Jahresbericht 2024 der Ombudsperson für den Sozialmedizinischen Dienst

Berichtszeitraum 01.01.2024 bis 31.12.2024

IMPRESSUM

Peter Jeromin

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

Knappschaft Bahn See
sozial. kompetent. für mich!

Inhalt

1. Rechtsgrundlage 3
2. Geschäftsstelle und Verfahrensweise 3
3. Befugnisse der Ombudsperson und ihre Lotsenfunktion 5
4. Rechtsbescheide der Krankenkasse und der Pflegekasse der KBS - Merkblatt - 7
5. Eingaben und Beschwerden im Berichtszeitraum 8

5.1 Überblick 8
5.2 Welche Kontaktwege wurden gewählt? 9
5.3 Wer hat die Eingaben eingereicht oder angerufen? 10
5.4 Verteilung der Eingaben nach Sachbereichen 10
5.5 Verteilung auf die Themengebiete 11

6. Beschwerden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 11
7. Näheres zu den einzelnen Themengebieten 11

7.1 Pflegebegutachtungen sowie Einzelfragen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit 11
7.2 Heil- und Hilfsmittel der Krankenversicherung 14
7.3 Medizinische Rehabilitation 15
7.4 Arbeitsunfähigkeit (AU) 15
7.5 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) 16
7.6 Sonstiges 16

8. Zusammenarbeit intern und extern 16
9. Fazit und Ausblick 18

Anlage 1 zum Jahresbericht 2024 der Ombudsperson für den Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See 19

Anlage 2 zum Jahresbericht 2024 der Ombudsperson für den Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See 20

1. Rechtsgrundlage

Mit dem Reformgesetz des Medizinischen Dienstes - MDK-Reformgesetz - wurden alle Medizinischen Dienste verpflichtet, gemäß § 278 Abs. 3 SGB V eine unabhängige Ombudsperson (UOP) zu bestellen.

Ziel der Rechtsänderung war es die Medizinischen Dienste (MD) einerseits organisationsrechtlich unabhängiger von den Kranken- und Pflegekassen zu machen und andererseits die Transparenz und die Rechte der Versicherten und pflegebedürftigen Personen zu stärken.

An die Ombudsperson können sich sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes als auch Versicherte wenden. Beschäftigte sollten sich melden, sofern sie Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuche durch Dritte, registrieren. Versicherten ist diese Möglichkeit geschaffen, wenn Sie mit der gutachterlichen Tätigkeit des Medizinischen Dienstes nicht einverstanden sind und sich über das Ergebnis und oder die Art und Weise des Verfahrens beschweren.

Die Richtlinie Unabhängige Ombudsperson ist im Juni 2021 in Kraft getreten. Einige Zeit später als die anderen Medizinischen Dienste hat die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) mich zum 1. März 2023 mit der Funktion der Ombudsperson beauftragt.

Die Ombudsperson legt gemäß der Richtlinie des MD Bund zum Stichtag 31. Dezember einen Jahresbericht über die Tätigkeit vor.

Ich lege somit meinen zweiten Jahresbericht vor, diesmal allerdings vollständig für zwölf Monate von Januar bis Dezember 2024.

Der Jahresbericht wird drei Monate nach Zuleitung an den Vorstand der KBS und den Beirat beim Sozialmedizinischen Dienst im Internet allen Interessierten zugänglich gemacht.

2. Geschäftsstelle und Verfahrensweise

Nachdem im ersten Geschäftsjahr 2023 die Einrichtung der Geschäftsstelle und der Abgleich der Verfahrensabläufe mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einzuüben war, konnte dank dieser Vorarbeiten und der inzwischen gewonnenen Routine den Versicherten durchgehend ein gleichbleibend guter Service und eine jederzeitige Ansprechstelle angeboten werden.

Die Zusammenarbeit aller Beteiligten läuft problemlos und ist weiterhin von gegenseitigem Vertrauen geprägt. Es gab zwar Wechsel bei Mitarbeitenden in der Geschäftsstelle, aber dies gelang ohne Kompetenzverlust. Eine jederzeitige Vertretung in der Geschäftsstelle ist bei Urlaub und Krankheit sichergestellt. Die telefonische Erreichbarkeit ist in diesem Jahr in 52 Wochen durchgehend gewährleistet gewesen.

Die Arbeit der Ombudsperson wäre ohne diese kompetente Zuarbeit und

das große Engagement der Geschäftsstelle schon in Anbetracht der Fallzahlen nicht leistbar. Deshalb bedanke ich mich ganz besonders bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle, die in der Hauptaufgabe ja noch andere wichtige Tätigkeiten außerhalb der Ombudsfunktion zu bewältigen haben. Aber das gefundene Modell wechselnden Einsatzes in der Geschäftsstelle hat sich bewährt.

Die Geschäftsstelle ist in der Woche außer an Feiertagen grundsätzlich jeden Montag und jeden Donnerstag von 9:00 Uhr bis 12:00 Uhr telefonisch erreichbar. Ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin nimmt zunächst die Anliegen entgegen, sortiert und filtert. Ein bestimmter Anteil der Anliegen und Beschwerden kann sofort von der Geschäftsstelle durch entsprechende Information und Erläuterung bearbeitet werden. Die allermeisten Anrufe sind in der Regel sehr zeitaufwändig, insbesondere bei den älteren Versicherten oder deren Angehörigen, weil Ihnen sehr oft die Informationsbasis fehlt und auch weil die persönliche Beratung bei der Krankenkasse und der Pflegekasse offenbar schwerer zugänglich geworden ist.

Sofern die Sachverhalte komplizierter sind, das Eingreifen der Ombudsperson notwendig erscheint oder die Anrufer unbedingt die Ombudsperson persönlich sprechen und ihr Anliegen vortragen möchten, bekomme ich am gleichen Tag den Sachverhalt per E-Mail übermittelt. Ich nehme dann auch unmittelbar oder bei Nichterreichbarkeit in den Tagen danach Kontakt zu den Anruferinnen und Anrufern auf und entscheide über den weiteren Verlauf. Über jedes Gespräch wird ein Verlaufsprotokoll erstellt und in die Dokumentation aufgenommen.

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 zwei Mal die Woche besteht aber rund um die Uhr und an sieben Tagen die Woche die Möglichkeit, sich entweder per E-Mail an mich zu wenden oder auch 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. Leider wird diese Form der Kontaktaufnahme noch nicht genügend genutzt.

3. Befugnisse der Ombudsperson und ihre Lotsenfunktion

Die Zuständigkeit der Ombudsperson ist eigentlich nur gegeben, sofern der Sozialmedizinische Dienst (SMD) in die Leistungsentscheidung eingebunden ist. 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. Herrin des Verwaltungsverfahrens bleibt aber die Kranken- und Pflegekasse, nicht der SMD.

Zwei wichtige Einschränkungen sind bei der Tätigkeit der Ombudsperson zu beachten:

Erstens darf die Ombudsperson keine Rechtsberatung ausüben. Sofern sich ein Versicherter der KNAPPSCHAFT gegen den materiell-rechtlichen Inhalt eines Bescheides wehren möchte, muss er innerhalb der Rechtsmittelfrist einen Widerspruch gegen den Bescheid der Kranken- oder Pflegekasse einlegen. Die rechtliche Überprüfung ist nicht Gegenstand der Tätigkeit der Ombudsperson.

Zweitens liegt es nicht in der Kompetenz der Ombudsperson, die medizinischen Feststellungen des Gutachtens zu hinterfragen.

Die Praxis der Telefongespräche besonders im Pflegebereich ist allerdings so gelagert, dass die Versicherten einerseits Beschwerde über die Art und Weise der Begutachtung führen und/oder im Pflegebereich die Einstufung des Pflegegrades nicht akzeptieren.

Deshalb gestalten sich die Telefongespräche gerade auch in den Pflegefällen sehr zeitaufwändig. Es gilt einerseits herauszufinden, ob wesentliche Punkte im Pflegegutachten nicht aufgeführt sind und andererseits den Versicherten oder den Angehörigen einen Ratschlag zu geben, wie sie weiter verfahren können. Die Gratwanderung zwischen einer Handlungsempfehlung und einer Rechtsberatung ist dabei sehr schmal.

Sehr oft wird die Kritik an der Pflegeeinstufung auch verbunden mit der Beschwerde über die Tätigkeit der Gutachterrinnen und Gutachter des SMD, die während der Begutachtung, mehr mit dem Laptop beschäftigt sind als mit den Pflegebedürftigen, rüder Umgang dieser mit den Versicherten oder auch den Angehörigen während der Begutachtung, den Terminabläufen, etc.. Deshalb ist an dieser Stelle die Abgrenzung der Befugnis der Ombudsperson zum Beschwerdemanagement des SMD wichtig. Wir haben in der Geschäftsstelle ein praktikables Verfahren entwickelt und eine gute Zusammenarbeit mit dem Beschwerdemanagement eingeführt.

Es gibt Überschneidungen in der Kompetenz, was leider der bisherigen Richtlinie des MD Bund geschuldet ist. Bei beiden Institutionen sowohl beim Beschwerdemanagement als auch bei der Ombudsfunktion wird der Begriff der Beschwerde verwendet. Auch in den Bescheiden der Kranken- und der Pflegekasse taucht dieser Begriff sowohl beim Beschwerdemanagement als auch bei der Ombudsperson auf.

Wir versuchen bei uns durch eine enge und gute Zusammenarbeit zwischen Beschwerdemanagement und der Ombudsperson eine für die Versicherten beste Lösung zu erreichen.

Im Rahmen der 2025 anstehenden Novellierung der Richtlinie UOP Bund wäre eine genaue Klärung der überschneidenden Kompetenzen mehr als sinnvoll.

Eine Minderung des Problems könnte beim SMD schon durch eine Umbenennung des Beschwerdemanagements erreicht werden. Man sollte hier vom Begriff der Beschwerde abkommen und den Begriff „Lob und Kritik“ verwenden. Der Begriff „Lob und Kritik“ würde der Tatsache Rechnung tragen, dass es auch genügend Zufriedenheit und Lob über die Arbeit der Gutachterinnen und Gutachter gibt. Eine solche Rückkopplung gegenüber den Mitarbeitenden wäre für diese zur Selbsteinschätzung ihrer Arbeit wichtig. Gleichzeitig soll das Instrument allerdings auch mit dem Begriff „Kritik“ die Einzelfälle herausarbeiten, bei denen es die Gutachterinnen und Gutachter an Fingerspitzengefühl und Respekt mit den zu Begutachtenden haben mangeln lassen. Die Umbenennung würde also nicht nur die Überschneidung der Kompetenzen von Ombudsfunktion und den bisherigen Beschwerdemanagement reduzieren, sondern ein freundliches Bild für den SMD nach außen erzeugen.

Die KNAPPSCHAFT würde im Übrigen mit der Umbenennung des antiquierten Begriffs „Beschwerdemanagement“ zu „Lob und Kritik“ kein Neuland betreten; der MD Nordrhein hat die Umbenennung seit einiger Zeit schon eingeführt und bekommt deswegen auch zustimmende Resonanz zu der Arbeit von Gutachterrinnen und Gutachtern.

Unter den Anliegen, die Versicherte oder Angehörigen uns mitteilen, gibt es auch eine Reihe von Fällen, bei denen der SMD überhaupt nicht involviert ist und bei denen nach strengster Auslegung eine Zuständigkeit der Ombudsperson verneint werden könnte. Solche Konstellationen sind beispielsweise Zahlungsmodalitäten, die mit der Kranken- oder Pflegekasse zu klären sind, Fragen zur Beantragung des Entlastungsbetrages oder sofern orthopädische Schuhe vom SMD bereits befürwortet sind und Schwierigkeiten mit dem Dienstleister zwecks Anfertigung bestehen.

Wir betrachten uns in der Geschäftsstelle in einer gewissen Lotsenfunktion. Den Versicherten oder den Angehörigen kann nicht zum Vorwurf gemacht werden, die Befugnis der unabhängigen Ombudsperson nicht

genau zu kennen. Wir klären in den Telefongesprächen genau auf und helfen entweder durch konkrete Empfehlungen unmittelbar oder durch Weiterleitung des Anliegens an die zuständigen Stellen des SMD oder der Kranken- oder der Pflegekasse. Wir haben das Prinzip, dass alle Fälle bearbeitet werden und die Petenten eine Antwort bekommen.

Eine beachtlich geringere Zahl an fehlgeleiteten Anliegen von Versicherten im Geschäftsjahr 2024 konnte dadurch erreicht werden, dass die Ombudsperson bei der Google-Suche des Begriffs „Beschwerde KNAPPSCHAFT“ nicht mehr ganz oben gelistet ist. Dies war im letzten Jahr ein großes Problem und ist inzwischen gelöst worden, so dass uns in diesem Jahr sehr viel weniger Fehlanliegen erreicht haben.

4. Rechtsbescheide der Krankenkasse und der Pflegekasse der KBS - Merkblatt -

Im Gegensatz zu meinen Kolleginnen und Kollegen in den Ombudsfunktionen der Länder habe ich es ja nur mit einer Kranken- oder Pflegeversicherung zu tun. Dies ist ein sehr großer Vorteil, weil die Kommunikationswege kurz sind und mit der Abteilungsleitung I „Kranken- und Pflegeversicherung KNAPPSCHAFT“ von Anfang an eine gute und vertrauensvolle Arbeitsbeziehung aufgebaut worden ist.
Dies wirkt sich in zwei Bereichen ganz besonders vorteilhaft aus:

Erstens können wir dringliche Fälle relativ kurzfristig mit Ansprechpartnern der Kranken- beziehungsweise Pflegeversicherung der KBS abklären, beziehungsweise übermitteln.

Diese Möglichkeit der persönlichen Kontaktaufnahme ist meinen Kolleginnen und Kollegen seltener möglich, weil diese mit einer Vielzahl von Krankenkassen konfrontiert sind. Darin unterscheidet sich meine Arbeit sehr von der Arbeit der übrigen Ombudspersonen, die entweder wenig oder überhaupt keinen Kontakt zu den Krankenkassen aufnehmen, was aufgrund der Kompetenzbeschreibung einer Ombudsfunktion des Medizinischen Dienstes völlig in Ordnung geht. Sie können damit allerdings auch nicht eine gewisse weitergehende Lotsenfunktion für die Versicherten ausüben, wenn sie Ihnen nur mitteilen müssen, dass sie keine Zuständigkeit für das Anliegen haben. Dieses Problem ist bei uns bei der KBS im Interesse der Versicherten nicht vorhanden.

Zweitens haben wir in mehreren Gesprächen mit dem Leiter der Abteilung I „Kranken- und Pflegeversicherung KNAPPSCHAFT“ und den sonstigen Beteiligten der KBS zunächst versucht, das Formular der Rechtsbescheide zu verbessern. Aufgrund der gesetzlichen Vorgabe ist es vorgeschrieben, bei allen Rechtsbescheiden der Kranken- und Pflegekasse auf die Ombudsperson hinzuweisen. Da die bisherigen Bescheide in dieser Hinsicht für die Versicherten teilweise missverständlich waren, haben wir gemeinsam eine Lösung erarbeitet, die zumindest weiterhilft.

Sie ist zwar kein Patentrezept, aber die Zahl der versehentlichen Eingaben sind im Vergleich zu 2023 doch merklich zurückgegangen.

Die Lösung ist, dass zwar im Rechtsbescheid auf die Ombudsperson hingewiesen, aber ein etwas längeres Merkblatt zur Zuständigkeit den Rechtsbescheiden beigefügt wird. Wir werden dieses Merkblatt noch etwas verbessern und noch konzentrierter darauf verweisen, dass die Ombudsperson nicht für die Bearbeitung von Widersprüchen zuständig ist und bei ihr auch keine Widersprüche eingereicht werden sollen.

Das Merkblatt in der bisherigen Fassung ist als Anlage dem Jahresbericht beigefügt.

Dennoch kommt es auch jetzt noch vor, dass bei uns – per Post oder per E-Mail – Widersprüche eingehen. Entweder eigenständig oder zur gleichzeitigen Information der Ombudsperson bestimmt. Die rechtliche Einordnung hinsichtlich der Weitergabe von Widersprüchen und die mangelnde Behördeneigenschaft war im Kreise der Ombudspersonen ein lange diskutiertes Thema.

Ich habe von Anfang an eine pragmatische Herangehensweise mit der Kranken- und Pflegekasse der KBS vereinbart, wonach die bei uns eingegangenen Widersprüche weitergeleitet und von der Kranken- und Pflegekasse auch hinsichtlich der Rechtsmittelfristen akzeptiert werden.

Es wäre dennoch sehr hilfreich, wenn die im Jahre 2025 überarbeitete Richtlinie des MD Bund diese Verfahrensweise rechtlich einordnet.

5. Eingaben und Beschwerden im Berichtszeitraum

5.1 Überblick

Vom 1. Januar bis 31. Dezember 2024 sind insgesamt 1.126 Anliegen und Eingaben eingegangen. Dies ist eine Steigerung gegenüber 2023 mit damals 784 Fällen (gerechnet auf 10 Monate).

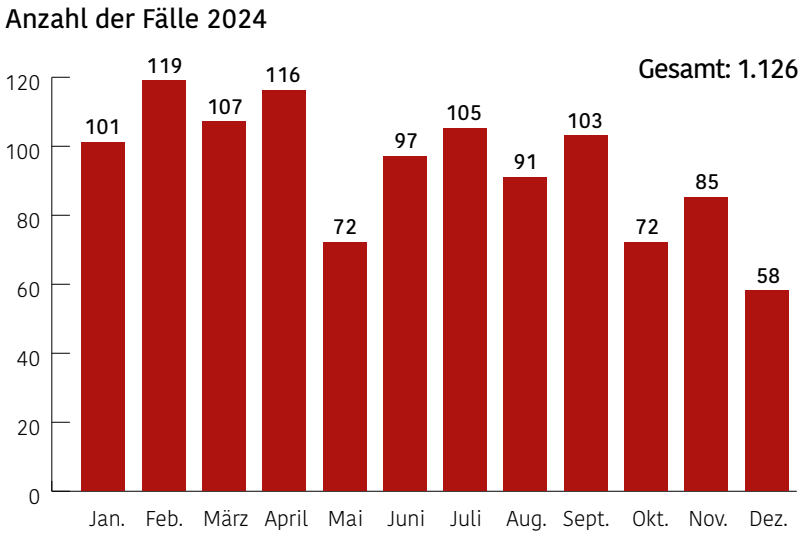
Die Fallzahl von 1.126 bei der KBS bedeutet den Spitzenwert im Vergleich zu allen anderen Ombudspersonen der Medizinischen Dienste.

Diese Situation hat eindeutig ihre Ursache in der Versichertenstruktur der KNAPPSCHAFT und bestimmt auch in der niedrigschwelligen Erreichbarkeit der Ombudsperson. Die KNAPPSCHAFT weist im Vergleich zu den anderen Krankenkassen den höchsten Anteil an älteren Versicherten auf und diese überwiegen auch bei den Eingaben. Gerade die älteren Versicherten haben beispielsweise im Pflegebereich mitunter Schwierigkeiten, den Bescheid der Pflegekasse einschließlich eines Gutachtens über 20 Seiten richtig zu verstehen und einzuordnen.

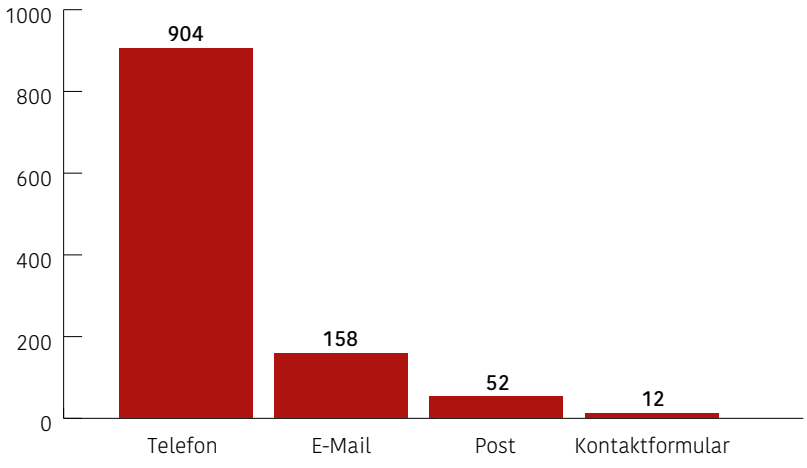
Die älteren Versicherten benutzen doch lieber den Telefonhörer, als sich über E-Mail an uns zu wenden. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Tele-

fonnummer der Geschäftsstelle UOP prominent ausgewiesen und offenbar leichter erreichbar ist als andere Kontaktadressen der KBS – soweit sie überhaupt auffindbar sind.

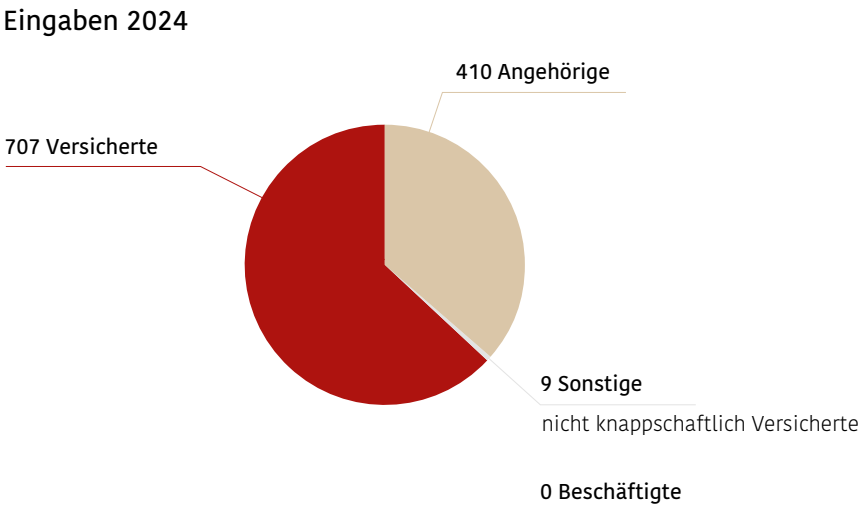
Auf die einzelnen Monate Januar bis Dezember entfallen folgende Fälle:



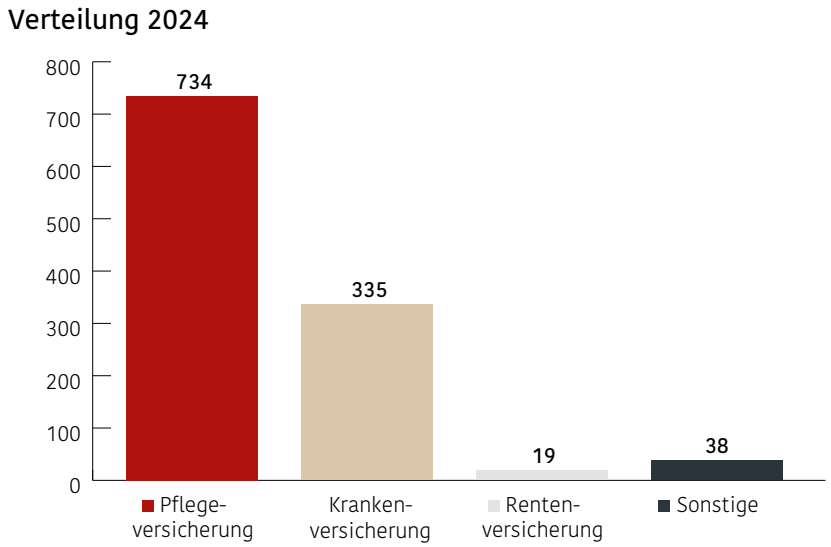
5.2 Welche Kontaktwege wurden gewählt?



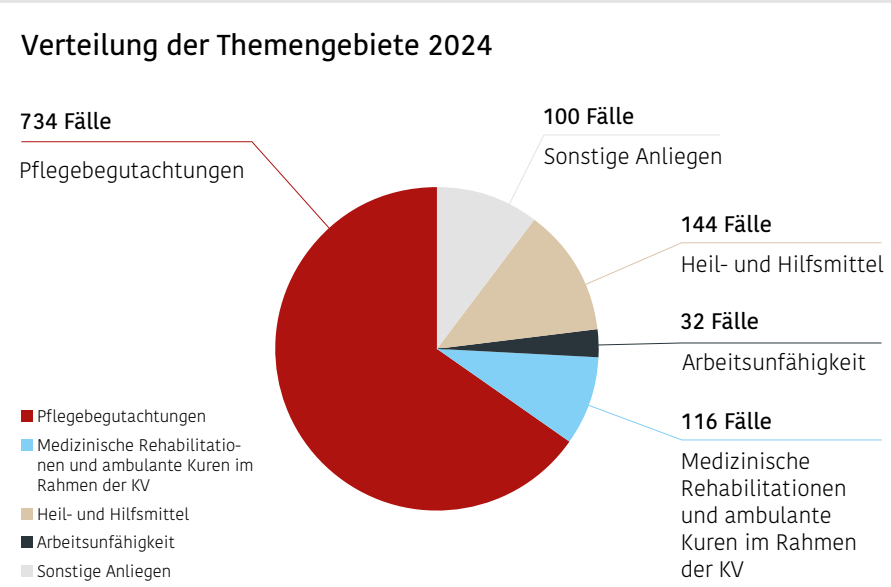
5.3 Wer hat die Eingaben eingereicht oder angerufen?



5.4 Verteilung der Eingaben nach Sachbereichen



5.5 Verteilung auf die Themengebiete



6. Beschwerden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

In diesem Jahr gab es keine Beschwerden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Dieses Ergebnis ist übrigens das Fazit vieler anderen Ombudspersonen und nicht nur signifikant bei der KBS.

Die Aufgabenstellung der Ombudspersonen hinsichtlich der Mitarbeiter müsste meines Erachtens überdacht werden, insbesondere da nachträglich das Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG) als deutsche Umsetzung der so genannten EU-Whistleblower-Richtlinie in Kraft getreten ist und insoweit eine Doppelung vorliegt.

7. Näheres zu den einzelnen Themengebieten

7.1 Pflegebegutachtungen sowie Einzelfragen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit

Wie im letzten Jahr stand mit 734 Eingaben der Hauptteil der Anfragen im Zusammenhang mit der Pflege und der Pflegeeinstufung. Auch in diesem Jahr verzichte ich auf die Darstellung von einzelnen Fällen, um den Umfang des Berichtes nicht zu überdehnen.

Versicherte und ganz häufig die Angehörigen wenden sich an uns, weil sie Fragen im Zusammenhang mit der Begutachtung des SMD haben. Häufig ist dies verbunden mit Beschwerden über die Art und Weise der Begutachtung. Das betrifft sowohl Erstanträge als auch Höherstufungsanträge.

Festzustellen ist, dass insbesondere bei Erstanträgen und der Verneinung eines Pflegegrades beziehungsweise bei einer Einstufung im Pflegegrad 1 die Ombudsperson häufig eingeschaltet wird. Das hat sicherlich damit

zu tun, dass für Versicherte hier Neuland betreten wird und verschiedene Konsequenzen der Entscheidung nicht geläufig sind.

Gerade ältere Versicherte oder auch die Angehörigen können nicht den Unterschied zwischen Hilfsbedürftigkeit und Pflegebedürftigkeit verstehen und einordnen. Besonders bei hochbetagten Menschen wird von den Versicherten oder den Angehörigen vorausgesetzt, eine Pflegebedürftigkeit läge vor. Dabei handelt es sich aber oft um eine Hilfsbedürftigkeit, wonach beispielsweise das Putzen der Wohnung, die Essenszubereitung oder das Einkaufen schwerfällt oder kaum noch alleine möglich ist. In solchen „Pflegesituationen“ wird daher der Pflegegrad 1 häufig nicht erreicht oder wenn überhaupt die Punktzahl von 12,5 ganz knapp überschritten.

Wir erklären in den Telefongesprächen die Anforderungen an die Pflegemodule, dass Hilfsbedürftigkeit nicht mit der Pflegegebedürftigkeit verwechselt werden darf und verweisen auch auf die kommunalen Hilfsangebote von aufsuchender Seniorenarbeit. Gerade in Großstädten wird dieses Angebot der Kommunen ausgebaut. Dennoch wollen viele ältere Versicherte die Einordnung und Unterscheidung in Hilfebedürftigkeit und Pflegebedürftigkeit nicht nachvollziehen, weil sie - auf ihrer Ansicht nach - gleichgelagerte Beispiele aus der Nachbarschaft verweisen, bei denen ein Pflegegrad testiert worden sei.

Die Möglichkeiten des Widerspruchs oder eines neuen Antrages beziehungsweise eines Höherstufungsantrages sind ja in diesen Fällen gegeben. Wir informieren dazu adressatengerecht und völlig neutral.

Bei zumindest Pflegegrad 1 erinnere ich immer wieder an die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages von 125 Euro sowie des Pflegebedarfs in Höhe von 40 € monatlich. Ich mache leider immer wieder die Erfahrung mit Versicherten oder Angehörigen am Telefon, dass sie bislang keinen Entlastungsbetrag beantragt haben. Das führt zum Ergebnis, dass gerade bei der Bewilligung von Erstanträgen die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages verzögert wird oder gar nicht geschieht.

Ich kann insoweit nur auf die vorbildliche Regelung des Sozialministeriums Nordrhein-Westfalen hinweisen, welches die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages als Nachbarschaftshilfe weitgehend entbürokratisiert und niedrigschwellig gestaltet hat. Das wäre auch zu wünschen für die Versicherten in den anderen Bundesländern. Ich kann es nicht nachvollziehen, dass für diesen Rechtsanspruch aus dem Pflegegrad 1 föderal 16 verschiedene Regelungen in den Bundesländern bestehen müssen und eine Ungleichheit bei der Beanspruchung eines Rechtsanspruchs besteht.

Beschwerden am Telefon werden sehr oft geäußert, sofern Höherstufungsanträgen keine persönliche Begutachtung zu Grunde liegt, sondern ein Telefoninterview geführt wird. Manchmal auch nicht in Anwesenheit von Angehörigen. Diese Form der Begutachtung der Pflegebedürftigen gerade

auch in Fällen von dementiellen Veränderungen sind fragwürdig, auch ungeachtet der Personalsituation der Sozialmedizinischen Dienste.

Ein Teil der Beschwerden bezieht sich auch auf die Art und Weise der Begutachtung und das Auftreten und Verhalten der Gutachterinnen und Gutachter.

Ich erkläre den Versicherten oder den Angehörigen gerne den Arbeitsrhythmus der Gutachter mit ihren zeitlichen Rahmenbedingungen, den Einordnungen in die Pflegemodule. Schwierig wird es allerdings dann für mich und auch nicht mehr tolerierbar, wenn mir Äußerungen von Gutachtern und Gutachterinnen geschildert werden, bei denen es an Respekt gegenüber den älteren Menschen fehlt.

Ich schalte mich nicht in jeden einzelnen Fall ein, sondern dann, wenn ich eine bestimmte Häufigkeit des Verhaltens von Gutachterinnen/Gutachtern erkenne. Dies war im Jahr 2024 in einer Häufigkeit bei einem bestimmten Gutachter zu konstatieren (vereinzelte Auffälligkeiten hatte ich schon im Jahr 2023 registriert).

Ich habe die KBS auf das Fehlverhalten eines konkreten Gutachters hingewiesen, der nach glaubwürdigen Schilderungen von Angehörigen deutlich die Grenzen des Tolerierbaren überschritten hat: Kaum Zeit für die Begutachtung, kam meistens zu spät, hat falsche Zeitangaben im Gutachten vermerkt und vor allen Dingen mit Äußerungen gegenüber den Versicherten gearbeitet, die keiner von uns als älterer Mensch in einer ähnlichen Situation erleben möchte.

Es handelt sich dabei nicht um einen fest angestellten Mitarbeiter des SMD, sondern um einen externen Fremdgutachter. Auffallend war auch, dass dieser Fremdgutachter offenbar in der halben Republik tätig war und mit einer hohen Schlagzahl an Gutachten überzeugen wollte. Aufgrund meines deutlichen Hinweises zur Abmahnung sind offenbar erste Konsequenzen getroffen worden: sehr viel weniger Aufträge und nur noch eine begrenzte regionale Zuständigkeit. Ob diese Maßnahme ausreichend ist wird die Zukunft erweisen.

Beschwerden erreichen uns auch häufiger zur Dauer von Widerspruchsverfahren, die leider häufig sechs Monate oder noch länger erreicht. Wir geben diese Beschwerden an die Pflegekasse weiter, mit der Bitte zu beschleunigen. Mehr kann in diesem Fällen nicht erreicht werden, da die Ombudsperson auf die Dauer oder den Ausgang der Verfahren keine Einflussmöglichkeiten hat.

7.2 Heil- und Hilfsmittel der Krankenversicherung

144 Fälle betreffend die Ablehnung beantragter Heil- und Hilfsmittel. Es geht bei diesen Anliegen meistens um elektrische Rollstühle, Bewegungstrainer, Prothesen, Orthesen, orthopädische Schuhe oder auch um Medikamente.

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

Für die Versicherten ist die Ablehnung meistens nicht, beziehungsweise nur dürftig erläutert.

In den Bescheiden wird nach wie vor die Formulierung gewählt „aus sozialmedizinischen Gründen wird der Antrag auf Gewährung des Hilfsmittels xy abgelehnt“.

Ob die Teilhabeerfordernisse bei behinderten Menschen nach SGB IX geprüft worden sind, ist in den Bescheiden nicht ersichtlich. Manchmal liegen die Angaben über eine Schwerbehinderung, allerdings auch den Entscheidern nicht vor.

In solchen Fällen schalte ich mich ein und mache auf die Behinderung und die Prüferfordernisse nach SGB IX aufmerksam. 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. Auch in diesem Jahr konnte ich in ausgewählten Fällen, bei denen ich um Überprüfung der Entscheidung entweder des SMD oder der Krankenversicherung gebeten habe, zur Entlastung der Versicherten mehrmals ein positives Ergebnis bewirken.

Ich hoffe sehr, dass die Änderung des Paragraphen 33 mit einem neuen Absatz 5c SGB V in der neuen Legislaturperiode des Bundestages wieder aufgegriffen wird, wonach zu Hilfsmitteln für behinderte Menschen und bei Kindern eine Verordnung eines Sozialpädiatrischen Zentrums oder bei älteren schwerbehinderten Menschen einer analogen Einrichtung genügt und keine Prüfung mehr durch Medizinische Dienste benötigt wird. Diese Regelung war ja schon fraktionsübergreifend mit breiter Mehrheit getroffen, fällt allerdings jetzt der Verkürzung der Legislaturperiode zum Opfer.

7.3 Medizinische Rehabilitation

116 Fälle betrafen Beschwerden im Zusammenhang mit der Ablehnung von stationären medizinischen Rehabilitationen, sowie ambulante Kuren insbesondere auch im Ausland. Bei dieser Leistungsgewährung fällt eine gewisse Wellenbewegung auf. Offenbar werden in den ersten Monaten des Jahres sehr viele Anträge auf stationäre Rehabilitation oder auch Kuren gestellt, mit der Hoffnung in der schönen Jahreszeit im Sommer diese antreten zu können. Deswegen häufen sich auch die Ablehnungsbescheide im Frühjahr.

Die meisten dieser Fälle betreffen wie schon im letzten Jahr ältere Versicherte, deren Anträge von Hausärzten oder Fachärzten gestellt werden. Die Entscheidungen des SMD werden bei diesen Anträgen überwiegend per Aktenlage getroffen. Diese Entscheidung wollen ältere Versicherte meistens nicht nachvollziehen.

Sofern die Wartezeit von in der Regel vier Jahren nicht eingehalten ist, kann man die Entscheidung dem Versicherten gut erklären.

Sehr oft heißt es allerdings auch in der Begründung, dass die ambulanten Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft sind und somit eine stationäre Maßnahme nicht infrage kommen kann. Vorrang ambulant vor stationär gemäß SGB V.

Speziell in ländlichen Regionen geht der Vorrang der ambulanten Rehabilitation allerdings ins Leere, da keine entsprechenden Dienste in Reichweite sind.

Wir weisen in diesen Fällen die Petenten auf die Rechtslage und ihre Möglichkeiten des Rechtsbehelfs hin.

7.4 Arbeitsunfähigkeit (AU)

32 Fälle bezogen sich auf Arbeitsunfähigkeitsentscheidungen.

Hier beziehen sich die Beschwerden auf das Ergebnis und auf behauptete Voreingenommenheit der Gutachter im Rahmen der persönlichen medizinischen Untersuchung.

In die medizinischen Feststellungen des SMD in diesen Fragen habe ich mich nicht einzumischen. Ich weise die Patienten allenfalls auf die arbeitsrechtlichen Konsequenzen hin und die Notwendigkeit, sich bei der Arbeitsagentur zu melden. Diese Kenntnis liegt bei den Betreffenden aber sehr oft schon vor.

7.5 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

In drei Einzelfällen bin ich um Einschaltung gebeten worden, da die palliative Versorgung nach einer gewissen Zeit eingestellt worden ist. Ich habe in diesen Fällen um Überprüfung gebeten und konnte entsprechend auch eine zeitweise Weitergewährung erreichen.

Mitte Dezember 2024 hat mich aktuell die Beschwerde eines Anbieters der SAPV aus einer ehemaligen Bergwerksregion erreicht. Der SMD würde im Gegensatz zum MD der Region in einer weitaus geringeren Zahl die SAPV bewilligen. Es handelt sich bei der SAPV um eine Leistungsgewährung, die sehr kostenintensiv ist und schon daher einer genauen Abwägungsentscheidung unterliegt.

Die medizinischen Einschätzungen der verordnenden Ärzte und des Anbieters unterscheiden sich von der medizinischen Feststellung des zuständigen SMD. Meine Aufgabe kann es nicht sein, mich in die divergierenden medizinischen Feststellungen einzumischen. Ich werde allerdings versuchen, eine Kommunikation zwischen den Beteiligten zu erreichen.

7.6 Sonstiges

100 Fälle betrafen sonstige Angelegenheiten. Einige Fälle bezogen sich auf Fragen der Erwerbsunfähigkeit (Zuständigkeit der Rentenversicherung der KBS), auf ausstehende Zahlungen von Kranken- und Pflegeversicherung, Wechsel der Krankenversicherung, Taxikosten etc.

Aber auch in diesen Fällen werden den Patienten von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle die entsprechenden Auskünfte kompetent erteilt oder es wird an die dafür zuständigen Stellen der KBS verwiesen.

8. Zusammenarbeit intern und extern

Wie schon beschrieben ist die Zusammenarbeit innerhalb der Geschäftsstelle sehr gut. Die Arbeitsprozesse sind eingearbeitet und trotz Fluktuation innerhalb der Mitarbeiterschaft funktionieren die Kommunikationswege. Es finden regelmäßige Arbeitsbesprechungen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle, dem Beschwerdemanagement und dem „Bereich Sozialmedizin – Steuerung, Koordination und Beratung“ statt.

Wie berichtet ist der Austausch mit den Verantwortlichen der Kranken- und Pflegekasse der KBS intensiv und vertrauensvoll. Über diesen Weg konnte bereits vielen Versicherten schnell und unbürokratisch geholfen werden.

Ich nehme regelmäßig auch an den Sitzungen des Beirates für den SMD teil und kann dort über die Ombudstätigkeit berichten. Für mich und ich denke auch für die Mitglieder des Beirates ist dieser Austausch sehr wichtig.

Ebenso habe ich im Rahmen der Vorstellung des Jahresberichts 2023 an einer Sitzung des Ausschusses für Innere Angelegenheiten teilgenommen.

Einen weiteren Austausch mit den Personalräten bzw. der Gleichstellungsbeauftragten hat es nicht bedurft, da ja auch keine Fälle aus der Mitarbeiterschaft zu bearbeiten und koordinieren waren.

Ich habe im Jahr 2024 zweimal an zweitägigen Tagungen der Ombudspersonen im April und November in Berlin teilgenommen. Diese von der Ombudsperson des MD Berlin-Brandenburg organisierten regelmäßigen Besprechungen ist in der Teilnahme in Präsenz für mich außerordentlich wichtig, um hierüber eine Rückkopplung und eine Resonanz zur Ombudstätigkeit herzustellen. Ein weiterer Austausch findet in der Zwischenzeit auch digital statt. Für die Organisation und die Koordinierung sei an dieser Stelle Frau Monika Paulat sehr herzlich gedankt.

Diese Besprechungen auch am Rande der Tagung sind deshalb sehr wertvoll, weil die Problemlagen gesammelt werden können und ein gemeinsames Auftreten der Ombudspersonen erreicht wird. Es ist feststellbar, dass auch bei den anderen Ombudspersonen die Problemlagen gleich gelagert sind.

Deswegen ist es mehr als verwunderlich, dass bislang die Kommunikation mit dem MD Bund auch zur Neufassung der Richtlinien mehr als dürftig ist. Zwar ist für Anfang Januar endlich ein Gesprächstermin mit dem MD Bund zustande gekommen. Aber mehr als kritikwürdig ist die Tatsache, dass in der zur Neufassung der Richtlinien beschlossenen Arbeitsgruppe des MD Bund keine Ombudsperson vertreten ist und die Praxis insoweit weitgehend ignoriert wird. Offenbar bestehen bei verantwortlichen Personen auch aus der Selbstverwaltung des MD Bund weiterhin Vorbehalte, dass der Gesetzgeber die Institution Ombudsperson bewusst geschaffen hat. Um derartige Vorbehalte abzubauen kann ich diesen Personen nur anraten, einmal eine Woche lang die Tätigkeit einer Ombudsperson zu übernehmen oder zu begleiten und unmittelbare Gespräche mit Versicherten und Pflegebedürftigen zu führen. Weniger sich in der Gremienarbeit zu erschöpfen und sich mehr mit der Praxis zu beschäftigen würde manchen Erkenntnisgewinn fördern.

Die Ombudspersonen haben sich in ihrer Arbeitsgemeinschaft intensiv mit den bisherigen Richtlinien beschäftigt und eine gemeinsame Stellungnahme an den MD Bund verfasst, die auch parallel an die Verantwortlichen der Medizinischen Dienste versandt wurde. Die Stellungnahme ist ebenfalls als Anlage beigefügt.

Die Probleme in der Anerkennung der Arbeit der Ombudsfunktion habe ich bei den Beteiligten der KBS überhaupt nicht. Ebenso wie die meisten meiner Kolleginnen und Kollegen, die bei den Beteiligten vor Ort entsprechend gute Anerkennung für ihre Arbeit genießen.

9. Fazit und Ausblick

Die Eingangszahlen bei uns sind in Relation zu den Medizinischen Diensten der Länder mit ungleich größeren Versichertenzahlen hoch. Dies hat wie bereits ausgeführt strukturelle Gründe. Hohes Versichertenalter, die Erfahrung mit der Ombudsfunktion der damaligen Knappschaftsältesten führt bei uns dazu, dass eben häufiger das Telefon zur Ombudsperson benutzt wird. Hinzu kommt eine weitere Entwicklung. Die Krankenkassen und damit auch die KBS reduzieren mit Blick auf die Verwaltungskosten auch die Kapazitäten bei den Beratungseinheiten und der Zugänglichkeit zur Beratung. Im Gegensatz dazu ist der Zugang – soweit überhaupt bekannt – zur Ombudsperson leichter.

Dennoch muss auch die hohe Zahl bei uns in Relation zu den Gesamtzahlen der Pflegegutachten und der weiteren sozialmedizinischen Gutachten betrachtet werden. Der SMD der KNAPPSCHAFT leistet jetzt bereits mehr als 120.000 Pflegegutachten im Jahr mit steigender Tendenz. Hinzu kommen die übrigen sozialmedizinischen Gutachten für die Krankenkasse.

Ich stelle fest, dass trotz vorhandener Beratungsstrukturen und ausdifferenzierter Gesetzgebung vermehrt Menschen mit den Anforderungen des Gesundheitssystems überfordert sind.

Die Ombudsperson kann die Beschwerden und die Fälle nicht unmittelbar lösen. Ich habe als Ombudsmann auch keine Entscheidungsfunktion, sondern betrachte mich viel mehr als Lotse für die Versicherten.

Die Problemlagen im Gespräch zu erörtern, Lösungswege aufzuzeigen und dann auch in speziellen Fällen den SMD oder auch die Kranken- und Pflegekasse um Neuprüfung und Korrektur zu bitten, ist eine sehr sinnvolle Aufgabe.

Die allermeisten Petenten bedanken sich am Ende des Gesprächs ganz herzlich. Endlich jemanden am Telefon zu haben, der Ihnen zuhört, ihr Problem auch nachvollziehen kann und eine sinnvolle und zielführende Unterstützung bereithält.

Das knapp zusammengefasst ist Sinn und Zweck der Ombudsfunktion

Bochum, im Januar 2025

Peter Jeromin

Anlage 1 zum Jahresbericht 2024 der Ombudsperson für den Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Aktuelle Rechtsbehelfsbelehrung mit Hinweis auf das Beiblatt
Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe Widerspruch erheben. Dafür stehen Ihnen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

1. Schriftlich oder zur Niederschrift
Ihren Widerspruch richten Sie bitte an die KNAPPSCHAFT (Anschrift der Dienststelle).
Sie können den Widerspruch auch bei der KNAPPSCHAFT, Pieperstraße 14–28, 44789 Bochum oder bei jeder anderen Dienststelle der KNAPPSCHAFT schriftlich aufnehmen lassen.

2. Auf elektronischem Weg
2.1 Durch E-Mail mit qualifizierter elektronischer Signatur
Hierfür benötigen Sie eine qualifizierte elektronische Signaturkarte.
Die E-Mail richten Sie bitte an: krankenversicherung@knappschaft.de
2.2 Durch De-Mail in der Sendevariante mit bestätigter sicherer Anmeldung
Dafür benötigen Sie eine De-Mail-Adresse. Die De-Mail senden Sie bitte an:
zentrale-de-mail@kbs.de-mail.de
Sie sind mit dem Vorgehen des Sozialmedizinischen Dienstes nicht einverstanden?
Beachten Sie in diesem Fall bitte das Merkblatt mit den Hinweisen zum Beschwerdemanagement und der Ombudsperson des Sozialmedizinischen Dienstes.

Sie haben noch Fragen? Rufen Sie uns einfach an. Wir beraten Sie gerne.
Freundliche Grüße
Ihre KNAPPSCHAFT

Merkblatt: Beschwerden im Zusammenhang mit der Begutachtung durch den Sozialmedizinischen Dienst und Hinweis auf die unabhängige Ombudsperson
1. Sie sind mit der Art und Weise oder dem Ablauf Ihrer Begutachtung nicht einverstanden und möchten sich beschweren? Dann informieren Sie uns bitte darüber. Bei Beschwerden, Kritik oder Anregungen ist das Beschwerdemanagement unseres Sozialmedizinischen Dienstes gerne für Sie da.
Sie erreichen das Beschwerdemanagement per E- Mail unter smd@kbs.de,
oder per Post unter
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Sozialmedizin-Koordination und Beratung – Beschwerdemanagement
Wasserstraße 215, 44799 Bochum.

2. Sie können sich mit Ihrem Anliegen auch vertraulich an die unabhängige Ombudsperson beim Sozialmedizinischen Dienst, Herrn Peter Jeromin, wenden. Sie erreichen ihn unter
ombudsperson-beim-smd@kbs.de,
per Telefon Montag und Donnerstag von 9 bis 12 Uhr unter 0234 304-88888 und
per Post unter Ombudsperson beim Sozialmedizinischen Dienst, Wasserstraße 215, 44799 Bochum.
Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Internetseite www.kbs.de/ombudsperson.
Wichtig für Sie: Ihre Beschwerde ersetzt keinen Widerspruch. Sollten Sie mit der Entscheidung dieses Bescheides nicht einverstanden sein, bitten wir Sie Widerspruch bei der KNAPPSCHAFT einzulegen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Bescheid. Sie können keinen Widerspruch beim Beschwerdemanagement oder bei der unabhängigen Ombudsperson einlegen.

Anlage 2 zum Jahresbericht 2024 der Ombudsperson für den Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Arbeitsgemeinschaft der Unabhängigen Ombudspersonen bei den Medizinischen Diensten der Länder

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

Einleitung

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

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

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

Handlungsbedarfe

Richtlinie

- Jahresberichte

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

- Status der UOP

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

Unabhängige Ombudsperson MD Bund

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

Abschließende Bemerkungen

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

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