der Pflegebedürftigkeit von Erwachsenen sind pflegende Angehörige häufig anwesend. Bei der Begutachtung von Kindern ist dies stets der Fall. Die persönliche Situation von pflegenden Eltern kranker oder schwer beeinträchtigter Kinder ist emotional und durch die schwierige Zukunftsprognose ungleich herausfordernder. Es stellt hohe Anforderungen an die Gutachtenden sowohl die Eltern, als auch die Kinder hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit in den Blick zu nehmen. Dem sollte möglichst immer durch besonders ausgebildete Gutachtende Rechnung getragen werden.
6. Wünschenswert wäre es auch, über Regularien zu verfügen, um objektiv falsche Tatsachen in Gutachten zu eliminieren. Hier geht es nicht um eine Korrektur der fachlichen Prüfung, sondern um objektiv fehlerhafte Inhalte. Wenn eine Korrektur des Gutachtens wegen seiner Urkundseigenschaft nicht in Betracht kommt, wäre eine korrigierende Anlage zum Gutachten in Betracht zu ziehen.
7. Die nochmalige Steigerung der Eingangszahlen stellt die Ombudsperson ebenso wie die Geschäftsstelle vor Herausforderungen. Im Berichtszeitraum wurde dies wiederum durch den hochengagierten Arbeitseinsatz - insbesondere der Assistenzkraft - bewältigt, der ich aufrichtigen Dank schulde. Nunmehr ist eine Abwesenheitsvertretung dringend geboten.

Unabhängige Ombudsperson

VI. Danksagung

Ob sich die Institution der Unabhängigen Ombudsperson, wie vom Gesetzgeber konzipiert, bewährt hat, kann von der Ombudsfrau selbst nicht evaluiert werden. Aus meiner Tätigkeit ergeben sich jedenfalls keine Anhaltspunkte dafür, dass insbesondere durch die gesetzlichen Krankenkassen, Druck auf die Entscheidungspraxis der Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes genommen wird. Inwieweit es noch eine unbewusste „Kultur“ der Parteilichkeit für die Anliegen der gesetzlichen Krankenkassen gibt, vermag ich nicht zu beurteilen. Konkrete Anhaltspunkte dafür konnte ich nicht feststellen. Eine der drei durch Beschäftigte in diesem Berichtsjahr eingelegten Petitionen hat zwar einen solchen Beeinflussungsversuch zum Gegenstand. Der Versuch blieb aber erfolglos. Eine relevante Druckkulisse wurde nicht aufgebaut.

Aus der Sicht der Versicherten wird die Möglichkeit, eine außerhalb des Medizinischen Dienstes stehende Institution ansprechen zu können, sehr geschätzt. Die Vielzahl ausdrücklicher Danksagungen mag dafür ein Anhaltspunkt sein. Allein ein entsprechendes Telefonat konnte oft Verständnis schaffen und Frustrationen abbauen. Dabei gilt auch in diesem Berichtszeitraum: der mir gegenüber ausgesprochene Dank gilt in der Sache oft nicht meiner Person, sondern dem dadurch ausgelösten Tätigwerden des Medizinischen Dienstes, den ich hiermit gerne weiterreiche.

Wird - wie im Falle der vom Gesetzgeber institutionalisierten Unabhängigen Ombudsperson - von außen ein Blick auf eine Institution geworfen, kann dies bei der Institution selbst und den Mitarbeitenden durchaus zu einer Reaktion der Abschottung und Aversion führen. Dies ist im Falle der Ombudsfrau des Medizinischen Dienstes in Niedersachsen durch die Beschäftigten nicht der Fall gewesen. Die Fachbereiche haben mit der Ombudsfrau kooperiert und glaubwürdig im Rahmen zur Verfügung stehender Ressourcen - wenn in der Sache gerechtfertigt - eine Abhilfe ermöglicht. Dafür gilt allen Beteiligten auch mein persönlicher Dank. Er gilt besonders für gelegentlich binnen Stunden erfolgte Begutachtungen im Falle von „Off-Label-Use“.

Ich muss den Jahresbericht auch zu einer ausdrücklichen Entschuldigung nutzen. In einer Petition wurde ein ärztlicher Gutachter des Medizinischen Dienstes eines Fehlverhaltens beschuldigt. Ich habe diese Petition an den Geschäftsbereich GKV herangetragen. Die Art der Beschuldigung war gravierend und geeignet, das Ansehen des Arztes herabzusetzen. Er ist dem Vorbringen entschieden entgegengetreten. Ich bin dem nachgegangen und die Petentin hat die Vorwürfe nicht aufrechterhalten. Ich habe mich selbstverständlich entschuldigt und möchte dies an dieser Stelle wiederholen.

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

Hannover, 24. Februar 2025



Antje Niewisch-Lennartz
Unabhängige Ombudsfrau

Anlage



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 Verwaltungsratsitzungen 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 Ombudleuten deshalb von besonderer Wichtigkeit, weil sie einen Beitrag dazu leisten können, dieses Vertrauen wiederzugewinnen.