Jahresbericht 2025 der Ombudsperson für den Sozialmedizinischen Dienst

Berichtszeitraum 01.01.2025 bis 31.12.2025

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. Eingaben und Beschwerden im Berichtszeitraum 7

4.1 Überblick 7
4.2 Welche Kontaktwege wurden gewählt? 8
4.3 Wer hat die Eingaben eingereicht oder angerufen? 9
4.4 Verteilung der Eingaben nach Sachbereichen 9
4.5 Verteilung auf die Themengebiete 10

5. Beschwerden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 10

6. Näheres zu den einzelnen Themengebieten 10

7.1 Pflegebegutachtungen sowie Einzelfragen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit 10
6.2 Heil- und Hilfsmittel der Krankenversicherung 13
6.3 Arbeitsunfähigkeit (AU) 13
6.4 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) 14
6.5 Sonstiges 14

7. Zusammenarbeit intern und extern 14

8. Fazit und Ausblick 16

1. Rechtsgrundlage

Alle Medizinischen Dienste sind gemäß § 278 Abs. 3 SGB V verpflichtet, eine unabhängige Ombudsperson (UOP) zu bestellen.

Ziel des MDK-Reformgesetzes aus dem Jahr 2020 ist es, die Medizinischen Dienste (MD) 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.

Die erste Richtlinie Unabhängige Ombudsperson ist im Juni 2021 in Kraft getreten. Die Ombudsperson legt gemäß der Richtlinie des MD Bund zum Stichtag 31. Dezember einen Jahresbericht über die Tätigkeit vor.

Ich bin zum 1. März 2023 vom SMD der DRV Knappschaft-Bahn-See mit der Funktion der Ombudsperson beauftragt worden. Hiermit lege ich meinen dritten Jahresbericht vor, diesmal für die Zeit vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2025.

Nach Zuleitung über den Beirat an den Vorstand der KBS wird der Jahresbericht im Internet für alle Interessenten veröffentlicht.

2. Geschäftsstelle und Verfahrensweise

Der Ablauf in der Geschäftsstelle hat sich inzwischen eingespielt und auch bewährt. Trotz mehrerer Personalwechsel in dieser Zeit seit 2023 sind die Strukturen stabil und die Arbeit konnte ohne Unterbrechung fortgeführt werden. Damit konnte den Versicherten ein guter Service und eine jederzeitige Ansprechstelle angeboten werden.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Geschäftsstelle leisten ihre Arbeiten neben ihrer sonstigen Hauptarbeit. Die Zusammenarbeit läuft problemlos. Trotz Wechsel bei Mitarbeitenden gab es keinen Kompetenzverlust. Jederzeit ist eine Vertretung in der Geschäftsstelle bei Urlaub und Krankheit bisher sichergestellt. Die telefonische Erreichbarkeit war im ganzen Jahr durchgehend gewährleistet.

Ohne diese hervorragende Zuarbeit und das besondere Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle wäre die Arbeit nicht leistbar. Daher bedanke ich mich ganz herzlich bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Das gefundene Modell wechselnden Einsatzes hat sich bewährt.

Die Geschäftsstelle ist in der Woche außer an Feiertagen und zwischen Weihnachten und Neujahr jeden Montag und jeden Donnerstag von 9:00 Uhr bis 12:00 Uhr telefonisch jederzeit erreichbar. Eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter nimmt die telefonischen Anliegen entgegen, sortiert und filtert. Ein relativ hoher Anteil der Anliegen und Beschwerden kann sofort

von der Geschäftsstelle abschließend bearbeitet werden. Dabei muss man beachten, dass diese Anrufe gerade mit den älteren Versicherten oder deren Angehörigen sehr zeitaufwändig sind, insbesondere weil offenbar auch die persönliche Beratung bei der Krankenkasse und der Pflegekasse aus Sicht von Versicherten schwieriger geworden und unsere Geschäftsstelle relativ einfach und niederschwellig erreichbar ist.

Sind die Sachverhalte komplizierter und soll das Anliegen weitergegeben werden an den SMD, die Pflegekasse oder die Krankenkasse oder die Versicherten äußern den Wunsch, unmittelbar mit mir zu sprechen, bekomme ich am gleichen Tag den Sachverhalt digital übermittelt.

Ich nehme dann zügig Kontakt mit den Petenten auf und entscheide über den weiteren Verlauf. Über jedes Gespräch mit den Versicherten wird ein Verlaufsprotokoll erstellt und fortlaufend 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
	Knappschaftsstr. 1
	44799 Bochum

Es besteht darüber hinaus natürlich neben der telefonischen Erreichbarkeit die Möglichkeit, entweder einen Brief zu schreiben oder digital eine E-Mail an mich zu schreiben oder was noch besser wäre, sofort das digitale Kontaktformular auszufüllen.

Das digitale Kontaktformular hätte den Vorteil, dass die Einverständniserklärung zur Einholung von Dokumenten und Gutachten sofort vorliegt und die Datenschutzerklärung auch unterzeichnet ist.

Leider wird das digitale Kontaktformular nur in wenigen Fällen genutzt und sehr oft auch nur dann, wenn ausdrücklich darauf hingewiesen wird.

Diese geringe Nutzung kann auch dem Umstand geschuldet sein, dass die Ombudsperson beim SMD nicht unmittelbar digital über eine Eingabe erreichbar ist, sondern nur über den Weg der Homepage des SMD aufzu-

finden ist. Dies gelingt bei anderen Ombudspersonen der Medizinischen Dienste der Länder, die sofort bei der Eingabe bei Google beispielsweise erscheinen. Mir ist von mehreren Versicherten mitgeteilt worden, dass sie nur über Umwege zu dem Kontaktformular gelangt sind. Hier sollten wir versuchen, eine Verbesserung zu erreichen.

Möglicherweise sollten wir in der Überarbeitung des Merkblattes zu den Bescheiden von Kranken – und Pflegekasse auch das Kontaktformular prominenter herausstellen und den digitalen Zugang erleichtern.

Bei einer häufigeren Benutzung des Kontaktformulars könnten die Arbeitsschritte reduziert und die Beschwerdeangelegenheit schneller erledigt werden.

3. Befugnisse der Ombudsperson und ihre Lotsenfunktion

Aufgrund der gesetzlichen Einbettung und der Richtlinien zu der Tätigkeit der Ombudspersonen wäre meine Zuständigkeit eigentlich immer nur dann gegeben, wenn der Sozialmedizinische Dienst der DRV KBS in die Leistungsentscheidung eingebunden ist. Das ist selbstverständlich im Pflegebereich bei der gutachterlichen Pflegebeurteilung gegeben, allerdings nicht unbedingt in allen Entscheidungen der Krankenkasse oder der Pflegekasse der Knappschaft wie beispielsweise bei verzögerten Auszahlungen des Pflegegeldes oder des Entlastungsbetrages.

Ungeachtet dessen kümmern wir uns um alle Anliegen und weisen keine Eingabe mit dem Hinweis auf eine Nichtzuständigkeit zurück. Aufgrund der Struktur des Trägers sind wir in der Lage, solche Anliegen unmittelbar an die zuständigen Stellen von der Krankenversicherung, Pflegeversicherung aber auch manchmal der Rentenversicherung weiterzureichen.

Die Fälle der „Nichtzuständigkeit“ sind erfreulicherweise im Berichtszeitraum 2025 deutlich weniger geworden. Dieses gute Ergebnis dürfte auf zwei Veränderungen zurückzuführen sein:

Erstens bin ich als Ombudsperson digital nicht mehr sofort auffindbar, wenn die Suchfrage „Beschwerde Knappschaft“ im Internet eingegeben wird. In den vergangenen zwei Jahren kam bei dieser Eingabe sofort die Ombudsperson Peter Jeromin zum Vorschein, was natürlich zu unnötigen Anfragen führte.

Zum zweiten dürfte über das Merkblatt, welches schon im vergangenen Jahresbericht thematisiert wurde, im vergangenen Jahresbericht schon berichtet wurde, eine deutliche Verbesserung eingetreten sein. Diese Änderungen hatten sowohl einen Rückgang der Eingaben um rund 100 Fälle als auch eine deutliche Reduzierung der „Fehleingaben“ zur Folge.

Auf zwei wichtige Begrenzungen der Tätigkeit der Ombudsperson ist besonders hinzuweisen:

Die Ombudsperson darf keine Rechtsberatung im eigentlichen Sinne durchführen. Sofern sich ein Versicherter der Knappschaft gegen den materiell – rechtlichen Inhalt eines Bescheides wehren möchte, bleibt ihm der Weg des Widerspruches offen.

In Widerspruchsangelegenheiten mische ich mich nicht ein, da hier letztlich der Widerspruchsausschuss der Knappschaft die Entscheidung zu treffen hat.

Zweitens obliegt es mir auch nicht, die medizinischen oder pflegerischen Feststellungen eines Gutachtens zu hinterfragen, es sei denn offensichtliche Fehler liegen vor.

In der Praxis ist diese Kompetenzbegrenzung aber manchmal schwierig durchzuführen bzw. den Versicherten die Einschränkung der Kompetenz und Zuständigkeit der Ombudsperson zu erläutern.

Die Versicherten gerade im Pflegebereich führen Beschwerde über die Art und Weise der Begutachtung (Gutachter schaut nur in seinen Laptop, nimmt keine Anmerkungen der Angehörigen auf, ist nach kurzer Zeit fertig etc.) und oder sind mit der Einstufung in den Pflegegrad nicht einverstanden.

Die Telefongespräche gerade im Pflegebereich sind zumeist sehr zeitaufwändig. Hier gilt es, herauszufinden, ob tatsächlich eine Begutachtung nur oberflächlich durchgeführt worden ist, wesentliche Punkte zur Beurteilung der Pflege nicht aufgegriffen wurden und dann den Versicherten einen Ratschlag zu erteilen, wie sie weiter verfahren sollen.

Dies geschieht natürlich vor dem Hintergrund: keine Rechtsberatung und keine Einmischung in die medizinischen oder pflegerischen Feststellungen, weil die Ombudsperson die Lage vor Ort ja überhaupt nicht beurteilen kann.

Leider ist in den Richtlinien des MD Bund die Abgrenzung zum Beschwerdemanagement des medizinischen Dienstes nur unzureichend dargestellt. Wir verfahren hier sehr partnerschaftlich in der Zusammenarbeit von Ombudsperson bzw. Geschäftsstelle zum Beschwerdemanagement des SMD:

Wenn es rein um Beschwerden im Zusammenhang mit dem Verhalten des Gutachters oder der Gutachterin geht und nicht um den materiellen Teil des Gutachtens, geben wir die Eingabe an das Beschwerdemanagement ab. Die Zusammenarbeit beiderseits funktioniert bei uns sehr gut, weil beide Stellen räumlich nebeneinander untergebracht sind und deshalb eine Verständigung leicht möglich ist. Daher ist eine Doppelarbeit von Beschwerdemanagement und Ombudsperson auch ausgeschlossen, wenn sich Versicherte gleichzeitig an beide Stellen wenden.

Für diese gute Zusammenarbeit sage ich einen herzlichen Dank an das Beschwerdemanagement.

Eine Umbenennung des Beschwerdemanagements beim SMD wäre allerdings sehr sinnvoll.

Schon in der Vergangenheit habe ich bereits mehrmals empfohlen, das Beschwerdemanagement umzubenennen. Einige MD benutzen nicht den Begriff „Beschwerde“, sondern benutzen den Begriff „Lob und Kritik“ in den Bescheiden der Kranken – und Pflegekasse.

Diese Anregung von mir ist bislang leider nicht aufgegriffen worden. So hätte die Änderung doch zum Vorteil, dass es auch genügend Zufriedenheit und Lob über die gute Arbeit der Gutachterinnen und Gutachter des Sozialmedizinischen Dienstes geben wird, was auch eine gute Rückkopplung ihrer Arbeit wäre.

Über dies könnte die Doppelung mit dem Begriff „Beschwerde“ sowohl beim gegenwärtigen Beschwerdemanagement als auch bei der Ombudsperson weitgehend vermieden werden.

Leider dauern solche Änderungen noch relativ lange.

Nichts desto trotz versuchen Beschwerdemanagement und Ombudsperson beim SMD trotz dieser fehlenden exakten Zuordnung in den übergeordneten Richtlinien des MD Bund, ein vernünftiges und praktikables Verfahren zu Gunsten der Versicherten zu erreichen.

Beiden Stellen obliegt also eine Lotsenfunktion für die Versicherten in Fällen von offensichtlichen Beschwerden. Alle Fälle werden bei uns bearbeitet und die Petenten erhalten eine zielgerichtete Antwort auf ihr Anliegen.

4. Eingaben und Beschwerden im Berichtszeitraum

4.1 Überblick

Vom 1. Januar bis 31. Dezember 2025 sind insgesamt 1.017 Anliegen und Eingaben eingegangen. Das ist ein leichter Rückgang gegenüber 2024 mit damals 1.126 Fällen.

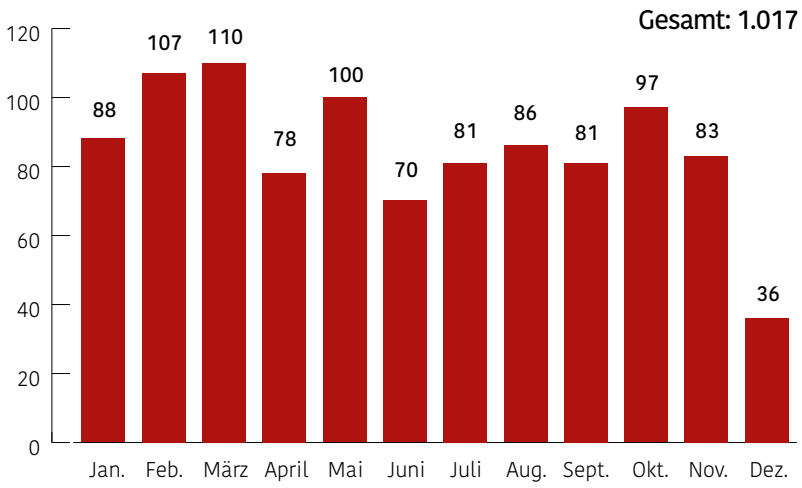
Der Rückgang ist, wie beschrieben, zurückzuführen auf die positive Veränderung im digitalen Zugang, dass die Ombudsperson des SMD nicht für alle Beschwerden im Zusammenhang mit der Knappschaft zuständig sein kann und auch auf die Wirkung des Merkblattes mit den weitergehenden Informationen. Wie im letzten Jahr auch schon dargestellt, ist diese Fallzahl von 1.017 beim SMD der DRV KBS ein Spitzenwert im Vergleich zu den meisten Medizinischen Diensten der Länder.

Die Ursachen für den Spitzenplatz wurden auch in den vorangegangenen Berichten schon erörtert:

Wir bieten ein niedrigschwelliges Angebot der Erreichbarkeit an. Die Knappschaft weist im Vergleich zu den anderen Krankenkassen den höchsten Anteil an älteren Versicherten auf. Die älteren Versicherten benutzen sehr viel lieber das Telefon, anstatt eine Mail zu schreiben. Aber auch die digitalen Kontakte nehmen zu, insbesondere, wenn sich die Angehörigen an uns wenden.

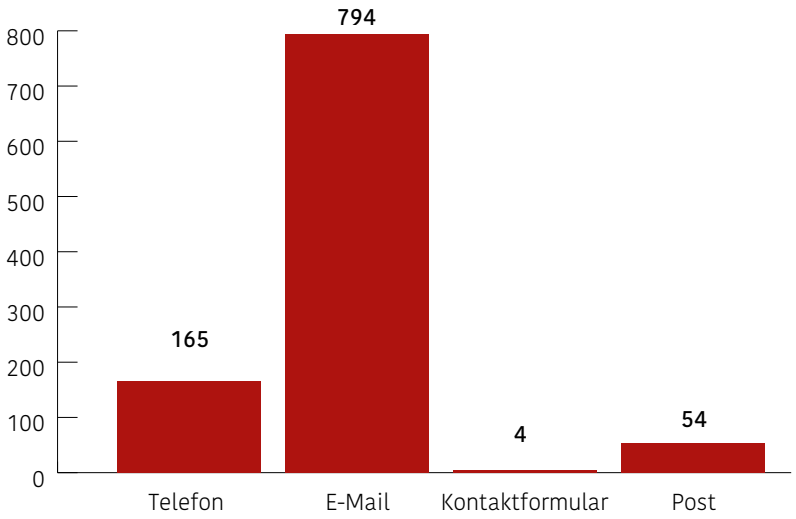
Auf die einzelnen Monate Januar bis Dezember 2025 entfallen folgende Fälle:

Anzahl der Fälle 2025

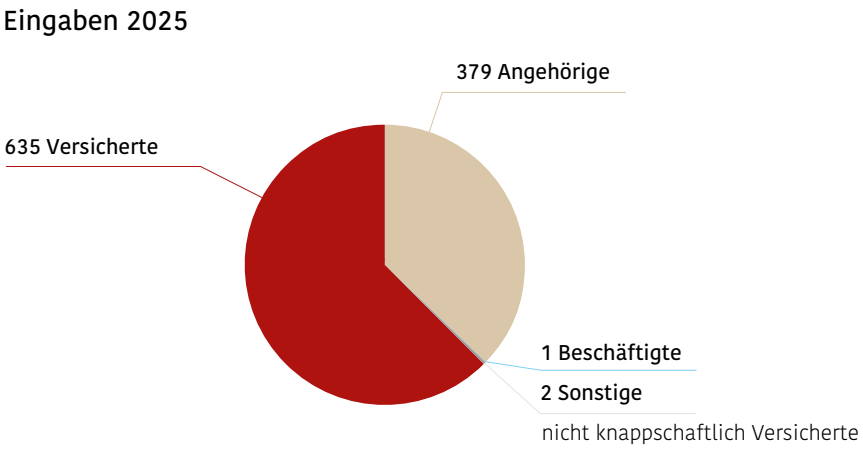


4.2 Welche Kontaktwege wurden gewählt?

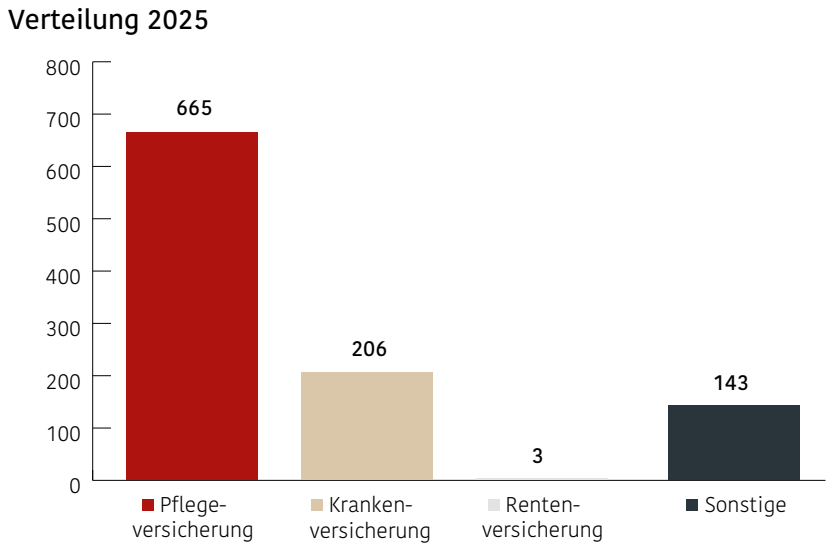
Gewählte Kontaktwege 2025



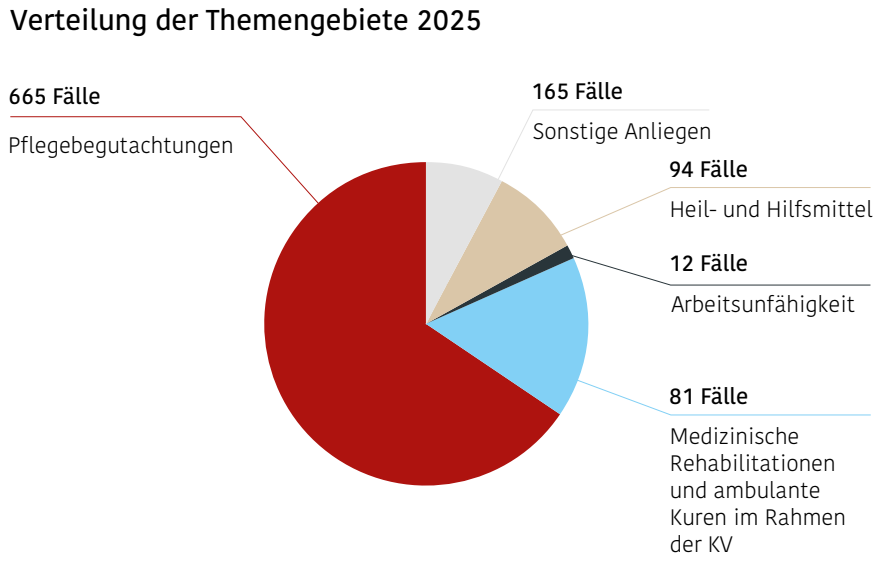
4.3 Wer hat die Eingaben eingereicht oder angerufen?



4.4 Verteilung der Eingaben nach Sachbereichen



4.5 Verteilung auf die Themengebiete



5. Beschwerden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

In diesem Jahr gab es eine Eingabe eines Mitarbeitenden einer Dienststelle des SMD. Es handelte sich letztlich um einen zu klärenden Sachverhalt in der Beziehung zwischen Arbeitgeber und Mitarbeiter und weniger um die Beeinflussung seiner Tätigkeit. Ich habe mit dem Petenten kommuniziert und ihm entsprechende Lösungswege aufgezeigt.

Es ist auch im Berichtszeitraum 2025 beim SMD festzustellen, dass Eingaben von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nur ganz vereinzelt vorkommen und dann auch nicht im Sinne der Richtlinie des MD Bund.

Auch die Kolleginnen und Kollegen Ombudspersonen der Länder haben in den letzten Jahren die gleichen Erfahrungen gemacht. Auch deshalb sollte bei der Überarbeitung der Richtlinie des MD Bund diese Aufgabenstellung hinterfragt und zumindest nicht gleichrangig mit der Bearbeitung der Anliegen von Versicherten behandelt werden.

6. Näheres zu den einzelnen Themengebieten

7.1 Pflegebegutachtungen sowie Einzelfragen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit

Wie bei allen Ombudspersonen stand auch bei uns mit 665 Eingaben der Hauptteil der Anfragen im Zusammenhang mit der Pflege und der Pflegeeinstufung. Ich will auch in diesem Jahr auf die Darstellung von einzelnen Fällen verzichten, sondern nur die Problematik im Ganzen beschreiben.

Mit der Systematik der Begutachtung, der Unterscheidung der sechs Pflegemodule, der Einteilung in die verschiedenen Pflegegrade fühlen sich doch eine ganze Reihe von Versicherten, aber auch ihre Angehörigen, überfordert. Die Übersendung des detaillierten Gutachtens schafft zwar eine hohe Transparenz, aber gleichzeitig auch ein ziemliches Unverständnis bei manchen Versicherten, insbesondere bei den älteren Menschen.

Sehr viel Unverständnis herrscht insbesondere bei den Erstanträgen und der daraus folgenden Begutachtung mit meistens der Einstufung in den Pflegegrad 1 oder gar bei einer Punktbewertung unter 12,5 Punkten und keinem Pflegegrad.

Den Unterschied zwischen Hilfebedürftigkeit gerade im hohen Alter und der fehlenden Pflegebedürftigkeit zu erklären ist nicht immer leicht. Mit den Leistungsausgaben der Pflegeversicherung soll eben nicht die Hilfebedürftigkeit ausgeglichen, sondern Erleichterungen in der Pflege finanziert werden.

Gerade besonders bei hochbetagten Menschen, die noch in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung verbleiben können, ist sehr oft eine fließende Grenze von der Hilfebedürftigkeit zur beginnenden Pflegebedürftigkeit gegeben.

Ich erkläre zwar immer in den Telefongesprächen die Anforderungen an die Pflegemodule und dass medizinische Diagnosen und daraus resultierende Hilfsbedürftigkeit nicht mit der Pflegebedürftigkeit verwechselt werden dürfen. Hingewiesen wird in diesem Zusammenhang auf die kommunalen Hilfsangebote von aufsuchender Seniorenarbeit, wenn keine Pflegebedürftigkeit anerkannt wird und trotzdem Hilfe benötigt wird.

Nachvollziehbar ist natürlich der Wunsch von Angehörigen und auch der Versicherten zumindest den Pflegegrad 1 zu erreichen, um damit den Entlastungsbetrag für die Nachbarschaftshilfe und häusliche Hilfe in Anspruch nehmen zu können, gegebenenfalls auch die Zuschüsse zur Umgestaltung des häuslichen Wohnumfeldes. Solange die Menschen in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben können, was auch der Wunsch der meisten Menschen ist, bleiben die Ausgaben für die Pflegeversicherung auch leichter finanzierbar.

Das Jahr 2026 soll nach Verlautbarungen aus der Politik zu deutlichen Veränderungen in der Einstufung zur Pflege kommen.

Die Empfehlungen der gemeinsamen Bund – Länder Kommission laufen darauf hinaus, zwar die Einteilung in die 5 Pflegegrade zu belassen, aber die Schwellenwerte zu erhöhen. Hinzu soll bei einer Einteilung in den Pflegegrad 1 die Auszahlung des Entlastungsbetrages von 131 Euro monatlich entfallen. Dafür sollen allerdings bei der Begutachtung deutlicher Hinweise zur Mobilisierung zur Prävention und gegebenenfalls zur Rehabilitation ausgesprochen werden, um den Eintritt der Pflegebedürftigkeit zeitlich hinauszuschieben.

Wir müssen abwarten, welche gesetzlichen Änderungen tatsächlich Wirklichkeit werden. Festzustellen ist allerdings jetzt schon anhand der Telefongespräche eine gewisse Verunsicherung bei den Versicherten.

Da die mögliche Neubewertung auf der Grundlage der Pflegemodule nur für die Erstanträge sowie die Anträge auf Höherstufung gelten sollen, erwarte ich einen gewissen Vorzieheffekt von Anträgen auf Pflegebedürftigkeit im Jahr 2026 und eine damit verbundene Steigerung.

Zu beachten bei möglichen stärkeren Priorisierungen auf die Prävention bei den Pflegebegutachtungen wird auch der höhere Zeitbedarf für die Gutachterinnen und Gutachter sein, wenn Empfehlungen zur Prävention und zur Rehabilitation verbindlich werden.

Auf jeden Fall werden wir in der Geschäftsstelle bei unseren Beratungen diese Veränderungen und die damit verbundenen Unsicherheiten bei den Versicherten feststellen. Alleine die Ankündigung in der Presse, der Pflegegrad 1 würde wieder abgeschafft werden, führt schon heute zu entsprechenden Nachfragen.

Bei zumindest Pflegegrad 1 erinnere ich immer wieder an die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages von 131 € sowie der Pflegehilfsmittel in Höhe von 42 € monatlich, solange diese Regelung noch gilt. Ganz besonders beim Pflegegrad 1 ist die Inanspruchnahme in manchen Bundesländern leider noch gering. Diese Beobachtung gilt nicht mehr für Nordrhein-Westfalen und die vorbildliche Regelung zur Nachbarschaftshilfe mit den sehr erleichterten Voraussetzungen.

Bei Anträgen zur Höherstufung wird in unterschiedlichem Ausmaß beim SMD von der möglichen Telefonbegutachtung Gebrauch gemacht, was auf die personellen Ressourcen zurückzuführen sein mag.

In derartigen Fällen aber auch in anderen Fällen verbleibt ja die Möglichkeit des Widerspruchs oder eines neuen Antrages beziehungsweise eines neuen Höherstufungsantrages mit einer dann persönlichen Begutachtung.

Ich kann auch in diesem Berichtszeitraum nicht vermelden, dass einzelne Dienststellen des SMD gehäuft in punkto Beschwerden auffällig sind oder dass es bestimmte regionale Schwerpunkte gäbe. Das gilt auch für die Einsetzung von Fremdgutachtern in einzelnen Dienststellen des SMD mit geringeren Zahlen von Versicherten der Knappschaft.

Leider erreichen uns immer wieder Beschwerden über die lange Dauer der Bearbeitung von Widersprüchen bei Pflegeeinstufungen.

Wir haben zwar als Ombudsstelle keine Befugnis, uns in Angelegenheiten von Widersprüchen einzuschalten. Dennoch leiten wir diese Beschwerden weiter, sofern ein Zeitraum von mehreren Monaten überschritten ist.

6.2 Heil- und Hilfsmittel der Krankenversicherung

94 Fälle betreffen die Ablehnung von beantragten Heil– und Hilfsmitteln. Es geht bei diesen Anliegen wie in den vergangenen Jahren zumeist um orthopädische Schuhe, Orthesen, elektrische Rollstühle, Bewegungstrainer und auch Medikamente.

Auch hier möchte ich auf die Darstellung einzelner Fallkonstellationen verzichten. Auch in diesem Jahr ist wieder festzustellen, dass die fast überwiegende Zahl der Ablehnung solcher Anträge auf Entscheidungen des SMD nach Aktenlage beruhen und auch sehr oft die Anträge von den Versicherten nicht ausreichend mit einer medizinischen Begründung versehen werden.

Ich frage in diesen Fällen meistens nach, ob auch gleichzeitig eine Behinderung im Sinne des SGB IX vorliegt. Sofern dies der Fall ist und mir die Ablehnung bei detaillierter Schilderung der Sachlage nicht nachvollziehbar erscheint, weise ich auf die Rechtslage hin.

Auch in diesem Jahr konnte ich in verschiedenen Fallkonstellationen, bei denen ich um Überprüfung der Entscheidung entweder des SMD oder der Krankenversicherung gebeten habe, zu Gunsten von Versicherten wieder mehrmals ein positives Ergebnis herbeiführen.

6.3 Arbeitsunfähigkeit (AU)

12 Fälle betrafen Entscheidungen zur Arbeitsunfähigkeit.

Die Beschwerden beziehen sich hier auf das Ergebnis der persönlichen Vorstellung beim SMD und der Entscheidung zur Arbeitsfähigkeit.

Ich gebe diese Fälle grundsätzlich nicht an den SMD weiter, da ich mich in die medizinischen Feststellungen des SMD in diesen Fragen nicht einzumischen habe. Allerdings gebe ich Fälle weiter von Schilderungen der Versicherten, die sich über das Verhalten von begutachtenden Ärzten beklagen.

Die Petenten weise ich in aller Regel auf die arbeitsrechtlichen Konsequenzen hin und die Notwendigkeit bei Arbeitslosigkeit, sich sofort bei der Arbeitsagentur zu melden.

6.4 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Anders als im Vorjahr (3 Einzelfälle) bin ich Im Berichtszeitraum nicht von Versicherten eingeschaltet worden.

Die Beschwerde eines Anbieters der SAPV aus einer ehemaligen Bergwerksregion (Eingang im Dezember 2024) hat nicht nur die Ombudsperson im Berichtsjahr eine längere Zeit beansprucht. Die Entscheidungen der Knappschaft (unter Beteiligung des SMD) sowie die miteinander geführte Kommunikation war Gegenstand der Beschwerde. Mehrere Gesprächsrunden zwischen Krankenkasse, SMD und dem Pflegeunternehmen haben zwar ein Verständnis für die Perspektive der Prozessbeteiligten geschärft, waren allerdings letztlich nicht erfolgreich. Erst unter Moderation der Ombudsperson konnte in einem weiteren Termin eine Annäherung der Standpunkte erreicht werden. Verabredet wurde zwischen dem SMD und dem Unternehmen eine frühzeitigere und verbesserte Kommunikation. Eine sozialmedizinische Begründung erfolgt im Rahmen der rechtlichen Vorgaben.

6.5 Sonstiges

165 Fälle betrafen sonstige Angelegenheiten. Darunter fallen Eingaben auf ausstehende Zahlungen der Kranken – oder der Pflegeversicherung, der Wechsel der Krankenversicherung oder auch Zuständigkeiten der Rentenversicherung der KBS.

Wie in der Vergangenheit auch werden den Petenten von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle oder auch von mir die entsprechenden Auskünfte erteilt, oder es wird an die dafür zuständigen Stellen der KBS verwiesen oder die Anliegen weitergeleitet.

7. Zusammenarbeit intern und extern

Die Zusammenarbeit innerhalb der Geschäftsstelle ist sehr gut. Trotz Fluktuation innerhalb der Mitarbeiterschaft sind die Arbeitsprozesse eingeübt und ist eine gewisse Routine eingetreten.

Ich bemühe mich auch weiterhin, Arbeitsbesprechungen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle, dem Beschwerdemanagement und dem Bereich Sozialmedizin – Steuerung, Koordination und Beratung durchzuführen. Der mündliche Austausch mit den Verantwortlichen der Kranken- und Pflegekasse ist leider nach dem dortigen Personalwechsel ins Stocken geraten. Unabhängig davon werden die von uns an Kranken- und Pflegekasse weitergegebenen Fälle sehr zufriedenstellend bearbeitet und großteils auch beantwortet.

An den Sitzungen des Beirates des SMD nehme ich teil und kann dort auch über die Entwicklungen der Ombudstätigkeit berichten.

Unter Federführung und Organisation von Frau Paulat, der Ombudsperson MD Berlin – Brandenburg, finden auch die jährlichen Tagungen der „Arbeitsgemeinschaft Ombudspersonen beim Medizinischen Dienst“ in Berlin statt.

Ich nehme ebenfalls an diesen Tagungen teil. Im Laufe des Jahres werden auch digitale Gesprächsrunden angeboten, an denen ich auch regelmäßig teilnehme.

Dieser selbstorganisierte Austausch der Ombudspersonen ist sehr sinnvoll, um ein gemeinsames Verständnis über die Tätigkeit zu entwickeln und das fachliche Miteinander zu fördern.

Leider fällt der MD Bund für die Vernetzung der Ombudspersonen nach bisherigen Erfahrungen aus. Es wäre eigentlich die Aufgabe des MD Bund, die Erkenntnisse und die Praxiserfahrung der Ombudspersonen konstruktiv auszuwerten und die Arbeit der Ombudspersonen positiv zu begleiten.

Der Eindruck ist leider gegenteilig. Das zeigen die bisherigen Erörterungen zu der Überarbeitung der Richtlinie des MD Bund mit den dortigen Verantwortlichen einschließlich deren Selbstverwaltung. Es gibt offenbar eine negative Einstellung und Stimmung in der gewerkschaftlichen Selbstverwaltung des MD Bund, die die Ombudspersonen und auch Patientenvertreter scheinbar als Konkurrenz zu ihrer Vertretung der Versicherten ansehen.

Das trifft insoweit zu, weil die Ombudspersonen über ihren unmittelbaren Kontakt mit Versicherten und Angehörigen sehr viel näher an den eigentlichen Problemen sind. Deshalb verwundern nicht Vorschläge aus diesem Bereich, die „unbequemen“ Ombudspersonen, die überdies auch noch unabhängig und frei sind, wieder abzuschaffen. Nicht überraschend ist auch der Vorschlag, aus dieser Richtung eine zentrale Instanz beim MD Bund für Anliegen der Versicherten zu schaffen. Garniert wird diese Forderung mit dem verfänglichen Argument der Entbürokratisierung.

Ich habe in meiner Funktion auf Einladung von zwei Abgeordneten aus dem Bundestag, die Mitglieder des zuständigen Gesundheitsausschusses sind, an einer Gesprächsrunde zum Erfahrungsaustausch der Ombudstätigkeit teilgenommen. Wir haben als Ombudspersonen unsere Arbeit darstellen können, die Probleme mit dem MD Bund erörtert und viel Anerkennung für unsere Tätigkeit erhalten.

Im Gegensatz zu dieser Haltung des MD Bund ist die jeweilige Situation vor Ort. Wir stellen immer wieder fest, dass die Arbeit der Ombudspersonen von den einzelnen Medizinischen Diensten sehr wertgeschätzt wird, auch von den dortigen Patientenvertretern in den Bei- und Verwaltungsräten einschließlich der Selbstverwaltung.

Wir werden abwarten, welche Veränderung der Richtlinie zu den Ombudspersonen vom MD Bund präsentiert wird. Obgleich von uns eingefordert, sind die Ombudspersonen, die als einzige über die notwendige Praxiserfahrung verfügen, in den Prozess der Novellierung eigentlich gar nicht beziehungsweise nur randständig eingebunden.

8. Fazit und Ausblick

Die Eingangszahlen haben sich auf einem relativ hohen Niveau eingespielt im Vergleich zu den Medizinischen Diensten der Länder mit höheren Versichertenzahlen. Die Gründe liegen in der Versichertenstruktur der Knappschaft.

Trotz der hohen Zahl müssen wir auch immer die Relation zu der Gesamtzahl der Pflegegutachten und der weiteren sozialmedizinischen Gutachten im Blick behalten. Der SMD der DRV KBS kommt auf über 120.000 Pflegegutachten mit steigender Tendenz.

Die Gutachterinnen und Gutachter des SMD leisten in aller Regel eine sehr gute Arbeit. Nur die Menschen, die mit dem Ergebnis eines Gutachtens nicht einverstanden sind oder sich über die Art und Weise des Zustandekommens beklagen, wenden sich an die Ombudsperson.

Es sind hauptsächlich die Menschen, die trotz vorhandener Beratungsstrukturen und der ausdifferenzierten komplexen Gesetzgebung überfordert sind. Für diese Menschen muss es eine niederschwellige Anlaufstelle geben.

Die Problemlagen in den Telefongesprächen zu erörtern, Zeit für die Gespräche mitzubringen und in ausgewählten Fällen den SMD oder die Kranken- bzw. Pflegekasse um Neuprüfung und Korrektur zu bitten, ist eine sehr sinnvolle Aufgabe. Sehr befriedigend ist es dann, wenn die Eingabe erfolgreich ist und den Petenten die positive Nachricht überbracht werden kann.

Diese positiven Betrachtungen überwiegen im Betrachtungszeitraum.

Bochum, im Januar 2026

Peter Jeromin