

Jahresbericht 2024 der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt



Berichtszeitraum
01.01.2024 – 31.12.2024

Siegfried Scholz
Ombudsperson

Ombudsstelle beim
Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt
Postfach 1520
39005 Magdeburg

Telefon: 0391 5661-3366
E-Mail: ombudsstelle@md-san.de

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

die erste Amtsperiode der Ombudstätigkeit in Sachsen-Anhalt geht zu Ende, und ich blicke auf eine dreijährige Tätigkeit zurück.

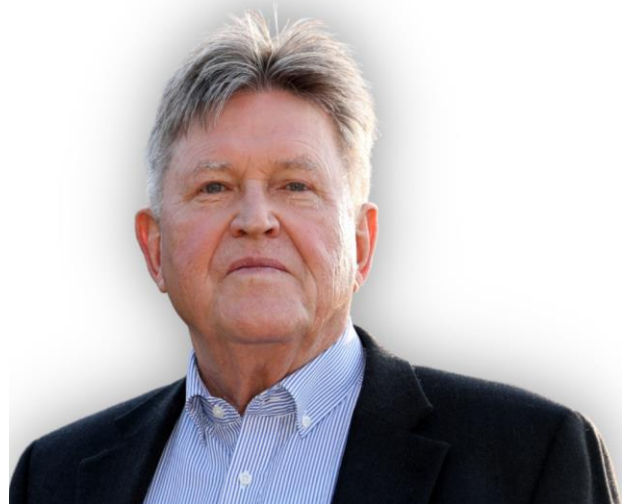
Als unabhängiger Ansprechpartner für die gesetzlich Versicherten der Kranken- und Pflegekassen sowie für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes ist die Ombudsperson ein fester Bestandteil gelebter Demokratie geworden.

Die Einrichtung der Ombudsstelle hat auch in gesellschaftspolitischer Hinsicht eine vertrauensbildende Wirkung.

Mein Ziel ist es, im gemeinsamen Miteinander zwischen Versicherten und dem Medizinischen Dienst ein Verständnis für die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheits- und Sozialsystems zu fördern.

Daher ist es sozialpolitisch von entscheidender Bedeutung, dass größtmögliche Objektivität und Transparenz in die Entscheidungsprozesse Eingang finden. Die persönliche Kontaktaufnahme mit den Versicherten ist die effektivste Methode, dieses Ziel zu erreichen.

Ihr Siegfried Scholz



Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkungen	4
Arbeitsweise der Ombudsstelle	5
Kontaktmöglichkeiten	6
Verweis auf die Ombudsstelle durch die Kranken-/Pflegekassen	7
Die Ombudsstelle in Zahlen	9
Kontaktaufnahmen im Vergleich nach Berichtsjahren	9
Anzahl der Kontaktaufnahmen nach Monaten	10
Anzahl der Kontaktaufnahmen nach Altersgruppen	11
Anzahl der Kontaktaufnahmen und Kategorien	12
Art der Kontaktaufnahme	13
Anzahl der Kontaktaufnahmen nach Geschlecht	14
Ombudsverfahren nach Anlassbereich	15
Anzahl der Kontaktaufnahmen nach Kranken- und Pflegekassen	17
Anzahl der Kontaktaufnahmen nach Art des Antrages/Gutachtenart	18
Schwerpunkte der Anfragen und der Ombudsverfahren	20
Widerspruch und Ombudsverfahren	20
Begutachtungen für Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	22
Begutachtungen für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	25
Eingaben zu vermutetem Behandlungs- und Pflegefehler	29
Schlussfolgerungen aus Ombudsverfahren	30
Sonstiges	31
Nachwort der Ombudsperson	32

Vorbemerkungen

Im März 2022 nahm die unabhängige Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt ihre Tätigkeit auf. Diese Einrichtung wurde durch das MDK-Reformgesetz (§ 278 Abs. 3 S. 2 SGB V) ins Leben gerufen, um Beschäftigten des Medizinischen Dienstes eine niederschwellige und vertrauliche Anlaufstelle zu bieten, die Unregelmäßigkeiten oder Beeinflussungsversuche Dritter beobachten.

Gleichmaßen haben gesetzlich kranken- und pflegeversicherte Personen, deren Betreuungspersonen oder Angehörige die Möglichkeit, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson zu wenden.

Die detaillierte Regelung der Bestellung sowie der Aufgabenwahrnehmung und weiterer relevanter Aspekte der Ombudsperson sind in der Richtlinie Unabhängige Ombudspersonen nach § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB V (UOP-RL) festgelegt.

Die Einführung dieser Institution hat sich als sehr hilfreich erwiesen. Der kontinuierliche Anstieg der Inanspruchnahme seit ihrer Gründung zeigt, dass sie zur Stärkung der Transparenz und Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes beiträgt. Darüber hinaus fördert sie die Wahrung der Patientenrechte und der Rechte pflegebedürftiger Personen.

Die Ombudsperson ergänzt das bestehende Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes. Sie unterliegt ausschließlich den rechtlichen Vorgaben und ihrem Gewissen. Zur Verschwiegenheit verpflichtet, handelt sie im Sinne der Versichertengemeinschaft.

Im Gegensatz zum Beschwerdemanagement ist die Ombudsperson außerhalb der Strukturen des Medizinischen Dienstes angesiedelt. Sie agiert unabhängig und ist somit nicht weisungsgebunden. Diese Unabhängigkeit prägt ihre Rolle im Vergleich zum Beschwerdemanagement grundlegend anders.

Die Ombudsperson berichtet jährlich in anonymisierter Form an den Vorstand und an den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt sowie an das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Sachsen-Anhalt als zuständige Aufsichtsbehörde. Der Bericht soll Auskunft geben über die Inanspruchnahme der unabhängigen Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt.

Ferner wird der Bericht auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt veröffentlicht, um Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten.

Der vorliegende Jahresbericht umfasst erstmals ein volles Kalenderjahr. Zukünftig wird es daher möglich sein, vollständige Jahre zu analysieren, was eine statistische Vergleichbarkeit und die Bewertung von Entwicklungen und Tendenzen über einheitliche Zeiträume ermöglicht.

Arbeitsweise der Ombudsstelle

Im Berichtszeitraum 2024 verzeichnete die Ombudsstelle einen signifikanten Anstieg der Kontaktaufnahmen von Versicherten und deren Angehörigen. Gleichzeitig nahm der Aufwand für die Bearbeitung zahlreicher Anliegen sowohl in der Quantität als auch inhaltlich erheblich zu. Diese Entwicklungen führten insgesamt zu einer erhöhten Arbeitsbelastung für die Ombudsstelle und die Ombudsperson.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, wurden aus den vielfältigen und immer wieder neuartigen Fallkonstellationen wertvolle Erkenntnisse gewonnen, die direkt in die Arbeitsabläufe einfließen. Auf Grundlage dieser gesammelten Erfahrungen und einer bewährten Vorgehensweise bleibt es das zentrale Ziel der Ombudsperson, den Versicherten individuelle Unterstützung zu bieten.

In diesem Kontext stellt die Anrufung der Ombudsperson den Beginn eines Verfahrens dar, das in klar definierten Phasen abläuft und mit der Information über den Abschluss des Prozesses endet. In diesem Bericht wurde auf eine erneute Darstellung des Ablaufs verzichtet, da die einzelnen Schritte nach wie vor unverändert sind. Hierbei ist es wichtig, hervorzuheben, dass durch die Ombudsperson keine Rechtsberatung stattfindet.

Darüber hinaus gilt: Je konkreter der Beschwerdeführende sein Anliegen darlegt, umso effektiver kann die Ombudsperson handeln. Im Bedarfsfall verweist sie auf zusätzliche Hilfsangebote, darunter unter anderem die Beratungsstellen der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung sowie Sozialverbände oder die Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD).

Um ihre Unterstützung weiter zu optimieren, hospitierte die Ombudsperson im Berichtsjahr 2024 im Geschäftsbereich Medizin des Medizinischen Dienstes. Diese Maßnahme ermöglichte es, die Abläufe und Herausforderungen in der medizinischen Versorgung aus erster Hand zu erfahren. Durch die Hospitation gewann die Ombudsperson wertvolle Einblicke in die praktischen Gegebenheiten. Zudem konnte sie sowohl die Perspektive des Versicherten als auch die Begutachtung des Geschäftsbereichs Medizin noch besser nachvollziehen.

Außerdem ist eine vergleichbare Hospitation im Geschäftsbereich Pflege für Anfang 2025 vorgesehen. Diese geplante Hospitation wird es ermöglichen, auch die spezifischen Anforderungen in diesem Bereich noch präziser zu erfassen.

In Ergänzung dazu hat die Ombudsperson persönliche Gespräche im unmittelbaren Wohnumfeld der Versicherten geführt, um die individuellen Bedürfnisse und Schwierigkeiten besser zu verstehen und gezielt darauf einzugehen.

Ferner erstattete die Ombudsperson dem Vorstand und dem Verwaltungsrat und seinen Gremien Zwischenberichte, um über die Entwicklung der Ombudsstelle zu informieren.

Damit Versicherte Kontakt mit der Ombudsperson oder der Ombudsstelle aufnehmen können, ist deren Erreichbarkeit auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt veröffentlicht.

Zusätzlich stehen den Interessierten auf der Homepage Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Ombudsstelle und Ombudsperson zur Verfügung.

Kontaktmöglichkeiten

Telefonische Sprechzeiten

- ⇒ Dienstag 9:00 Uhr bis 12:00 Uhr
- ⇒ Donnerstag 13:00 Uhr bis 16:00 Uhr

Telefon

0391 5661-3366

Postanschrift

Ombudsstelle beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt
Postfach 1520
39005 Magdeburg

E-Mail-Kontakt

Für alle Versicherten bzw. deren Angehörige im Land ist die Ombudsperson erreichbar unter: ombudsstelle@md-san.de.

Kontakt für Beschäftigte

Für die Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt besteht zudem intern ein gesondertes E-Mail-Postfach zur Verfügung.

Verweis auf die Ombudsstelle durch die Kranken-/Pflegekassen

Gemäß § 275 Abs. 3c SGB V werden versicherte Personen bei ablehnenden Leistungsbescheiden der Kranken-/Pflegekassen, die auf einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes basieren, über die Möglichkeit informiert, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes an die Ombudsperson zu wenden. Gleichmaßen werden sie über die gesetzlich vorgegebenen Rechtsbehelfe gegen die Entscheidung der Kassen in Kenntnis gesetzt.

Zusätzlich zur Rechtsbehelfsbelehrung ist der Hinweis auf die Ombudsperson in den Ablehnungsbescheiden der Kranken-/Pflegekassen inzwischen durchgängig dokumentiert.

Leider wird die Umsetzung jedoch weiterhin teilweise in irritierender Rang- und Reihenfolge realisiert, was in der Praxis zu erheblichen Verunsicherungen unter den Unterstützungsbedürftigen führt. Dies ist ein bundesweites Problem. Aus der prominenten Benennung der Ombudsperson im Vergleich zur Rechtsbehelfsbelehrung resultiert, dass viele Hilfesuchende sich an die Ombudsstelle/Ombudsperson wenden, auch wenn diese nicht für ihre Fragestellungen zuständig ist, oder Widerspruch bei ihr einlegen, anstatt bei der Kasse. Dies belegt die beträchtliche Anzahl fehlgeleiteter Eingaben im Berichtszeitraum. Die dazugehörigen Zahlen werden im Verlauf des Berichts vorgestellt.

Darüber hinaus sind Versicherte nach wie vor überfordert, da in den Leistungsbescheiden sowohl auf Rechtsbehelfe als auch auf die Möglichkeit der Beschwerde bei der Ombudsperson hingewiesen wird.

Um dieser Problematik entgegenzuwirken, erhalten die kontaktaufnehmenden Personen mit der Eingangsbestätigung, oder bereits im Telefonat, den Hinweis, dass ein Ombudsverfahren einen Widerspruch oder eine Klage beim Sozialgericht nicht ersetzt. Außerdem wird auf die Rechtsbehelfsbelehrung im Bescheid der Kranken-/Pflegekassen hingewiesen. So wird gewährleistet, dass der Widerspruch fristgerecht an die zuständige Kasse gerichtet werden kann.

In Kenntnis dieser Situation wurde auf der 102. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 3. und 4. Mai 2023 folgender Beschluss gefasst:

„Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder weisen darauf hin, dass schriftliche und elektronisch erlassene (Teil-) Ablehnungsbescheide einer Kranken-/Pflegekasse gemäß § 36 SGB X mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen sind. Die Rechtsbehelfsbelehrung muss eindeutig, vollständig, richtig und klar erkennbar sein. Sie hat den Rechtsbehelf zu bezeichnen (Widerspruch), die Stelle zu benennen, bei der der Rechtsbehelf einzulegen ist (einschließlich der vollständigen Anschrift), die einzuhaltende Frist und die einzuhaltende Form anzugeben.“

Um ihre Hinweis- und Belehrungsfunktion erfüllen zu können, muss die Rechtsbehelfsbelehrung als solche bezeichnet werden. Sie darf nicht in einer vielseitigen Begründung versteckt werden oder in einer im Verhältnis zum Gesamteindruck des Bescheides deutlich zurücktretenden Form, z.B. durch Abfassung in deutlich kleinerer Schrift, eingebracht werden. Die Rechtsbehelfsbelehrung ist von dem Hinweis auf die Möglichkeit zur Inanspruchnahme der Unabhängigen Ombudsperson des Medizinischen Dienstes abzugrenzen.“

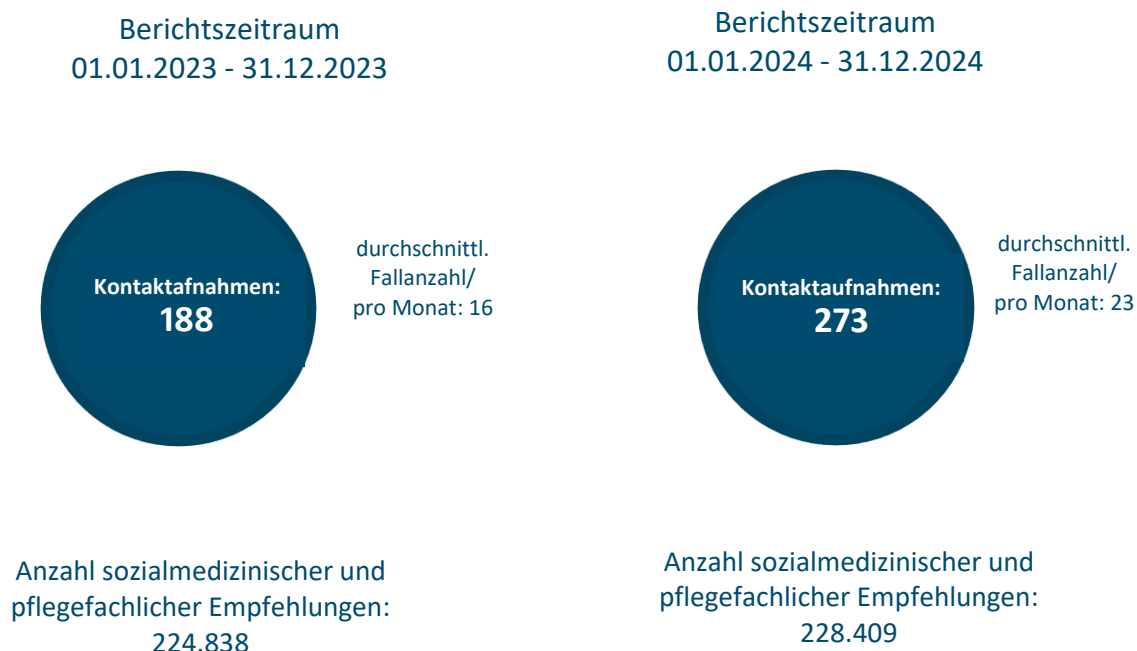
Die zuständigen Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen wurden durch die Ombudsperson informiert.

Die Ombudspersonen der Medizinischen Dienste der Länder setzen sich weiterhin dafür ein, dass der Hinweis auf die Ombudsperson hinter die Rechtsbehelfsbelehrung platziert wird. Es hatte sich erneut gezeigt, dass viele Versicherte diese Belehrungen häufig überlesen oder gar nicht wahrnehmen. Infolgedessen sind sie oft nicht über ihre Rechtsbehelfe und deren fristgerechte Einlegung informiert. Daher ist es wichtig, dass der Dialog über dieses Thema sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene weitergeführt wird.

Ein weiterer Aspekt ist die Qualität der Leistungsbescheide. Die Begründungen der Entscheidungen sind häufig unzureichend und nicht adressatengerecht formuliert. Im Berichtszeitraum wurde erneut festgestellt, dass die Ombudsperson in ihrer Vermittlerrolle die Begutachtungsergebnisse des Medizinischen Dienstes häufig mit den Beschwerdeführenden verständlich erörtern musste. Diese Herausforderung verdeutlicht die Notwendigkeit einer klareren Kommunikation und einer besseren Aufbereitung der Informationen in den Bescheiden der Kranken- und Pflegekassen.

Die Ombudsstelle in Zahlen

Kontaktaufnahmen im Vergleich nach Berichts Jahren



Steigerung der Kontaktaufnahmen um 45,2 %
Anteil Kontaktaufnahmen an sozialmedizinischen und pflegefachlichen Empfehlungen: 0,12 %

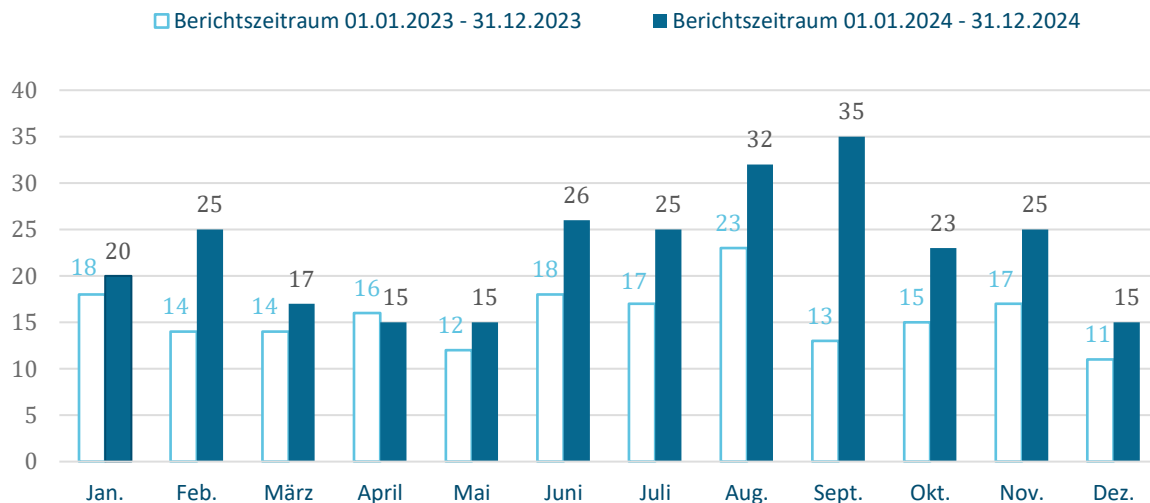
Im Berichtsjahr 2024 verzeichnete die Ombudsstelle einen erheblichen Anstieg der Kontaktaufnahmen, die im Vergleich zum Vorjahr von 188 auf insgesamt 273 angestiegen sind. Dies stellte einen deutlichen Zuwachs von 45,2 % dar und zeigte die zunehmende Inanspruchnahme der Ombudsstelle durch Versicherte sowie deren Angehörige, Betreuungspersonen, behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie anderen Einrichtungen. Der Großteil der Kontakte erfolgte wie im Vorjahr durch die Versicherten oder deren Angehörige. Um die Vergleichbarkeit der Daten aus verschiedenen Zeiträumen zu gewährleisten, wurde der Berichtszeitraum für das Jahr 2023 auf 12 Monate angepasst. Dadurch ergab sich für diesen Zeitraum eine Gesamtzahl von 188 Eingaben.

Der kontinuierliche Anstieg der Kontaktaufnahmen seit der Gründung der Ombudsstelle im Jahr 2022 lässt mehrere Faktoren vermuten. Dazu zählen eine Zunahme der Begutachtungen beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt, die niedrighschwelligen Ansprechmöglichkeiten der Ombudsstelle sowie die konsequente Umsetzung des Hinweises auf die Ombudsperson in ablehnenden Leistungsbescheiden der Kranken- und Pflegekassen. Im Jahr 2024 wurden insgesamt 228.409 sozialmedizinische und pflegefachliche Empfehlungen erstellt, was einen Anstieg im Vergleich zum Jahr 2023 um 3.571 bedeutet.

Davon entfielen 118.083 Empfehlungen auf den Geschäftsbereich Pflege (2023: 116.531). Die gutachtlichen Stellungnahmen zur gesetzlichen Krankenversicherung beliefen sich auf 110.326 (2023: 108.307). Die wachsende Zahl sozialmedizinischer und pflegefachlicher Empfehlungen kann als ein Indikator für die Zunahme der Kontaktaufnahmen zur Ombudsstelle gewertet werden, da diese gutachterlichen Einschätzungen potenziell zu einem größeren Informationsbedarf und damit zu mehr Anfragen führen.

Der vorliegende Jahresbericht, der erstmals ein vollständiges Kalenderjahr abdeckt, legt somit die Grundlage für zukünftige vergleichbare Berichte. Dadurch wird es möglich, die Berichte über ein ganzes Kalenderjahr zu analysieren und Entwicklungen sowie Trends über einen einheitlichen Zeitraum hinweg besser zu beurteilen. Der Bericht verdeutlicht zudem, dass die Ombudsfälle im Jahr 2024 im Verhältnis zu den insgesamt erstellten sozialmedizinischen und pflegefachlichen Empfehlungen des Medizinischen Dienstes mit lediglich 0,12 Prozent äußerst gering ausfallen.

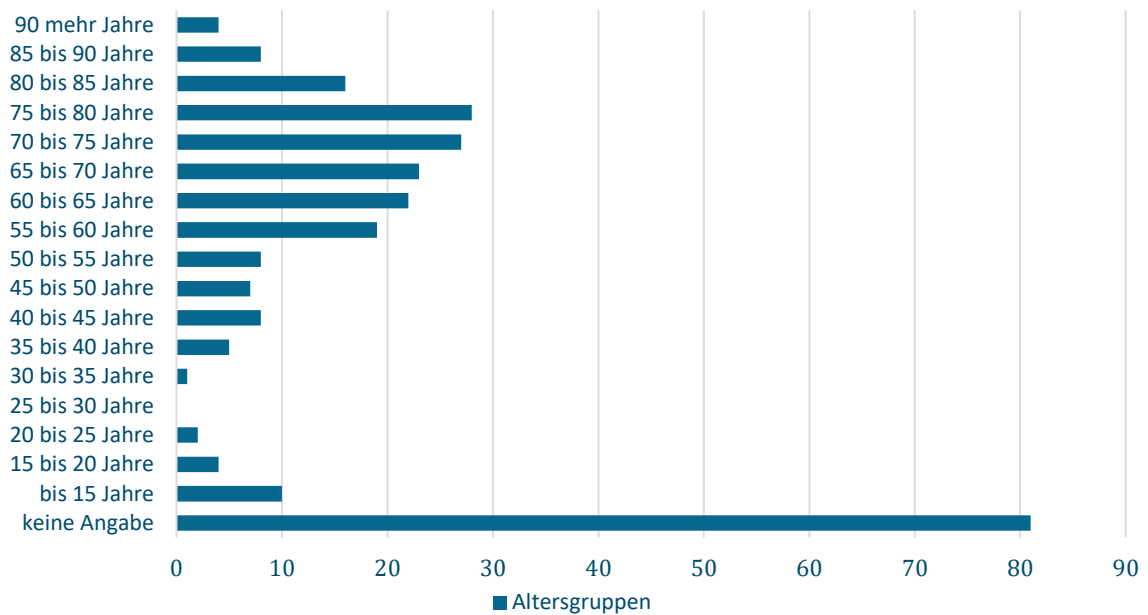
Anzahl der Kontaktaufnahmen nach Monaten



Im Jahresverlauf 2024 wiesen die Kontaktaufnahmen eine weitgehend gleichmäßige Verteilung auf, wenngleich einige Schwankungen erkennbar waren. Besonders in den Monaten August und September kam es zu einem Anstieg der Eingaben.

Die durchschnittliche Fallzahl pro Monat betrug 23.

Anzahl der Kontaktaufnahmen nach Altersgruppen



Die Betrachtung der Eingaben zeigt, dass sich zumeist Menschen aus den Altersgruppen an die Ombudsstelle wenden, die typischerweise mit Pflegebedürftigkeit oder steigender Morbidität einhergehen. Diese Erkenntnis gewinnt insbesondere im Kontext des demografischen Wandels an Bedeutung. In Sachsen-Anhalt ist dieser Wandel besonders ausgeprägt, was die Notwendigkeit einer angemessenen Unterstützung für ältere Menschen unterstreicht.

Von insgesamt 273 Kontaktaufnahmen zeigten die Anrufungen eine klare Verteilung auf verschiedene Altersgruppen. Die Gruppe der 60- bis 80-Jährigen nahm den größten Anteil ein. Die 75-80-Jährigen verzeichneten mit 28 Eingaben 10,3 % der Gesamtzahl. Auch die 70-75-Jährigen konnten 27 Kontakte vorweisen, was 9,9 % entsprach und eine starke Inanspruchnahme darstellte. In der Altersgruppe von 65-70 Jahren wurden mit 8,4 Prozent 23 Eingaben registriert. Schließlich entfielen auf die Gruppe der 60-65-Jährigen 22 Anliegen, was 8,1 % der Gesamtzahl ausmachte.

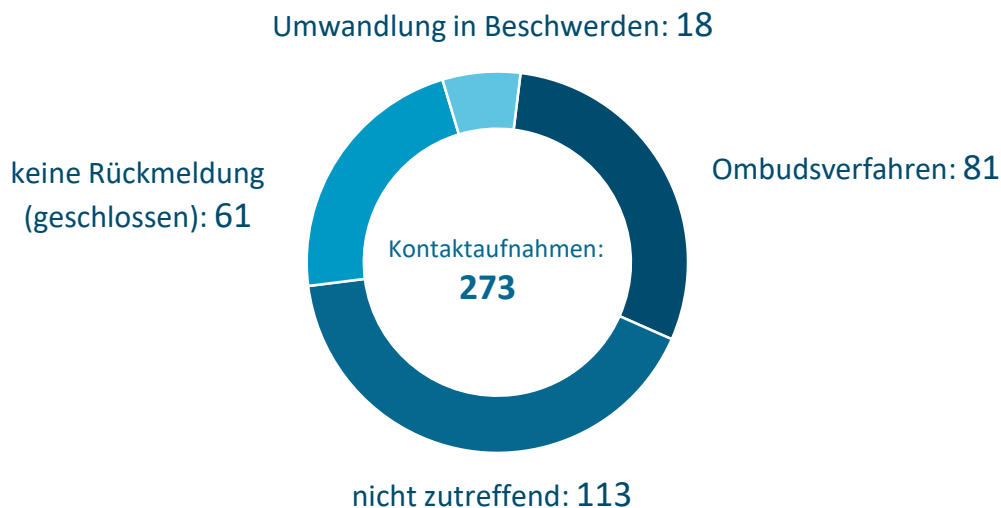
Dieser Trend scheint die zunehmende Häufigkeit altersbedingter Erkrankungen widerzuspiegeln, die zu einer höheren Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Leistungen führen. Infolgedessen steigt auch die Anzahl der Begutachtungen in diesen Altersgruppen, was wiederum das Beschwerdepotenzial der Versicherten erhöht. Dies deutet darauf hin, dass ältere Menschen möglicherweise vermehrt Unterstützung und Beratung benötigen – sei es aufgrund gesundheitlicher Herausforderungen oder anderer Lebenssituationen, die in diesem Lebensabschnitt auftreten können.

Die Ombudsstelle erweist sich daher als eine wichtige Anlaufstelle für diese Altersgruppen, um ihre Anliegen und Bedürfnisse zu klären und die notwendige Unterstützung zu erhalten, auch wenn die Ombudsstelle nicht immer in der Lage ist, diese vollständig zu lösen.

Zusätzlich verdeutlichen die Kontaktanfragen nach Altersgruppen wiederholt, dass der Bedarf an Versorgung für bestimmte gesundheitliche Probleme nicht nur im Alter sondern bereits in jungen Jahren bzw. im jüngeren Erwachsenenalter besteht.

Von 273 Kontakten wurde in 81 Fällen das Alter nicht angegeben.

Anzahl der Kontaktaufnahmen und Kategorien



Bezeichnung	Erläuterung
Ombudsverfahren	vollständig als Ombudsverfahren durchgeführt bzw. in Bearbeitung
nicht zutreffend	- Beschwerde über andere Einrichtungen (z. B. Pflegeheime) - Widerspruch - rechtliche Beratung erwünscht – über andere Beratungsstelle informiert
Beschwerden	Abgabe an Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes
keine Rückmeldung (geschlossen)	kein Rücklauf der Unterlagen zur Durchführung des Ombudsverfahrens (Datenverarbeitung, Kontakt zum Medizinischen Dienst)

Die Kontaktaufnahmen in der Kategorie "Ombudsverfahren" nahmen im Vergleich zum Vorjahr erneut zu. Insgesamt wurden 81 Verfahren registriert, was 29,7 Prozent aller Eingaben ausmachte und einer Steigerung von 20,9 Prozent zum Vorjahr entsprach.

Alle Anliegen wurden umfassend bearbeitet, und die Ombudsverfahren wurden mit einem Abschlusschreiben und umfangreichen Telefonaten abgeschlossen.

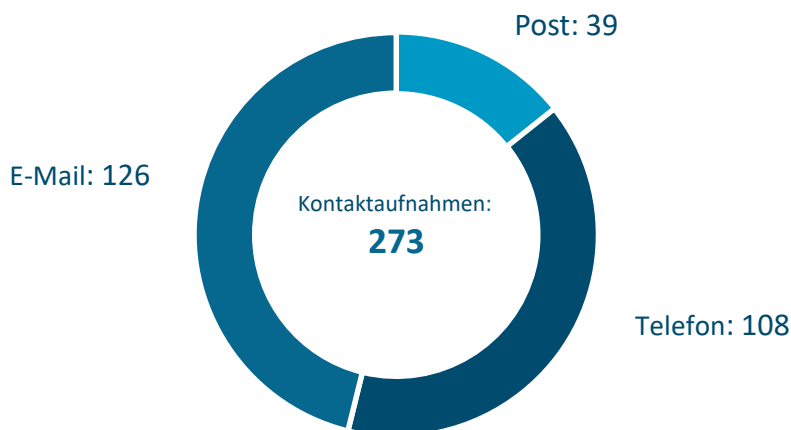
Im Jahr 2024 wurden 41,4 Prozent der insgesamt 273 Kontakte als „nicht zutreffend“ eingestuft, was einen signifikanten Anstieg von 105,5 Prozent im Vergleich zum Vorjahr darstellte. Dies entsprach einer Fallzahl von 113. Im Fokus standen dabei Beschwerden, die in den Zuständigkeitsbereich anderer Einrichtungen fielen, wie beispielsweise Pflegeeinrichtungen,

Kranken- oder Pflegekassen (u. a. fehlgeleitete (mutmaßliche) Widersprüche), Rentenversicherungsträger, Leistungserbringer sowie Medizinische Dienste anderer Bundesländer. In diesen Fällen wurde an die zuständigen Stellen verwiesen. Des Weiteren richteten sich rechtliche Fragen an die Ombudsperson. Hierbei wurden die Hilfesuchenden auf geeignete Beratungsstellen hingewiesen.

Im Gegensatz dazu blieb im Vergleich zum Vorjahr die Anzahl der „Umwandlung in Beschwerden“ nahezu unverändert. Dieser Anteil machte lediglich 6,6 Prozent der gesamten Kontaktaufnahmen aus, was insgesamt 18 Fällen entsprach. Die betreffenden Fälle wurden auf Wunsch der Versicherten an das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes weitergeleitet.

Von den insgesamt 273 Kontakten wurden 61 in die Kategorie „keine Rückmeldung“ eingeordnet, ein Anteil von 22,3 Prozent. Dies stellte mit 29,8 Prozent einen deutlichen Anstieg im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum dar. Die beschwerdeführenden Personen hatten in diesen Fällen nicht die erforderliche Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung und Kontaktaufnahme zum Medizinischen Dienst eingereicht. Gründe für das Ausbleiben von Rückmeldungen sind der Ombudsperson nicht bekannt. Es besteht die Möglichkeit, dass die Eingangsbestätigung bereits Fragen der Versicherten beantwortet, wie zum Beispiel den Ablauf und die Zuständigkeit im Falle eines Widerspruchs.

Art der Kontaktaufnahme



Die Ombudsstelle hat bewusst eine Vielzahl von benutzerfreundlichen und niederschweligen Kommunikationswegen eingerichtet, um den Versicherten die Kontaktaufnahme zu erleichtern. Dementsprechend wurden die Anliegen auch in diesem Jahr wieder auf verschiedene Weise an die Ombudsstelle/Ombudsperson herangetragen: 46 Prozent der Anfragen erfolgten per E-Mail, 40 Prozent telefonisch und 14 Prozent postalisch. Besonders auffällig war der Anstieg der E-Mail-Anfragen im Vergleich zum Vorjahr, wobei vor allem die Angehörigen der versicherten Personen diesen Kommunikationsweg bevorzugten.

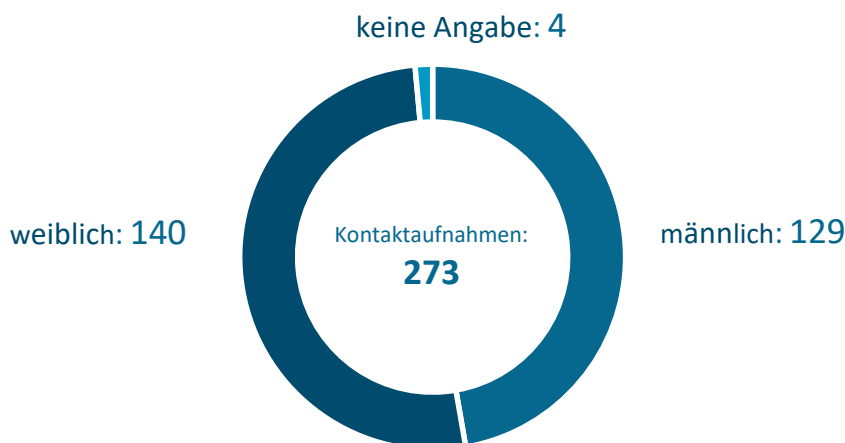
Im Jahr 2024 blieb das Telefon weiterhin ein allgemein zugängliches und barrierearmes Kommunikationsmittel, das insbesondere von älteren Menschen geschätzt wurde. Das positive

Feedback der Versicherten bestätigte die Bedeutung des direkten Austauschs zwischen Beschwerdeführenden und der Ombudsstelle oder Ombudsperson. Diese Telefongespräche waren oft zeitintensiv, ermöglichten es jedoch nicht nur der Ombudsstelle, Sachverhalte besser nachzuvollziehen. Sie boten auch den versicherten Personen die Möglichkeit, ihre Situation aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten. Durch gezielte Erläuterungen und Informationen zum weiteren Vorgehen konnten viele Anliegen direkt geklärt werden.

Wie in den Vorjahren hat sich gezeigt, dass es für die Betroffenen oft sehr hilfreich ist, einfach jemanden zum Zuhören zu haben. Das stärkt ihr Vertrauen in das Gesundheitssystem und sorgt dafür, dass ihre Stimmen gehört werden.

Sowohl E-Mail als auch Telefon ermöglichen auch künftig eine schnelle Klärung von Sachverhalten und Zuständigkeiten sowie eine fundierte Entscheidungsfindung für das weitere Vorgehen der Versicherten. Diese Kommunikationswege haben sich in der Vergangenheit bereits bewährt und dazu beigetragen, dass die Ombudsperson eine entscheidende Rolle als Wegweiser im Bereich sozialer Unterstützung spielte – eine Aufgabe, die sie auch in Zukunft fortführen wird.

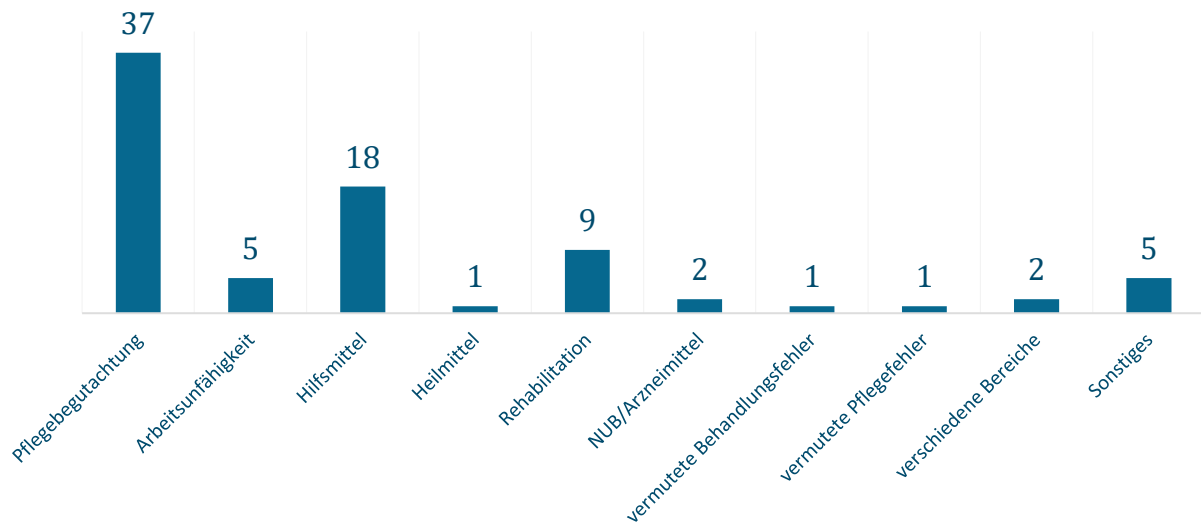
Anzahl der Kontaktaufnahmen nach Geschlecht



In der aktuellen Berichterstattung wurde erstmalig die Anzahl der Kontaktaufnahmen nach Geschlecht erfasst.

Von insgesamt 273 Eingaben bei der Ombudsstelle entfielen 140 auf weibliche und 129 auf männliche Kontaktaufnahmen, während bei 4 Anrufen keine Angabe zum Geschlecht gemacht wurde. Dies entspricht einem Anteil von 51,3 Prozent weiblichen und 47,3 Prozent männlichen Anfragen. Diese nahezu gleichmäßige Verteilung deutet darauf hin, dass sowohl Frauen als auch Männer in ähnlichem Maße die Ombudsstelle kontaktieren. Dies spricht für eine breite Akzeptanz und Erreichbarkeit der angebotenen Dienstleistungen.

Ombudsverfahren nach Anlassbereich



Bezeichnung	Erläuterung
verschiedene Bereiche	verschiedene Anlassbereiche betreffend
Sonstiges	- z. B. plastisch-chirurgische Eingriffe, bariatrische Chirurgie, Fahrkosten bei ambulanten oder stationären Behandlungen

Von den 81 Ombudsverfahren im Berichtsjahr 2024 entfielen 38 Verfahren auf den Geschäftsbereich Pflege. Dabei wurden 37 Pflegebegutachtungen und ein vermuteter Pflegefehler erfasst. Die Pflegebegutachtungen stellten somit 45,7 Prozent der insgesamt durchgeführten Verfahren dar. Im Vorjahr wurde bei 25 Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit jeweils ein Ombudsverfahren durchgeführt.

Diese Zahl muss jedoch im Kontext der gestiegenen Anzahl an erstellten pflegfachlichen Empfehlungen betrachtet werden: 2024 waren es 118.083 gutachterliche Einschätzungen, verglichen mit 116.531 im Jahr 2023. Dies könnte, wie bereits erwähnt, auf einen erhöhten Informationsbedarf hindeuten und zu mehr Anfragen an die Ombudsstelle führen. Die Vielzahl von Ombudsverfahren lässt zudem darauf schließen, dass ein verstärktes Bedürfnis der Versicherten nach zusätzlicher Unterstützung und Beratung besteht.

Im Bereich der gutachtlichen Stellungnahmen zur gesetzlichen Krankenversicherung wurden im Jahr 2024 insgesamt 43 Ombudsverfahren durchgeführt, was nahezu dem Wert des Vorjahres entsprach (44 Verfahren). Die Anzahl der sozialmedizinischen Empfehlungen stieg von 108.307 im Jahr 2023 auf 110.326 im Jahr 2024.

In diesem Kontext waren die häufigsten Anlassbereiche Hilfsmittel (18 Verfahren), Rehabilitation (9 Verfahren), Arbeitsunfähigkeit (5 Verfahren) und Sonstiges (5 Verfahren). Auffallend war, dass im Bereich Hilfsmittel erneut die meisten Verfahren verzeichnet wurden, was 22,2 Prozent der Gesamtzahl der Ombudsverfahren darstellte.

Darüber hinaus war im Bereich Rehabilitation ein deutlicher Anstieg gegenüber dem Vorjahr zu beobachten. Im Vergleich dazu blieben die Bereiche Arbeitsunfähigkeit, Sonstiges und "verschiedene" Anlassbereiche nahezu konstant. Zudem gab es jeweils ein Ombudsverfahren im Anlassbereich Heilmittel sowie im Zusammenhang mit dem Verdacht auf einen Behandlungsfehler.

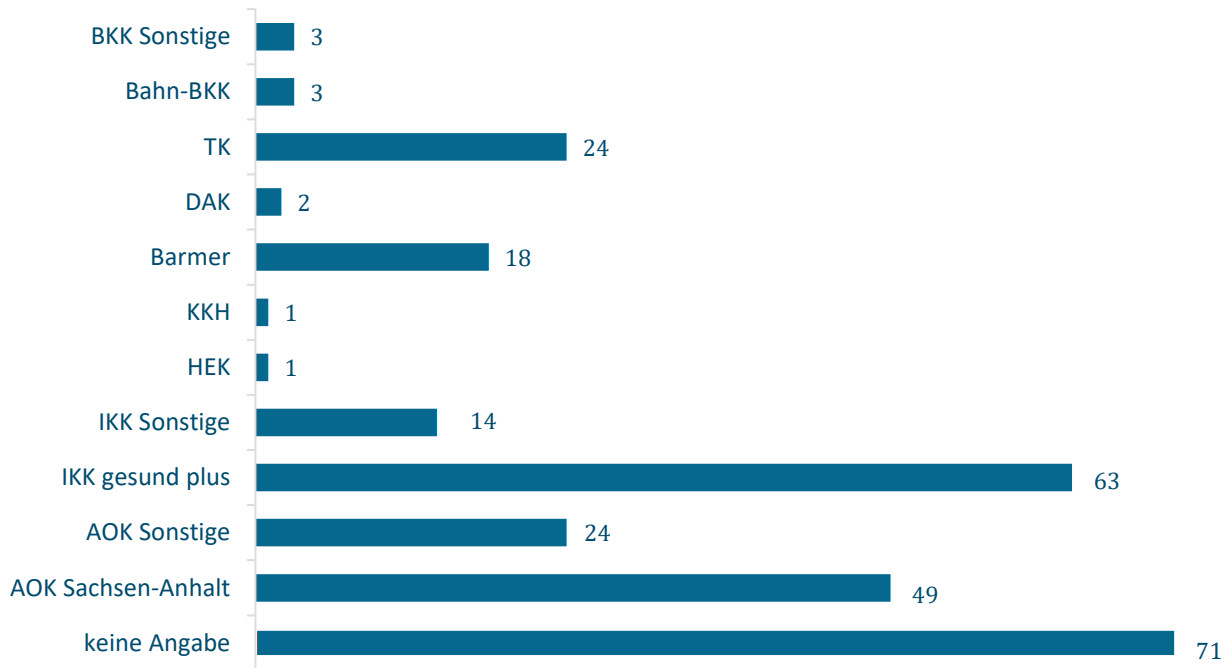
Im Gegensatz dazu wurde im Anlassbereich „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung“ eine Abnahme der Verfahren im Vergleich zum Vorjahresbericht festgestellt.

Zusammenfassend zeigt die Analyse eine stabile Anzahl an Ombudsverfahren bei gleichzeitigem Anstieg der sozialmedizinischen Empfehlungen. Zudem waren unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Anlassbereichen zu beobachten.

Ferner ermöglicht die gesetzliche Regelung (§ 278 Abs. 3 Satz 2 SGB V) nicht nur Versicherten, sondern vor allem auch Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes, sich vertraulich an die unabhängige Ombudsperson zu wenden. Dies gilt insbesondere bei Unregelmäßigkeiten oder Versuchen von Dritten, Einfluss zu nehmen. Dadurch wird sichergestellt, dass die Mitarbeitenden in ihrer Unabhängigkeit geschützt sind.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass bislang keine Anrufung der Ombudsperson durch Mitarbeitende des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt erfolgt ist. Es sei an dieser Stelle nochmals betont, dass alle Anfragen vertraulich behandelt werden. Es werden keinerlei Informationen weitergegeben, die Rückschlüsse auf einzelne Personen zulassen, die den Kontakt aufgenommen haben.

Anzahl der Kontaktaufnahmen nach Kranken- und Pflegekassen



Darstellung nach Kranken- und Pflegekassen

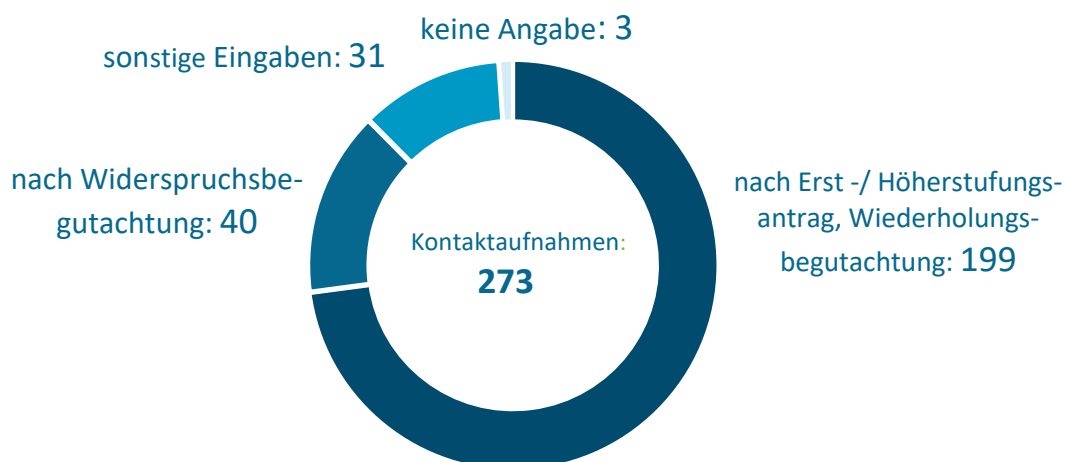
In der vorliegenden Abbildung wird die Anzahl der Eingaben von Versicherten bei der Ombudsstelle/Ombudsperson im vergangenen Jahr nach Zugehörigkeit zu den jeweiligen Kranken- oder Pflegekassen veranschaulicht.

Von 273 Kontaktaufnahmen mit der Ombudsstelle entfiel die höchste Anzahl an Anrufen auf die Versicherten der IKK gesund plus, gefolgt von 49 Eingaben der Versicherten der AOK Sachsen-Anhalt. Zudem gab es jeweils 24 Anliegen von Mitgliedern anderer AOK und der Techniker Krankenkasse.

Bei 71 kontaktaufnehmenden Personen wurde die Kasse nicht bekanntgegeben.

Weitere Zuordnungen sind in der Abbildung ersichtlich.

Anzahl der Kontaktaufnahmen nach Art des Antrages/Gutachtenart



Bezeichnung	Erläuterung
Sonstige Eingaben	u.a. Wunsch nach Beratung (allgemeine Anfragen, rechtliche Beratung), Zuständigkeitsbereich anderer Medizinischer Dienste/Ombudspersonen anderer Bundesländer, Beschwerden über Arbeitsweise des Medizinischen Diensts vor Begutachtung

Erstmals wurde die Anzahl der Eingaben entsprechend der Art des Antrages/Gutachtenart ausgewertet.

Im vergangenen Jahr verzeichnete die Ombudsstelle/Ombudsperson in der Summe 199 Kontaktaufnahmen nach Erst- bzw. Höherstufungsanträgen oder Wiederholungsbegutachtungen, was 72,9 Prozent aller Anrufungen ausmachte. Diese Zahl verdeutlichte, dass viele Versicherte mit den Ergebnissen unzufrieden waren und unsicher darüber, wie sie in solchen Situationen weiter verfahren sollten.

Eine wesentliche Unsicherheit ergibt sich daraus, dass in den ablehnenden Leistungsbescheiden der Kranken- und Pflegekassen der Hinweis auf die unabhängige Ombudsperson häufig prominenter hervorgehoben wird als die Rechtsbehelfsbelehrung. Diese Praxis zeigt, dass die Umsetzung des Beschlusses der 102. Arbeitstagung der Sozialversicherungsträger durch die Kranken- und Pflegekassen teilweise noch unzureichend ist.

Infolgedessen neigen die Betroffenen eher dazu, sich an die Ombudsperson zu wenden, anstatt ihre rechtlichen Möglichkeiten zu prüfen. Dies führt häufig zu dem Missverständnis, dass die Ombudsperson eine formale Widerspruchsinstanz sei. Infolgedessen kann es dazu kommen, dass den beschwerdeführenden Personen im Verwaltungsverfahren wertvolle Zeit verloren geht.

Diese Beobachtungen unterstreichen die Notwendigkeit einer transparenten Kommunikation über die Rolle der Ombudsperson sowie die rechtlichen Optionen für Versicherte. Alle Akteure, die für die Gestaltung und Umsetzung des Verfahrens zuständig sind, müssen sicherstellen, dass diese Klarheit vermittelt wird, damit Missverständnisse vermieden und fundierte Entscheidungen getroffen werden können.

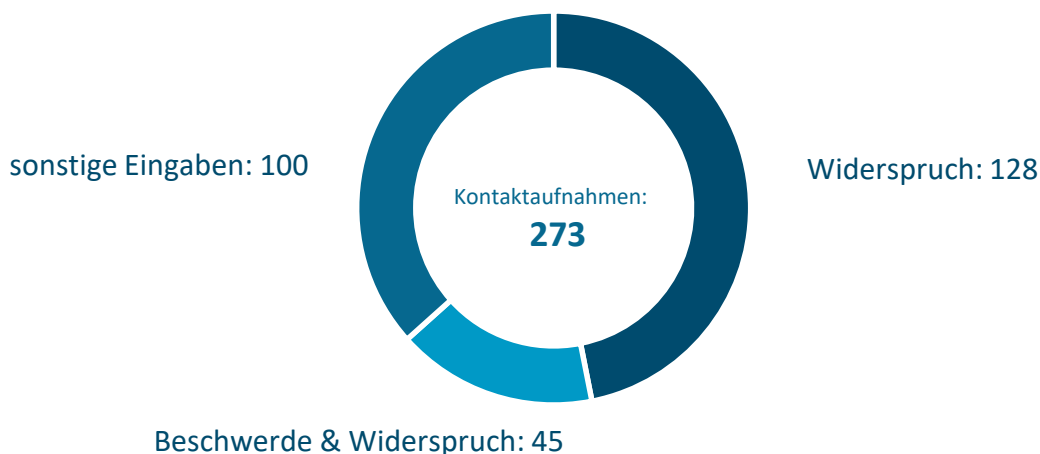
Im Vergleich dazu gab es lediglich 40 Kontaktaufnahmen von Versicherten, die nach der Widerspruchsbegutachtung eine Beschwerde äußerten. Dies entsprach 14,6 Prozent der Gesamtzahl der Kontaktaufnahmen mit der Ombudsstelle/Ombudsperson. Diese Zahlen lassen vermuten, dass es insgesamt weniger Widerspruchsbegutachtungen als Erstbegutachtungen gab, was die Wahrscheinlichkeit einer Kontaktaufnahme zur Ombudsstelle verringert. Möglicherweise waren die Versicherten in dieser Phase auch besser informiert, was zu einer geringeren Besorgnis über den weiteren Verlauf führte.

In die Kategorie „sonstige Eingaben“ fielen mit 11,4 Prozent 31 Fälle. Diese betrafen vor allem allgemeine Beratungsanfragen. Darüber hinaus gab es auch Anfragen, die in den Zuständigkeitsbereich anderer Medizinischer Dienste oder Ombudspersonen aus anderen Bundesländern fielen. Auch der Wunsch nach rechtlicher Beratung wurde mehrfach geäußert. Des Weiteren gab es Beschwerden über die Vorgehensweise des Medizinischen Dienstes vor der durchgeführten Begutachtung.

In drei Fällen (1,1 Prozent) wurde die Art der Begutachtung durch die Kontaktaufnahmen nicht benannt.

Schwerpunkte der Anfragen und der Ombudsverfahren

Widerspruch und Ombudsverfahren



Bezeichnung	Erläuterung
Widerspruch	Fälle, die ausschließlich im Widerspruchsverfahren durch Kranken- oder Pflegekasse hätten bearbeitet werden können
Beschwerde + Widerspruch	gemischte Anfragen, d. h. Widerspruchsverfahren kombiniert mit Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes
Sonstige Eingaben	Beschwerden über andere Einrichtungen (z.B. Pflegeheime), Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes, Wunsch nach rechtlicher Beratung

Die Kategorisierung nach der Art der 273 Anrufungen der Ombudsstelle wurde anhand der folgenden Kriterien vorgenommen: (mutmaßlicher) Widerspruch, Kombination Widerspruch und Beschwerde und sonstige Eingaben.

Etwa 46,9 Prozent dieser Kontakte bezogen sich auf (mutmaßliche) Widersprüche, was 128 Fällen entspricht. Im Vergleich zum Vorjahr sind das 51 Fälle mehr. Es handelte sich hierbei um Anliegen, die im Widerspruchsverfahren durch die Kranken- oder Pflegekassen hätten bearbeitet werden können. Die Beschwerdeführenden strebten eine inhaltliche Überprüfung des Gutachtens oder der Bewertung an, in der Hoffnung, eine Änderung des Ergebnisses des Gutachtens herbeizuführen. Eine solche fachlich-inhaltliche Überprüfung kann jedoch ausschließlich im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens oder auf Auftrag der Kranken- oder Pflegekassen erfolgen, indem der Medizinische Dienst einen neuen Auftrag erhält.

Die Beschwerdeführenden waren mit diesem Ergebnis unzufrieden, da sie annahmen, dass ein Ombudsverfahren ein unkompliziertes Schlichtungsverfahren sei, in dem das Gutachten angepasst werden könnte und dass ihnen zugleich ein formelles Widerspruchsverfahren gegen ihre Kasse erspare.

Aufgrund der Unabhängigkeit und besonderen Vertraulichkeit der Ombudsperson ist ihre rechtliche Stellung jedoch noch nicht vollständig geklärt. Daher leitet die Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt Widersprüche nicht an die zuständigen Stellen weiter. Laut der Richtlinie UOP-RL vom 09.06.2021 werden versicherte Personen, die mit einer Leistungsentscheidung der Kranken- oder Pflegekasse nicht einverstanden sind, explizit auf die Beachtung der Rechtsbehelfsbelehrung im Bescheid der Kranken- oder Pflegekassen hingewiesen. Versicherte müssen demnach Widerspruch bei der zuständigen Kranken- oder Pflegekasse einlegen und gegebenenfalls Klage beim Sozialgericht gegen den Widerspruchsbescheid erheben. Die Ombudsperson kann keinen Widerspruch entgegennehmen und bietet keine Rechtsberatung an. Des Weiteren darf die Ombudsperson ohne ausdrückliches Einverständnis keinem Dritten eine Information über die Kontaktaufnahme geben.

Im Rahmen des Austausches wurden den Versicherten die Bestandteile des Bescheides erläutert, sodass sie in die Lage versetzt wurden, selbst zu entscheiden, welchen Weg sie einschlagen möchten. Weder eine Widerspruchsbearbeitung noch eine Rechtsberatung fand somit statt. Stattdessen wurde den Versicherten ein nicht adressatengerechter Bescheid erklärt. Dies entspricht jedoch der Unterstützung, die der Gesetzgeber für die Wahrnehmung ihrer Rechte vorsieht.

45 Eingaben, die 16,5 Prozent der Anfragen entsprachen, waren gemischte Anfragen. Diese umfassten Beschwerden mit Widerspruchscharakter und Widersprüchen, die Aspekte der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes beinhalteten. Im Vergleich zum Vorjahr sank die Anzahl um 9.

Die übrigen Anrufungen entfielen auf sogenannte „sonstige Eingaben“, die mit 100 Kontaktaufnahmen 36,6 Prozent ergaben. Dies stellte eine Steigerung der Eingaben um 44 Fälle im Vergleich zum Vorjahr dar. Die Art der Anliegen umfasste Beschwerden über andere Einrichtungen (z. B. Pflegeheime), Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes oder Versicherte wünschten eine rechtliche Beratung. Diese zählten jedoch nicht in den Wirkungskreis der Ombudsperson.

Die Analyse zeigt, dass die Anfragen an die Ombudsperson äußerst vielfältig waren und verschiedene Themen umfassten. Sie verdeutlicht zudem, dass die Beschwerdeführenden die Ombudsperson als bedeutende Anlaufstelle für zahlreiche Angelegenheiten betrachteten, auch außerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs. Außerdem hebt sie die anhaltende Fehlentwicklung bei der Inanspruchnahme hervor.

Die ermittelten Zahlen unterstreichen weiterhin die Notwendigkeit einer konsequenten Umsetzung des Beschlusses der 102. Arbeitstagung der Sozialversicherungsträger in den Leistungsbescheiden der Kranken-/Pflegekassen, wie bereits im Bericht erwähnt.

Begutachtungen für Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Vergleich von Eingaben und durchgeführten Ombudsverfahren

Im Berichtszeitraum wurden insgesamt 38 Eingaben seitens der Versicherten registriert, bezogen auf insgesamt 81 durchgeführte Ombudsverfahren. Davon entfielen 37 Anrufungen auf die Einzelfallbegutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, während eine Eingabe einen vermuteten Pflegefehler betraf. Dies stellte erneut eine Steigerung im Vergleich zum Vorjahr dar. Anmerkungen zu den Zusammenhängen sind bereits im Bericht enthalten.

Unzufriedenheit mit dem Ergebnis der Begutachtung

In nahezu allen Beschwerden wurde die Unzufriedenheit mit dem Ergebnis der Begutachtung thematisiert. Die klare Tendenz zeigt, dass das Ergebnis einer Pflegebegutachtung für die Betroffenen eine hohe emotionale und persönliche Relevanz hat. In der Regel legten die Beschwerdeführenden neben dem Ombudsverfahren auch Widerspruch bei der zuständigen Pflegekasse ein.

Die meisten Versicherten hatten weiterhin den Eindruck, dass ihre tatsächlichen Einschränkungen nicht vollständig berücksichtigt worden seien und das Gutachten dadurch Fehler enthalten habe. Diese Wahrnehmung ließ darauf schließen, dass sie oft einen anderen Blickwinkel auf ihren Pflegebedarf und pflegerelevante Diagnosen hatten als die Gutachterinnen und Gutachter. Sie empfanden den ermittelten Pflegegrad als zu gering und sahen ihre Erwartungen im Widerspruch zu den gesetzlichen Vorgaben. Beanstandet wurde zudem, dass medizinische Unterlagen nicht angemessen berücksichtigt worden seien oder dass ihre Erläuterungen für sie nicht aus dem Gutachten hervorgingen.

Folglich war es wichtig, in Gesprächen mit den Betroffenen immer wieder deutlich zu machen, dass die Pflegebegutachtung hauptsächlich darauf abzielt, den Pflegeaufwand zu ermitteln und nicht jede Beeinträchtigung im täglichen Leben zu einer Berücksichtigung bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit führen kann. Im Austausch mit der Ombudsstelle/Ombudsperson erfuhren viele Versicherte erstmals, dass die Bereiche "außerhäusliche Aktivitäten" und "Haushaltsführung" nicht in die Ermittlung des Pflegegrades einfließen. Dennoch kann die Einschätzung von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Pflegegutachten für die individuelle Beratung und Versorgungsplanung der Versicherten wichtig sein.

Bei einigen Anliegen wurden berechtigte Kritikpunkte im Gutachten festgestellt. Diese hatten jedoch keinen Einfluss auf das jeweilige Begutachtungsergebnis.

Ergebnisse der Widerspruchsbegutachtungen

In der darauffolgenden Widerspruchsbegutachtung wurde in fünf Fällen ein höherer Unterstützungsbedarf festgestellt. In den anderen Fällen ließen sich die Erwartungen der Pflegebedürftigen nicht mit den sozialmedizinischen Vorgaben einschließlich der Richtlinien vereinbaren.

Kritik an der Begutachtung nach Aktenlage

In vier von 38 Ombudsverfahren bemängelten die Beschwerdeführenden die Begutachtung nach Aktenlage als Teil ihres Anliegens. Die Betroffenen waren der Meinung, dass in einer persönlichen Begutachtung ihre Situation und ihre Bedürfnisse angemessener berücksichtigt worden wären. Der Medizinische Dienst hatte der Ombudsperson die Anforderungen für die Begutachtung nach Aktenlage dargelegt. In den betreffenden Fällen wurden diese erfüllt.

Wahrnehmung des Verhaltens der Gutachterinnen und Gutachter

Das empfundene Verhalten der Gutachterinnen und Gutachter war in elf Ombudsfällen ein Aspekt der Beschwerde, während die gutachterliche Kompetenz in einem weiteren Fall angezweifelt wurde.

Es ist zu vermerken, dass die Anzahl der Eingaben zum Verhalten der Gutachter im Vorjahresvergleich gestiegen war. Dieser Anstieg spiegelte sich häufig in den Rückmeldungen wider, insbesondere wenn die Versicherten mit ihren Begutachtungsergebnissen nicht zufrieden waren oder ihre Erwartungen nicht erfüllt wurden.

Die Begutachtungssituation ist für die Ombudsperson im Nachhinein nicht überprüfbar. Gleichwohl berichtete die Ombudsperson dem Medizinischen Dienst, dass viele Versicherte sich nicht ausreichend wahrgenommen fühlten und ihre gesundheitlichen Anliegen detaillierter äußern wollten. Vor diesem Hintergrund wurden Maßnahmen angeregt, um potenziellen Fehlentwicklungen durch gezielte fachliche und kommunikative Qualifizierungs- sowie Supervisionsmaßnahmen entgegenzuwirken.

Kritische Anmerkungen zum strukturierten Telefoninterview

Im Jahr 2024 äußerten erstmals drei von insgesamt 37 beschwerdeführenden Personen Bedenken gegenüber der Begutachtung in Form eines strukturierten Telefoninterviews. Sie wünschten sich stattdessen eine persönliche Begutachtung im Rahmen eines Hausbesuchs, da sie dies für eine umfassendere und individuellere Einschätzung ihrer Situation hielten. Diese Bedenken traten bei zwei Höherstufungsanträgen und einer Wiederholungsbegutachtung auf.

In Gesprächen mit den Beschwerdeführenden wies die Ombudsperson darauf hin, dass bei diesem Begutachtungsformat, wie bei einem Hausbesuch, ein vollständiges Gutachten erstellt wird. Darüber hinaus machte die Ombudsperson deutlich, dass durch das strukturierte Telefoninterview sichergestellt wird, dass die versicherte Person auch in Zeiten des demografischen Wandels und Fachkräftemangels zeitnah begutachtet werden kann. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass die versicherte Person schnell Zugang zu seinen Pflegeleistungen erhält.

Angesichts dieser geringen Prozentzahl an Eingaben geht die Ombudsperson davon aus, dass der Großteil der Versicherten mit diesem Begutachtungsformat zufrieden ist.

Beschwerde zur Verschlüsselung des Gutachternamens

Ein Versicherter berichtete in einem Ombudsfall erstmals, dass im erstellten Pflegegutachten ein grober Fehler vorliege, da der Name der Gutachterin oder des Gutachters verschlüsselt sei. Nach Rücksprache mit dem zuständigen Geschäftsbereich konnte die Ombudsperson dem Versicherten folgende Informationen mitteilen: Der Name der pflegefachlichen Gutachterin oder des pflegefachlichen Gutachters ist für den Medizinischen Dienst einsehbar. Zum Schutz der Mitarbeitenden hat sich der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt jedoch gegen die generelle Nennung des Namens im Gutachten ausgesprochen.

Des Weiteren wurde der versicherten Person erklärt, dass sich die Begutachtenden bei ihrem Eintreffen in der Häuslichkeit namentlich vorstellen. Zudem können sich die Versicherten auf den im Anmeldeschreiben enthaltenen Hinweis stützen und sich die Legitimation der Begutachtenden jederzeit durch ihren Dienstausweis bestätigen lassen. Diese Erläuterungen wurden als verständlich wahrgenommen, und das Anliegen wurde als abschließend betrachtet, da der Versicherte keine weiteren Anmerkungen hatte.

Wirtschaftliche Aspekte für Versicherte

Im Berichtszeitraum wurde durch Gespräche mit den Versicherten erneut deutlich, dass die Anträge stark mit ihren wirtschaftlichen Hintergründen verknüpft waren. Daher war es umso wichtiger, auf die verfügbaren Beratungsangebote in der Region hinzuweisen.

Herausforderungen und Lösungen eines Ombudsverfahrens

Im Rahmen eines 2023 durchgeführten Ombudsverfahrens wurde ein strukturelles technisches Problem festgestellt. Für die beschwerdeführende Person war nicht nachvollziehbar, warum eine "persönliche Befunderhebung nicht zumutbar" gewesen sei und somit das Gutachten per Aktenlage erstellt wurde. Die hier hinterlegte Begründung spiegelte nur bedingt die tatsächliche Situation wider. Da es sich laut Geschäftsbereich Pflege um eine administrative Voreinstellung (Textbaustein) handelt, ist eine Änderung der Formulierung der Begründung grundsätzlich nicht möglich. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sie Teil einer bundesweiten Abstimmung und Programmierung ist.

Um dennoch Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung einzuleiten, wurde im Juli 2024 beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt die Spezifizierung "Präzisierung nicht zumutbar: ausreichende Informationslage" für diese Begründung ergänzt. Diese Anpassung kommt in zutreffenden Fällen zur Anwendung, wenn der Begutachtende aktiv auswählt. Nach der Umsetzung gab es erfreulicherweise keine weiteren Beschwerden zu diesem Thema.

Begutachtungen für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Vergleich von Eingaben und durchgeführten Ombudsverfahren

43 der 81 durchgeführten Ombudsverfahren konzentrierten sich auf Leistungsansprüche gegenüber den Krankenkassen.

Bandbreite der Anrufungen

Die Anrufungen der Ombudsperson waren aufgrund diverser Anlassbereiche erneut sehr vielfältig. Es wurden vermehrt Eingaben bezüglich Hilfsmittel (18), Rehabilitationsleistungen (9), Arbeitsunfähigkeit (5) und Sonstigen Anlässen (5) eingereicht. Außerdem sind Nachfragen zu verschiedenen Anlassbereichen (2), zu „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung“ (2), zu Heilmitteln (1, Langzeitgenehmigung) sowie zur Begutachtung bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler (1) vorgebracht worden.

Hilfsmittel

Analog zum letzten Berichtszeitraum verzeichnete der Anlassbereich Hilfsmittel erneut die meisten Eingänge. Insgesamt wurden 18 Eingaben registriert, was über 22 Prozent aller Ombudsverfahren entsprach.

Die Anliegen zur Kostenübernahme umfassten verschiedenste Hilfsmittel. Dazu gehörten beispielsweise therapeutische Bewegungsgeräte (Bewegungstrainer, CPM-Bewegungsschienen), Apparate zur Kompressionstherapie, Glukosemessgeräten, Rollstühle sowie Kommunikationshilfen.

Laut den Erfahrungen der Ombudsperson sind folgende Faktoren besonders ausschlaggebend für die Anzahl an Beschwerden im Bereich Hilfsmittel:

1. Die steigende Zahl an chronischen Erkrankungen und altersbedingten Einschränkungen führt zu einer erhöhten Nachfrage nach Hilfsmitteln, was wiederum die Anzahl der Anträge und damit auch Wahrscheinlichkeit der Beschwerden steigert.
2. Viele Versicherte und Leistungserbringer sind oft unsicher über die genauen Anforderungen und Richtlinien zur Genehmigung von Hilfsmitteln, was häufig zu Missverständnissen oder Verunsicherungen führt.
3. Es mangelt an Transparenz in den Entscheidungsprozessen der Krankenkassen, was das Vertrauen in das System mindert und ebenfalls zu einer Zunahme von Beschwerden beitragen könnte.

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Im Bereich der Rehabilitation hat sich die Anzahl der Fälle im Vergleich zum letzten Jahr von 2 auf 9 mehr als vervierfacht. Hier wurden vor allem Anträge für stationäre Rehabilitationsleistungen, aber auch Verordnungen für Reha-Sport geprüft. Die Empfehlungen des Medizinischen Dienstes in diesem Anlassbereich konzentrierten sich erneut vor allem auf die noch nicht voll ausgeschöpften ambulanten, wohnortnahen Behandlungsmöglichkeiten wie Heilmitteltherapien. Die Versicherten bemängelten, dass diese ambulanten Angebote regional schwer zugänglich und ihrer Meinung nach oft nicht so wirksam seien, was keine Berücksichtigung fand.

Die Ombudsperson hatte in ihrem Austausch mit den versicherten Personen ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Rehabilitationskriterien wie Bedürftigkeit, Fähigkeit, Ziele und Prognosen gemäß den gesetzlichen Grundlagen und sozialmedizinischen Vorgaben in jedem Einzelfall differenziert geprüft wurden.

Arbeitsunfähigkeit

Ähnlich wie im vorherigen Berichtszeitraum gab es im Bereich der Arbeitsunfähigkeit erneut fünf Rückmeldungen von Versicherten, die ihre Situation anders einschätzten. Darüber hinaus wurden Verständnisfragen zum Gutachten gestellt und aktuelle Befunde angesprochen, die aus Sicht der Versicherten nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Zudem äußerten die Kontaktaufnehmenden Bedenken, dass die Begutachtung auf Basis der Aktenlage die aktuelle Krankheitslage nicht angemessen widerspiegeln könnte.

Auf Grundlage einer Stellungnahme des Medizinischen Dienstes in einem Ombudsfall kam die Ombudsperson zu dem Schluss, dass eine angemessene Vermittlung unter Berücksichtigung umfassender Informationen nicht möglich sei. Auszüge aus der Stellungnahme bzw. aus den Rückmeldungen hatte die Ombudsperson zum Anlass genommen, ein Überdenken der Vorgehensweise bei der Begutachtung (in diesem Fall zur Beendigung der Arbeitsunfähigkeit) anzuregen. Sollte im Einzelfall der Medizinische Dienst (vor einem eventuellen Widerspruchsverfahren) bereits Hinweise haben, dass die durchgeführte Begutachtung eine unzureichende Befundlage abbildet, so wäre es für die versicherte Person günstiger, wenn die Krankenkasse eine neue Mitteilung vom Medizinischen Dienst erhalten würde.

Ziel sollte es demnach sein, bei erkannter unzureichender Befundlage, das Gutachten schnellstmöglich zu korrigieren, um einen zusätzlichen Aufwand oder Nachteil für die antragstellende Person zu verhindern sowie zustehende Leistungen ohne Verzögerungen erhalten zu können. In einem persönlichen Austausch konnte die Ombudsperson mit dem betreffenden Bereich die Vorgehensweise dieser Begutachtung inhaltlich auswerten.

Zusätzlich wurden interne Maßnahmen ergriffen, um möglichen Fehlentwicklungen vorzubeugen. Dazu gehören die Sensibilisierung für den Abgleich von Diagnosen, gegebenenfalls die Anforderung von Befunden sowie persönliche Befragungen der Versicherten, wenn die vorhandenen Informationen keine verlässliche sozialmedizinische Beurteilung zulassen.

Anlassbereich Sonstiges

Im vergangenen Jahr wurden einige Beschwerden über die Ablehnung von Fahrkosten sowie über geplante chirurgische Behandlungsmaßnahmen, wie beispielsweise eine Bauchdeckenstraffung nach Gewichtsreduktion, vorgebracht. Besonders in den Fällen, in denen die Kostenübernahme für operative Eingriffe abgelehnt wurde, zeigte sich die Schwierigkeit der Ombudsperson, im Gespräch mit den Betroffenen eine ausgewogene Sichtweise zu finden.

Die Ombudsperson erläuterte die sozialmedizinischen Voraussetzungen und Gründe für die Entscheidungen. Gleichzeitig bemühte sie sich, das Empfinden der Versicherten hinsichtlich ihrer körperlichen und psychischen Einschränkungen nachzuvollziehen und Mitgefühl für ihre individuelle Situation auszudrücken.

In einigen Fällen gelang es besser, Verständnis für die Entscheidung zu schaffen; in anderen fiel dies schwerer.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung

Im Jahr 2024 gab es in diesem Anlassbereich einen Rückgang der Fallzahlen auf zwei.

In Bezug auf „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ wurde die Kostenübernahme für ein neues minimal-invasives Therapieverfahren nicht empfohlen. Dieses ist bislang von der Krankenkasse nicht anerkannt und somit keine Regelleistung.

Im Einzelfall kann ein Antrag bei der gesetzlichen Krankenkasse gestellt werden, was der Versicherte auch getan hat. Alle sozialmedizinischen und medizinischen Aspekte sowie die individuelle Situation des Versicherten und die unzureichenden Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit der Therapie führten dazu, dass der Medizinische Dienst keine Empfehlung aussprechen konnte.

Die Ombudsperson bemühte sich im Gespräch mit der versicherten Person, die Entscheidung nachvollziehbarer zu gestalten. Sie machte auch darauf aufmerksam, dass noch nicht ausreichend erforschte Behandlungsmethoden potenzielle Risiken mit sich führen könnten. Gleichzeitig war es für die Ombudsperson verständlich, dass der Beschwerdeführende aufgrund seiner negativen Erfahrungen mit früheren Eingriffen ein großes Interesse an dieser speziellen Behandlungsmethode hatte.

Darüber hinaus wurde auch eine Beschwerde wegen der Ablehnung der Kostenübernahme für ein Medikament aus dem Bereich „Off-Label-Use“ eingereicht. Off-Label-Use bedeutet, dass ein Arzneimittel außerhalb der von den Arzneimittelbehörden genehmigten Anwendung eingesetzt wird.

Die versicherte Person wurde durch den Medizinischen Dienst sozialmedizinisch individuell betrachtet, wobei die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) berücksichtigt werden muss. Laut dieser darf ein Arzneimittel nur bei schwerwiegenden Erkrankungen eingesetzt werden, wenn keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten bestehen und eine begründete Aussicht auf Behandlungserfolg besteht. Der Medizinische Dienst stellte fest, dass für den Versicherten eine Therapiealternative zur Verfügung stand, die bislang aus nicht

nachvollziehbaren Gründen nicht angewendet wurde. Zudem wurde festgestellt, dass die langfristige Einnahme des zuvor verwendeten Medikaments schädlich sei.

Mehrfachanliegen

Des Weiteren gingen Eingaben ein, die „verschiedene“ Anlassbereiche betrafen. Diese umfassten unter anderem Fragestellungen zur Kostenübernahme für eine Rollstuhlversorgung sowie zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Unzufriedenheit mit dem Ergebnis der Begutachtung

Zusammenfassend war festzustellen, dass im Bereich der Begutachtung von Leistungsansprüchen gegenüber den Krankenkassen in allen Ombudsfällen erneut die Unzufriedenheit mit der Ablehnung von beantragten Leistungen aufgrund eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes im Vordergrund stand. Die kontaktaufnehmenden Personen sahen sich mit einem ablehnenden Ergebnis im Leistungsbescheid der Krankenkasse konfrontiert, das Ihnen nicht nachvollziehbar erschien. In Anbetracht ihrer individuellen gesundheitlichen Lage fiel es den Versicherten schwer, die ablehnenden gutachterlichen Empfehlungen sowie alternative vorgeschlagene Versorgungsmaßnahmen zu verstehen. Sie waren der Meinung, dass das Gutachten Fehler enthielt oder dass nicht alle Befunde der behandelnden Ärzte berücksichtigt wurden.

Im Ombudsverfahren war es teilweise möglich, mit den Versicherten die aus ihrer Sicht nicht berücksichtigten Unterlagen aufzustellen. In seltenen Fällen waren diese Unterlagen dem Medizinischen Dienst bei der Erstbegutachtung nicht zur Kenntnis gegeben worden. In der Regel ließ sich der Sachverhalt im Rahmen des Ombudsverfahrens konstruktiv sowohl mit der versicherten Person besprechen als auch bei Bedarf mit dem Medizinischen Dienst erörtern.

In der Regel hatten die Beschwerdeführenden neben dem Ombudsverfahren Widerspruch bei der zuständigen Krankenkasse eingelegt. In den meisten Fällen konnten die Gutachterinnen und Gutachter wegen der sozialmedizinischen Vorgaben einschließlich der Richtlinien zu keinem anderen Begutachtungsergebnis kommen.

Ergebnisse der Widerspruchsbegutachtungen

In der darauffolgenden Widerspruchsbegutachtung wurde in sieben Fällen die beantragte Leistung empfohlen.

Kritik an der Begutachtung nach Aktenlage

In elf Fällen waren die Beschwerdeführenden damit unzufrieden, dass die gutachterliche Empfehlung nach Aktenlage erfolgte. Der Wunsch nach einer persönlichen Begutachtung hat sich demnach gehalten. Die Betroffenen glaubten, dass ihre individuelle Situation und ihre spezifischen Bedürfnisse in einer persönlichen Begutachtung besser berücksichtigt worden wären. In Gesprächen erläuterte ihnen die Ombudsperson, dass bei ausreichender Datenlage eine Beurteilung des Sachverhaltes anhand der Akten erfolgen kann. Den meisten Versicherten war diese Praxis unverständlich, und sie sahen darin oft einen Grund für die nicht empfohlene Leistung.

Eingaben zu vermutetem Behandlungs- und Pflegefehler

Im Gesundheitswesen ist die Behandlungsqualität entscheidend für das Wohl der Patienten. Behandlungsfehler aus unzureichenden medizinischen oder pflegerischen Leistungen könnten die Gesundheit der Betroffenen beeinträchtigen und sollten daher sorgfältig geprüft werden.

Die Betroffenen sahen Mängel in den Fachgutachten des Medizinischen Dienstes und suchten Unterstützung bei der Ombudsperson. Diese wies jedoch darauf hin, dass sie für die betreffende Anliegen nicht zuständig sei. Sie informierte die versicherten Personen weiterhin darüber, dass sie sich an ihre Kranken - oder Pflegekasse wenden müssten, um die ihrer Meinung nach unzureichend berücksichtigten Aspekte darzulegen.

Die Versicherten wurden durch die Ombudsperson darüber in Kenntnis gesetzt, dass nach § 66 SGB V die Krankenkassen verpflichtet sind, ihren Mitgliedern Beistand zu leisten, insbesondere bei Schadenersatzansprüchen. In diesem Rahmen kann die Krankenkasse ein Sachverständigengutachten beim Medizinischen Dienst anfordern, wobei die Behandlungsunterlagen erneut vorgelegt werden müssen. Somit steht fest, dass ausschließlich die Kranken-/Pflegekasse den Auftrag zur Überprüfung erteilen kann, nicht die Beschwerdeführenden.

Nach Erhalt des Auftrags kann der Medizinische Dienst eine ergänzende Stellungnahme abgeben und prüft objektiv, ob ein Behandlungsfehler aus sozialmedizinischer oder pflegerischer Sicht vorlag. Zudem wird untersucht, ob dem Versicherten ein Schaden entstanden ist und ob dieser auf den vermuteten Behandlungsfehler zurückzuführen ist.

In ausführlichen und emotional belasteten Gesprächen mit den kontaktaufnehmenden Personen wurde klargestellt, dass die Ombudsperson nicht tätig werden kann. Sie informierte die Versicherten über die zuständigen Ansprechpartner und erläuterte die entsprechenden Verfahren.

Schlussfolgerungen aus Ombudsverfahren

Insgesamt fällt die Einschätzung der Art und Weise der gutachterlichen Tätigkeit des Medizinischen Dienstes zum Ende der ersten Amtsperiode der Ombudsperson positiv aus. Es wurden keine weitreichenden Mängel festgestellt, weder in Bezug auf die Qualität der Gutachten noch im Umgang der Gutachterinnen und Gutachter mit den versicherten Personen beziehungsweise deren Bevollmächtigten. Die Begutachtenden leisten zudem einen wertvollen Beitrag dazu, medizinische und pflegerische Fragen im Gesundheitswesen unabhängig zu beantworten.

Es wird immer offensichtlicher, dass die Eingaben von Versicherten oder deren Angehörigen, insbesondere im Zusammenhang mit der Ablehnung eines Antrages auf Höherstufung, häufig mit ihren finanziellen Belastungen in Verbindung stehen. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Pflegekassen ihre Beratung zu den verfügbaren Versorgungsmöglichkeiten im Bereich der Pflege intensivieren. Eine umfassende Information kann dazu beitragen, dass Betroffene und Angehörige die passenden Unterstützungsangebote besser nutzen können.

Erneut wurde im überwiegenden Teil der Beschwerden die Unzufriedenheit mit dem Begutachtungsergebnis thematisiert. Oftmals haben die kontaktaufnehmenden Personen bereits vor oder während des Ombudsverfahrens Widerspruch bei der zuständigen Kranken- oder Pflegekasse eingelegt.

Des Weiteren zeigte sich erneut, dass die sozialmedizinischen Rahmenbedingungen, die die Medizinischen Dienste zu berücksichtigen haben, den Erwartungen der Versicherten entgegenstehen.

Bezüglich des Sachverhalts zur voreingestellten Formulierung "persönliche Befunderhebung nicht zumutbar" im Pflegegutachten hat der Medizinische Dienst die erforderlichen Anpassungen erfolgreich umgesetzt.

Wiederholt schilderten die beschwerdeführenden Personen, dass ihnen die Kassen mitgeteilt hätten, dass der Medizinische Dienst über deren Antrag entschieden habe. Deshalb ist es wichtig, kontinuierlich darauf hinzuweisen, dass Gutachten des Medizinischen Dienstes einen empfehlenden Charakter haben und die Leistungsentscheidung der Kasse obliegt.

Die Fortsetzung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) als Stiftung im Jahr 2024 ist von großer Bedeutung, um die entstandene Beratungslücke zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Themen zu schließen. Es ist erfreulich, dass diese wichtige Beratungsstelle wieder zur Verfügung steht, da sie den Bürgerinnen und Bürger wertvolle Unterstützung und Informationen bietet.

Im letzten Jahresbericht hat die Ombudsperson bereits darauf hingewiesen, dass bestimmte Pflichtleistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, vor allem die Pflegeberatung, künftig stärker in den Fokus ihrer Arbeit gerückt werden müssen. Diese Maßnahmen sind nicht nur wichtig, um den Bedürfnissen der Versicherten gerecht zu werden, sondern auch notwendig, um die Qualität der Versorgung nachhaltig zu verbessern. Die Pflegeberatung spielt eine entscheidende Rolle dabei, Betroffene und ihre Angehörigen umfassend aufzuklären und zu begleiten.

Sonstiges

- ⇒ In der Arbeitsgemeinschaft der Ombudspersonen tauschten die Mitglieder ihre Verantwortlichkeiten, Befugnisse und Erfahrungen aus. Dieses Zusammenwirken, sowohl in Videokonferenzen als auch bei Präsenztreffen, trägt wesentlich zur qualitativen Verbesserung ihrer Arbeit bei. Die Treffen vermittelten eine gute Reflexion über die eigene Arbeit und schufen ein Bewusstsein für generell notwendige Anpassungen und Veränderungen, wie die Novellierung der Richtlinie Unabhängige Ombudspersonen (UOP-RL) gemäß § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB V.
- ⇒ In Anlehnung an die Richtlinie (UOP-RL) besteht weiterhin eine Kooperation zwischen den Medizinischen Diensten Sachsen-Anhalt und Sachsen zur gegenseitigen Vertretung der Ombudspersonen. Dies gewährleistet eine kontinuierliche Erreichbarkeit als Anlauf- und Schlichtungsstelle.
- ⇒ Der Jahresbericht ist ein wertvolles Instrument der Öffentlichkeitsarbeit, da er dazu beiträgt, Informationen transparent zu vermitteln und das Verständnis für die Ombudstätigkeit zu fördern.

Nachwort der Ombudsperson

Die Entwicklung der Ombudsverfahren zeigt, dass die Nachfrage nach Inanspruchnahme der Ombudsperson in der Bevölkerung nach wie vor steigt.

Die Zunahme der Kontaktaufnahmen mit der Ombudsstelle/Ombudsperson hat zu einer Erhöhung des zeitlichen Aufwands für die Ombudstätigkeit geführt.

Gesellschaftliche Spannungsfelder und wirtschaftliche Zwänge prägen zunehmend den Charakter der Ombudsfälle.

Im Zeitraum seit der Einrichtung der Ombudsstelle zeichnet sich ab, dass das persönliche Gespräch mit den Beschwerdeführenden mit Abstand die effektivste Methode ist, um ihre Anliegen zu bearbeiten und bestenfalls zu lösen.

Unregelmäßigkeiten im Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt, insbesondere Beeinflussungsversuche durch Dritte, wurden erneut nicht festgestellt.

Die Zusammenarbeit mit dem Verwaltungsrat und dem Vorstand war stets geprägt von der gemeinsamen Verantwortung gegenüber den Versicherten.

Die Unterstützung der Ombudspersonen durch den Medizinischen Dienst Bund weist Verbesserungspotential auf. Eine qualitative Optimierung zum Wohl der Versicherten ist erforderlich.

Die Fehlentwicklung hinsichtlich der Art und Häufigkeit der Inanspruchnahme der Ombudsperson verdeutlicht, dass die Richtlinie des MDS nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 5 zweite Alternative SGB V: Unabhängige Ombudsperson (UOP-RL), Stand 09.06.2021, überarbeitet werden muss.

Es ist offensichtlich, dass es eine große Unwissenheit bei den kontaktaufnehmenden Personen im Umgang mit Widersprüchen gibt. Daher sollten die Kranken- und Pflegekassen die Widerspruchsverfahren für ihre Versicherten transparenter und verständlicher gestalten.

Darüber hinaus gibt es noch Raum für Verbesserungen in der Ergebniskommunikation seitens der Kranken- und Pflegekassen aus der Sicht der Ombudsperson, um die Begründung einer Ablehnung verständlicher zu machen.

Bedauerlicherweise weist eine Anzahl von Eingaben immer noch keinen unmittelbaren Bezug zu der vom Gesetzgeber festgelegten Aufgabenstellung auf. Dies resultiert meiner Ansicht nach vor allem aus dem von den Kranken- und Pflegekassen an markanter Stelle gegebenen Hinweis auf die Ombudsperson. Daher ist es unerlässlich, dass der Beschluss der 102. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger in vollem Umfang umgesetzt wird. Auch berichteten einige Kontaktaufnehmende, dass sie in Gesprächen mit ihren Kassen an die Ombudsstelle beim Medizinischen Dienst verwiesen worden seien, obwohl der geschilderte Sachverhalt im Zuständigkeitsbereich der Kasse zu klären gewesen wäre.

Am Ende des Jahresberichts möchte ich mich bei allen Beteiligten bedanken, die zum Erfolg dieses Berichtsjahres beigetragen haben.

Mein besonderer Dank gilt Frau Seifert aus der Geschäftsstelle der Ombudsperson für das Engagement in ihrer täglichen Arbeit. Für alle Hilfesuchenden ist sie die erste Anlaufstelle.

Ich möchte auch Herrn Rosner meinen Dank für seine wertvolle Unterstützung aussprechen.

Darüber hinaus gebührt den Mitwirkenden aus den Geschäftsbereichen und dem Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes ein herzlicher Dank für die gute Zusammenarbeit, die auch in herausfordernden Zeiten Bestand hat. Für die objektive Betrachtung und Bearbeitung der Ombudsfälle haben sich als besonders hilfreich die Stellungnahmen von und die Gespräche mit den Fachexpertinnen des Medizinischen Dienstes erwiesen.

Nicht zuletzt möchte ich auch dem Vorstandsvorsitzenden, Herrn Hennicke, und der Stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden, Frau Dr. Lasserre, für ihr Vertrauen und ihre Unterstützung danken.