Berichtszeitraum 01.03.2023 bis 31.12.2023

Jahresbericht 2023 der Ombudsperson beim Sozialmedizinischen Dienst

Knappschaft Bahn See

sozial. kompetent. für mich!

Inhalt

1. Rechtsgrundlage 3

2. Einrichtung der Geschäftsstelle 3

3. Einarbeitung und Erfahrungen der ersten Monate 5

4. Befugnisse der Ombudsperson 5

5. Eingaben und Beschwerden im Berichtszeitraum 8

5.1 Überblick 8
5.2 Welche Kontaktwege wurden gewählt? 8
5.3 Wer hat die Eingaben eingereicht oder angerufen? 9
5.4 Verteilung der Eingaben nach Sachbereichen 9
5.5 Verteilung auf die Themengebiete 2023 10

6. Beschwerden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 10

7. Näheres zu den einzelnen Themengebieten 10

7.1 Pflegebegutachtungen sowie Einzelfragen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit 10
7.2 Heil- und Hilfsmittel der Krankenversicherung 12
7.3 Medizinische Rehabilitation 13
7.4 Arbeitsunfähigkeit (AU) 13
7.5 Sonstiges 13

8. Zusammenarbeit intern und extern 14

9. Fazit und Ausblick 15

1. Rechtsgrundlage

Mit dem sogenannten MDK-Reformgesetz, welches schrittweise zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, wurden in § 278 Abs. 3 SGB V die Medizinischen Dienste verpflichtet, eine unabhängige Ombudsperson zu bestellen.

Die Richtlinie Unabhängige Ombudsperson des Medizinischen Dienst Bund ist am 9. Juni 2021 in Kraft getreten. Mit der Rechtsänderung sollen die medizinischen Dienste unabhängiger von den Kranken – und Pflegekassen werden, die Transparenz sowie die Rechte der Versicherten und pflegebedürftigen Personen sollen weiter gestärkt werden.

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) hat für ihren Sozialmedizinischen Dienst (SMD) mich mit der Funktion der Ombudsperson zum 1. März 2023 beauftragt.

Alle anderen Medizinischen Dienste hatten bereits vorher ihre Ombudspersonen bestellt; die ersten schon im zweiten Halbjahr 2021. Die Ombudsperson legt gemäß der Richtlinie des Medizinischen Dienstes zum Stichtag 31. Dezember einen Jahresbericht über die Tätigkeit vor. Der Jahresbericht ist drei Monate nach Zuleitung an den Vorstand der KBS und den Beirat beim SMD im Internet zu veröffentlichen.

2. Einrichtung der Geschäftsstelle

Nachdem der Vorstand der KBS mich im Februar 2023 zur Ombudsperson beim SMD berufen hat, wurde die Vereinbarung über die Tätigkeit als Ombudsperson mit dem Mitglied der Geschäftsführung, Herrn Andreas Gülker, am 1. März 2023 geschlossen.

Dank der geleisteten Vorarbeit durch den Bereich „Sozialmedizin – Koordination und Beratung“ des SMD konnte ich am gleichen Tag mit der Arbeit beginnen und mich unmittelbar mit der Einrichtung der Geschäftsstelle und den notwendigen Verfahrensschritten beschäftigen. Da alle anderen Medizinischen Dienste der Länder bereits einen größeren zeitlichen Vorlauf hatten, konnte ich mir bei einigen Ombudspersonen Empfehlungen zur Einarbeitung einholen.

Seitens der KBS und des Sozialmedizinischen Dienstes habe ich unverzüglich ausreichend alle notwendigen personellen und technischen Hilfen erhalten, um mit der Arbeit beginnen zu können. Deshalb sei an dieser Stelle ein herzlicher Dank an die Verantwortlichen ausgesprochen.
Die Zusammenarbeit war von Anfang an problemlos und von gegenseitigem Vertrauen geprägt. Ein Dienstzimmer steht beim SMD zur Verfügung. Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle wurden benannt, Vertretungen bei Urlaub und Krankheit sichergestellt, so dass die Geschäftsstelle stabil aufgestellt ist, was insbesondere die telefonische Erreichbarkeit der Ombudsperson ermöglicht. Nach den ersten Erfahrungen der täglichen

Erreichbarkeit der Geschäftsstelle und des damit verbundenen hohen Ressourceneinsatzes hat sich jetzt ein befriedigendes und sehr praktikables Modell herausgestellt:

Die Geschäftsstelle ist an 52 Wochen außer an Feiertagen jeden Montag und jeden Donnerstag von 9:00 Uhr bis 12:00 Uhr telefonisch erreichbar. Eine Mitarbeiterin nimmt zunächst die Anliegen entgegen, sortiert und filtert. Ein Teil der Anliegen kann sofort durch entsprechende Erläuterung und Information erledigt werden. Diese Anrufe sind im Regelfall sehr zeitaufwändig, da es sich im Großteil um ältere Versicherte oder deren Angehörigen handelt und die Informationsbasis dieser Anrufer oft gering ist.

Sofern es sich um kompliziertere Sachverhalte handelt, ein Eingreifen der Ombudsperson notwendig ist oder die Anrufer unbedingt die Ombudsperson persönlich sprechen und ihr Anliegen vortragen möchten, bekomme ich den Sachverhalt per Mail übermittelt. Ich nehme dann entweder am gleichen Tag oder bei Nichterreichbarkeit in den Tagen danach Kontakt zu den Anrufern auf und entscheide über den weiteren Werdegang.
Über jedes Gespräch wird ein Verlaufsprotokoll notiert und in die Dokumentation aufgenommen.

Die Geschäftsstelle ist erreichbar:
Montag und Donnerstag, 9:00 bis 12:00 Uhr

Kontaktinformation

Peter Jeromin	-persönlich/vertraulich-
E-Mail	ombudsperson-beim-smd@kbs.de
Telefon	0234 304 88888
	(Montag und Donnerstag von 9:00 bis 12:00 Uhr)
Postalische Adresse	Ombudsperson beim SMD
	Wasserstraße 215
	44799 Bochum

Neben der telefonischen Erreichbarkeit und mündlichen Kontaktaufnahme besteht rund um die Uhr und sieben Tage die Woche die Möglichkeit, entweder per E-Mail, sich an die Ombudsperson zu wenden oder sofort das digitale Kontaktformular auszufüllen. Das digitale Kontaktformular hat den Vorteil, dass damit auch sofort die Einverständniserklärung zur Einholung der erforderlichen Dokumente und Gutachten enthalten ist.

3. Einarbeitung und Erfahrungen der ersten Monate

Ich habe relativ zügig meine Antrittsbesuche absolviert und Gespräche mit beteiligten Personen der KBS geführt:

- Abteilungsleiterin für Personalangelegenheiten, zwecks personeller Ausstattung der Geschäftsstelle
- Personalrat und Gleichstellungsbeauftragte, wegen der Zusammenarbeit und Abgrenzung zu Fragen und Hinweisen bei Beschwerden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des SMD
- Abteilungsleiter Kranken- und Pflegeversicherung KNAPPSCHAFT

Daneben habe ich an mehreren Sitzungen des Beirates des SMD entweder per Videokonferenz oder in Präsenz teilgenommen.

Als zunächst größtes Problem hat sich trotz sofortiger Pressemitteilung die Information der Versicherten über die Tätigkeit der Ombudsperson herausgestellt. Dementsprechend sind auch die ersten Wochen praktisch keine Einzelfälle aufgelaufen. Zwar war die Internetpräsenz der Ombudsperson und der Geschäftsstelle relativ schnell eingerichtet, allerdings haperte es mit der Darstellung in den Bescheiden der Pflege- und insbesondere der Krankenversicherung.

Hierzu wurden mehrere zielführende und konstruktive Gespräche mit der Abteilungsleitung KNAPPSCHAFT und zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geführt, um die Darstellung in den Bescheiden zu formulieren. Die zeitliche Umsetzung hat bislang relativ lange gedauert, da in diesem Prozess mehrere andere Stellen und Abteilungen der KBS involviert sind. Dieser Prozess ist leider immer noch nicht ganz abgeschlossen.

Die Anfangsprobleme bezüglich der Information der Versicherten über die Ombudstätigkeit erklärt die geringen Fallzahlen im Monat März und April 2023.

4. Befugnisse der Ombudsperson

Die unabhängige externe Ombudsperson des SMD soll die Rechte der Kranken- und Pflegeversicherten stärken. Nur wenn der SMD involviert ist beginnt die Zuständigkeit der Ombudsperson. Im Rahmen eines bei der Kranken- beziehungsweise Pflegekasse der KNAPPSCHAFT gestellten Leistungsantrages führt der SMD eine von der Kasse beauftragte Begutachtung durch und erstellt ein Gutachten. Allerdings bleibt die Kranken- und Pflegekasse Herrin des Verwaltungsverfahrens, nicht der SMD.

Die Ombudsperson hat in ihrer Tätigkeit zwei Einschränkungen zu beachten:

Erstens kann und darf sie keine Rechtsberatung ausüben. Sofern sich ein Versicherter der KNAPPSCHAFT gegen den materiell – rechtlichen Inhalt eines Bescheides wehren möchte, muss er innerhalb der Rechtsfrist einen Widerspruch gegen den Bescheid der Kranken- oder Pflegekasse einlegen.

Nach Erlass des Widerspruchsbescheides ist der Rechtsweg zum Sozialgericht offen. Die rechtliche Überprüfung ist nicht Gegenstand der Tätigkeit der Ombudsperson.

Zweitens kann die Ombudsperson sich nicht in das sozialmedizinische Begutachtungsergebnis einmischen. Für Beschwerden allerdings, die im Zusammenhang mit der Arbeitsweise, der Art und Tätigkeit der Gutachterinnen und Gutachter des SMD bei der Begutachtung, dem Umgang dieser mit den Versicherten während der Begutachtung, den Terminabläufen etc. stehen, ist die Kompetenz der Ombudsperson gegeben.

Es kann herausfordernd sein, die Einschränkung meiner Kompetenz in der rechtlichen Beratung, als auch die Frage der Nichteinmischung in medizinische Angelegenheiten für Versicherte zu erklären. Menschen, die die Ombudsstelle kontaktieren, sind häufig nicht gut informiert und manchmal auch sehr hilflos.

Die Telefongespräche gestalten sich im Regelfall zeitaufwändig. Den Versicherten zu erklären, dass ich als Ombudsperson des SMD nicht für alle Fragen im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung der Kranken- oder Pflegeversicherung zuständig sein kann, ist oft nicht einfach. Manche Versicherten glauben, die Ombudsperson sei für die Beratung zur Einlegung von Widersprüchen oder gar für die Bearbeitung von Widersprüchen zuständig. Deshalb werden der Geschäftsstelle entweder per Post oder digital auch Widersprüche eingereicht. In diesen Fällen haben wir uns für eine praktikable Handhabung im Sinne der Motivation der Versicherten der KNAPPSCHAFT entschieden, diese der Kranken – oder Pflegeversicherung weiterzuleiten.

Eine Klarstellung in der Richtlinie „Ombudsperson“, dass diese Praxis rechtskonform ist, wäre hilfreich.

Auch in vielen anderen Fällen, beispielsweise bei Fragen nach der Auszahlung von Pflegegeld, der Beantragung des Entlastungbetrages, führen wir eine Lotsenfunktion durch. Alle Anfragen werden beantwortet oder die Anliegen an die zuständigen Stellen der Krankenversicherung oder der Pflegeversicherung weitergeleitet. Es kann nicht den Versicherten zum Nachteil gereichen, dass ihnen die Kompetenz der Ombudsperson auch in Abgrenzung zum Beschwerdemanagement oder zu der Organisation Kranken- und Pflegeversicherung KNAPPSCHAFT nicht geläufig ist.

Ein gewisser Teil der Telefonanrufe sowie schriftlichen Eingaben, die nicht in die Kompetenz der Ombudsperson fallen, ist bei der KBS einzig und allein darauf zurückzuführen, dass die sonstigen Stellen des Beschwerdemanagements des SMD und auch des Beschwerdemanagements der Kranken- und Pflegeversicherung der KNAPPSCHAFT im Internet nicht auffindbar sind. Wenn man „Beschwerde KNAPPSCHAFT“ im Internet sucht erscheine ich als Ombudsperson mit Telefonnummer der Geschäftsstelle

und der Mail-Adresse. Das Beschwerdemanagement ist im Internet nicht mit Telefonnummer und Adresse sofort auffindbar.

Dieser Sachverhalt erklärt auch die Spitzenposition der Eingaben bei der Ombudsperson SMD im Vergleich zu den anderen Ombudspersonen der Medizinischen Dienste mit ungleich höheren Versichertenzahlen.

Der Vorteil einerseits nur mit ausschließlich einer Kranken- oder Pflegeversicherung in Kontakt zu sein wie ich mit der KNAPPSCHAFT im Vergleich zu den Kolleginnen und Kollegen Ombudspersonen und den kurzen Wegen der Kontaktaufnahme und persönlichen Abstimmung gerät hier allerdings zum Nachteil. Die stark zunehmenden Zahlen der Kontaktaufnahmen der Versicherten beruhen häufig auf dem Irrglauben, wir seien die Ombudsstelle der Krankenversicherung KNAPPSCHAFT allgemein und nicht des SMD. Ob eine Veröffentlichung der Telefonnummern des Beschwerdemanagements des SMD beziehungsweise der Krankenversicherung der KNAPPSCHAFT Abhilfe schaffen könnte, ist nicht mit letzter Sicherheit zu beantworten. Die Zahlen würden sich allerdings schon verringern. Die Zusammenarbeit mit den Beteiligten sowohl der Dienststellen des SMD, der Kranken- und Pflegeversicherung und auch des Beschwerdemanagements läuft im Übrigen gut und problemlos.

5. Eingaben und Beschwerden im Berichtszeitraum

5.1 Überblick

Im Zeitraum von zehn Monaten vom 1. März bis 31. Dezember 2023 sind insgesamt 784 Anliegen und Eingaben eingegangen.

Davon entfallen auf die Monate März bis Dezember die folgenden Zahlen:

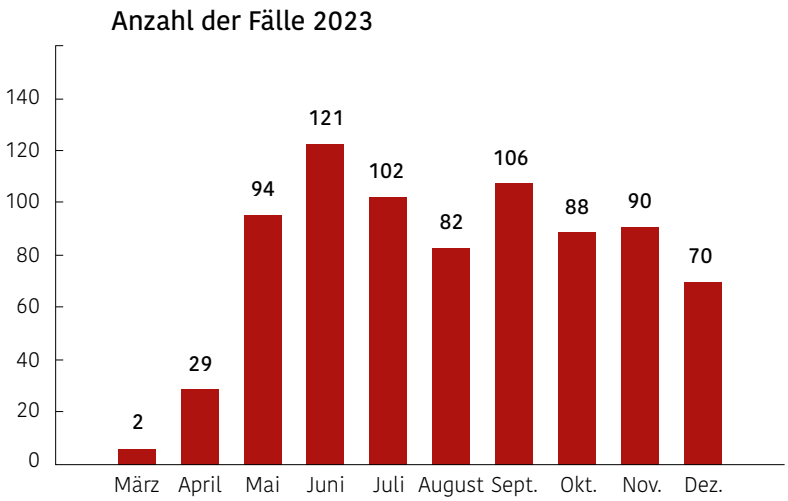

Abbildung 1: Anzahl der Fälle 2023

Zu berücksichtigen bei dieser Gesamtzahl von 784 Eingaben ist, dass diese praktisch nur auf acht Monate entfallen. Die erste Monat März 2023 ist praktisch ausgefallen. Auf zwölf Monate hochgerechnet bedeutet das im Jahr etwas mehr als 1.000 Eingaben.

5.2 Welche Kontaktwege wurden gewählt?

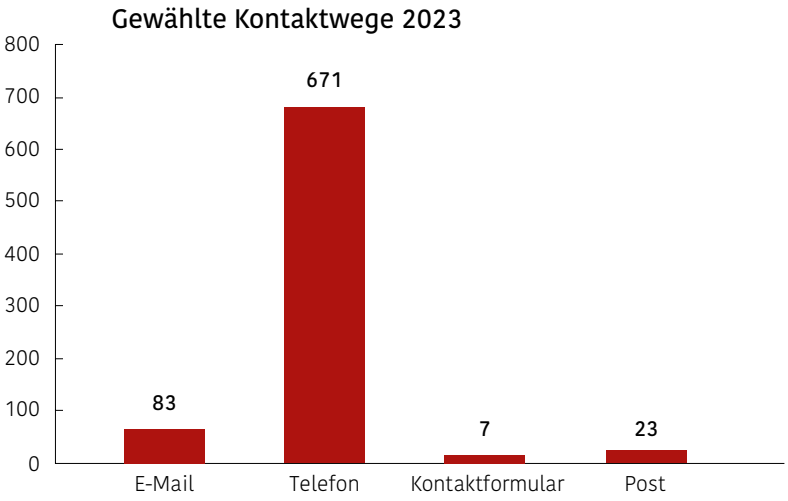

Abbildung 2: Gewählte Kontaktwege 2023

5.3 Wer hat die Eingaben eingereicht oder angerufen?

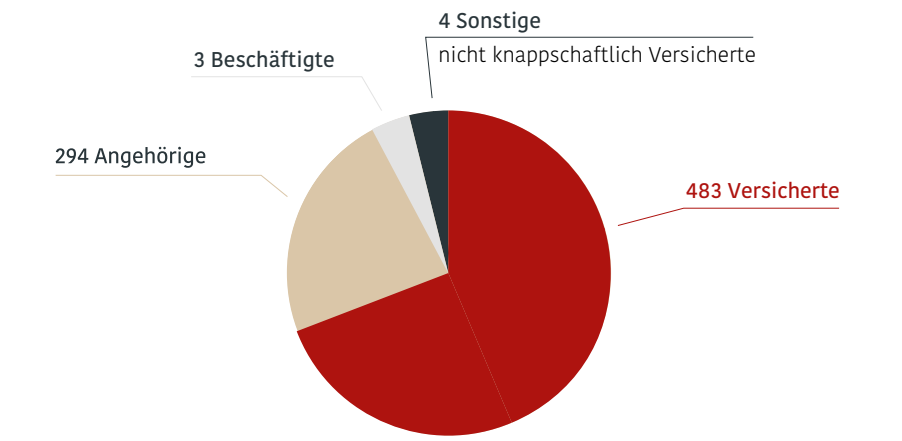

Abbildung 3: Eingaben 2023

5.4 Verteilung der Eingaben nach Sachbereichen

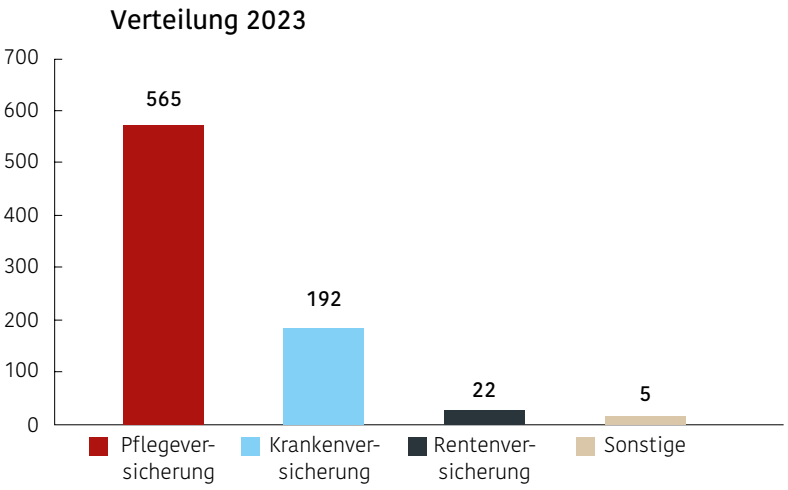

Abbildung 4: Verteilung der Eingaben nach Sachbereichen 2023

Hinweis: Zu den Sonstigen Eingaben zählen beispielsweise keine gemachte Angabe am Telefon und gewünschte Informationen über Sozialwahl oder den Personalrat.

5.5 Verteilung auf die Themengebiete 2023

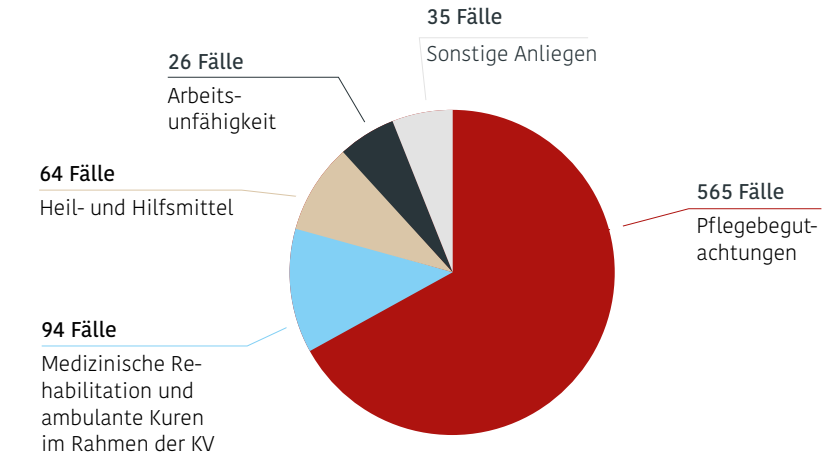

Abbildung 5: Verteilung auf die Themengebiete 2023

6. Beschwerden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Drei Kontakte betrafen Mitarbeitende. Dabei handelte es sich allerdings nicht um Beschwerden oder Personalangelegenheiten, sondern um Nachfragen zum Personalrat und zur Selbstverwaltung.

7. Näheres zu den einzelnen Themengebieten

7.1 Pflegebegutachtungen sowie Einzelfragen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit

Der Hauptteil der Anfragen stand im Zusammenhang mit der Pflege und der Pflegeeinstufung. Auf die Darstellung von Einzelfällen verzichte ich, um den Umfang des Berichtes nicht noch weiter auszuweiten. Versicherte und sehr häufig auch die Angehörigen setzen sich mit uns in Verbindung, weil sie Fragen und Beschwerden im Zusammenhang mit den Begutachtungen des SMD haben. Bei den Beschwerden geht es meistens um die Feststellung des Pflegegrades sowohl bei Erstanträgen als auch bei Höherstufungsanträgen.

Insbesondere bei Erstanträgen und der Nichtanerkennung eines Pflegegrades gerade bei älteren Versicherten wird hohes Unverständnis über die Entscheidung kundgetan. In Verbindung damit wird Kritik an dem Ablauf der Begutachtung geäußert, sowohl von Versicherten als auch von Angehörigen. Hilfebedarf und Pflegebedarf, der alleine entscheidend für die Zuerkennung eines Pflegegrades sein kann, wird von den Versicherten nicht unterschieden. Sehr kritisch wahrgenommen wird bei Höherstufungsanträgen die zunehmende Tendenz, die Entscheidungen per Aktenlage und nicht durch persönliche Begutachtung vorzunehmen. Die Telefongespräche

mit den Betroffenen und die Erklärung und Darstellung des Pflegegutachtens dauern häufig sehr lange, manchmal eine halbe Stunde. Bei den Versicherten häufiger als noch bei den Angehörigen liegen große Wissensdefizite vor. Das Gutachten mit den sechs Modulen und den manchmal 20 Seiten Umfang können die betroffenen Menschen oft nicht nachvollziehen und sind damit in vielen Fällen überfordert. Eine verständliche Kurzzusammenfassung wäre sinnvoller und könnte besser den Zusammenhang der Entscheidungslage darstellen.

Ich schildere in den Telefongesprächen die rechtlichen Möglichkeiten, einen Widerspruch einzulegen oder alternativ nach einigen Monaten einen Neuantrag bzw. Verschlimmerungsantrag zu stellen.

Die Menschen sind häufig sehr zufrieden und dankbar, wenn man Ihnen die Systematik des Gutachtens erklärt und auch die Unterscheidung von Hilfebedarf und Pflegebedarf erläutert. Sie berichten, dass sie in der Hotline der KNAPPSCHAFT sehr lange verweilen müssen und wenn sie zu einem Sachbearbeiter durchgestellt werden dieser keine Zeit zur Erklärung des Pflegebescheides und des Gutachtens aufbringt. Fast immer bedanken sich die von mir angerufenen Menschen für die Zeit und Geduld sowie die zielführenden Hinweise.

Gerade bei den Ersteinstufungen und der Zuerkennung des Pflegegrades 1 herrscht bei den meisten Versicherten große Unkenntnis über den Anspruch zum Entlastungsbetrag von 125 € sowie der Pflegebedarfsmittel in Höhe von 40 € monatlich. Häufiger habe ich Versicherte am Telefon, die auch bei Pflegegrad 2 noch nie die Leistungen in Anspruch genommen haben. Wenn auch der Pflegebescheid allerdings verdeckt auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages hinweist und bei der KNAPPSCHAFT die Pflegeberatung konsultiert werden könnte, sollte doch offensiver auf diesen Rechtsanspruch aufmerksam gemacht werden. Dem entsprechen auch zwei kürzliche Urteile des Bundessozialgerichtes, mit dem die Pflegekassen und die Länder in die Pflicht genommen werden, beim Entlastungsbetrag für mehr Klarheit zu sorgen.

In den Fällen in denen ich feststelle, dass formale Fehler im Zusammenhang mit der Pflegebegutachtung offensichtlich sind, bitte ich die entsprechenden Dienststellen des SMD um Überprüfung und Stellungnahme. Sehr häufig lassen sich diese „Missverständnisse“ aufklären und ein Weg für ein positives Ergebnis finden. Was die Verteilung dieser Fälle auf die einzelnen Dienststellen des SMD im Bundesgebiet angeht, lässt sich bei bisheriger Beobachtung keine entsprechende Häufung bei einzelnen Dienststellen konstatieren.

Wünschenswert wäre es den Bescheid im Pflegebereich rechtssicher zu halten, allerdings für die Versicherten verständlicher zu formulieren. Es wäre häufig schon wichtig, die konkrete Telefonnummer für Nachfragen

insbesondere auch der Pflegeberatung deutlicher hervorzuheben. Auch sollte die Praxis zum Entlastungsbetrag doch hinterfragt werden. Die Ombudsperson sollte nicht als Lückenbüßer in offensichtlichen Fragen mangelnder Transparenz und Kommunikationsmöglichkeiten in Anspruch genommen werden. Diese Fälle halten nur ab von den substantiellen Ombudsfällen, bei denen ein starkes und tiefgreifendes Engagement erforderlich ist.

7.2 Heil- und Hilfsmittel der Krankenversicherung

64 Fälle betreffen die Ablehnung beantragter Heil- und Hilfsmittel. Es geht bei diesen Anliegen beispielsweise um Rollstühle, besonders elektrische Rollstühle, Prothesen, Orthesen, Insulingeräte für Diabetiker, Medikamente etc.

Auch hier verzichte ich auf die Darstellung einzelner Fallkonstellationen. Es ist generell festzustellen, dass die fast überwiegende Zahl der Ablehnungen auf Entscheidungen des SMD nach Aktenlage beruhen.

Auch ist auffallend, dass die Begründungen der Ablehnungen meist sehr dürftig sind. In den Bescheiden wird sehr häufig die Formulierung gewählt „aus sozialmedizinischen Gründen wird der Antrag auf Gewährung des Hilfsmittels xxxxx abgelehnt."

In vielen Fällen ist festzustellen, dass der Antrag auf Gewährung eines Hilfsmittels sei es eines Rollstuhls oder einer Prothese nicht unter Berücksichtigung der Teilhabeerfordernisse eines Schwerbehinderten nach SGB IX geprüft und entschieden werden, sondern lediglich nach den Vorgaben des SGB V.

Im Rahmen der Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels zum Ausgleich einer Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zu prüfen, ob ein Hilfsmittelanspruch dem Grunde nach besteht und durch welche Hilfsmittelausführung der Anspruch erfüllt wird. Dabei ist dem Teilhabeaspekt die nach dem SGB IX vorgesehene Bedeutung zuzumessen und dem Wunsch und Wahlrecht volle Wirkung zu verschaffen.

Diese notwendige Einzelfallprüfung bei behinderten Versicherten und die Beachtung des Teilhabanspruchs muss stärker vorgenommen werden und nicht der rechtlichen Überprüfung im Widerspruchs– und Sozialgerichtlichen Verfahren überlassen sein. In den ausgewählten Fällen, bei denen ich um Überprüfung der Entscheidung des SMD oder der Krankenversicherung gebeten habe, konnte zur Entlastung der Versicherten mehrmals ein positives Ergebnis bewirkt werden.

7.3 Medizinische Rehabilitation

94 Fälle sind Beschwerden im Zusammenhang mit der Ablehnung von stationären medizinischen Rehabilitationen oder Anschlussheilbehandlungen sowie ambulante Kuren insbesondere im Ausland.

Die meisten dieser Fälle betreffen ältere Versicherte, deren Anträge von Hausärzten oder Fachärzten gestellt werden. Die Entscheidungen des SMD werden überwiegend per Aktenlage getroffen, was bei Ablehnungen die Versicherten nicht verstehen können. Die knappe Begründung im Ablehnungsbescheid bezieht sich meist darauf, dass die ambulanten Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft sind und somit eine stationäre Maßnahme nicht infrage kommen kann. Der alleinige Hinweis auf die ambulanten Möglichkeiten, manchmal in einer sehr ländlichen Gegend, können von den Versicherten nicht nachvollzogen werden, vor allem auch wenn schon ambulante Maßnahmen nicht erfolgreich waren.

Das SGB V schreibt zwar eindeutig den Vorrang der ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten vor, aber zu prüfen ist dennoch, ob diese ambulanten Möglichkeiten überhaupt bestehen und sie in Anspruch genommen werden können. Es wäre daher schon hilfreich, die sozialmedizinische Beurteilung und die rechtliche Entscheidung der Krankenkasse umfassender und detaillierter zu begründen.

7.4 Arbeitsunfähigkeit (AU)

26 Vorgänge beziehen sich auf Arbeitsunfähigkeitsfälle. Die Beschwerden beziehen sich zum Teil auf die Art und Weise der Untersuchung in der SMD-Dienststelle, wie auch auf die Feststellung der Arbeitsfähigkeit.
In diesen AU-Fällen vermag ich nur auf die rechtliche Situation hinzuweisen. Insbesondere bei vorherigem Verlust des Arbeitsplatzes weise ich darauf hin, dass vorsorglich und schnell die Arbeitsagentur in Kenntnis gesetzt wird.

7.5 Sonstiges

35 Fälle betreffen sonstige Angelegenheiten. Das kann sich beispielsweise auf Fragen zur Erwerbsunfähigkeit (Rentenversicherung) beziehen, auf vermeintlich ausstehende Zahlungen der Krankenversicherung, Wechseln der Krankenversicherung usw. In diesen nicht mit der Ombudstätigkeit zusammenhängenden Fällen werden den Petenten von den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle die entsprechenden Auskünfte erteilt oder die dafür zuständigen Stellen der KBS eingeschaltet.

8. Zusammenarbeit intern und extern

Die Zusammenarbeit innerhalb der Geschäftsstelle ist sehr gut zu beurteilen. Nach einer gewissen Einarbeitungszeit hat sich ein zufriedenstellender und praktikabler Arbeitsprozess herausgestellt. Mit den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle und dem Bereich „Sozialmedizin – Koordination und Beratung“ finden regelmäßige Arbeitsbesprechungen und ein ständiger Austausch statt.

An den Sitzungen des Beirates des SMD nehme ich in aller Regel teil und berichte dort über die Ombudstätigkeit. Die Rückkopplung mit dem Beirat ist äußerst wichtig.

Mit dem Leiter der Abteilung Krankenversicherung der KNAPPSCHAFT besteht ebenfalls ein guter und vertrauensvoller Gesprächskontakt. Im Jahr 2023 haben drei Arbeitstreffen stattgefunden. Für das Jahr 2024 sind bereits drei weitere Treffen terminiert.

Extern nutze ich den Erfahrungsaustausch mit Ombudspersonen der Medizinischen Dienste sehr gerne.

Ich habe im Oktober 2023 an dem Meinungsaustausch von Kolleginnen und Kollegen mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung Herrn MdB Stefan Schwartze in Berlin teilgenommen. Ebenso habe ich im November 2023 an dem jährlichen Erfahrungsaustausch der Ombudspersonen der Medizinischen Dienste teilgenommen, der von der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg Frau Monika Paulat organisiert worden ist. Ein Folgetreffen ist im April 2024 in Berlin geplant.

Besonders diese Arbeitstreffen mit den Kolleginnen und Kollegen Ombudspersonen vermitteln eine gute Reflexion auf die eigene Arbeit und auf notwendige Anpassungen und Verbesserungen. Dieser Erfahrungsaustausch der Ombudspersonen wird zur Stärkung der Ombudstätigkeit insgesamt beitragen und substantielle Hinweise zur notwendigen Überarbeitung der Richtlinie“ Unabhängige Ombudsperson“ liefern.

9. Fazit und Ausblick

Die Eingangszahlen in der Geschäftsstelle sind in Relation zu den Medizinischen Diensten der Länder mit ungleich größeren Versichertenzahlen hoch. Erwartet wurde von den Verantwortlichen eine sehr viel kleinere Zahl an Eingaben und Beschwerden.

Die hohe Zahl hat strukturelle Ursachen innerhalb der KNAPPSCHAFT und ist auch auf die immer noch unzureichende Darstellung der Kompetenz einer Ombudsperson beim SMD zurückzuführen. Die Überarbeitung der Bescheide der Pflegekasse und der Krankenkasse der KNAPPSCHAFT wird hoffentlich im Januar 2024 mit der Formulierung des eigenständigen Merkblattes abgeschlossen werden können.

Andererseits wird die Funktion der Ombudsperson bekannter auch in der Organisation der KBS. In Telefongesprächen mit Versicherten der KNAPPSCHAFT wird mir vermehrt mitgeteilt, dass ihnen von Sachbearbeitern und Sachbearbeiterinnen dargelegt wird, sie könnten sich ja bezüglich der Ablehnung an die Ombudsperson wenden. Eine starke Zunahme der Beschwerden und Eingaben im Laufe des Jahres 2023 wird auch von den Ombudspersonen der Länder berichtet.

Eine bessere und verständlichere Erläuterung der Bescheide von Pflegekassen und Krankenversicherungen erscheint allgemein angebracht, nicht nur bei der KNAPPSCHAFT. Trotz dieser hohen Zahlen muss allerdings auch immer wieder in Relation gebracht werden, welche hohe Zahl an Anträgen die Pflegekassen und Krankenkassen und in Folge die Sozialmedizinische Dienste bearbeiten müssen. Gerade im Pflegebereich wird in Zukunft ein weiterer starker Anstieg der Fallzahlen aufgrund der demographischen Situation zu erwarten sein. Dies betrifft umso stärker die KNAPPSCHAFT und den SMD der KBS aufgrund des viel höheren Lebensalters der Versicherten.

Die Ombudsperson beim jeweiligen Medizinischen Dienst, wie ich beim SMD der KBS, kann dazu beitragen, notwendige Entscheidungen den Versicherten gegenüber besser zu vermitteln. Diese Lotsenfunktion ist aber nicht alleine ausschlaggebend. Für mich und für meine Kolleginnen und Kollegen ist es wichtig und wesentlich, wenn es uns auch gelingt, manche Entscheidungen zu Gunsten der Versicherten positiv zu verändern. Dies ist mir und den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle im Berichtszeitraum sehr oft gelungen, wenn auch nicht bei jeder Intervention. Diese Tatsache auch Erfolge zu erreichen befriedigt sehr und tröstet auch über die schwierigen Situationen hinweg, manche Versicherte in langen Telefongesprächen nicht zufrieden stellen zu können.

Bochum, Januar 2024

Peter Jeromin