

Ombudsperson

Kurt Rauch

Geschäftsstelle Ombudsperson

Medizinischer Dienst Saarland

Dudweiler Landstraße 151

66123 Saarbrücken

Telefon: 0681 93667-181

ombudsperson@md-saarland.de

Unser Zeichen: kura

Datum: 10.02.2022

Bericht der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Saarland über die Tätigkeiten des Jahres 2021

A. Vorbemerkung:

1. § 278 Abs. 3 Satz 2 SGB V bestimmt, dass die Ombudsperson der Medizinischen Dienste (MD) dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde jährlich über ihre Tätigkeiten nach Satz 1 berichtet; 3 Monate nach Zuleitung an den Verwaltungsrat und die Aufsichtsbehörde ist der Bericht zu veröffentlichen.
2. Mit dem sogenannten „MDK-Reformgesetz“ (Art. 1 Nr. 25 des Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen, BGBl. I 2019, 2789), welches schrittweise seit 1.1.2020 in Kraft getreten ist, wird nach der Gesetzesbegründung die Stärkung der ehemals als Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) bezeichneten MD beabsichtigt. Die Unabhängigkeit der einzelnen MD soll ebenso gewährleistet werden wie die Transparenz über das Prüfgeschehen.

Die Gesetzesbegründung gibt weiter an, dass in den letzten Jahren wiederholt kritisch hinterfragt wurde, inwiefern die MDK unabhängig von den Kranken- und Pflegekassen sind. Das MDK-Reformgesetz soll Abhilfe schaffen. Alle MD, auch die in den neuen Bundesländern, sind nunmehr keine Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mehr, sondern Körperschaften des öffentlichen Rechts und damit nach außen hin organisatorisch von den Kranken- und Pflegekassen abgekoppelt.

Die Besetzung der Verwaltungsräte als maßgebliche Entscheidungsgremien der MD wurde neu geregelt. Künftig sind auch Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen, der Verbraucherinnen und Verbraucher, der Ärzteschaft und der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten. Im 23-köpfigen Verwaltungsrat (§ 282 Abs. 2 SGB V) sind zudem 16 Vertreter, die von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Krankenkassen gewählt werden (§ 282 Abs. 2 Nr. 1, § 279 Abs. 4 Satz 1 SGB V).

In § 278 Abs. 3 SGB V ist geregelt, dass bei jedem MD eine unabhängige Ombudsperson bestellt wird, an die sich sowohl Beschäftigte des MD bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussung durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des MD vertraulich wenden können. Es wird also die Möglichkeit geschaffen, sowohl intern durch Beschäftigte als auch extern durch Versicherte eine Beschwerdestelle anzurufen, die außerhalb der Organisation frei und unabhängig von Weisungen tätig wird. Die Anrufung der Ombudsperson durch Bedienstete und insbesondere Sachverständige des MD ist dabei als Absicherung zu sehen, sollten die Politik, die Kassen, die die Mehrzahl der Delegierten in den Verwaltungsrat entsenden, oder sonstige Dritte unmittelbar oder mittelbar Einfluss auf die Sachverständigen zu nehmen versuchen.

In der Gesetzesbegründung ist weiter zu lesen, dass die Reform ein wichtiger Schritt zur Unabhängigkeit der MD ist. Die Ombudsperson ist zudem ein wesentliches Element des Beschwerdemanagements. Berichtspflichten bestehen gegenüber dem Verwaltungsrat und der Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form in der Regel jährlich.

Ergänzt wird diese Rechtsnorm durch die Satzung des jeweiligen MD (im Saarland § 17) sowie untergesetzlich durch Richtlinien des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 Alt. 2 SGB V (UOP-RL) vom 9.6.2021 (künftig: Richtlinie) zur Bestellung, unabhängigen Aufgabenwahrnehmung und Vergütung der Ombudsperson.

Im Frühjahr 2021 wurde ich sowohl vom Geschäftsführer des damaligen MDK Saarland als auch vom Vorsitzenden des Verwaltungsrats angesprochen, ob ich mir vorstellen könne, diese Aufgabe für den MDK Saarland zu übernehmen. In meiner Tätigkeit als Richter am Landessozialgericht für das Saarland war ich unter anderem sowohl für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als auch die soziale Pflegeversicherung (SPV) in Berufungsverfahren zuständig. Ich bin daher mit Tätigkeit und Aufgaben des MDK vertraut. Nach kurzer Überlegung und Gesprächen mit den Verantwortungsträgern hat mich der Verwaltungsrat am 9.7.2021 zur Ombudsperson bestellt. Anschließend wurde diese Bestellung

in eine vertragliche Vereinbarung gekleidet. Die Tätigkeit begann am 1.9.2021. Damit war der MD Saarland einer der ersten MD, die gesetzestreu und zeitnah eine Ombudsperson bestellte. Der MD hat mich mit einer Geschäftsstelle vor Ort ausgestattet sowie mit einer elektronischen Anbindung durch einen Laptop sowie ein Mobiltelefon, um die Fälle schriftlich und fernmündlich bearbeiten zu können.

B. Umsetzung der Informationen zur Ombudsperson:

Zeitnah zur Bestellung veröffentlichte der MD die Daten zum Zugang zur Ombudsperson auf der eigenen Homepage. Dennoch war in der ersten Phase der Tätigkeit der Ombudsperson diese Beschwerdemöglichkeit den Versicherten noch nicht hinreichend bekannt. Nachdem der Vorstand des MD den Kranken- und Pflegekassen die Bestellung der Ombudsperson für das Saarland mitgeteilt hatte, informierten die Kassen ihre Versicherten. Gesetzlich sind diese verpflichtet, dann, wenn ein Leistungsantrag der Versicherten abgelehnt wird und dieser Ablehnung eine gutachtliche Stellungnahme des MD zugrunde liegt, im Bescheid den Versicherten nicht nur das Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme des MD und die wesentlichen Gründe für das Ergebnis mitzuteilen, sondern auch auf die Möglichkeit einer vertraulichen Beschwerde an die Ombudsperson hinzuweisen (§ 275 Abs 3c SGB V). Für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung regelt § 18 Abs. 3 Satz 13 SGB XI Ähnliches, dort allerdings nach § 18 Abs. 3 Satz 1 nur bezüglich Anträgen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, ausdrücklich nicht aber bei anderen Bescheiden im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung, bei denen der MD involviert war. Diese Belehrungspflichten sind gesondert geregelt; sie haben letztlich nichts mit der Möglichkeit zu tun, die Ombudsperson anzurufen. Die Errichtung einer Ombudsstelle und deren Zuständigkeit betrifft nicht nur Versicherte, die ablehnende Bescheide unter Beteiligung des MD erhalten haben, sondern alle, die sich über die Art und Weise der Tätigkeit des MD beschweren wollen.

C. Ablauf und Statistiken:

Im Jahr 2021 sind ab September (Beginn der Tätigkeit) insgesamt 10 Beschwerden eingegangen, 9 externe von Versicherten bzw. deren Angehörigen und eine interne. Im Einvernehmen mit Verwaltungsrat und Vorstand habe ich für interne Beschwerden durch Beschäftigte, insbesondere Sachverständige des MD, eine unmittelbare Zugriffsmöglichkeit zur Ombudsperson ohne Beteiligung der Geschäftsstelle geschaffen, um absolute Diskretion und Anonymität zu bewahren, sofern dies gewünscht wird. Die eine interne Beschwerde erfolgte auch durch

einen solchen unmittelbaren Kontakt zu mir ohne Einbindung der Geschäftsstelle.

Die Beschwerdeführer wenden sich dabei an die Geschäftsstelle der Ombudsperson schriftlich, fernmündlich oder per Mail. Die Geschäftsstelle übermittelt eine Eingangsbestätigung, bei Telefonaten mit einer kurzen Wiedergabe des Inhalts des Gesprächs, und leitet den Fall direkt an mich weiter. Ich kontaktiere die Person meist fernmündlich, aber auch per Mail oder schriftlich. Bei Telefonaten, die häufig schon abhelfen konnten, erstelle ich eine Aktennotiz und verfasse als Zwischennachricht oder endgültige Antwort eine schriftliche Stellungnahme an die Petentin oder den Petenten.

Von den 9 externen Beschwerden betrafen 6 den Bereich GKV, 3 die SPV. Die externen Beschwerden wurden teils per Mail oder Post an die Geschäftsstelle gerichtet, teils dort telefonisch erhoben. Auf die Monate verteilt:

Monat 2021	Extern	Intern	gesamt
September	0	0	0
Oktober	2	0	2
November	4	0	4
Dezember	3	1	4

D. Einzelfälle:

1. Dauer der Begutachtungen in Widerspruchsverfahren: Zwei Beschwerden betrafen eine aus Sicht der Beschwerdeführer zu lange Dauer der Widerspruchsbegutachtungen. In beiden Fällen ging es um die Versorgung mit Hörgeräten. Ich habe die jeweiligen Vorsorgebevollmächtigten telefonisch um Zustimmung gebeten, die Verfahren an das interne Beschwerdemanagement (BM) des MD weiterzuleiten. Diese wurde jeweils erteilt. Zwar ist in diesen Fällen die Anonymität nicht mehr gewährleistet, allerdings ist der Zugriff auf interne Daten des MD durch das BM wesentlich einfacher, effektiver sowie schneller. In beiden Fällen hat das BM sehr schnell reagiert, ermittelt und den Beschwerdeführern eine schlüssige und nachvollziehbare Antwort übermittelt, die den Beschwerdegrund entfallen ließ.

Bei solchen einzelfallbezogenen Sachstandsnachfragen halte ich die Einbeziehung des internen BM für sinnvoll und zur schnellen Bearbeitung sogar für notwendig. Dies geht natürlich nur mit Zustimmung der Petenten. Speziell bei fachärztlichen MD-Gutachten kann es offenbar zu Verzögerungen kommen, weil

fachärztliche Sachverständige beim MD pro speziellem Fachgebiet nicht zahlreich sind. Betrachtet man zudem die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) in der Hilfsmittelrichtlinie aufgestellten äußerst umfangreichen Voraussetzungen bei der Überprüfung der Versorgung mit Hörgeräten (§§ 18 bis 30 dieser Richtlinie), ist nachvollziehbar, dass die Begutachtung sehr zeitaufwändig sein kann. Die zeitlichen Verzögerungen bei Begutachtungen in Widerspruchsverfahren mögen auch daran liegen, dass der MD gemäß § 18 Abs. 3 SGB XI mit großem Zeitdruck an der Erstbegutachtung, die zum Ausgangsbescheid führt, arbeiten muss. Bei geringen personellen Ressourcen kann dies wohl dazu führen, dass die Begutachtungen im Widerspruchsverfahren länger dauern. Der Vorstand wurde hierüber informiert; das interne BM hat sich der Sache angenommen. Da es sich bislang nur um punktuelle Beschwerden handelte, sehe ich noch keine Veranlassung, weitere Vorschläge zu unterbreiten.

2. Beschwerden über das Verhalten in Untersuchungen: Eine Beschwerde aus dem Bereich der SPV betraf die Behauptung der Beschwerdeführerin, bei der Untersuchung und der Begutachtung seien vorhandene Vorbefunde und Angaben der Versicherten nicht beachtet worden. Da die Vorhaltungen sehr allgemein waren, habe ich mich telefonisch mit der Beschwerdeführerin in Verbindung gesetzt, die mir dies näher erläuterte. Anschließend habe ich die Sachverständige gebeten, mir ihre Sicht der Dinge darzulegen. Grund für den unmittelbaren Kontakt mit der Sachverständigen war, dass ich bezüglich dieser Sachverständigen die Vertraulichkeit der Sachbearbeitung durch mich bewahren wollte. Offenbar nach Rücksprache mit Vorgesetzten hat mir dann die Sachverständige umfassende Auskünfte gegeben und ich konnte die Beschwerdeführerin entsprechend informieren (weitestgehend waren die Vorbefunde dem MD schon bekannt).

Durch das interne BM habe ich erfahren, dass dort in ähnlichen Fällen zunächst Auskünfte von den Sachgebietsleitungen eingeholt werden, um den oder die entsprechende Sachverständige nicht unmittelbar in die Beschwerde einzubinden. Es ist für die Arbeit als Ombudsperson eine Abwägung zwischen der Wahrung der Vertraulichkeit (dann unmittelbarer Kontakt zum oder zur Sachverständigen mit Nachfrage, ob die Sachgebietsleitung eingebunden werden soll) und dem Schutz der Gutachter vor ungerechtfertigten Beschwerden. Man sollte diese Abwägung von Fall zu Fall vornehmen.

3. Beschwerde zur Reha-Begutachtung: In einem Fall aus dem Bereich der GKV handelte die Beschwerde davon, dass in einem Pflegegutachten der SPV nach dem SGB XI zuvor eine (geriatrische) Rehamassnahme empfohlen wurde, nach einem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person jedoch der MD in seiner fachlichen Stellungnahme im Rahmen des SGB V die Rehafähigkeit verneint

hatte. Dass dies unbefriedigend ist und vermieden werden sollte, steht außer Frage. Auch hier wurde mit Einverständnis des Vertretungsberechtigten das interne BM eingeschaltet. Bei der Frage der Rehafähigkeit kann es sicherlich in Einzelfällen zu unterschiedlichen Einschätzungen der Pflegekräfte im Rahmen von Pflegebegutachtungen und der Ärztinnen und Ärzte im Rahmen von Gutachten nach dem SGB V kommen. Die Sachverständigen im Bereich des SGB V haben aber normalerweise auch Zugriff zu vorherigen Begutachtungen im Bereich der Pflege und können daher die Einschätzung der Pflegekräfte bei der Aussage, ob Rehamassnahmen geboten sind oder nicht, einsehen. Das interne Beschwerdemanagement hat zugesagt, noch einmal auf diese Problematik hinzuweisen.

4. Beschwerden über inhaltliche Aussagen der Gutachten des MD und über Entscheidungen der Kranken- und Pflegekassen: einige Beschwerden betrafen die Unzufriedenheit mit der Entscheidung von Kranken- und Pflegekassen nach entsprechenden Begutachtungen durch den MD. In diesen Fällen war es meine Aufgabe, die Versicherten darüber zu informieren, dass ich weder rechtsberatend tätig sein darf noch wegen der Unabhängigkeit und Fachkenntnis der Sachverständigen inhaltlich die Angaben des MD (auch mangels fehlender eigener Sachkenntnis) überprüfen kann. Offenbar sehen einige Beschwerdeführer die auf der Homepage genannte berufliche Vortätigkeit und meinen, ich könne auch als Ombudsperson die Probleme justiziell angehen. In diesen Fällen konnte ich durch Telefonate und Schreiben die Beschwerdeführer über meine Zuständigkeiten informieren und sie darauf hinweisen, dass sie die Rechtsbehelfsbelehrung in den Bescheiden genau durchlesen und gegebenenfalls danach handeln sollten. Obwohl der Ombudsperson nicht nur in den Richtlinien, sondern auch durch das Rechtsdienstleistungsgesetz (beachte vor allem § 5, der kaum eingreifen dürfte) und die Bundesrechtsanwaltsordnung Rechtsberatungen nicht erlaubt sind, ist bei Gesprächen oder Korrespondenz mit den Beschwerdeführern die Grenzziehung oft schwierig. Häufig hatte ich den Ratsschlag gegeben, sich rechtlich beraten zu lassen, aber auch auf Gesetzesbestimmungen hingewiesen, die den teilweise verzweifelten Beschwerdeführern weiterhalfen. In einem recht extremen Fall hat mich die Beschwerdeführerin intensiv darauf hingewiesen, ich solle dafür sorgen, dass sie bestimmte Hilfsmittel erhält, dass ein Urteil in einer Arzthaftungssache korrigiert wird, sie bestimmte medizinische Maßnahmen und einen höheren Pflegegrad erhält; der MD habe sie regelrecht ohne Vorankündigung „überfallen“ und die Begutachtung abgebrochen, als sie keine Corona-Schutzmaske angezogen habe. Nur der letztere Teilaspekt der Pflegebegutachtung hat mich veranlasst, das interne BM einzuschalten, das den Fall auch diesbezüglich beschieden hat. Da die konkrete Empfehlung, mich für all diese Fälle einzuschalten, offenbar dem Ratsschlag eines Behindertenverbandes entsprungen ist, habe ich diesen gesondert darüber

informiert, welches meine alleinigen Zuständigkeiten im Rahmen der Tätigkeit für den MD sind.

Ein anderer Fall betraf die Unzufriedenheit mit einer fachlich ablehnenden Aussage des MD zur Gabe von Cannabis - entgegen der Auffassung eines Chefarztes. Auch hier sprach ich mit dem Beschwerdeführer und erklärte ihm, dass die Ombudsperson zu inhaltlichen Differenzen nicht Stellung nehmen kann, sondern die Rechtsbehelfe dafür zu nutzen sind.

In einem weiteren Fall wurde ich gebeten, ein Akteneinsichtnahmerecht nach § 630g BGB den Ärzten gegenüber durchzusetzen. Auch hier half nur der Ratsschlag, sich an einen Rechtsanwalt oder eine Rechtsanwältin zu wenden.

5. Länderübergreifendes Tätigwerden des MD: ein Beschwerdefall betraf eine Versicherte, die in Rheinland-Pfalz wohnte, die aber einen ablehnenden Bescheid der Krankenkasse mit dem Hinweis erhalten hat, sie könne sich bei der Ombudsperson des MD Saarland beschweren. Dies war für mich nicht schlüssig, denn für mich war bis dahin das Wohnortprinzip beim Tätigwerden des Medizinischen Dienstes gültig. Aus diesem Grund notwendige Erkundigungen bei der Krankenkasse und beim MD haben aber ergeben, dass bei ersten Sozialmedizinischen Fallberatungen (SFB) gemäß Übereinkunft der MD das Wohnortprinzip teilweise modifiziert wird, wobei bei SFB häufig nicht der Wohnort der Versicherten, sondern die örtliche Sonderzuständigkeit der jeweiligen (Ersatz-)Krankenkasse für bestimmte Teilbereiche (Reha, Krankengeld etc.) ausschlaggebend für die örtliche Zuständigkeit des MD ist. Dies ist offenbar für die MD-Gemeinschaft langjährige Übung, für Außenstehende und auch Ombudspersonen aber intransparent. In meinem Fall war es so, dass durch diese Krankenkasse für den hier maßgeblichen Teilbereich der Rehabilitation der MD Saarland auch bei Versicherten in Rheinland-Pfalz angerufen wird. Der Vorstand des MD hat mich umfassend und detailliert über diese Vereinbarungen und die Hintergründe informiert.

Einige Überlegungen zu dieser Thematik seien mir in meinem ersten Bericht erlaubt, obwohl diese nicht den Kernbereich meiner Tätigkeit betrifft und ich die einzelnen Regelungen der MD hierzu nicht kenne.

Klar ist in Übereinstimmung mit der Auffassung des Vorstands des MD Saarland, dass in diesen Fällen die Ombudsperson des tätig gewordenen MD zuständig ist, nicht die Ombudsperson des Bundeslandes, in dem der oder die Versicherte wohnt. Also habe ich mich der Sache angenommen.

Gegen diese Verfahrensweise der MD ist aus meiner Sicht rechtlich nichts einzuwenden. Das SGB V regelt örtliche Zuständigkeiten für die MD im Sinne von § 278 Abs. 1 SGB V nicht. Insofern hat auch das Bundessozialgericht (BSG, Urteil vom 17.12.2013, B 1 KR 52/12 R, Rn. 15 ff.) keine Bedenken an länderübergreifendem Tätigwerden der MD geäußert.

Diese schon länger bestehenden Vereinbarungen mögen der Tatsache geschuldet sein, dass (früher) die MDK häufig bei den Krankenkassen vor Ort waren, um diese SFB abzugeben. Im Zeitalter der Digitalisierung erscheint dies aus meiner Sicht nicht mehr zwingend, zumal in Fällen der Fortführung des Verfahrens nicht nur mehrere MD involviert sein werden, sondern gegebenenfalls auch mehrere Ombudspersonen. Man sollte sich überlegen, ob die Durchbrechung des Wohnortsprinzips bei SFB wirklich so viele Vorteile bringt. Ich kann mir auch nie sicher sein, ob ich bei einer Beschwerde eines Versicherten aus dem Saarland als Ombudsperson zuständig bin oder ich die Versicherten an eine Ombudsperson eines anderen Bundeslandes verweisen muss, wenn der dortige MD für die SFB tätig war. Ombudspersonen müssen daher in einem ersten Schritt immer prüfen, welcher MD bei der Beschwerde gemeint ist. Dies wissen aber selbst die Betroffenen nur in den seltensten Fällen, denn Bescheide nach einer SFB erhalten in der Regel keinen Hinweis auf den örtlich tätig gewordenen MD. Man braucht Auskünfte der Kasse bzw. des MD und damit in aller Regel die Zustimmung des oder der Betroffenen, um alleine die Zuständigkeit zu klären. Konsequenz zu Ende gedacht wäre es dann auch so, dass sich die örtliche Zuständigkeit des MD ändert, wenn die (Ersatz)-Kassen andere Spezialzuständigkeiten im Rahmen der Zentralisierungen und Spezialisierungen regeln. Eine gewisse Abhängigkeit der MD von den internen Zuständigkeitsplanungen der Kassen wäre die Folge. Dies würde die gesetzlich geschaffene Unabhängigkeit der MD einschränken.

Im Übrigen wäre im konkreten Fall eine Weiterverweisung an die Ombudsperson in Rheinland-Pfalz gar nicht möglich gewesen, weil dort noch keine bestimmt wurde. Ich wäre gezwungen gewesen, die Beschwerde an den Vorstand des dortigen MD weiterzuleiten.

Ein „Zufallsfund“ war in diesem Fall, dass der übermittelte Bescheid der Krankenkasse in großer Schrift einen Hinweis auf die Anrufung der Ombudsperson im Saarland enthielt, am Ende in wesentlich kleinerer Schriftgröße der Hinweis auf die möglichen Rechtsbehelfe zu finden war. Dies kann natürlich dazu führen, dass primär die Ombudsperson angerufen wird, obwohl die effektiven Rechtsbehelfe andere sind. Bei dieser Verfahrensweise besteht die Gefahr, dass Widerspruchsfristen versäumt werden, wenn primär das Beschwerdeverfahren des § 278 Abs. 3 SGB V gewählt wird. Auch dies werde ich weiter

beobachten und gegebenenfalls die Krankenkasse(n) auf dieses Missverhältnis hinweisen.

6. Interne Beschwerde: diese unmittelbar an mich gerichtete Beschwerde betraf einen Fall innerbetrieblicher Problematik. Ich habe darauf verwiesen, dass ich nur bei Beschwerden gegen einen Eingriff auf Einflussversuche von außen oder sonstigen "Unregelmäßigkeiten" eingreifen könne, nicht aber bei persönlichen, organisatorischen oder fachlichen Problemen innerhalb von Arbeitsgruppen. Eine Rückfrage ergab dann, dass sich das Problem in innerbetrieblichen Gesprächen schnell lösen ließ.

E. Sonstige Anregungen:

1. Status der Ombudsperson: Der Gesetzgeber hat die Einrichtung der Ombudsperson in § 278 Abs. 3 SGB V relativ knapp geregelt. Der genaue Status der Ombudsperson ist unklar. Während beispielsweise bei Vorsitzenden von Schiedsstellen im Bereich des SGB häufig eine ehrenamtliche Tätigkeit definiert wird, ist dies bei der Ombudsperson nicht der Fall. Dies hat zum Beispiel erhebliche Auswirkungen für den Eintritt der gesetzlichen Unfallversicherung für diese Person, denn in § 2 Abs. 1 SGB VII findet sich keine Regelung diesbezüglich für Ombudspersonen, nur für ehrenamtlich Tätige. Rechtsprechung und Kommentierung lassen wohl auch eine Pflichtversicherung gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 9 SGB VII nicht zu. Über den Vorstand des MD ist daher eine Anfrage an die zuständige Berufsgenossenschaft gestellt worden. Ich möchte anregen, dass sich der Gesetzgeber dieser Thematik annimmt und gegebenenfalls klarstellend tätig wird. Eine ähnliche Problematik findet sich bei privaten Haftpflichtversicherungen. Dort wären auch nur ehrenamtliche Tätigkeiten mitversichert. Obwohl Haftungsfälle für Ombudspersonen kaum vorstellbar sind, wäre dies rechtlich zu klären
2. Richtlinie: Die Richtlinie zur Ombudsperson kann letztlich nur Hinweise für die MD geben, wie die gesetzlichen Regelungen umzusetzen sind. Inhaltlich erscheint sie mir weitgehend unproblematisch und auch für Ombudspersonen zur Gleichbehandlung der Fälle hilfreich. Konkrete Handlungsanordnungen an die Ombudsperson sind aber nicht möglich, da dies die Unabhängigkeit dieser Institution beeinträchtigen könnte. Was aus meiner Sicht rechtswidrig ist, ist die Erweiterung der Mitteilungs- und Berichtspflichten der Ombudsperson gegenüber dem Vorstand (3.2 und 3.3 der Richtlinie). Dies ist im Gesetz nicht vorgesehen. Ansprechpartner für die Jahresberichte ist ausschließlich der Verwaltungsrat, informatorisch zudem die Aufsichtsbehörde. Eine untergesetzliche Regelung kann gesetzliche Pflichten nicht erweitern, weshalb diese Richtlinienregelung keine entsprechende Verpflichtung gegenüber der Ombudsperson bestimmen darf. Der Richtliniengeber sollte sich damit befassen. Dennoch ist

es sinnvoll, eng mit dem Vorstand der MD zusammenzuarbeiten und vor allem das interne BM des MD einzubinden (Nr. 4 letzter Absatz der Richtlinie). Mit vorliegender Zustimmung des Verwaltungsrats wird der Bericht auch dem Vorstand gegenüber bekanntgegeben. Bislang verläuft aus meiner Sicht die Zusammenarbeit mit Vorstand und Beschwerdemanagement des MD im Sinne der Beschwerdeführer völlig reibungslos und gar vorbildlich.

Saarbrücken, 10.2.2022



Kurt Rauch, Ombudsperson MD Saarland