



Ombudsperson
beim Medizinischen Dienst
Berlin-Brandenburg

Jahresbericht 2023 der Ombudsperson bei dem Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg

Berlin, März 2024

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	4
1.	Beschwerden von Versicherten.....	4
	Verteilung der Eingaben nach Eingangskanälen	4
	Eingaben im Monatsvergleich	6
	Verteilung der Eingaben nach Kranken- und Pflegekassen.....	8
	Verteilung der Eingaben nach Geschäftsbereichen und Themenfeldern	9
	Erläuterungen der Themenfelder.....	10
	Zusammenfassende Übersicht	12
	Beschwerdegegenstände im Einzelnen.....	13
	Krankenversicherung.....	13
	Pflegeversicherung	13
2.	Beschwerden von Beschäftigten	14
3.	Dauer der Ombudsverfahren	14
III.	Fazit	15

I. Einleitung

Die Ombudsperson 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 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 Ombudsperson durch Versicherte und durch Beschäftigte des MD sein. Die Ombudsperson bei dem MD Berlin-Brandenburg legt ihren zweiten Bericht vor, der mit dem Zeitraum 01. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023 nunmehr gegenüber dem ersten Bericht ein volles Kalenderjahr umfasst.

Die enorme Zunahme von Eingaben an die Ombudsperson im Jahr 2023 (siehe unter II.1) beweist, dass sich diese vom Gesetzgeber zur Stärkung der Rechte der Kranken- und Pflegeversicherten eingeführte neue Institution etabliert hat, zumindest im Bereich der Versicherten. Das Jahr 2023 hat ein weiteres gezeigt: Die offensichtlich für die Versicherten nicht genügend verständliche Abgrenzung der Zuständigkeit der Ombudsperson von der rechtlichen Prüfung eines Ablehnungsbescheides im Widerspruchsverfahren ist nach wie vor ein Problem, jedenfalls im Bereich Berlin-Brandenburg.

Schließlich fällt auf, dass Eingaben von Beschäftigten des MD Berlin-Brandenburg bisher zahlenmäßig sehr deutlich hinter den Eingaben von Versicherten zurücktreten.

Die Tätigkeit der Ombudsperson bestand und besteht in der Prüfung des von den Versicherten geschilderten Sachverhalts durch Einholung von Stellungnahmen aus den betroffenen Geschäftsbereichen und durch Einsicht in die Gutachten des MD. Die Prüfung erstreckt sich auf die Art und Weise, in der die Gutachterinnen und Gutachter ihre Tätigkeit ausgeübt haben, etwa im Umgang mit den Versicherten bei der Begutachtung oder bei Ausführung des Gutachtens. Dazu gehören auch Fragen in Zusammenhang mit der Vergabe von Untersuchungsterminen.

Eine weitere Aufgabe sieht die Ombudsperson darin, den Versicherten im Sinne einer Lotsenfunktion Stellen zu nennen, bei denen sie Hilfe und Rat erlangen können (wie etwa am Servicetelefon). Mitunter ist es ein schmaler Grat, sich als Ombudsperson einer regelrechten Rechtsberatung zu enthalten, zumal dann, wenn vor ihrem beruflichen Hintergrund eine solche Beratung durchaus möglich wäre. Die Tätigkeit der Ombudsperson besteht auch darin, mit dem Beschwerdemanagement und der Personalvertretung Abgrenzungsfragen zu klären. Dieser Austausch gelang im MD Berlin-Brandenburg auch im Jahr 2023 sehr gut, ebenso der Austausch mit dem Vorstand und mit den Geschäftsbereichen jenseits von Einzelfällen.

II. Im Einzelnen

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

1. Beschwerden von Versicherten

Es wurden insgesamt **1092** Eingaben eingereicht. Dabei handelte es sich um Eingaben von Versicherten, Angehörigen, Betreuungspersonen, behandelnden Ärztinnen und Ärzten und von diversen Institutionen. Darunter befanden sich zwölf anonyme Hinweise zu Gesundheitseinrichtungen, ambulanten Pflegediensten oder Pflegeheimen über die dortigen Arbeitsumstände.

Verteilung der Eingaben nach Eingangskanälen

Von den insgesamt 1092 Eingaben wurden 366 telefonisch, 586 per E-Mail und 140 per Post eingereicht.

Elektronisch können Versicherte, Angehörige, Betreuer oder Bevollmächtigte mit der Ombudsperson in Kontakt treten, entweder durch direkte E-Mail an das Postfach der Ombudsperson (ombudsperson@md-bb.org) oder durch Nutzung des Kontaktformulars auf der Homepage von dem Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg (www.md-bb.org/ueberuns/ombudsperson/kontaktformular-ombudsperson). Notwendig ist die im Kontaktformular erbetene Zustimmung zur Weitergabe der Versicherten-Daten an den jeweils betroffenen Geschäftsbereich des MD, zur Abgabe an das Beschwerdemanagement sowie zur Akteneinsicht durch die Ombudsperson.

Diese Zustimmungserklärungen werden natürlich auch bei Nutzung der anderen Kontaktformen eingeholt. Die Ombudsperson hat sich von Angehörigen, Betreuungspersonen und Bevollmächtigten deren Legitimation nachweisen zu lassen.

Abbildung 1 veranschaulicht die Aufteilung der Eingaben nach Eingangskanälen:

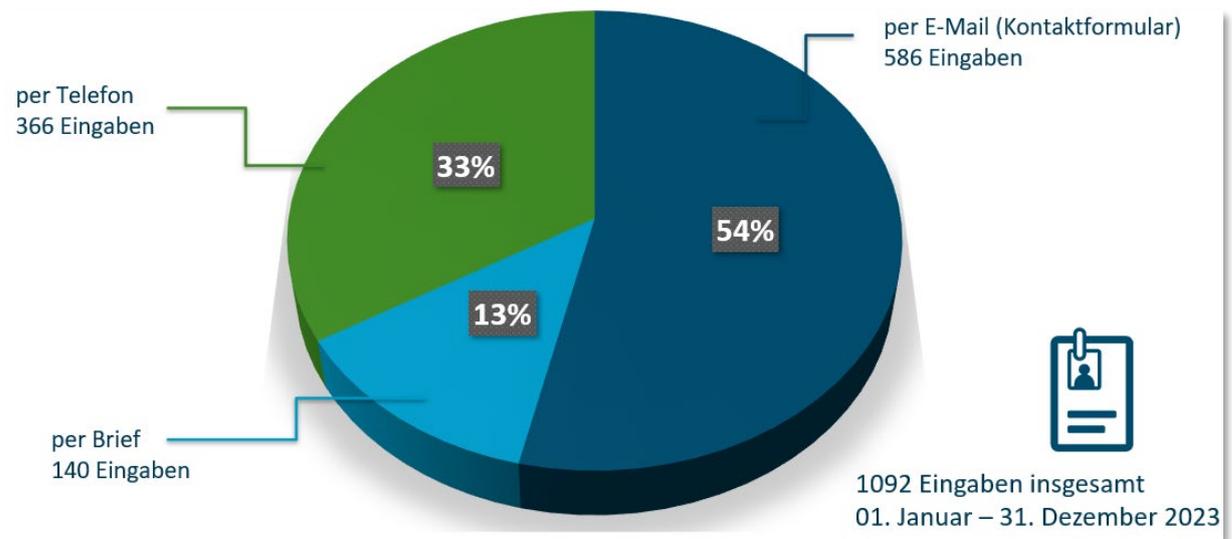


Abbildung 1: Verteilung der Eingaben nach Eingangskanälen

Zu sehen ist, dass sich die Versicherten ganz überwiegend (mehr als 2/3) schriftlich an die Ombudsperson wandten.

Eingaben im Monatsvergleich

Im nächsten Abschnitt wird die monatliche Aufteilung der Eingaben im Zeitraum vom 01. Januar bis zum 31. Dezember 2023 dargestellt. Zum Vergleich ist auch die Kurve für das Jahr 2022 zu sehen.

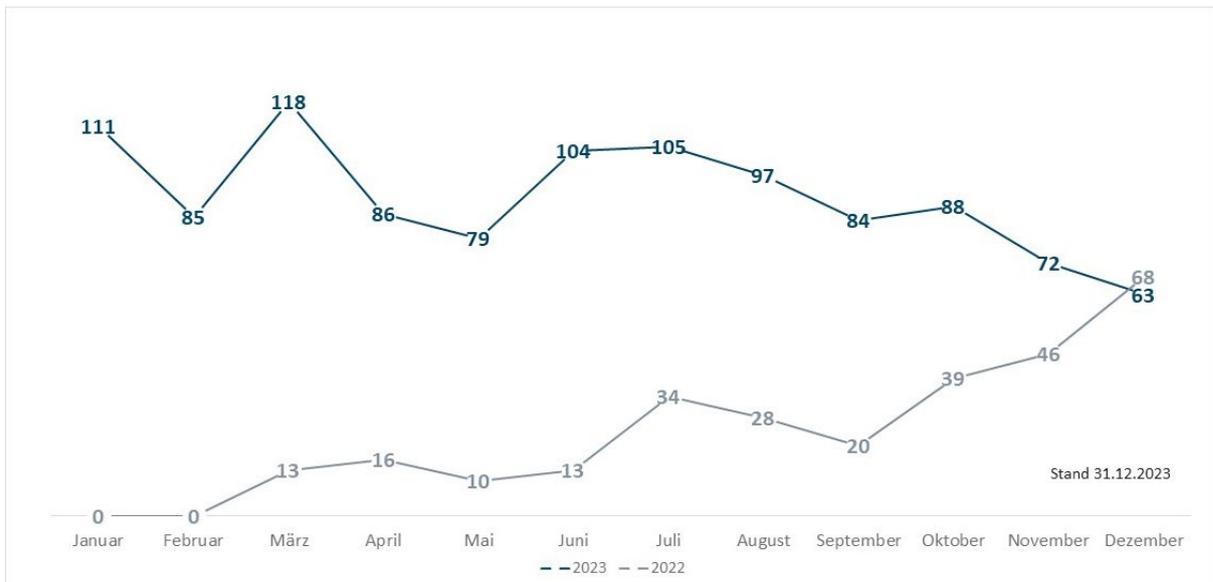


Abbildung 2: Monatsvergleich der Eingaben

Die Kurve für 2023 zeigt zu Jahresbeginn einen signifikanten Anstieg der Eingaben, der sich im Dezember 2022 mit 68 Verfahren bereits abgezeichnet hatte. Der Anstieg betraf vor allem den Bereich der Pflegebegutachtung und steht vermutlich mit einer deutlich gestiegenen Bearbeitung von Aufträgen in diesem Bereich in Zusammenhang.

Einen beträchtlichen Anteil an der hohen Zahl der Eingaben haben die Eingaben, die expressis verbis oder sinngemäß einen Widerspruch gegen die Ablehnung einer Leistung beinhalten und somit nicht die Zuständigkeit der Ombudsperson betreffen. Auf diese Problematik wurde bereits im Jahresbericht 2022 hingewiesen. Sie besteht fort. Zwar haben sich die Kranken- und Pflegekassen mittlerweile auch auf Hinweis der Aufsichtsbehörden und nach Gesprächen der Ombudsperson mit Vertretungen regionaler Kassen weitgehend darauf umgestellt, in ihren Bescheiden zunächst die Belehrung über das Widerspruchsrecht zu erteilen und erst danach auf die Ombudsperson hinzuweisen.

Abgesehen davon, dass dies in nicht wenigen Einzelfällen noch immer nicht praktiziert wird, sind die Bescheide für eine Vielzahl der Versicherten nicht genügend verständlich und klar gestaltet und formuliert. Diese Unklarheit führt häufig dazu, dass die Versicherten meinen, die Ombudsperson könne die Ablehnung eines Antrages rechtlich prüfen und/oder die medizinische Richtigkeit des zugrunde liegenden Gutachtens des MD beurteilen, um den Bescheid zu ihren Gunsten unmittelbar abzuändern. Versicherte gehen auch davon aus, die Ombudsperson könne sich am Widerspruchsverfahren beteiligen und sie bei dessen Durchführung unterstützen.

Es macht einen Großteil der Tätigkeit der Ombudsperson aus, den Versicherten zu erklären, was genau ihre gesetzliche Aufgabe ist und was nicht. Problematisch bleibt in diesem Zusammenhang, dass der Irrtum über den richtigen Adressaten eines Widerspruchs die Einhaltung der Widerspruchsfrist gefährden kann.

Fraglich ist, ob die Ombudsperson rechtlich dazu verpflichtet ist, bei ihr eingegangene Widersprüche an die Kranken- bzw. Pflegekassen weiterzuleiten. Die Ombudspersonen der Länder sind der Auffassung, dass eine solche Rechtspflicht nicht besteht. Die Ombudsperson ist nach der gesetzlichen Konstruktion unabhängig und nicht weisungsgebunden. Sie ist n i c h t in die Organisation des MD eingebunden und damit n i c h t Teil der Behörde. Der Behördeneigenschaft der Ombudsperson steht ihre Unabhängigkeit und ihr Status entgegen. Dass sich – wie im Bereich des MD Berlin-Brandenburg – die Ombudsgeschäftsstelle in den Räumen des MD befinden kann und Beschäftigte des MD zur Unterstützung der Ombudsperson an die Ombudsgeschäftsstelle „abgeordnet“ sind, ändert daran nichts. So verhält es sich auch keineswegs in allen Ländern; einige Ombudspersonen arbeiten mit externem Personal zusammen, auch in Büroräumen außerhalb des MD.

Wenn die Ombudsperson eine Rechtspflicht zur Weiterleitung bei ihren eingegangenen Widersprüchen gegen einen Ablehnungsbescheid der Kasse nicht trifft, lässt sich in Fällen einer drohenden oder eingetretenen Versäumung der Widerspruchsfrist häufig pragmatisch helfen. In einigen Fällen wurden Widersprüche auch als sog. postalische Irrläufer behandelt und an die zuständige Kasse gesandt.

Verteilung der Eingaben nach Kranken- und Pflegekassen

Kasse	Eingaben
Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Nordost	436
Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) (nicht näher bezeichnet)	157
unbekannt	130
Techniker Krankenkasse (TK)	109
Innungskrankenkasse (IKK) Berlin-Brandenburg	84
Barmer Ersatzkasse (BARMER)	82
DAK-Gesundheit (DAK)	26
Kaufmännische Krankenkasse (KKH)	8
HEK – Hanseatische Krankenkasse	8
Innungskrankenkasse (IKK) classic	8
Handelskrankenkasse (hkk)	7
Energie-Betriebskrankenkasse (energie-BKK)	7
BKK Pfalz	6
Betriebskrankenkasse (BKK)	5
Novitas BKK	4
Mkk (ehem. BKK VbU)	4
Siemens Betriebskrankenkasse (SBK)	2
Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit (BIG direkt gesund)	1
Bahn BKK	1
Colonia KV	1
Viactiv BKK	1
BKK München	1
Pronova BKK	1
BKK ProVita	1
IKK gesund plus	1
IKK Nord	1

Verteilung der Eingaben nach Geschäftsbereichen und Themenfeldern

Alle Eingaben lassen sich, bis auf solche mit allgemeinen Fragen zu Gesundheitsleistungen oder Beschwerden über Institutionen, den bestehenden Geschäftsbereichen zuordnen. Die Abbildung 3 verdeutlicht, dass die überwiegende Zahl der Eingaben dem Geschäftsbereich Pflege zuzuordnen war. Sie betrafen überwiegend das Ergebnis der Pflegebegutachtung oder terminliche Angelegenheiten. Auch das Verhalten der Gutachterin oder des Gutachters wurde kritisiert. Derartige Beschwerden sind jedoch zahlenmäßig relativ gering.

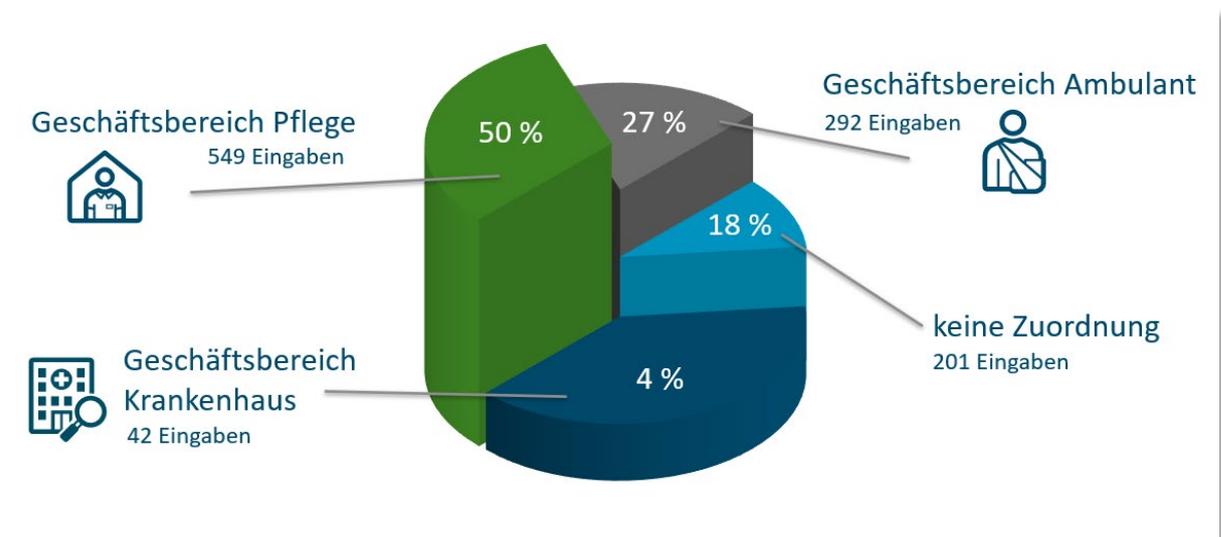


Abbildung 3: Verteilung der Eingaben nach Geschäftsbereichen

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Eingaben auf die verschiedenen Fachgebiete.



Abbildung 4: Verteilung der Eingaben nach Themenfeldern

Erläuterungen der Themenfelder

Qualitätsprüfung Pflege

Personen aus Einrichtungen wie Pflegeheimen und Privatpersonen gaben zum Teil namentliche, aber in der Regel anonyme Hinweise, beispielsweise bei unter- oder mangelversorgten Gepflegten. Hierzu erhielt die Ombudsperson 2023 zwölf Hinweise.

Sonstige Anfragen

Diese umfassen Themen, die nicht den anderen Bereichen zugeordnet werden konnten. Dazu gehören beispielsweise allgemeine Anfragen zu Pflegesachleistungen und Ähnliches. In der Regel wird hier auf die zuständigen Kranken- und Pflegekassen verwiesen.

Stationäre Rehabilitation (selbsterklärend)

Arbeitsunfähigkeit (selbsterklärend)

Operationen / Therapien

Beschwerden aus diesem Bereich stammen aus dem ambulanten und stationären Sektor; es geht etwa um kosmetische und bariatrische Operationen (Adipositas-Chirurgie), alternative Therapieformen und Medikamente sowie Geschlechtsumwandlungen.

Hilfsmittel

Betroffen waren insbesondere Anträge auf Kostenübernahme für Rollstühle, orthopädische Einlagen und Schuhe, Urinalkondome und Bewegungsschienen.

Einzelfallbegutachtung Pflege

Das Themenfeld umfasste Eingaben zu den Ergebnissen der Begutachtung und dem Verhalten der Gutachterinnen und Gutachter. Es betraf auch Fragen zum Verständnis des Gutachtens und des Verfahrens sowie zu abgelehnten Pflegehilfsmitteln. Darüber hinaus beinhaltete es Fragen zur Terminfindung für eine Pflegebegutachtung. Eingaben hierzu wurden teilweise an den Geschäftsbereich Pflege weitergeleitet. Hinweise auf das Servicetelefon Pflegebegutachtung des MD konnten Abhilfe schaffen.

„Widersprüche“

Über diese Problematik wird in der zusammenfassenden Übersicht ausführlich berichtet.

Zusammenfassende Übersicht:

	<p>„Widersprüche“ – 212 Eingaben</p> <p>Es gab “Widersprüche”, die an die Ombudsperson gerichtet wurden. Einige davon waren Irrläufer, während andere aufgrund der unklaren Formulierung der Ablehnungsbescheide entstanden, da den Versicherten nicht klar war, an welche Stelle der Widerspruch zu richten ist.</p>
	<p>Verhalten des/der Gutachters/in – 39 Eingaben</p> <p>Eingabe bei denen das Verhalten der gutachterlichen Pflegefachkraft während Begutachtungssituation moniert wurde.</p>
	<p>Begutachtungsergebnis – 349 Eingaben</p> <p>Diese umfassen Fragen zum Verständnis des Gutachtens und des Verfahrens sowie Kritik an der Bewertung der Pflegebedürftigkeit.</p>
	<p>Pflegehilfsmittel – 13 Eingaben</p>
	<p>Termin – 20 Eingaben</p> <p>Eingaben zur Terminfindung für eine Begutachtung.</p>
	<p>Hilfsmittel – 49 Eingaben</p> <p>Betroffen waren insbesondere Anträge auf Kostenübernahme für Rollstühle, orthopädische Einlagen und Schuhe. Beantragte Urinalkondome und Bewegungsschienen machten einen Großteil der Eingaben im Hilfsmittelbereich aus.</p>
	<p>Rehabilitation – 48 Eingaben</p> <p>Stationäre- oder ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (im Sinne des SGB V).</p>
	<p>Therapien – 66 Eingaben</p> <p>Beschwerden aus diesem Bereich stammen aus dem ambulanten Sektor.</p>
	<p>Orthopädische Schuhe/Einlagen – 27 Eingaben</p> <p>Eingaben aus diesem Bereich sind dem Geschäftsbereich Ambulant zuzuordnen.</p>
	<p>Medikament – 17 Eingaben</p> <p>Eingaben zu Medikamenten bspw. für Off-Lable-Use oder Cannabispräparate.</p>
	<p>Hinweise – 12 Eingaben</p> <p>Anonyme Hinweise an die Ombudsperson zu Pflegeeinrichtungen oder Intuitionen über Arbeitsabläufe und Missstände.</p>
	<p>Operationen (stationär) – 30 Eingaben</p> <p>Beschwerden stammen aus den Bereichen kosmetische- und Adipositaschirurgie und Geschlechtsumwandlungen.</p>

	<p>Diagnostik – 6 Eingaben</p>
	<p>Sonstige Anfragen – 179 Eingaben</p> <p>Dazu gehören beispielsweise allgemeine Anfragen zu Pflegesachleistungen und Ähnlichem. In der Regel wird hier auf die zuständigen Kranken- und Pflegekassen verwiesen.</p>

Beschwerdegegenstände im Einzelnen

Krankenversicherung

Beschwerden aus dem Bereich der Krankenversicherung betrafen Eingaben zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit, zur Notwendigkeit operativer Eingriffe, ambulanter Therapien, Hilfsmittel, Rehabilitationsmaßnahmen und Verordnung spezieller Medikamente wie z.B. Cannabispräparate. Im Bereich der ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen wurde wiederholt kritisiert, dass diese nicht regional angeboten würden oder ineffektiv seien. Die Versicherten beriefen sich auf ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte, die stationäre Rehabilitationsmaßnahmen befürwortet hatten. Anderslautende Gutachten des MD akzeptierten die Versicherten nicht selten mit der Begründung, die sie behandelnden Ärztinnen oder Ärzte könnten ihren Zustand besser beurteilen. Sie beklagten auch die unzureichende Nachvollziehbarkeit der Empfehlungen der ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter, insbesondere in Zusammenhang mit vorrangigen ambulanten Maßnahmen oder noch nicht ausgeschöpfter anderweitiger Therapien. Häufig bemängelten die Versicherten, dass die Gutachten nach Aktenlage erstellt wurden. In einigen Fällen bezweifelten sie auch die Fachkompetenz des Gutachters oder der Gutachterin.

Pflegeversicherung

Bei Eingaben im Bereich der Pflegeversicherung stand häufig die Fachkompetenz der Pflegefachkräfte in der Kritik. Kritisiert wurde auch, dass medizinische Dokumente nicht ausreichend berücksichtigt wurden und die Begutachtung nur nach Aktenlage erfolgte.

Die Versicherten sahen ihren individuellen Hilfebedarf nicht genügend gewürdigt und waren mit der Höhe des festgestellten Pflegegrades oder mit der vollständigen Ablehnung ihres

Antrages nicht einverstanden. Beschwerde wurde auch geführt über die Terminvergabe und die Wartezeiten bis zum Begutachtungstermin. In einigen Fällen wurde bemängelt, dass Angehörige oder Betreuer nicht über den Begutachtungstermin informiert worden waren.

Als sehr hilfreich erwies sich in Fällen von inhaltlicher Kritik an den Pflegegutachten der Hinweis auf das vom Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg eingerichtete Servicetelefon Pflegebegutachtung zur Erläuterung der Gutachten.

2. Beschwerden von Beschäftigten

Im Berichtszeitraum wurde von zwei Beschäftigten auf eine bereits im Jahr 2022 geltend gemachte Problematik in Zusammenhang mit der Autorisierung von Gutachten hingewiesen. Es fanden Treffen der Ombudsperson mit dem Vorsitzenden des Personalrats statt, bei denen u.a. der Zugang für die Mitarbeitenden des MD zur Ombudsperson erörtert wurde. Seit 2023 haben die Beschäftigten die Möglichkeit, sich anonym über ein Hinweisgeberportal an die Ombudsperson zu wenden. Das Portal wird von der Stabsstelle Datenschutz/Recht betreut. Bei etwaigen anonymen Hinweisen können sich die Beschäftigten darüber mit der Ombudsperson in Verbindung setzen. Die Einrichtung des Portals beruht auf dem Hinweisgeberschutzgesetz, das im Sommer 2023 in Kraft trat und die EU-Richtlinie 2019/1937 (Hinweisgeberrichtlinie) in nationales Recht umsetzte. Das Gesetz verpflichtet Unternehmen und Organisationen mit mehr als 50 Beschäftigten, sichere interne Hinweisgebersysteme einzurichten und zu betreiben.

Auf Einladung des Personalrates hatte die Ombudsperson am 07.11.2023 Gelegenheit, sich und ihre Aufgaben auf der Personalversammlung des MD Berlin-Brandenburg vorzustellen.

3. Dauer der Ombudsverfahren

Die Dauer der Bearbeitung hing maßgeblich von der Komplexität der Eingaben ab. Zur Vorbereitung einer Äußerung der Ombudsperson waren in der überwiegenden Zahl der Fälle Stellungnahmen der Gutachterin oder des Gutachters erforderlich, womit ein gewisser Zeitaufwand verbunden war.

Zum Teil war auch die Klärung nötig, was genau Gegenstand der Beschwerde war. Ein nicht unwesentlicher Teil der Eingaben ließ sich aber auch unkompliziert und schnell mit einem Telefonat erledigen oder mit einer kurzen E-Mail beantworten.

Speziell im Bereich der Krankenversicherung konnten Eingaben betreffend die Geschäftsbereiche Ambulant und Krankenhaus im direkten telefonischen Kontakt, per E-Mail oder Briefpost häufig sehr schnell bearbeitet und beantwortet werden. Die Fragen betrafen Themen zu der Vorgehensweise im Widerspruchsfall sowie zur Kompetenz und Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter. Fragen, die nicht in den Zuständigkeitsbereich der Ombudsperson fielen, konnten zumeist ebenfalls schnell erledigt werden.

III. Fazit

Im Jahr 2023 konnte sich die Ombudsperson weiter – sowohl intern als auch extern – im Rahmen ihrer Tätigkeit vernetzen. Direkte Rückmeldungen und Anregungen in Gesprächsterminen mit den MD-Geschäftsbereichen Pflege, Krankenhaus sowie Ambulant brachten gegenseitigen Erkenntnisgewinn und der Ombudsperson Gelegenheit, für die Belange der Versicherten zu sensibilisieren. Ein erhebliches Verbesserungspotenzial sieht die Ombudsperson in der Nachvollziehbarkeit und Verständlichkeit der Bescheide der Kranken- und Pflegekassen. Diese Feststellung soll an dieser Stelle mitgeteilt werden, auch wenn es nicht in die Kompetenz der Ombudsperson fällt, sich zur Arbeitsweise der Kranken- und Pflegekassen zu äußern. Festzustellen ist auch, dass die Rolle und Befugnisse der Ombudsperson den Kassen teilweise nicht bekannt zu sein scheinen. Dies führt zu einer durchaus vermeidbaren Inanspruchnahme der Ombudsperson. Im Vergleich zum Jahr 2022 war im Jahr 2023 ein signifikanter Anstieg der Eingaben zu verzeichnen (März-Dezember 2022: 287 Eingaben; Januar-Dezember 2023: 1092 Eingaben). Sollte diese Tendenz anhalten - die Anzahl der Eingaben im Januar/Februar spricht dafür 2024 -, werden organisatorische Konsequenzen nötig sein, damit die Ombudsgeschäftsstelle und die Ombudsperson handlungsfähig bleiben. An dieser Stelle sei dem Mitarbeiter der Geschäftsstelle für seine hervorragende Unterstützung der Ombudsperson im Jahr 2023 gedankt.

Eine Erkenntnis aus fast zwei Jahren Erfahrung ist, dass die Aufklärung über die Rolle und die Befugnisse der Ombudsperson verbessert werden muss, um Missverständnisse von vornherein zu vermeiden und den Prozess für alle Beteiligten transparenter und einfacher zu gestalten. Diese Aufklärungsarbeit zu leisten sieht die Ombudsperson einerseits im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung, andererseits aber auch im Bereich des Medizinischen Dienstes und der Ombudsperson selbst. Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit wäre in geeigneter Form hilfreich.

Ebenso nützlich wäre aber auch, die gesetzlichen Vorgaben für die Tätigkeit der Ombudsperson zu präzisieren sowie die Richtlinie zu novellieren.

Der Jahresbericht ist allerdings nicht der richtige Ort, dazu konkretere Ausführungen zu machen. Die Ombudspersonen der Länder und des Bundes werden sich auf ihrer Frühjahrskonferenz im April 2024 darüber austauschen.

Berlin, März 2024

Monika Paulat