

# Jahresbericht 2023 der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe

Geschäftsstelle der Ombudsperson beim  
Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe

Günter Garbrecht, Ombudsperson

Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe  
Roddestr. 12  
48153 Münster

Tel.: 0251/6930-8320

E-Mail: [ombudsperson@md-wl.de](mailto:ombudsperson@md-wl.de)

<http://www.md-wl.de>



**Günter Garbrecht**

**Unabhängige Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe**

<https://www.md-wl.de/mdk/ombudsperson>

Berichte abrufbar unter:

Jahresbericht 2021:

[https://www.md-wl.de/fileadmin/MD-Westfalen-Lippe/user\\_upload/Jahresbericht\\_2021\\_der\\_Ombudsperson\\_d.\\_Med.\\_Dienstes\\_WL.pdf](https://www.md-wl.de/fileadmin/MD-Westfalen-Lippe/user_upload/Jahresbericht_2021_der_Ombudsperson_d._Med._Dienstes_WL.pdf)

Jahresbericht 2022:

[https://www.md-wl.de/fileadmin/MD-Westfalen-Lippe/user\\_upload/Jahresbericht2022\\_Ombudsperson\\_MD-WL\\_barrierearm.pdf](https://www.md-wl.de/fileadmin/MD-Westfalen-Lippe/user_upload/Jahresbericht2022_Ombudsperson_MD-WL_barrierearm.pdf)

## Inhalt

1	VORBEMERKUNG .....	4
2	ARBEITSWEISE, INHALTE UND UMFANG DER TÄTIGKEIT .....	5
3	ZUGANGSWEGE .....	7
	3.1 ÜBER WELCHEN WEG ERREICHEN EINGABEN DIE OMBUDSPERSON? .....	7
	3.2 WER IST MIT DER OMBUDSPERSON IN KONTAKT GETRETEN?.....	8
4	ANLIEGEN / BESCHWERDEN IM BEREICH DER PFLEGEVERSICHERUNG .....	9
	4.1 WIEDERHOLUNGSBEGUTACHTUNG / HÖHERSTUFUNGSANTRÄGE.....	11
5	ANLIEGEN / BESCHWERDEN IM BEREICH DER KRANKENVERSICHERUNG .....	12
6	BEGUTACHTUNGEN VON PERSONENGRUPPEN UND SPEZIELLEN ERKRANKUNGEN.....	14
7	HILFSMITTELVERSORGUNG FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG .....	14
8	REHA NACH § 40 SGB V UND VORSORGEMAßNAHMEN NACH § 23 SGB V .....	16
9	AUSTAUSCH DER OMBUDSPERSON .....	16

## 1 VORBEMERKUNG

---

Auf die Darstellung der gesetzlichen Grundlage für die Tätigkeit der Ombudsperson sowie der daraus folgenden Richtlinien wird verzichtet. In den vorangegangenen Berichten wurde bereits darauf eingegangen.

Es gab im Jahr 2023 nur Eingaben im Bereich der Pflege- und Krankenversicherung.

Vorgänge aus dem Bereich des Personals des Medizinischen Dienstes (MD) waren, wie im Vorjahr, nicht zu verzeichnen.

Meine Arbeit als Ombudsperson ist nur möglich durch die Unterstützung von vielen Personen und Institutionen.

Meine Netzwerke aus meinen früheren Tätigkeiten waren da sehr von Vorteil und es haben sich neue ergeben.

Nur durch diese Unterstützung war und ist meine Arbeit als Ombudsperson möglich.

Besonders möchte ich meiner Mitarbeiterin in der Geschäftsstelle in Münster danken. Sie ist mein Draht zu den Versicherten und gleichzeitig zu den unterschiedlichen Bereichen des MD. Die Telefonhotline hat sie sehr einfühlsam, kompetent und umsichtig durchgeführt. Ohne ihre Mit- und Zuarbeit wäre der Umfang der Eingaben nicht zu bewältigen gewesen.

Für den intensiven inhaltlichen Austausch danke ich dem Leiter des Qualitäts- und Beschwerdemanagements des MD Westfalen-Lippe.

Allen weiteren MitarbeiterInnen des MD und den Mitgliedern des Verwaltungsrates danke ich für den konstruktiven Dialog und die Unterstützung bei meiner Tätigkeit.

## 2 ARBEITSWEISE, INHALTE UND UMFANG DER TÄTIGKEIT

---

Die Inanspruchnahme der Ombudsperson hat in Westfalen-Lippe, wie auch bei allen anderen Ombudspersonen aller Medizinischen Dienste, erheblich zugenommen.

2021: 24 Fälle (Tätigkeitsbeginn 01.07.2021)

2022: 309 Fälle

2023: 725 Fälle

Gemessen an der Gesamtzahl der vom Medizinischen Dienst in Westfalen-Lippe im Jahr 2023 erstellten sozialmedizinischen Gutachten (mehr als 365.000) und Pflegegutachten (über 360.000) ist dieses Aufkommen niedrig und bewegt sich auf dem Niveau der Eingaben beim Beschwerdemanagement des MD Westfalen-Lippe.

Gegenüber 2022 ist mehr als eine Verdoppelung der Eingaben zu verzeichnen.

Es ist auch eine Zunahme reiner Orientierungsanfragen, die keinem Leistungsvorgang in der Kranken- bzw. Pflegeversicherung zuzuordnen sind, zu verbuchen.

Deshalb wird in diesem Bericht die Unterteilung der Eingaben in Krankenversicherung und Pflegeversicherung mit einer neuen Rubrik „Sonstige Eingaben“ ergänzt. Bis auf wenige Ausnahmen waren die Eingaben sachlich vorgetragen. Eine oft vermutete oder wahrgenommene Anspruchshaltung konnte, wie in den Vorjahren, auch bei den Eingaben 2023 nicht registriert werden.

Orientierungshilfen sowie Erläuterungen zu den jeweiligen Gutachten waren, wie im Vorjahr, Schwerpunkte der Arbeit der Ombudsperson.

Der Bericht gliedert sich in die Bereiche Pflegeversicherung und Krankenversicherung.

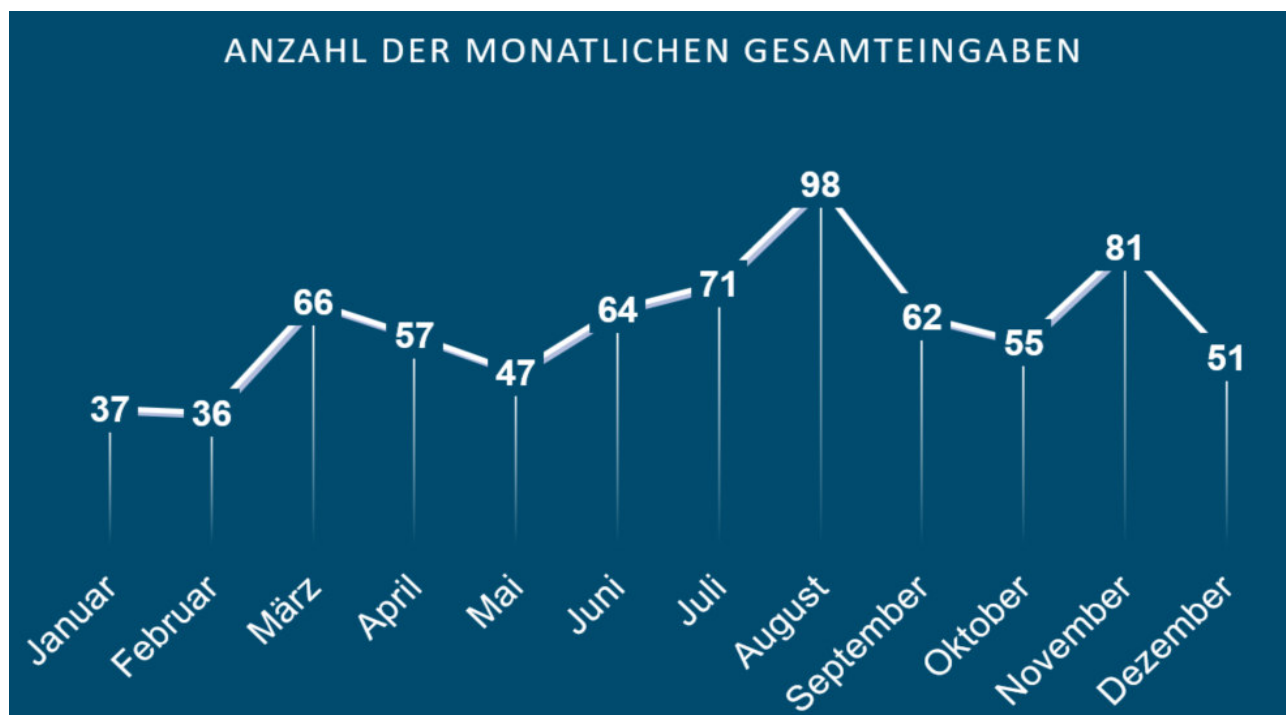
Vorangestellt sind Informationen über die Zugänge und Verteilung der Eingaben.

Wie in den Vorjahren gab es eine ungefähr gleiche Verteilung der Eingaben zwischen Pflege- und Krankenversicherungsbereich.

Es werden im Folgenden die wesentlichen Daten in tabellarischer und graphischer Form dargestellt.

**Eingaben 2023 an die Ombudsperson pro Monat nach Bereichen:**

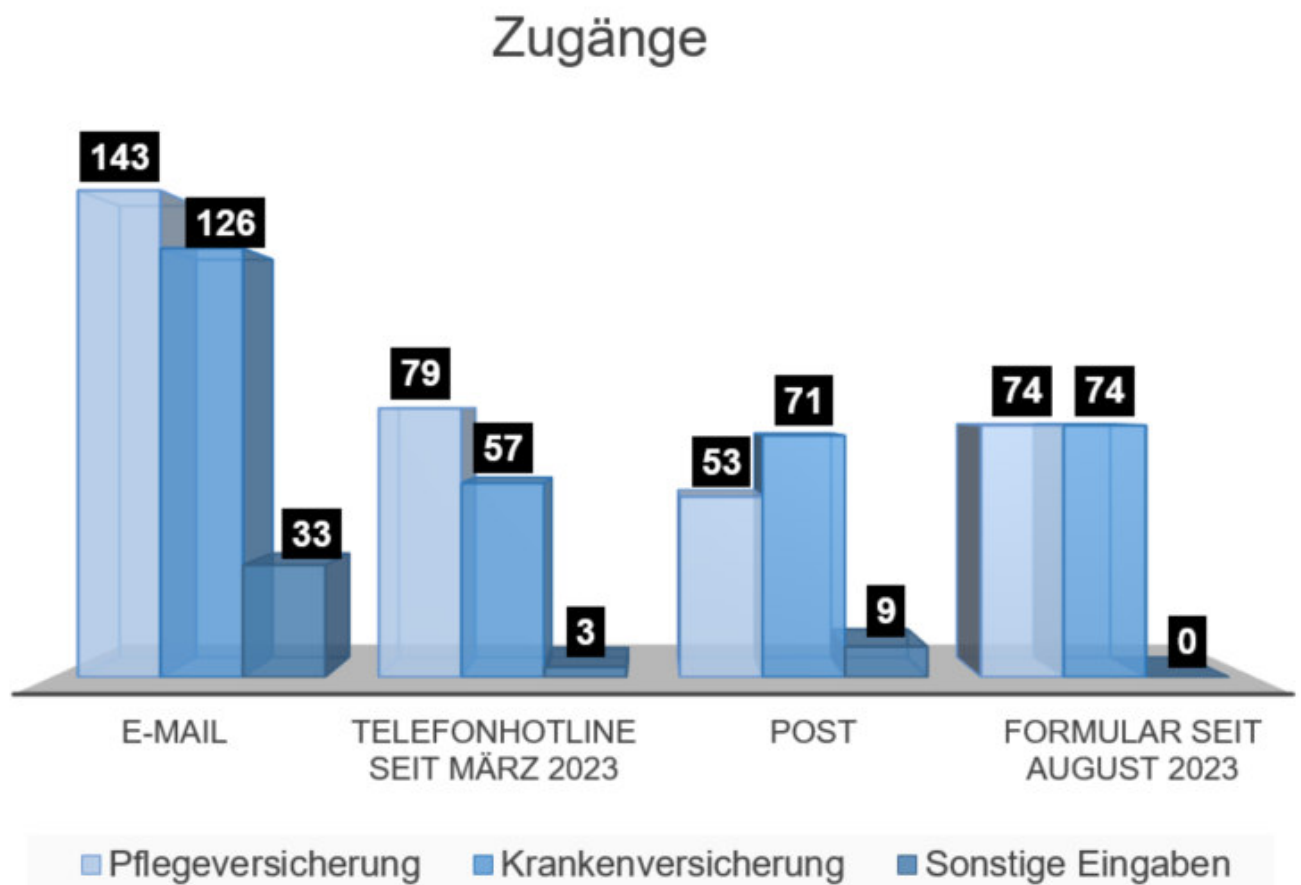
2023	Pflege- versicherung	Kranken- versicherung	Sonstige Eingaben	Gesamt
Januar	16	21	0	37
Februar	18	16	2	36
März	34	26	6	66
April	23	23	11	57
Mai	22	23	2	47
Juni	32	30	2	64
Juli	44	26	1	71
August	45	44	9	98
September	28	31	3	62
Oktober	24	28	3	55
November	39	39	3	81
Dezember	24	24	3	51
Gesamt	349	331	45	725



### 3 ZUGANGSWEGE

#### 3.1 ÜBER WELCHEN WEG ERREICHEN EINGABEN DIE OMBUDSPERSON?

Es gibt 4 Zugangswege: Per E-Mail, Telefonhotline, Post und Kontaktformular.



Der digitale Zugang ist der überwiegend genutzte Weg. Relativ geringe Zugänge sind inzwischen per Post festzustellen. Um eine barrierefreie Beschwerdemöglichkeit anzubieten, gibt es eine wöchentlich geschaltete Telefonhotline. Jeweils am Wochenbeginn und zum Wochenende (dienstags und donnerstags) von 9.00 bis 12.00 Uhr können Versicherte ihr Anliegen an die Ombudsperson übermitteln.

Die Hotline wurde seit der Einführung ab 10.03.2023 insgesamt 139-mal in Anspruch genommen.

Die Telefonhotline soll in erster Linie einen Zugang denjenigen ermöglichen, die sich weder brieflich noch digital an die Ombudsperson wenden können. Um die Inanspruchnahme auf diesen Personenkreis zu konzentrieren, werden Petenten, die diesen Zugang nicht zwingend benötigen, gebeten, für ihr Anliegen einen der anderen Zugangswege zu nutzen.

Auch unter dem Gesichtspunkt der Arbeitsbewältigung erfolgt diese Bitte.

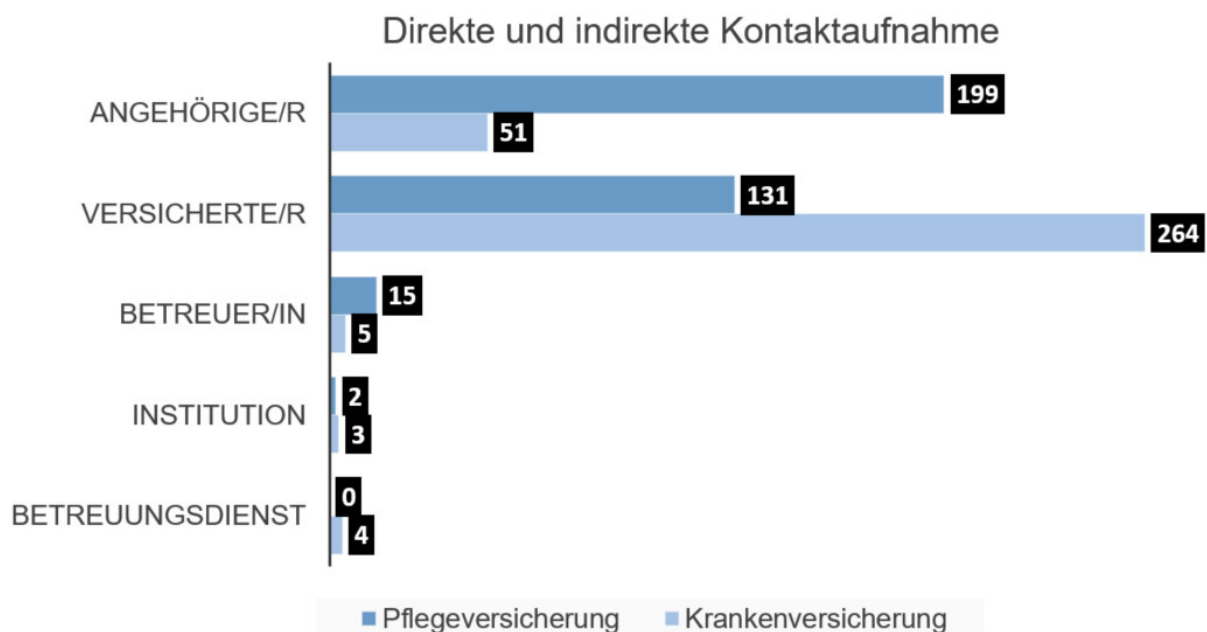
Bei einer Nutzung des Kontaktformulars auf der Homepage der Ombudsperson wird in der Eingangsmaske gleichzeitig um die Zustimmung zur Einsichtnahme in die beim MD Westfalen-Lippe gespeicherten Gesundheitsdaten bzw. um eine Schilderung der wesentlichen Beschwerdegründe gebeten. Dieses Vorgehen reduziert gegenüber der früher geübten Praxis den Aufwand zur Bearbeitung eines aktuellen Anliegens um einen Arbeitsgang.

### 3.2 WER IST MIT DER OMBUDSPERSON IN KONTAKT GETRETEN?

Im Bereich der Pflegeversicherung sind überwiegend Angehörige (199 bzw. 57 %) und Versicherte selbst, Letzteres nur in 131 Fällen (38 %), mit der Ombudsperson in Verbindung getreten.

Im Bereich der Pflegeversicherung ist zudem eine Kontaktaufnahme von Betreuern erwähnenswert. Diese erfolgte in 15 Fällen (4 %).

Im Bereich der Krankenversicherung überwiegen deutlich die Eingaben der Versicherten selbst.



Auch im Jahr 2023 wurde in den Fällen, wo dies gewünscht oder möglich war, der telefonische Kontakt mit den Petenten herbeigeführt.

In circa 35 Fällen konnte ein telefonischer Kontakt nicht realisiert werden. Entweder war dieser nicht möglich, nicht gewünscht oder es erfolgte keine weitere Reaktion auf eine erste Eingabe.



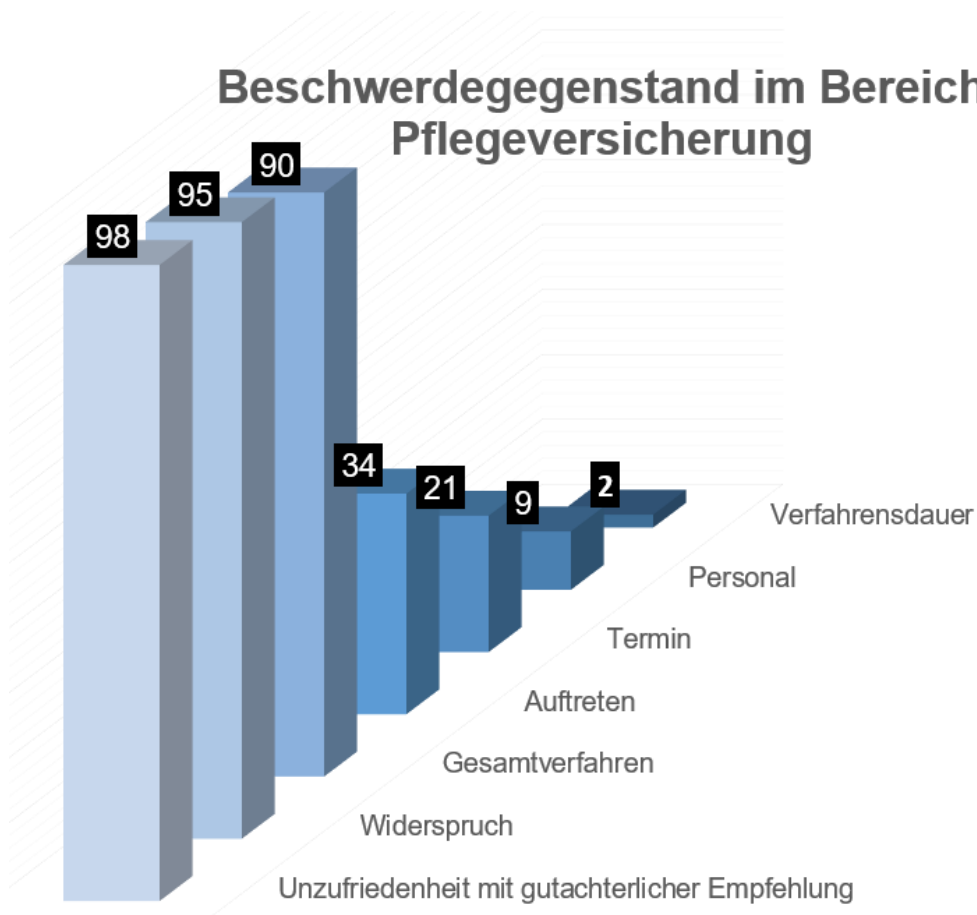
Diese Gesprächs- und Kontaktmöglichkeit wurde von den Versicherten, wie in den Vorjahren, als sehr positiv wahrgenommen. Zeitaufwändig war es, wenn die telefonische Erreichbarkeit nicht realisiert werden konnte. In diesen Fällen waren neue Termine zu vereinbaren und ein erneutes Einlesen in die Fallunterlagen nötig. Dies stellt in jedem konkreten Fall einen nicht unerheblichen Mehraufwand dar.

In der Kontaktmail werden deshalb nun die Zeiten für die telefonische Erreichbarkeit abgefragt.

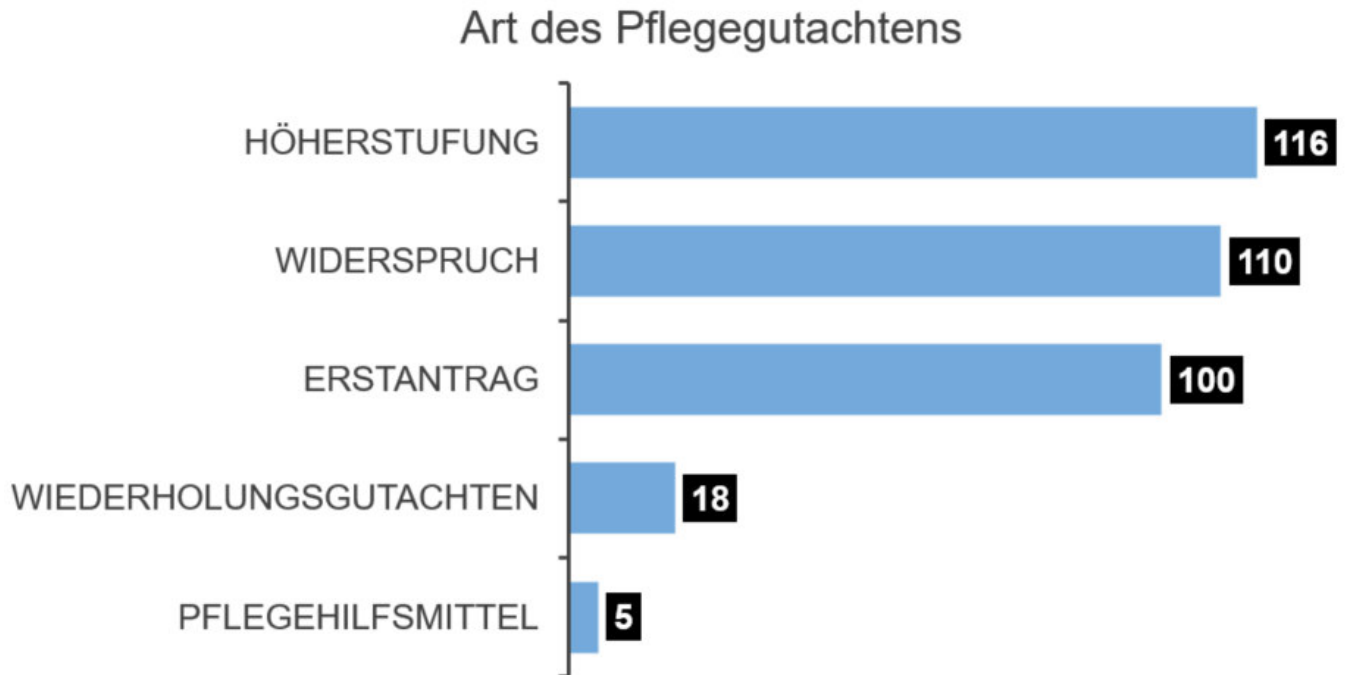
Im Berichtsjahr 2023 hat die Ombudsperson 645 telefonische Kontakte mit Versicherten hergestellt, die Geschäftsstelle insgesamt 159 telefonische Anfragen der Versicherten entgegengenommen.

#### 4 ANLIEGEN / BESCHWERDEN IM BEREICH DER PFLEGEVERSICHERUNG

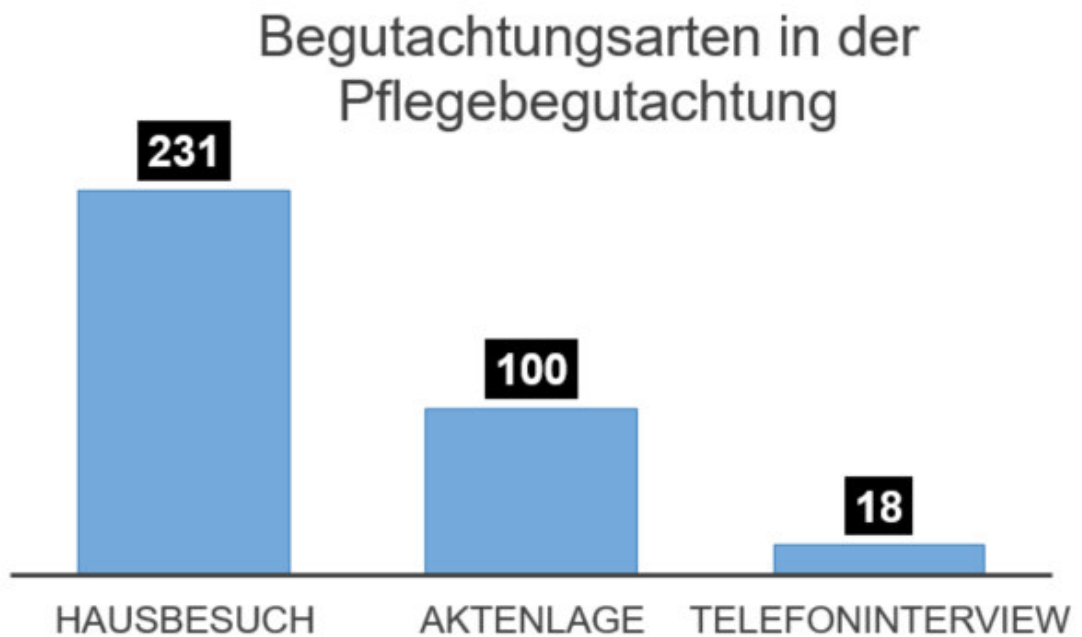
Bei der Pflegebegutachtung wurde in erster Linie das Gutachtenergebnis bemängelt.



Um welche Art der Begutachtung ging es bei den Beschwerden?



In welcher Form wurde in den vorgetragenen Fällen begutachtet?



Die Begutachtung nach Aktenlage wurde von Angehörigen und Versicherten am häufigsten moniert.

Der Regelfall in der Pflegeversicherung ist die persönliche Befunderhebung. Dies ist unstrittig. Die Fristenregelung und die stetig steigende Anzahl von Anträgen auf Leistungen der Pflegeversicherung sowie personelle Engpässe erfordern es, dass die Medizinischen Dienste die gesetzlichen Möglichkeiten für eine Begutachtung nach Aktenlage nutzen. Dafür ist ein enger gesetzlicher Rahmen gesetzt.

Dieser Entwicklung steht zum Teil der Wunsch der Versicherten nach einer persönlichen Befunderhebung entgegen, dem in den vorgetragenen Fällen nicht entsprochen wurde. In den Begutachtungsaufträgen der Pflegekasse für den MD existiert für einen entsprechenden Wunsch allerdings kein Standardfeld. Aus der Sicht der Ombudsperson wäre dies wünschenswert bzw. bei hochaltrigen Pflegebedürftigen ein zeitliches Raster für die persönliche Begutachtung von Vorteil. In Einzelfällen führten die Corona-Pandemie und der angestrebte Schutz der vulnerablen Gruppe der Pflegebedürftigen dazu, dass hier noch keine persönliche Begutachtung bei Hochaltrigen, sondern mehrfach nacheinander Begutachtungen nach Aktenlage erfolgten.

Eingaben zur Rubrik „Personal“ und „Auftreten“ waren im Vergleich zum Jahr 2022 vermehrt zu verzeichnen.

Im Telefonkontakt konnte mancher dieser Kritikpunkte beseitigt werden.

Im Vordergrund stand die Kritik, im Begutachtungsprozess hätte der/die Gutachter/in sich zu stark auf die Eingabe in den Laptop konzentriert und den Austausch mit den Betroffenen vernachlässigt.

Die Ombudsperson hat im Dezember 2023 an einem Tag persönlich an Pflegebegutachtungen teilgenommen. Die 4 begleiteten Begutachtungen waren in ihren Anforderungen und der jeweiligen Pflegebedürftigkeit alle unterschiedlich. Die sprachliche Verständigung, eine bestehende Behinderung, ein alleinlebender Versicherter, ein geringer Bildungsstatus und Einkommensarmut stellten im Begutachtungsprozess besondere Herausforderungen dar. Sie wurden vom Gutachter in einer empathischen, auf die Betroffenen eingehenden Weise gelöst.

Eine Weiterbildungsnotwendigkeit der Gutachter/innen in diesem Feld ist aus Sicht der Ombudsperson angezeigt.

#### **4.1 WIEDERHOLUNGSBEGUTACHTUNG / HÖHERSTUFUNGSANTRÄGE**

---

In dem bundesweit von den Medizinischen Diensten zu nutzenden Formulargutachten sind im Bereich der zur Ermittlung einer Pflegebedürftigkeit zu bewertenden Module freie Eingaben nur begrenzt möglich.

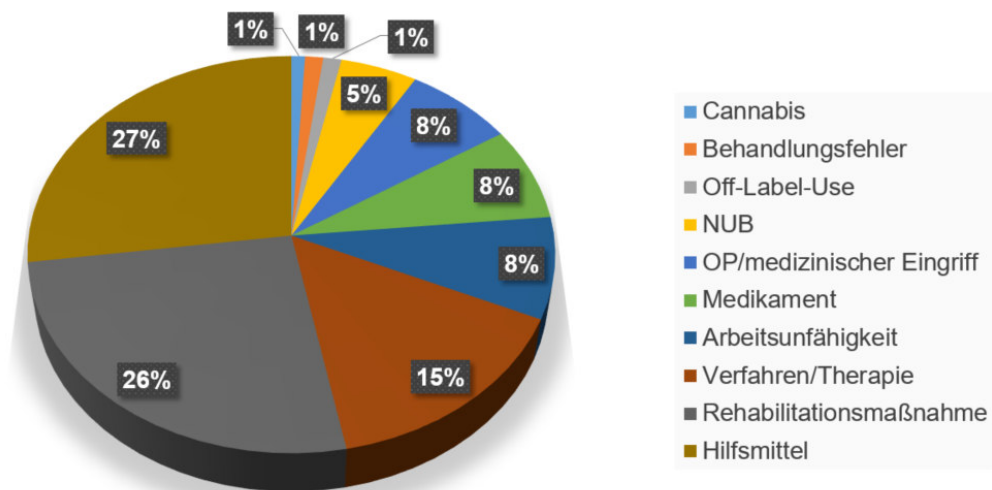
Im Eingangstext der Gutachten wird bei Widerspruchs-, Wiederholungs- oder Höherstufungsgutachten auf die Bewertung der einzelnen Module im Vorgutachten eingegangen.

Für die Betroffenen leichter und besser nachzuvollziehen ist aber die folgende Darstellung:

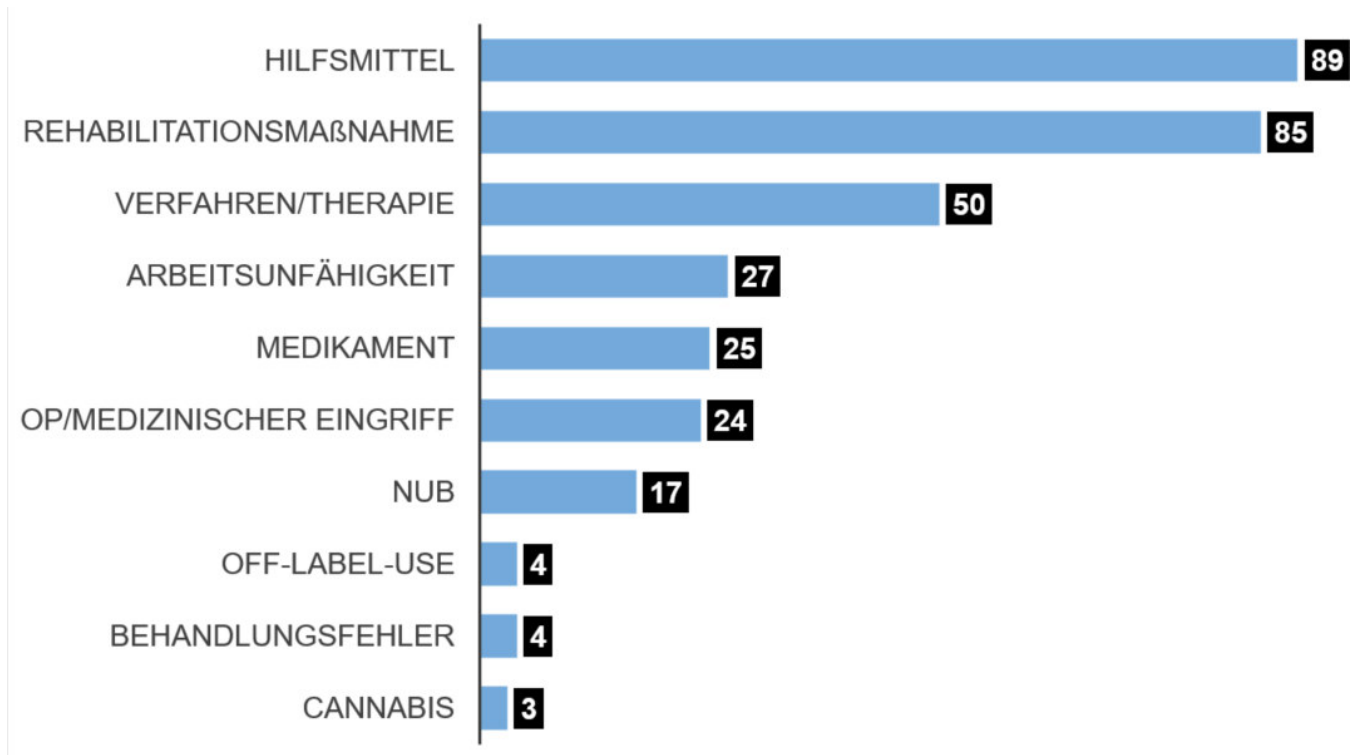
	Vorgutachten	Aktuell
1. Mobilität	7,50	7,50
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (aktuell keine Einschränkungen erkennbar)	3,75	0,00
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	0,00	0,00
4. Selbstversorgung (geringerer Hilfebedarf beim Kleiden, selbstständiges Essen und Trinken, Wegfall des SPK)	30,00	20,00
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (Wegfall der Verbandswechsel am SPK)	10,00	5,00
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Selbstständige Kontaktpflege, geringer Hilfebedarf in der Tagesgestaltung)	7,50	3,75
	58,75	36,25

## 5 ANLIEGEN / BESCHWERDEN IM BEREICH DER KRANKENVERSICHERUNG

Die Häufigkeitsverteilung der Eingaben zu einzelnen gutachtlichen Fragen im Bereich der Krankenversicherung sind den nachfolgenden Diagrammen zu entnehmen:

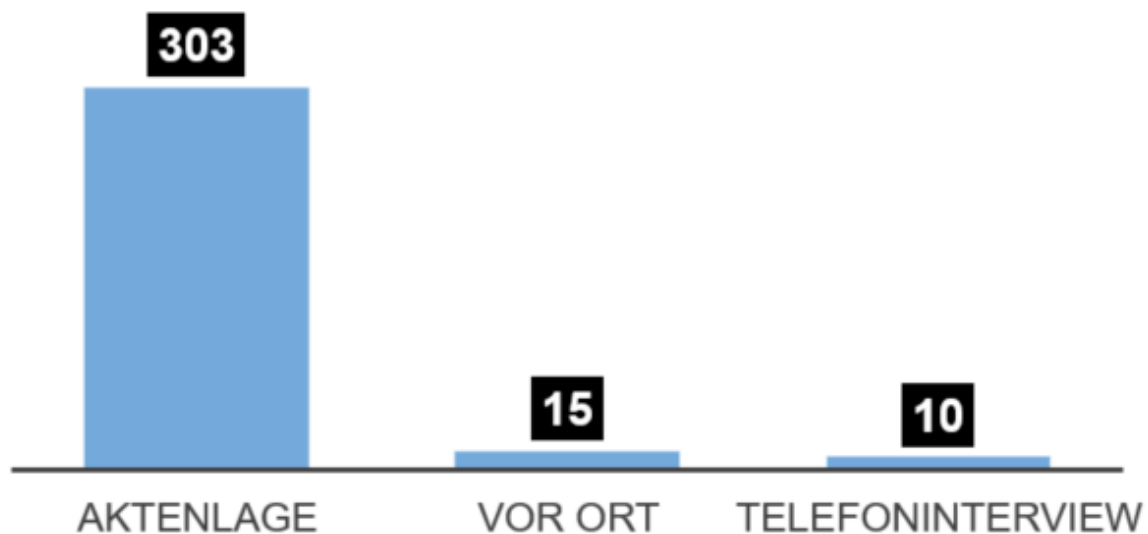


Auf sozialmedizinische Gutachten im Bereich der Hilfsmittel bezogen sich die meisten Eingaben (89 Fälle entsprechend 27%), dicht gefolgt von denjenigen zum Bereich Rehabilitationsmaßnahmen mit 85 Beschwerden (26 %).

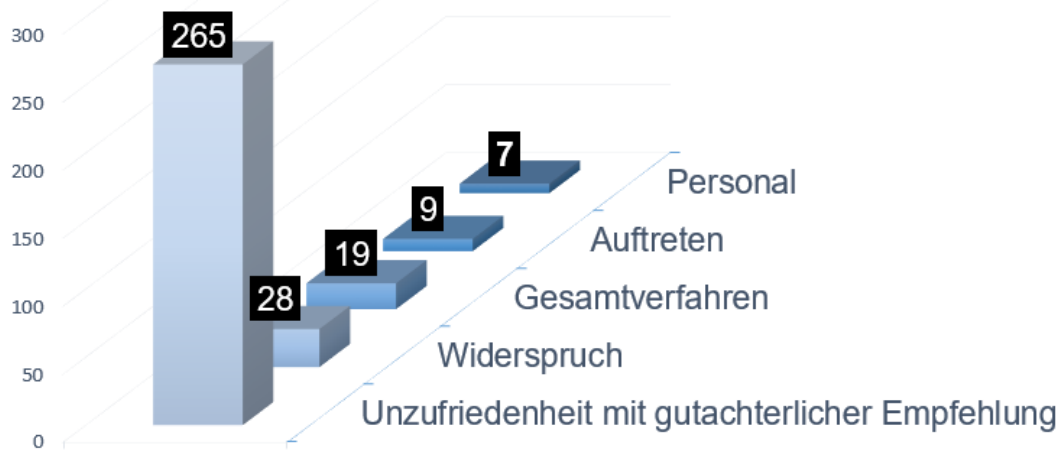


Insbesondere fühlten sich Versicherte durch fehlende erläuternde Entscheidungsgründe in Leistungsbescheiden betroffen. Dieser Sachverhalt wurde schon in den Jahresberichten 2021 und 2022 thematisiert.

## Begutachtungsarten im Bereich der Krankenversicherung



## Beschwerdegegenstand im Bereich der Krankenversicherung



## 6 BEGUTACHTUNGEN VON PERSONENGRUPPEN UND SPEZIELLEN ERKRANKUNGEN

Sowohl bei sozialmedizinischen Gutachten als auch in Pflegebegutachtungen sollten bei Kindern sowie bei Personen mit Erkrankungen des psychiatrischen Formenkreises besonders geschulte GutachterInnen zum Einsatz kommen. In den Begutachtungsrichtlinien wird dieses auch empfohlen.

Die Eingaben zu den Rubriken Personal / Kompetenz verdeutlichen, dass hier den Empfehlungen der Richtlinien noch konsequenter Rechnung getragen werden sollte.

Bei den sozialmedizinischen Gutachten zur Mammareduktion empfiehlt sich der vorrangige Einsatz von Ärztinnen bei persönlichen Begutachtungen.

## 7 HILFSMITTELVERSORGUNG FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG

Die Ausführungen des letzten Berichtes müssen an dieser Stelle wiederholt werden. Bei den Medizinischen Diensten hat sich die für Fragen der Kassen zu einer Hilfsmittelversorgung fachlich zuständige Sozialmedizinische Expertengruppe (SEG 5) mit dem Thema „Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation“ auseinandergesetzt und den zentralen Begutachtungsleitfaden (BGL) überarbeitet.

Mit Datum vom 23.11.2023 hat der Medizinische Dienst Bund den Begutachtungsleitfaden Hilfsmittel herausgegeben. Er ist von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet worden.

Im Vorwort dazu heißt es:

„Der Leitfaden basiert auf den Festlegungen des Gesetzgebers in den Sozialgesetzbüchern V, IX und XII, den Regelungen des GBA in der Hilfsmittelrichtlinie und der höchstrichterlichen Rechtsprechung des BSG zum Zeitpunkt dieses Dokuments.“

Die Umsetzung des Begutachtungsleitfadens wird das Jahr 2024 in Anspruch nehmen.

Hinweise zur teilhabeorientierten Sachermittlung, Prüfung der Erforderlichkeit und einer Bedarfsfeststellung wurden im Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe bereits angepasst und in interne Arbeitshilfen integriert, darüber hinaus sind im ersten Quartal 2024 Schulungen zum Thema „Hilfsmittel und Teilhabe“ zu Besonderheiten bei einzelnen Begutachtungsanlässen (z. B. Reha-Technik, Orthopädietechnik, Hörhilfen etc.) geplant.

Es ist zu hoffen, dass der neue Begutachtungsleitfaden zu einer weiteren Klärung der Ansprüche von behinderten Menschen führt.

Neben einem Gutachten des VdK NRW zu diesem Thema:

[https://www.vdk.de/nrw/downloadmime/6679/Gutachten\\_Sozialverband\\_VdK\\_NRW.pdf](https://www.vdk.de/nrw/downloadmime/6679/Gutachten_Sozialverband_VdK_NRW.pdf)

ist auch der Begutachtungsleitfaden Hilfsmittel unter folgendem Link abrufbar:

[https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen\\_GKV/BGL\\_Hilfsmittel\\_240111.pdf](https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGL_Hilfsmittel_240111.pdf)

In den aktuellen Eingaben war in den Fragestellungen der Kassen bzw. in der Fallberatung und in sozialmedizinischen Gutachten zum Teil noch keine hinreichende Veränderung festzustellen. Es ist zu hoffen, dass mit der Verabschiedung des neuen Begutachtungsleitfadens zum 23. November den Teilhabebelangen der Menschen mit Behinderungen nun hinreichend Rechnung getragen wird. Darin heißt es:

„Die möglicherweise leistungsrechtlichen Konsequenzen aus den, durch das BTHG geänderten Gesetzesgrundlagen, das Benachteiligungsverbot des Grundgesetzes, der genannten Urteile des BSG, des BVerfG und dem Willen des Gesetzgebers nach Umsetzung der UN-BRK ist nicht Inhalt der Begutachtung nach § 275 SGB V. Das Gutachten hat frei von rechtlichen und leistungsrechtlichen Wertungen zu sein.“

Bei der Begutachtung von Versorgungsmitteln zur Vorbeugung einer Behinderung oder zum Behinderungsausgleich ist neben dem SGB V auch das SGB IX zu beachten.

Bei der Bewertung des Rehabilitationsbedarfs sollen durch den Gutachter die folgenden Punkte gemäß § 13 Abs.2 des SGB IX berücksichtigt werden:

1. Liegt eine Behinderung vor oder droht eine solche einzutreten?
2. Welche Auswirkung hat die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten?
3. Welche Ziele sollen mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden?
4. Welche Leistungen sind im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich?

Im Bedarfsfall erfolgt eine weitergehende Recherche über die Krankenkasse.

Sind bei der Hilfsmittelversorgung Teilhabeaspekte betroffen, die nachvollziehbar die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder der sozialen Teilhabe betreffen, ist der Krankenkasse ein Hinweis zu geben.

Durch an mich herangetragene Fälle ist bisher festzustellen, dass in einzelnen Gutachten die Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbandes vorangestellt wird, aber den Urteilen des Bundessozialgerichtes zur Teilhabeorientierung nicht hinreichend Rechnung getragen wurde, unabhängig von der Frage, inwieweit rechtliche Maßgaben in welchem Umfang Bestandteil von sozialmedizinischen Gutachten sein müssen.

In einigen Fällen wird auf die Fristen nach § 14 SGB IX verwiesen. In der Mehrzahl war dies nicht der Fall. Die Rechtsfolgen sind im § 18 SGB IX normiert.

## **8 REHA NACH § 40 SGB V UND VORSORGEMAßNAHMEN NACH § 23 SGB V**

---

Sozialmedizinische Begutachtungen zu Anträgen auf eine Rehabilitationsmaßnahme waren nach Hilfsmitteln der zweithäufigste Grund von Einwendungen im Bereich Krankenversicherung. In Gutachten, wie in den Leistungsentscheidungen der Kassen, erfolgt häufig der Verweis auf den gesetzlichen Vorrang von ambulanten vor stationären Leistungen. Ob allerdings eine ambulante Durchführung einer sozialmedizinisch grundsätzlich als nötig erachteten Versorgung aufgrund der bestehenden Erkrankung in zumutbarer Erreichbarkeit gewährleistet werden kann, ist im ländlichen Raum des Versorgungsgebietes des MD Westfalen- Lippe für die Versicherten durchaus von Relevanz. Ein entsprechender Hinweis im sozialmedizinischen Gutachten wäre hilfreich.

Die Beantragung einer stationären Rehabilitation erfolgt auf einem standardisierten Vordruck (Muster 61).

Für pflegende Angehörige erfolgt die Gewährung einer Vorsorgemaßnahme nach § 23 SGB V und einer Rehabilitationsmaßnahme, mit dem Kontextfaktor pflegender Angehöriger, nach § 40 SGB V.

Eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erscheint seitens der Ombudsperson durch den geregelten Rechtsanspruch verzichtbar. Es erfolgen unnötige Begutachtungsaufträge nach § 40 SGB V. Ab 01.07.2024 besteht ein Rechtsanspruch, der die Mitnahme des zu pflegenden Partners beinhaltet.

## **9 AUSTAUSCH DER OMBUDSPERSON**

---

Alle Ombudspersonen bei den Medizinischen Diensten tauschen sich in vielfältiger Weise aus.

Im Jahr 2023 gab es ein Präsenztreffen beim MD Berlin-Brandenburg. Nachdem auch der MD Bund seine Ombudsperson bestellt hat, ist der gesetzliche Auftrag umfassend realisiert.



Diese Treffen werden kontinuierlich weitergeführt.

Verabredet sind abgestimmte Reaktionsmaßnahmen und die Behandlung von Widersprüchen.

Ebenfalls gab es ein Treffen mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung in Berlin. Bei zukünftigen Treffen soll auch die Pflegebeauftragte der Bundesregierung einbezogen werden.

Auf NRW-Ebene gab es zusammen mit der Ombudsperson des MD Nordrhein einen Austausch mit den vdek-Kassen sowie mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen.

Turnusgemäß gab es einen Austausch mit der Aufsicht des Landes NRW im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Mit einzelnen Mitgliedern des Verwaltungsrates gab es auf deren Wunsch einen Austausch über die Arbeit der Ombudsperson.