

**Stellungnahme
des Medizinischen Dienstes
des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
(MDS)**

**zur Anhörung des Entwurfs der Bundesregierung
eines Gesetzes zur
Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung
der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung
sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht
(GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz)
(BT-Drs. 18/10605)**

**sowie zum Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Patientenvertretung in der Gesundheitsversorgung stärken“
(BT-Drs. 18/10630)**

am 16. Januar 2017 in Berlin

I Vorbemerkung / Grundsätzliche Anmerkungen:

Nach dem Gesetzentwurf wird mit dem GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz das Ziel verfolgt, sowohl die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV mittels zusätzlicher Informations- und Kontrollrechte bei der Ausübung der ihnen obliegenden internen Überwachungspflichten zu stärken als auch mittels Einführung weiterer aufsichtsrechtlicher Instrumente die externe staatliche Kontrolle über die Spitzenorganisationen in der GKV weiter auszubauen. Vor dem Hintergrund des durch das Bundessozialgericht entwickelten Grundsatzes der maßvollen Ausübung der Aufsicht besteht die Herausforderung darin, die externen staatlichen Aufsichtsrechte soweit auszubauen, wie sie zur effektiven Sicher- und Wiederherstellung eines rechtmäßigen Zustandes einer Organisation notwendig sind, ohne dabei die Rechte der Selbstverwaltung über Gebühr einzuschränken.

Aus der Sicht des MDS wird der vorliegende Gesetzentwurf – ungeachtet einiger positiver Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf - dieser Herausforderung nicht gerecht. Regelungen, wie beispielsweise die Festlegung von Zwangsgeldern für die Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen in Höhe von bis zu 10 Mio. Euro (§ 217d Abs. 4 SGB V –neu -), die jederzeit möglichen Korrekturen einer bereits genehmigten Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrates oder die vorgesehene Bestellung eines „Entsandten für besondere Angelegenheiten“ (§ 217 h SGB V –neu -) sind Ausdruck eines tiefen Misstrauens der Politik gegenüber der Selbstverwaltung und ihrer Organisationen. Sie stellen die Selbstverwaltung in ihren Entscheidungsspielräumen und ihrer Eigenverantwortung in Frage und konterkarieren letztendlich die vermeintliche Stärkung der Selbstverwaltung.

Um die Selbstverwaltung als ein tragendes Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung und Garant für praxisnahe, gesellschaftlich akzeptierte und nachhaltige Entscheidungen nicht in Frage zu stellen, sind aus unserer Sicht die aufsichtsrechtlichen Bestimmungen in ihrer Regelungsbreite wie auch Regelungstiefe zu überdenken. So bedarf die erfreulicherweise im Vergleich zum Referentenentwurf vorgenommene Einengung der Voraussetzung für die Entsendung des „Entsandten für besondere Angelegenheiten“ (§ 217 h GB V – neu -) einer weiteren Präzisierung. Die Voraussetzungen sollten zwingend abschließend aufgezählt werden. Ohne Streichung der Formulierung „insbesondere“, besitzt die Aufsicht nach wie vor die alleinige Definitions- und Entscheidungshochheit über die Einsetzung dieses Aufsichtsinstrumentariums. Das Fehlverhalten einzelner Institutionen oder einzelner Personen, das Anlass für diese Gesetzgebung gewesen ist, darf nicht dazu führen, dass Entscheidungsbefugnisse der Selbstverwaltung limitiert oder gar abgeschafft werden und dadurch einer vermehrt zu beobachtenden staatlichen Einflussnahme in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu Lasten von Selbstverwaltungsstrukturen weiter Vorschub geleistet wird. Zudem verkennt der Gesetzentwurf, dass grundsätzlich zwischen sozialer Selbstverwaltung und Selbstverwaltung der Leistungserbringer zu unterscheiden ist. Während im Verwaltungsrat des MDS und des GKV-Spitzenverbandes Versicherten- und Arbeitgebervertreter die Interessen von Patientinnen und Patienten, Versicherten und Arbeitgebern vertreten, vertreten andere Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens u.a. berufsständische und wirtschaftliche Interessen ihrer Mitglieder. Eine Vereinheitlichung von Aufsichtsrechten ist vor diesem Hintergrund nicht angezeigt.

Stattdessen sollte die Selbstverwaltung als interne Kontrollinstanz gestärkt werden, um Unregelmäßigkeiten im Verwaltungshandeln frühzeitig erkennen und entsprechend in eigener Verantwortung einschreiten zu können. Die durch § 217b Abs. 1a SGB V (neu) vorgesehene Einführung zusätzlicher Einsichts- und Kontrollpflichten bereits eines Viertels des Verwaltungsrates belassen die Verantwortung zur Wiederherstellung eines rechtmäßigen Zustandes in der Eigenverantwortung der Selbstverwaltung und sind von daher geeignet, diese Zielsetzung zu erreichen. Vor diesem Hintergrund sind nach unserer Auffassung alle weiteren Regelungen, die auf

eine Erweiterung der aufsichtsrechtlichen Maßnahmen zielen, schon aus Gründen der Verhältnismäßigkeit nicht angezeigt.

Mit den Ergänzungen des für den MDS maßgeblichen § 282 SGB V wird eine Vereinheitlichung der für die übrigen Spitzenorganisationen in der GKV geltenden Vorschriften angestrebt. Weiter sollen Regelungen zum Aufbau des MDS und seiner Organe gesetzlich normiert werden, die bis dato in der Satzung festgelegt worden sind. Vor dem Hintergrund der funktionierenden Strukturen des MDS und der Einführung eines Genehmigungsvorbehalts bei der Beschlussfassung der Satzung (§ 282 Abs. 2d SGB V- neu) sind viele Regelungen aus unserer Sicht – trotz der im Vergleich zum Referentenentwurf zahlreich berücksichtigten Anmerkungen des MDS – noch zu detailliert. Der Gesetzentwurf verweist in seiner Begründung selbst darauf, dass diese Ergänzungen des Gesetzes der bestehenden Gremienstruktur entspricht, die sich an der des GKV-Spitzenverbandes orientiert und die seit Gründung des MDS im Jahr 2008 wesentlich dazu beigetragen hat, dass der MDS seine gesetzlichen Aufgaben erfolgreich wahrnimmt. Bei den Absätzen 2a bis 2d sowie 3 und 4 handele es sich größtenteils um deklaratorische Regelungen der bisher in der Satzung des MDS festgelegten und funktionierenden Strukturen. Diese würden auf eine klare Rechtsgrundlage gestellt (vgl. Begründung zu Nummer 17; Seite 37).

Die nähere Ausgestaltung der organisatorischen Strukturen sollte dem MDS und seiner Selbstverwaltung in Form des Satzungsrechts überlassen bleiben. Auf diesem Wege wird der Selbstverwaltung ein ausreichendes Maß an Handlungsautonomie zugestanden, ohne die staatliche Aufsicht zu beschränken. Die aufsichtsrechtliche Kontrolle wird durch den Genehmigungsvorbehalt in Satzungsfragen hinreichend gewährleistet. Ferner erlaubt eine weitreichende Satzungsautonomie dem MDS, auf aktuelle Entwicklungen deutlich flexibler und schneller zu reagieren, als es dem Gesetzgeber in aller Regel möglich ist.

Für eine Übertragung aufsichtsrechtlicher Instrumente aus anderen Bereichen auf den MDS besteht ferner keine Notwendigkeit und sollte daher unterbleiben.

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) nimmt zu den ihn betreffenden Änderungen und Ergänzungen im Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz) sowie zum Antrag der Fraktion DIE LINKE vom 13. Dezember 2016 wie folgt Stellung.

II Stellungnahme zum Gesetzentwurf:

Zu Artikel 1 Nr. 17 Buchst. a (§ 282 Abs. 2a SGB V –neu -):

§ 282 Abs. 2a Satz 1 SGB V – neu - bestimmt als Mitglieder des MDS den GKV-Spitzenverband als allein entscheidungsbefugtes Mitglied sowie fördernde Mitglieder.

Bewertung:

Die in § 282 Abs. 2a SGB V –neu - aufgeführten Regelungen entsprechen im Wesentlichen der geltenden Satzung des MDS. Vor diesem Hintergrund stellt sich aus unserer Sicht ganz grundsätzlich die Frage, inwieweit Vorgaben zur Organisationsstruktur einer weitgehenden gesetzlichen Normierung bedürfen, zumal deren erfolgreiche Anwendung allgemein anerkannt wird. Durch den in § 282 Abs. 2d SGB V (neu) eingeführten Genehmigungsvorbehalt unterliegen etwaige Änderungen der Organisation des MDS ohnehin einer hinreichenden aufsichtsrechtlichen Kontrolle. Zudem engt eine detaillierte gesetzliche Normierung die künftige Satzungsgestaltung und damit die Flexibilität der Selbstverwaltung ein.

Zu Artikel 1 Nr. 17 Buchst. a (§ 282 Abs. 2b SGB V –neu -):

§ 282 Abs.2b SGB V - neu - sieht die Bildung eines Verwaltungsrates als Selbstverwaltungsorgan vor. Dieser besteht aus stimmberechtigten Mitgliedern der im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes vertretenen Versicherten und Arbeitgeber sowie aus stimmberechtigten Vertretern des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes. Das Nähere zur Zusammensetzung und zur Wahl der (stellvertretenden) Vorsitzenden sowie zur Wahl weiterer nicht stimmberechtigter Mitglieder aus dem Kreis der fördernden Mitglieder regelt die Satzung. § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e SGB V – neu - gelten entsprechend.

Bewertung:

Die Ausführungen zur Bildung und Zusammensetzung des Verwaltungsrates entsprechen im Wesentlichen der Satzung des MDS. Wie bereits in den Ausführungen zu § 282 Abs. 2a SGB V –neu - dargelegt, plädieren wir auch hier dafür, möglichst viel dem Satzungsrecht vorzubehalten.

Was die Verweise auf den neu eingeführten § 217b Absatz 1a bis 1e SGB V –neu -anbelangt, so sehen wir die in § 217 Abs. 1a SGB V –neu - eingeführten zusätzlichen Einsichts- und Kontrollrechte bereits eines Viertels des Verwaltungsrates als geeignet an, die interne Kontrolle innerhalb der Organisation in einem hinreichenden Maße zu stärken. Die weiteren Regelungen in den nachfolgenden Absätzen erachten wir aus Gründen der Verhältnismäßigkeit als nicht angezeigt und aufgrund der bereits gelebten Praxis für nicht erforderlich.

Insbesondere sehen wir die in § 217b Abs. 1b Satz 3 SGB V –neu –vorgesehene Möglichkeit, dass der Verwaltungsrat ein Wortprotokoll verlangen kann, für einen – in Bezug auf die Anforderungen in der Selbstverwaltung des MDS – nicht zu vertretenden Aufwand an. Die in der Begründung zu Nr. 5 Buchst. b aufgezeigten Ziele zu Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen der Selbstverwaltung, werden im MDS seit jeher umgesetzt, ein Wortprotokoll ist hier nicht zwingend erforderlich. Deshalb regen wir an, durch eine Änderung der Vorschrift der Selbstverwaltung an dieser Stelle im Rahmen ihres Satzungsrechts mehr Gestaltungsfreiheit einzuräumen.

Im Übrigen schließen wir uns hierzu der Bewertung des GKV-Spitzenverbandes an.

Änderungsvorschlag:

§ 282 Abs. 2b Satz 3 SGB V –neu – wird wie folgt geändert:

§ 217b Absatz 1 Satz 3 und Abs. 1a und 1c bis 1e gelten entsprechend; § 217b Abs. 1b gilt mit der Maßgabe, dass die Satzung das Nähere über die Form der Dokumentation von Beschlüssen regelt.

Zu Artikel 1 Nr. 17 Buchst. a (§ 282 Abs. 2deSGB V –neu -):

Der Verwaltungsrat hat eine Satzung zu beschließen, die der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf. § 34 Abs. 2 SGB IV und § 217 e Absatz 1 Satz 5 SGB V – neu - gelten entsprechend.

Bewertung:

Die Regelungen haben deklaratorischen Charakter. Die Satzung wird bereits vom Verwaltungsrat beschlossen. Die Einführung des Genehmigungsvorbehaltens entspricht den für die KBV, KZBV und GKV-Spitzenverband geltenden Vorgaben. Die in § 217 e Absatz 1 Satz 5 SGB V – neu - vorgesehenen Vorschriften entsprechen weitestgehend der geltenden Satzung des MDS.

Änderungsvorschlag:

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 17 Buchst. b (§ 282 Abs. 3 SGB V –neu -):

§ 217 d Absatz 2 SGB V gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass die Mittel zur Wahrnehmung der Aufgaben des MDS nach dem Fünften und Elften Sozialgesetzbuch vom GKV-Spitzenverband aufzubringen sind. Das Nähere zur Finanzierung regelt die Satzung.

Bewertung:

Wir begrüßen, dass gesetzlich klargelegt wird, dass die Finanzierung der Aufgaben des MDS nach dem Fünften und den Elften Sozialgesetzbuch zu erfolgen hat. Dies wird der Tatsache gerecht, dass der MDS nicht nur im Bereich der Krankenversicherung, sondern auch im Bereich der Pflegeversicherung tätig ist und hier sowohl den GKV-Spitzenverband bei den ihm obliegenden Aufgaben berät als auch die Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung im Feld der Pflegeversicherung koordiniert.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, für den MDS künftig eine hälftige Finanzierung durch die Pflegeversicherung analog der Finanzierungsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung nach § 281 Absatz 1 Satz 5 SGB V vorzusehen.

Änderungsvorschlag:

Absatz 3 Satz 1 SGB V —neu - wird wie folgt gefasst:

„§ 217 d Absatz 2 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Mittel zur Wahrnehmung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach diesem und dem Elften Buch aufzubringen hat; § 281 Absatz 1 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.“

Zu Artikel 1 Nr. 17 Buchst. c (§ 282 Abs. 4 SGB V –neu -):

Der MDS untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Die §§ 217 d Absätze 3 und 4 und die §§ 217 g bis 217 i, 219, 279 Absatz 4 Satz 3 und 5 gelten entsprechend.

Bewertung:

Die neu eingeführten aufsichtsrechtlichen Maßnahmen (§§ 217d Absätze 3 und 4 und 217g bis 217i SGB V) lehnen wir als unverhältnismäßige Eingriffe in die Selbstverwaltungsrechte ab. Wie bereits in unseren grundsätzlichen Anmerkungen dargelegt, sehen wir eine prioritäre Stärkung der internen Kontrollmechanismen einer Selbstverwaltungsorganisation als zielführend und vor allem verhältnismäßig an im Gegensatz zum vorgesehenen Ausbau (externer) aufsichtsrechtlicher Instrumente und Sanktionen.

Bezüglich der analogen Anwendung des § 217d Absatz 3 SGB V – neu - (Zwangsgeld) möchten wir an dieser Stelle sehr deutlich zum Ausdruck bringen, dass ein Zwangsgeld in Höhe von 10 Mio. Euro außerhalb jeder Verhältnismäßigkeit liegt. Nach dem Verwaltungsvollstreckungsgesetz (VwVG) können Zwangsgelder in Höhe von bis zu 25.000 € erhoben werden. Davon kann zwar durch spezialgesetzliche Regelungen, wie bspw. hier der § 217 d Abs. 3 SGB V –neu -, abgewichen werden, dabei darf aber nach dem Gebot der Erforderlichkeit keine Maßnahme über das zur Verfolgung ihres Zwecks notwendige Maß hinausgehen. Sie muss also im Sinne einer Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne auch angemessen sein. Der MDS nimmt Beratungsaufgaben gegenüber dem GKV-Spitzenverband und Koordinierungsaufgaben gegenüber den Medizinischen Diensten wahr. Bezogen auf die Aufgabenbereiche und Kompetenzen des MDS sowie das Haushaltsvolumen (Haushaltsplan 2017: 10,7 Mio. Euro) erachten wir ein Zwangsgeld von bis zu 10 Mio. Euro als nicht angemessen und folglich unverhältnismäßig.

Mit § 217 g SGB V –neu – (Aufsichtsmittel in besonderen Fällen) soll für bestimmte Fallkonstellationen ein effektives, gestrafftes und klar umschriebenes aufsichtsrechtliches Verfahren vorgegeben werden. Klagen gegen die geplanten Anordnungen und Maßnahmen sollen keine aufschiebende Wirkung haben.

Hierin sehen wir einen sachlich nicht zu rechtfertigenden Eingriff in bewährte rechtsstaatliche Grundsätze zum Rechtsschutz. Auf der Grundlage der langjährigen Praxis besteht überhaupt keine Notwendigkeit für solche weitreichenden Maßnahmen der Aufsicht. Für alle denkbaren und im Übrigen für den MDS rein hypothetischen Konstellationen (Absätze 1 bis 3) reicht der bisherige Katalog aufsichtsrechtlicher Maßnahmen vollständig aus. Das geltende Recht ist geprägt von einer klugen Interessenabwägung zwischen den notwendigen Aufsichtsmitteln des Staates und den Rechten der staatsfern verfassten Selbstverwaltung, ohne die bewährten Spielregeln einer auf Gewaltenteilung beruhenden Rechtsordnung zu strapazieren.

Durch den neuen § 217 h SGB V (Entsandter für besondere Angelegenheiten) soll ein neues aufsichtsrechtliches Instrumentarium geschaffen werden, mit dem nach dem Willen der Bundesregierung (Seite 40 des Gesetzentwurfs) die Aufsichtsbehörde Maßnahmen zur Wiederherstellung eines rechtmäßigen Zustands unterhalb der Eingriffsschwelle des neuen § 217 i SGB V ergreifen kann. Auch wenn die Voraussetzungen für eine Entsendung zwar eingeengt worden sind, bleibt die Regelung zu unpräzise und ermöglicht folglich der Aufsicht beliebige Eingriffsmöglichkeiten. Sofern an der Regelung festgehalten werden sollte, sollte im § 217 h Absatz 1 Satz 2 das Wort „insbesondere“ gestrichen werden und hierfür eine abschließende gesetzliche Aufzählung erfolgen. Ansonsten wird die Definition von „Gefährdungstatbeständen einer ordnungsgemäßen Verwaltung“ nach wie vor in das Belieben der Aufsicht gestellt.

Die Selbstverwaltung sieht hierin ein nicht nachvollziehbares und in keiner Form gerechtfertigtes Misstrauen gegenüber ihrem ehrenamtlichen Engagement.

§ 217i SGB V –neu – soll dem neugefassten § 79a SGB V nachgebildet werden und damit der Aufsicht das Recht verleihen, die Führung der Geschäfte des MDS durch die Aufsicht selbst oder durch einen Beauftragten zu übernehmen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum diese „Lex specialis-Vorschrift“ des Kassenarztrechts auf den MDS übertragen werden soll. Die in der Begründung angestellten Erwägungen der Bundesregierung (Seite 34 des Gesetzentwurfs) sind dem Verhalten der Verantwortlichen des MDS fremd. Durchaus kritikwürdige Vorkommnisse in anderen Körperschaften des öffentlichen Rechts sollten dort abgestellt werden, wo sie anfallen und nicht zu einer „Mithaftung“ Unbeteiligter führen. Hier schießt der Gesetzentwurf über das intendierte Ziel hinaus.

Änderungsvorschlag:

In Absatz 4 Satz 2 werden die Verweise auf § 217d Absatz 3 und die §§ 217g bis 217i SGB V gestrichen.

III Stellungnahme zur Bundestags-Drucksache 18/10630:

Mit ihrem Antrag vom 13. Dezember 2016 fordert die Fraktion DIE LINKE einen Gesetzentwurf der Bundesregierung, der u.a. den Medizinischen Dienst der *Krankenkassen* schrittweise als von den Kranken- und Pflegekassen personell und organisatorisch unabhängige Organisationen ausgestalten soll.

Zur Begründung wird – ohne weitere Belege – behauptet, „der Medizinische Dienst der Krankenkassen verhindere Leistungen durch eine negative Begutachtung“.

Bewertung:

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE ist nicht nachvollziehbar. Er verkennt insbesondere die rechtlichen Rahmenbedingungen und die gelebte Praxis.

Gemäß § 278 Abs. 1 SGB V wird in jedem Land eine von den in § 278 Abs. 2 SGB V genannten Kassenarten eine gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ errichtet. Der Gesetzgeber hat mit dieser krankenkassenübergreifenden Struktur verdeutlicht, dass die medizinische Beratung nicht auf eine Kassenart bezogen sein kann. Medizinische Sachverhalte dürfen nicht nach Kassenarten unterschiedlich bewertet werden (vgl. Doris Cramer, Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Verlag C.H. Beck 1998, Seite 108 ff.). Dementsprechend lautet die Bezeichnung auch Medizinischer Dienst der Krankenversicherung und nicht „Medizinischer Dienst der *Krankenkassen*“.

Mit der Finanzierung der MDK durch eine Umlage (§ 281 SGB V) hat der Gesetzgeber im Übrigen auch der Finanzierung nach Inanspruchnahme im Einzelfall eine Absage erteilt (vgl. Cramer, a.a.O., Seite 124). Damit erfolgt die Inanspruchnahme nach Notwendigkeit im Rahmen der Beratungstätigkeit und nicht nach „Finanzstärke“ und stärkt somit die Unabhängigkeit der MDK vor den evtl. Interessen einzelner Krankenkassen.

Schließlich hat der Gesetzgeber die MDK als von den Krankenkassen und ihren Verbänden personell und organisatorisch unabhängige Einrichtungen mit eigener Selbstverwaltung, Geschäftsführung sowie Satzungs-, Finanz- und Personalhoheit unter der Aufsicht der Länder geschaffen (vgl. u.a. §§ 279 bis 281 SGB V). Außerdem sind die Ärzte der MDK bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen (§ 275 Abs. 5 SGB V); dies gilt gleichermaßen für alle anderen Fachberufe in den MDK (u.a. Pflegefachkräfte).

Zusammenfassend lässt sich daher feststellen, dass die MDK bereits heute von den Krankenkassen personell und organisatorisch unabhängige Organisationen der Krankenversicherung sind. Insofern besteht kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf.

Was die vorgetragene Behauptung der Verhinderung von Leistungen durch negative Begutachtungen anbelangt, muss auf die gesetzlichen Aufgaben der MDK verwiesen werden (§ 275 SGB V). Hiernach werden die MDK von den Krankenkassen im Einzelfall beauftragt, Notwendigkeit und Umfang medizinischer und pflegerischer Maßnahmen zu beurteilen. Die sozialmedizinische Begutachtung erfolgt auf der Grundlage geltenden Rechts, im Rahmen der Richtlinien und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Stands der medizinischen Erkenntnisse. Die beabsichtigte Erzielung positiver Leistungsentscheidungen ist genauso wenig die Zielsetzung einer Begutachtung durch den MDK wie die Erzielung von negativen Leistungsentscheidungen. Eine unabhängige sozialmedizinische Begutachtung durch den MDK hat stets das Ziel, die Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit einer medizinischen Maßnahme zu beurteilen. Die Annahme, die Krankenkassen zunehmend Leistungen ablehnen, kann auch nicht durch unsere Begutachtungsstatistik belegt werden. Der Anteil der

Begutachtungen, in denen die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung von Seiten der MDK als nicht gegeben festgestellt wurden, ist in den vergangenen Jahren sogar gesunken. In den beiden Hauptlassgruppen der MDK-Begutachtungen stellt sich die Situation wie folgt dar: Im Bereich der Arbeitsunfähigkeit wurde im Jahr 2015 in 12,9% der Fälle (16,9% im Jahr 2011) Arbeitsfähigkeit festgestellt. Bei beantragten Rehabilitationsleistungen wurden 2015 in 30,8% der Fälle (44,4% in 2011) festgestellt, dass die Voraussetzungen für eine Rehabilitation nicht vorlagen.

Vor diesem Hintergrund geht der – im Übrigen ohne Anfügung von Belegen - erhobene Vorwurf einer „Verhinderung von Leistungen“ fehl.