

Universität Konstanz
Fakultät für Verwaltungswissenschaft

Diplomarbeit:

**Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung - Entwicklung,
Aufgaben und Leistungen einer Institution des Gesundheitswesens
der Bundesrepublik Deutschland**

Andreas Rimmele
Libauer Str. 10
10245 Berlin

Matrikel Nr.: 01/219892

Gutachter: Prof. Dr. Horst Baier
Prof. Dr. Paul Swertz

Abgabetermin: 18.10.1997
Prüfungsordnung 1983

Inhaltsverzeichnis:

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung	1
1.2	Zielsetzung	2
1.3	Vorgehensweise	3
1.4	Begriffserklärungen	4
1.5	Theoretisches Konzept	8
2	Die Entwicklung des MDK - vom "Vertrauensärztlichen Dienst" zum "Medizinischen Dienst der Krankenversicherung"	10
2.1	Die Entstehung der Sozialversicherung in Deutschland	10
2.2	Historische Grundlagen des Vertrauensärztlichen Dienstes	16
2.2.1	Der Aufbau der Krankenversicherung 1883 bis zur Neufassung des VdD 1932	16
2.2.1.1	Die besondere Stellung des Arztes im Krankenversicherungssystem	20
2.2.1.2	Vertrauensärzte als Kontrollinstanz der Krankenkassen	24
2.2.1.3	Reformansätze während der Weimarer Republik	25
2.2.1.4	Die Notverordnungen des Reichspräsidenten 1930 und 1932	31
2.2.2	Die Umgestaltung des VdD während der NS-Zeit	34
2.2.2.1	Organisationsveränderungen im Vertrauensärztlichen Dienst	36
2.2.3	Reformversuche in der Nachkriegszeit	39
2.2.3.1	Die Wiederaufnahme der Arbeit durch die GKV-Träger	39
2.2.3.2	Reformansätze in den 50-er und 60-er Jahren	41
2.2.4	Das "Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgeltes im Krankheitsfall von 1970	42
2.3	Die Gründung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung	45
2.3.1	Das Gesetzgebungsverfahren bis zur Verabschiedung des "Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen" (GRG)	45

3	Die Stellung des MDK innerhalb des Gesundheitswesens der Bundesrepublik Deutschland	50
3.1	Der Theorieansatz sozialer Differenzierung mit dem Konzept des funktionellen Teilsystems	50
3.1.1	Der Theorieansatz von Mayntz	51
3.1.2	Die Anwendung des Ansatzes auf das Gesundheitssystem	51
3.2	Akteure innerhalb des Gesundheitssystems und speziell der GKV	55
4	Aufbau und Aufgaben des MDK	57
4.1	Der Verwaltungsaufbau des MDK	57
4.1.1	Trägerschaft über den MDK	57
4.1.2	Die Organe des MDK	59
4.1.3	Die Organisationsgliederung des MDK	61
4.1.4	Der MDS - Koordinierungsstelle der MDKs	63
4.2	Die Aufgaben des MDK nach dem SGB V	64
4.2.1	Grundprinzipien der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen des SGB V	65
4.2.2	Die Kontrollfunktion des MDK	66
4.2.3	Die allgemeine Beratungstätigkeit des MDK	68
4.2.4	Beratung in Grundsatz- und Vertragsfragen	68
4.2.5	Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz	69
4.2.5.1	Die Einführung der Pflege-Versicherung	69
4.2.5.2	Die Einbindung des MDK in die Pflege-Versicherung	70
4.2.6	Aufgaben des MDK in der stationären Versorgung	74
4.2.6.1	Modellvorhaben zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nach " 275a SGB V	76
5	Ziele des MDK und damit verbundene Konfliktfelder	80
5.1	Zielvorgaben	80
5.2	Konflikte in der Zielerreichung	
83		
5.2.1	Medizinischer, von der Anbieterseite unabhängiger, Sachverstand auf Seiten der GKV vs. faktische Verteilung der medizinischen Kompetenz	83
5.2.2	Faktisches Tätigkeitsfeld des MDK	84
5.2.3	Die Krankenkassen als Gegenspieler des MDK	85

6	Resumée	86
6.1	Erkenntnisgewinn	86
6.2	Diskussion	87
6.3	Ausblick	87
	Literaturverzeichnis	88

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Im Rahmen des "Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG)" wurde 1989 der "Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)" als Nachfolgeorganisation des "Vertrauensärztlichen Dienstes (VäD)" gegründet. Den Krankenkassen sollte damit ein wirkungsvolles Instrument der sozialmedizinischen Begutachtung und Beratung zur Seite gestellt werden. Vorausgegangen waren jahrelange Diskussionen um die Reform des VäD, der, personell und technisch schlecht ausgestattet, nicht mit den Entwicklungen der Medizin Schritt halten konnte. Der historische Ursprung des VäD ist eng mit der Geschichte der Sozialversicherung in Deutschland verbunden, durch die Sozialgesetzgebung des Reichskanzlers Bismarck wurden in den 80-er Jahren des 19. Jahrhunderts die Krankenkassen gegründet. Zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit versicherter Arbeitnehmer bedienten sich verschiedene Krankenkassen schon 1891 sogenannter "Revisionsärzte"¹. Aus dieser Einrichtung entwickelte sich der VäD, der erstmals in der Notverordnung von 1930 gesetzlich verankert wurde. Unter dem nationalsozialistischem Regime wurde 1934 das "Aufbaugesetz" beschlossen, das den VäD unter die Trägerschaft der Arbeiterrentenversicherung stellte und bis zur Verabschiedung des GRG Bestand hatte.

Aufgabe des VäD war primär die Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit von Versicherten, er war also ein Kontrollinstrument zur Unterstützung der Krankenkassen. Unter dem Zeichen der Kostenexplosion im Gesundheitswesen wurde Kritik an der Institution des VäD laut, seine einseitige Ausrichtung auf

¹ vgl. Clever, 1986, S. 27

Begutachtungen und seine schlechte personelle und technische Ausstattung ließ den Ruf nach einer grundsätzlichen Reform aufkommen.

Mehrere Reformversuche schlugen fehl, die organisierte Ärzteschaft sah ihre Besitzstände in Gefahr und wehrte sich gegen Bestrebungen, den VdD zu einem sozialmedizinischen Beratungsdienst der Krankenversicherung auszubauen. Erst mit dem GRG wurde der MDK unter der Trägerschaft der Krankenversicherung neu gegründet.

Im Vergleich zum VdD wurde das Aufgabenspektrum des MDK so erweitert, daß es sich nicht in einer bloßen Kontrollfunktion erschöpfte. Der Gesetzgeber gab dem MDK mit dem neunten Kapitel des Sozialgesetzbuches den Auftrag, das Leistungsangebot auszubauen auf die Begutachtung und Beratung

- bei der Sicherung der Qualität der Leistungen
- bei der Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen

in allgemeinen medizinischen Fragen der gesundheitlichen Versorgung und der Beratung der Versicherten.

1.2 Zielsetzung

Ziel der Arbeit ist es, die Aufgaben und Leistungen des MDK innerhalb des Gesundheitswesens der Bundesrepublik zu erfassen. Dabei soll auf Konflikte in der Zielverwirklichung eingegangen werden, die Frage der Relevanz des MDK als sozialmedizinische Beratungsinstanz erörtert werden. Im einzelnen sollen geklärt werden:

- die historischen Grundlagen des MDK
- die Stellung des MDK innerhalb des Gesundheitssystems
- die gesetzlichen Aufgaben des MDK nach dem SGB V
- die Probleme der Zielverwirklichung des MDK

Als Prämisse ist anzusehen, daß sich das Gesundheitssystem im allgemeinen und die Rahmenbedingungen für den MDK im speziellen in ständigem Wandel befinden, so daß diese Arbeit nur eine Momentaufnahme darstellen kann.

1.3 Vorgehensweise

Zur Einführung wird in Kapitel 2 die historische Entwicklung vom VdD zum MDK ausgehend von der Sozialgesetzgebung Bismarcks in den 80-er Jahren des 19. Jahrhunderts nachgezeichnet.

In Anlehnung an die Systemtheorie wird im dritten Kapitel der Ansatz der sozialen Differenzierung konkret auf die Entwicklung der Strukturen des Gesundheitssystems und so auch des MDK angewandt. Dies erscheint sinnvoll, da sich hiermit die komplexen Verflechtungen im Gesundheitswesen veranschaulichen lassen.

Der Verwaltungsaufbau und die gesetzlichen Aufgaben des MDK gemäß dem neunten Kapitel SGB V werden im vierten Kapitel untersucht, dabei wird auch auf Änderungen durch das Pflegeversicherungsgesetz und das Gesundheitsstrukturgesetz eingegangen.

Die sich aus den gesetzlichen Bestimmungen und dem Selbstverständnis des MDK als sozialmedizinischem Begutachtungs- und Beratungsdienst der Krankenversicherung² ergebenden Diskrepanzen zwischen Zielvorgabe und Zielverwirklichung sind Gegenstand des fünften Kapitels.

Das letzte Kapitel faßt die Ergebnisse der Arbeit zusammen und wirft einen Blick auf künftig zu erwartende Entwicklungen des MDK.

Die vorliegende Arbeit basiert auf Literaturlauswertung, außerdem war die Möglichkeit zu Gesprächen mit Vertretern des MDK Berlin gegeben. Die Erkenntnisse daraus sind mit in die Arbeit eingeflossen.

2.1 Die Entstehung der Sozialversicherung in Deutschland

Der Ursprung der Sozialversicherung mit ihren vier Zweigen liegt im 18. Jahrhundert mit seinen massiven gesellschaftlichen Veränderungen. In der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts begann in Deutschland die Industrialisierung, und so entsteht eine neue Gesellschaftsschicht: die unterprivilegierten Industriearbeiter, das Proletariat. Ausschlaggebend für diese Entwicklung waren mehrere zeitgleich auftretende Faktoren³:

² vgl. Rebscher, H. 1989: Der Medizinische Dienst – Einordnung und Begründung des Medizinischen Begutachtungs- und Beratungsdienstes der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen eines Ordnungs- und Zielkonzeptes für die Gesundheitsversorgung, in: Müller-Held et al., 1997, S. 11 - 2

³ vgl. Lampert, 1996, S. 26 ff.

- revolutionäre Erfindungen: im 18. Jahrhundert wurden u.a. Dampfmaschine, Eisenbahn, Elektrodynamo und Telegrafmast erfunden, was einen Übergang von Handarbeit zu Maschinenarbeit nach sich zog.
- die Bevölkerungsentwicklung: Die Bevölkerung des Deutschen Reiches wuchs zwischen 1816 und 1855 um 11,3 Millionen an. Ursachen dafür waren eine geringere Sterblichkeit der Bevölkerung durch Fortschritte in der Medizin und die Aufhebung von Bestimmungen, die Eheschliessungen in den unteren Bevölkerungsschichten verhinderten.
- die Bauernbefreiung: Zwischen 1765 und 1850 wurde schrittweise die Feudalherrschaft der Gutsherren über die Bauern abgeschafft und damit die Voraussetzung für die Freisetzung zahlreicher Arbeitskräfte geschaffen.
- die Gewerbefreiheit: zunftrechtliche Beschränkungen wurden abgeschafft und dadurch zahlreichen Arbeitskräften die Chance zur Selbständigkeit eröffnet.

2.2.3 Reformversuche in der Nachkriegszeit

2.2.3.1 Die Wiederaufnahme der Arbeit durch die GKV-Träger

Nach der Zerschlagung des 3. Reiches und der Aufteilung Deutschlands in 4 Besatzungszonen waren weite Teile des Staatsapparates aktionsunfähig. Die Militärregierungen der Besatzungsmächte waren bemüht, alle Rechtsgrundlagen und Regelungen der Nazi-Zeit abzuschaffen. An der Sozialversicherung bestand allerdings kein großes Interesse seitens der Alliierten, die RVO blieb deshalb weiter bestehen. In einigen Bundesländern wurde der VdD umorganisiert, so wurde in Hessen 1952 der ärztliche Dienst der Rentenversicherung und der VdD zu einem sozialmedizinischen Dienst zusammengefaßt, im großen und ganzen war bis Ende der 50-er Jahre allerdings kein politischer Bedarf für Reformen des VdD zu erkennen.

Das nationalsozialistische Aufbaugesetz von 1934 wurde durch das Selbstverwaltungsgesetz vom 22. Februar 1951 abgeschafft: Mit Ausnahme der Ersatzkassen, die allein von den Versicherten verwaltet wurden, wurde die paritätische Selbstverwaltung aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern für die GKV-Träger eingeführt. In der Begründung zum Gesetzesentwurf wird argumentiert⁴:

"(...) Die Wiederherstellung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung ist seit Beendigung des Krieges in der gesamten Wirtschaft (...) wiederholt eindringlich gefordert worden (...). Das Führerprinzip eines autoritären Staates, das nach 1933 die

⁴BT-Drucksache 1/444, S. 1 u. 6, zitiert nach: Hammel, 1991, S. 88

Selbstverwaltung verdrängt hat, widersprach dem Wesen der deutschen Sozialversicherung (...). Die Grundsätze der Selbstverwaltung fordern, daß auch die Leitung der Versicherungsträger wieder in den Händen von Personen liegt, die das Vertrauen der Versicherten und der Arbeitgeber genießen."

Am Aufbau der VdD wurde nichts geändert, er blieb weiterhin den LVAs angegliedert, "vom VdD ausgesprochene 'Massenvorladungen' prägten das Bild des VdD in der breiten Öffentlichkeit wie bei den Verantwortlichen in Politik und Verwaltung."⁵

Eine andere Entwicklung durchlief das Kassenarztrecht, das per Gesetz vom 17. August 1955 die freie Arztwahl in der RVO verankerte. Damit konnte die organisierte Ärzteschaft eine Forderung durchsetzen, die sie schon zu Beginn des Jahrhunderts gestellt hatte. Dies schwächte die Position der Krankenkassen im System der GKV nochmals, das Gesetz schloß sich sinngemäß den Notverordnungen von 1930 und 1932 an.

Im Gegensatz zu den Notverordnungen wurde die Verhältniszahl von Kassenmitgliedern zu Ärzten auf 1:500 gesenkt, die Kassenärztlichen Vereinigungen erhielten das Monopol der ambulanten kassenärztlichen Versorgung mit Ausnahme der Universitäts-Polikliniken.

2.3 Die Gründung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Die schneller steigenden Krankenkassenbeiträge seit Mitte der 80-er Jahre mit der Sorge um die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft und der steigenden Lohnnebenkosten für die Versicherten ließ die Bundesregierung zu Beginn der 11. Legislaturperiode an eine Reform der GKV herangehen:

*"Die Reform des Gesundheitswesens ist eine vordringliche Aufgabe der Sozialpolitik und eines der bedeutendsten Gesetzgebungsvorhaben dieser Legislaturperiode. Mit der Reform sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, die seit Jahren ansteigenden Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu senken und dauerhaft zu stabilisieren (Ziel der Beitragssatzstabilität)."*⁶

In vielerlei Hinsicht wurde für den geplanten Aufbau des MDK auf bereits vorhandene Strukturen zurückgegriffen, so waren die Aufgaben weiterhin von einer

⁵Hammel, 1991, S. 85

⁶BT-Drucksache 11/2237, S. 1

kassenübergreifenden Institution zu erfüllen. Die Kontrollfunktion des Dienstes bei Arbeitsunfähigkeit wurde beibehalten, allerdings um sozialmedizinische Dimensionen erweitert, so spricht der Gesetzesentwurf sowohl von Begutachtungswie von Beratungstätigkeit des MDK. § 283 II SGB V i.d.F. des Referentenentwurfs fordert die Beratungstätigkeit des MDK *"für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten"*.

Die Reformpläne für den VdD riefen heftigen Protest, vor allen von Seiten der Ärztevereinigungen hervor, hier auszugsweise die Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum Gesetzesentwurf⁷

"Die Einrichtung eines Medizinischen Dienstes der Krankenkassen `als selbständige Körperschaften öffentlichen Rechtes´ greift ebenfalls tief in die bestehende Handlungsfreiheit der Selbstverwaltung ein. Dies gilt insbesondere (...) gegenüber der Aufgabensellung des bisherigen Vertrauensärztlichen Dienstes wesentlich erweiterte Beratungstätigkeit eines solchen Medizinischen Dienstes (...).

Die Einrichtung des Medizinischen Dienstes, wie sie im Gesetzentwurf vorgesehen ist, wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgelehnt. Die Errichtung des Medizinischen Dienstes in dieser Form führt zu einer Überbürokratisierung. Im übrigen müssen die Kontroll- und Beratungskompetenzen des Medizinischen Dienstes als zu weitgehend bezeichnet werden.

(...) Mit seiner Aufgabenstellung ist der Medizinische Dienst als Super- und Kontrollbehörde angelegt, der die unmittelbar in der Krankenversicherung Tätigen beaufsichtigt und beurteilt und in grundsätzliche Entscheidungen der Krankenkassen begutachtend eingreifen kann. Nicht einmal die Vorschrift ist erhalten geblieben, daß der Vertrauensarzt in seiner Tätigkeit die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht gefährden darf."

Ein Streitpunkt zwischen der CDU/CSU und der FDP als Interessenvertreter der KBV war die Frage, ob sich der MDK festangestellter Ärzte oder externer Gutachter bedienen sollte. Das BMA zielte auf die Unabhängigkeit festangestellter Vertrauensärzte ab, während die FDP dieselben für inkompetent und praxisfern hielt. In den Schlußberatungen konnte sich schließlich die FDP durchsetzen, der MDK würde keine Beamten mehr einstellen und bei Ausscheiden der beamteten Vertrauensärzte zivilrechtliche Arbeitsgemeinschaften gründen.

⁷zitiert nach: Müller-Held et al. 1997, S. 13 - 24

Am 25. November 1988 wurde das "Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen" verabschiedet und trat am 1. Januar 1989 in Kraft, zu diesem Datum nahm auch der neugegründete MDK seine Arbeit auf.

3 Die Stellung des MDK innerhalb des Gesundheitssystems der Bundesrepublik Deutschland

Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik stellt sich als ein höchst komplexes System von ineinander vernetzten Elementen dar. So verfolgen die private und die gesetzliche Krankenversicherung, die Institutionen der medizinischen und pharmazeutischen Versorgung, Apotheken, Pharmaindustrie, Ärzte, Pflegepersonal, die Kassenärztliche Vereinigung, die öffentliche Hand als Financier und Gesetzgeber und natürlich der Versicherte unterschiedlichste Interessen innerhalb dieses Systems. Um das Gesundheitssystem und die Stellung des MDK darin zu beschreiben, bedarf es der theoretischen Annäherung. Unter den verschiedenen sich anbietenden Modellen scheint der von Renate Mayntz⁸ entwickelte Theorieansatz der sozialen Differenzierung mit dem Konzept des funktionellen Teilsystems am geeignetsten und dient als Bezugsrahmen für die folgenden Ausführungen. Dieser *"historisch-sozialstrukturelle Analyseansatz"*⁹ basiert auf Elementen der System- und Handlungstheorie, deshalb hier die Definitionen des Lexikons zur Soziologie. Die **Systemtheorie** wird beschrieben als:

"die Theorie von Systemen. Ihre Grundidee ist, daß alles und jedes als System betrachtet, d.h. unter dem Aspekt seiner inneren Organisation und seiner Interaktion mit der Umwelt analysiert werden kann. Der jeweils interessierende Gegenstand wird mit Hilfe einer besonderen Methode als System rekonstruiert und bestimmten Analyseverfahren unterworfen. Wesentlich für die Methode der Systemtheorie ist das Analogieprinzip, nämlich die Vergleichbarkeit von Prozessen in verschiedenen Materialien (...).

*"**Handlungstheorie** (...) unter dem Begriff der Handlungstheorie werden verschiedene Versuche zusammengefaßt, generelle Begriffe und Aussagen hinsichtlich der Bedingungen, Formen und Handlungsrichtungen elementaren sozialen Verhaltens in einer sozialwissenschaftlichen Grundlagentheorie zu systematisieren. Grundmodell der Handlungstheorie ist das Zweck- (bzw. Ziel-)*

⁸Mayntz, R. 1988: Funktionelle Teilsysteme in der Theorie sozialer Differenzierung, in: Mayntz et al. 1988, S. 11 - 44

⁹Wanek, 1993, S. 62

Mittel-Schema, d.h. der Akteur in einer sozialen Situation, in der sich für ihn aus dem Bedingungsgefüge von individueller Motivation und Zielen, alternativen Objekten und Mitteln, sozialen Normen und Erwartungen (...) eine bestimmte Handlungsorientierung ergibt (...).

Mayntz' Ansatz basiert auf der Theorie der Differenzierung, die von den Klassikern Adam Smith und Emil Durkheim zur Beschreibung des Übergangs zur arbeitsteiligen Gesellschaft entwickelt wurde und die zur gesamtgesellschaftlich übergreifenden Theorie der funktionellen Differenzierung ausgedehnt wurde. Den streng funktionalistischen Bezug der Systemtheorie erweitert Mayntz um das handlungstheoretische Element der kausal-genetischen Bezugnahme. Konkret beschreibt diese Theorie anhand eines historischen Rückblickes Entwicklungen von und zum Teilsystem Gesundheitswesen.

4 Aufbau und Aufgaben des MDK

Mit der Verabschiedung des GRG am 20. Dezember 1988 wurde in das SGB V ein neuntes Kapitel mit den Regelungen über den MDK eingefügt. Zum 1. Januar 1989 trat das Gesetz in Kraft, der MDK wurde die Nachfolgeorganisation des VdD mit neuen Aufgabenstellungen und einer veränderten Trägerstruktur.

4.1 Der Verwaltungsaufbau des MDK

Die folgenden Ausführungen über die Organisationsgestaltung des MDK richten sich nach den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften des SGB V §§ 278 ff.

4.1.1 Trägerschaft über den MDK

Träger des VdD waren die LVAs der Arbeiterrentenversicherung, mit dem GRG wurde der VdD aus deren Zuständigkeitsbereich herausgelöst und den Krankenkassen als Trägerorganisation überschrieben, die aufgrund der Bestimmung des § 278 II SGB V zu Mitgliedern der neuen Institution wurden¹⁰:

(2) Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sind die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen.

¹⁰ vgl. Podlech, A. 1990: Sozialrechtliche Kommentierung. Die Rechtsgrundlagen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, in: Müller-Held et al., 1997, S. II 1.10 – 14 f.

Trotz Tendenz zu Zusammenschlüssen gibt es in der Bundesrepublik gegenwärtig noch über 1000 Krankenkassen, aufgeteilt in die acht folgenden Krankenkassenarten:

- Ortskrankenkassen (AOK)
- Betriebskrankenkassen (BKK)
- Innungskrankenkassen (IKK)
- Angestelltenersatzkassen (AK)
- Arbeiterersatzkassen (AE)
- Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK)
- Seekrankenkasse (SeeKK)
- Bundesknappschaft (BKN)

Die jeweiligen Kassen schliessen sich in den Bundesländern zu Landesverbänden zusammen und werden bundesweit von ihren Spitzenverbänden vertreten.

4.1.3 Die Organisationsgliederung des MDK

Die Rechtsform des MDK ist in den alten Bundesländern die Körperschaft des öffentlichen Rechts, in den neuen Bundesländern die des eingetragenen Vereines. Per konstituierender Sitzung wurden die MDKs der alten Bundesländer im Verlaufe des Jahres 1989 gegründet, Satzungen beschlossen und Geschäftsführer gewählt. In den neuen Bundesländern vollzog sich die Gründung nach dem Beitritt im Jahre 1991. Das bevölkerungsreichste Bundesland Nordrhein-Westfalen errichtete entsprechend gewachsenen Strukturen nach § 278 III SGB V zwei Medizinische Dienste, den MDK Nordrhein und den MDK Westfalen-Lippe.

In jedem Bundesland gibt es eine Hauptverwaltung und ein regional gegliedertes Netz von Beratungs- und Begutachtungsstellen. Eine Ausnahme bilden die MDKs von Berlin und Brandenburg, die sich zu einer Verwaltungsgemeinschaft mit Sitz in Potsdam zusammenschlossen.

4.2 Die Aufgaben des MDK nach dem SGB V

Der MDK wurde konzipiert, um den Krankenkassen und ihren Verbänden bei der Gestaltung und Steuerung des Gesundheitswesens einen kompetenten, mit medizinischem Sachverstand ausgestatteten Partner zur Seite zu stellen. In das SGB V wurde mit dem GRG ein neuntes Kapitel eingefügt, in dem die gesetzlichen Aufgaben des MDK geregelt sind. Der MDK unterstützt und berät die Krankenkassen:

- bei der Sicherung der Qualität der Leistungen
- bei der Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen
- in allgemeinen medizinischen Fragen der gesundheitlichen Versorgung und der Beratung der Versicherten.¹¹

4.2.2 Die Kontrollfunktion des MDK

In § 275 I – III SGB V werden die Begutachtungsanlässe durch den MDK geregelt, es handelt sich dabei um *”klassische Aufgaben des alten VdD, wie sie im § 369 b der RVO beschrieben wurden (...).”*¹²

Unter anderem werden in § 275 I SGB V geregelt:

- Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation
- Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit
- Gutachten zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsfähigkeit

4.2.3 Die allgemeine Beratungstätigkeit des MDK

Erweiterte, auch sozialmedizinische Tätigkeitsfelder des MDK werden in § 275 IV SGB V genannt, sie drücken die erweiterte Aufgabenstellung des MDK gegenüber seinem Vorgänger VdD aus. Die Krankenversicherung soll sich beraten lassen:

- bei allgemeinen Fragen der gesundheitlichen Versorgung
- bei Fragen der Qualitätssicherung
- bei Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern
- bei Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse

4.2.4 Beratung in Grundsatz- und Vertragsfragen

Die gesetzliche Grundlage für die Beratung in Grundsatz- und Vertragsfragen liegt in § 275 I SGB V in der Formulierung *”Voraussetzung, Art und Umfang von Leistungen.”* Konkret nennt das Gesetz den Begutachtungsauftrag in § 139 II Satz 2 SGB V:

¹¹ Werner und Volz, 1994, S. 295

¹² Werner und Voltz, 1994, S. 295

„Über die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis entscheiden die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich, nachdem der Medizinische Dienst die Voraussetzungen geprüft hat.“

Näher ausgeführt wird die Beratung in Grundsatz- und Vertragsfragen in den „Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung“ (siehe auch 4.1.4), zu deren Erlaß die Spitzenverbände der Krankenkassen durch den § 282 SGB V verpflichtet wurden. In den Richtlinien ist das Selbstverständnis des MDK als sozialmedizinischer Begutachtungs- und Beratungsdienst zu erkennen, die Beratung in Grundsatz- und Vertragsfragen rangiert vor der Begutachtung in Einzelfällen

4.2.6 Aufgaben des MDK in der stationären Versorgung

Mit rund 80 Milliarden DM betrug der Anteil der stationären Versorgung im Jahre 1994 rund ein Drittel aller Kosten der GKV. Die Bemühungen der Krankenkassen gehen deshalb in Richtung Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhausbereich. Hierbei ist die Aufgabe der MDK zu sehen in der:

- Prüfung und Begutachtung des Umfangs und der medizinischen Notwendigkeit medizinischer Verordnungen oder Leistungen im Einzelfall, eventuell bettseitige Untersuchung des Patienten
- Beratung der Krankenkassen bei neuen Vergütungsformen, wie Fallpauschalen und Sonderentgelten, innerhalb des stationären Bereichs,
- Unterstützung der Krankenkassen beim Abbau von Fehlbelegungen
- internen und externen Qualitätssicherung
- die Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme nach § 275a SGB V.

Fallpauschalen wurden mit der Verabschiedung des GSG für bestimmte Operationsformen im Krankenhaus eingeführt, mit dem „zweiten Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der GKV (GKV-NOG)“ will der Gesetzgeber den Einsatz von Fallpauschalen und Sonderentgelten erweitern. Festsetzung und Weiterentwicklung des Festgeldkatalogs wird in die Hände der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Verbands der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gelegt.

Die Instandhaltungs- und Investitionskosten der Krankenhäuser, bisher von den Ländern getragen, werden aufgrund einer Entscheidung des

Bundesverwaltungsgerichts neu geregelt: vorläufig sollen sie im Pflegesatz berücksichtigt werden und durch ein "Krankenhausnotopfer" finanziert werden.¹³

Die Aufgaben des MDK beim Abbau von Fehlbelegungen im Krankenhaus regelt sich nach § 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz, darin werden Stichprobenprüfungen der Krankenakten als Verfahren zur Korrektur der Leistungsmenge ermöglicht. Die Erfassung der nötigen Datenbasis gestaltet sich für den MDK problematisch, gesetzlich ist nur der Zugriff auf die Krankenakten der Modellversuche nach § 275a SGB V (s.u.) und § 4 IV Satz 1 der Psychiatrie-Personalverordnung erlaubt. In den MDKs von Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern gibt es Modellversuche zum Abbau der Fehlbelegungen, die zu einem Prüfverfahren ausgebaut werden sollen.¹⁴

Qualitätssicherungsaufgaben des MDK im stationären Bereich richten sich nach den §§ 137 SGB V (Qualitätssicherung in der stationären Versorgung), § 112 SGB V (Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung) und § 113 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung). Es muß zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden werden, bei der internen Qualitätssicherung wird die Leistung eines Krankenhauses mit seinen Leistungen in der Vergangenheit oder bereits existierenden Standards verglichen. Die externe Qualitätssicherung zielt auf den Vergleich der Leistungsanbieter untereinander ab. Als bundesweites Modell gab es bisher eine Perinatalstudie, in den Ländern Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen eine Studie zur Qualitätssicherung in der Chirurgie.¹⁵

5 Ziele des MDK und damit verbundene Konfliktfelder

Die Aufgaben des MDK sind im Fünften und Elften Buch des SGB festgehalten, in der Verwirklichung dieser Aufgaben sieht sich der MDK vielerlei Interessenskonflikten ausgesetzt: Die Krankenkassen als gesetzlicher Träger verfolgen zum Teil den Aufgaben des MDK entgegengesetzte Ziele, die Lobby der Leistungserbringer im Gesundheitswesen, vorwiegend die organisierte Ärzteschaft, sieht Besitzstände angegriffen.

5.1 Zielvorgaben

¹³ 1. und 2. GKV-Neordnungsgesetz: Eckpunkte aus Sicht der Medizinischen Dienste, in: MDS, 1997a, S. 1 ff.

¹⁴ Münstermann, 1997, S. 81

¹⁵ Werner, 1995, S. 652 - 656

Die unter 4.2 aufgeführten Aufgaben des MDK nach dem SGB V vollziehen sich innerhalb des Systems "Gesetzliche Krankenversicherung" auf drei Ebenen des Leistungsvollzugs¹⁶:

- Versorgungsstruktur
- Leistungsstruktur
- Leistungsprozeß

Die Versorgungsstruktur ist die oberste Ebene, auf der die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer Grundsatzentscheidungen über die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung innerhalb der GKV treffen. Im SGB sind dazu für alle Leistungsbereiche Vorgaben gemacht worden, z.B. durch § 112 V SGB V für den Abschluß von Rahmenverträgen für die Krankenhausbehandlung, die Schaffung eines Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V oder der Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln nach § 139 I SGB V. Entscheidungen auf dieser Ebene sind bundesweit bindend und bilden den Grundstock für die Ausgestaltung auf den weiteren Ebenen.

Die Ebene der Leistungsstruktur konkretisiert die Vorgaben der Spitzenverbände in jeweils für ein Bundesland geltende Verträge, dabei wird auf regionale Besonderheiten Rücksicht genommen werden. Ein Beispiel hierfür sind die landesweiten Versorgungsverträge im Krankenhausbereich nach § 109 SGB V als Konkretisierung der Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände.

Auf der Ebene des Leistungsprozesses schließlich wird die Beziehung zwischen Arzt und Patient definiert: Der Arzt behandelt seinen Patienten, stellt eine Diagnose, schreibt ein Rezept oder überweist den Patient zu einem Facharzt.

Wendet man dieses Schema auf die Leistungen des MDK an, so hat er nach dem Gesetz auf allen drei Ebenen zu wirken – die Einzelfallbegutachtung fällt unter die Ebene des Leistungsvollzugs, die Begutachtung in Grundsatzfragen auf die Ebene der Leistungsstruktur, und die Beratung der Krankenversicherung auf die Versorgungsstrukturebene.

Blickt man auf den Leistungsansatz des Väd mit seiner Beschränkung auf die Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit, war dieser nur auf der Leistungsprozeßebene tätig. Der MDK ist im Vergleich zum Väd eine leistungsfähige Institution, mit der im System der GKV bestehende Fehlentwicklungen angegangen werden können, zumindest wenn man den gesetzlichen Rahmen dafür betrachtet.

Dennoch gibt es nach acht Jahren des Bestehens Diskrepanzen zwischen den Erwartungen an den MDK, den Vorstellungen des MDKs und den erreichten Zielen.

¹⁶ Rebscher, H., 1992, Drei Jahre MDK – Erste Beurteilung eines innovativen Elements der Strukturreform, in: Müller-Held et al., 1997, S. 1 – 19 ff.

5.2 Konflikte in der Zielerreichung

In diesem Abschnitt werden anhand von konkreten Beispielen Konflikte und Widerstände dargestellt, denen sich der MDK ausgesetzt sieht.

5.2.1 Medizinischer, von der Anbieterseite unabhängiger, Sachverstand auf Seiten der GKV vs. faktische Verteilung der medizinischen Kompetenz

„Ein medizinischer Dienst muß (...) anbieterunabhängigen, für den zu beratenden Sachverhalt spezialisierten und qualitativ hochwertigen Sachverstand einbringen.“¹⁷

Diese Forderung war eine der Grundbedingungen der Krankenkassen beim Aufbau des MDK und bei allen Reformbestrebungen zuvor. Im Gesetzgebungsverfahren zum GRG wurde darüber heftig gestritten, die FDP als Interessensvertreter der KBV sprach sich für externe Berater des MDK aus, während das BMA den Einwand erhob, *„daß die Vertrauensärzte unabhängig sein müßten, und darum kein niedergelassener Arzt über seinen Kollegen urteilen dürfte.“¹⁸*

Schließlich konnte sich die FDP mit ihrer Linie durchsetzen, die Beauftragung von externen Gutachtern wurde in § 279 V SGB V gesetzlich festgeschrieben. Schon vor der Gründung ging dem MDK also durch den Einfluß der machtvollen KBV-Lobby ein wesentliches Unabhängigkeitselement verloren.

Explizit wurde die gesetzlich Vorgabe in einer *„Empfehlung zur vorrangigen Beauftragung von Gutachtern“* gemäß § 282 Satz 4 SGB V festgehalten, die der MDS am 27. August 1990 erließ. Darin wird ausgeführt, daß die Vergabe von Beratungs- und Begutachtungsaufträgen an Externe sinnvoll ist, *„(...) zur Ergänzung und Flankierung der eigenen personellen Ressourcen, z.B. bei der Beratung in Grundsatzfragen und von Therapiekonzepten, bei denen der Medizinische Dienst (...) Grundsatzentscheidungen und Arbeitshilfen vorbereiten muß und auf diesem Wege die fachliche Qualität verbessert werden kann (...)“¹⁹*

Diese Bestimmung steht im genauen Gegensatz zur ursprünglich verfolgten Linie der Anbieterunabhängigkeit, die KBV kann also aufgrund der Zwangsmitgliedschaft niedergelassener Ärzte bei Beauftragung externer Gutachter Einfluß auf Grundsatzfragen der Krankenkassen nehmen.

5.2.3 Die Krankenkassen als Gegenspieler des MDK

¹⁷ Müller-Held et al., 1997, S. I 1 - 8

¹⁸ Rosewitz und Webber, 1990, S. 219

¹⁹ Müller-Held et al., 1997, S. V 2.2 - 2

Kritik an den Krankenkassen kommt vom MDK Schleswig-Holstein, der in seiner Schriftenreihe die fehlende Kooperationsbereitschaft beklagt: *„Die Gesetzliche Krankenversicherung hat den MDK mit seiner Aufgabenstellung und Ausrichtung bis heute nicht akzeptiert. Sie hat kein praktisch wirksames Konzept für den Einsatz des Dienstes und die Ausbeutung des in ihm liegenden Potentials.“*²⁰

Die Krankenkassen und ihre Spitzenverbände sind faktisch Träger des MDK (gemäß § 278 II SGB V) und sollten an einer Zusammenarbeit mit dem MDK schon im Sinne der SGB-Grundsätze von Solidarität und Wirtschaftlichkeit interessiert sein. Als Gründe für die geringe Einschaltung der MDK in Struktur- und Vertragsangelegenheiten nennt der MDK Schleswig-Holstein :

- kein Interesse an Evaluationen von neuen medizinischen Maßnahmen
- eigene Existenzsicherung als originäres Interesse und Ziel der Krankenkassen
- Gewinnung neuer Mitglieder hat Vorrang
- kein existentielles Interesse der Krankenversicherung an den Kosten des Einkaufs
- Wettbewerb mit Versicherungsleistungen
- Zufriedenheit der Versicherten ist wichtig, diese gründet sich nicht nur auf fachliche Qualität, sondern auch die äußere Form der Darreichung
- Eigennutz der Krankenkassen geht vor Gemeinwohl²¹

Der MDK Schleswig-Holstein stellt die These auf, daß die medizinisch-pflegerische Kompetenz bei der GKV nicht vorhanden ist, dies aber weitgehend nicht als Mangel angesehen wird. Fachfragen und Qualitätsinteressen genießen nicht erste Priorität, die Leistungsanbieter dominieren die Verhandlungen und können pekuniäre statt sachlicher Interessen verfolgen.²²

6 Resumée

6.1 Erkenntnisgewinn

Die historischen Grundlagen für die Entwicklung eines Medizinischen Dienstes, der seine Aufgaben gegenüber der Vorgängerorganisation VdD wesentlich erweitert sah, war das Thema des zweiten Kapitels. Der MDK wurde vom Gesetzgeber als erweiterter sozialmedizinischer Beratungs- und Begutachtungsdienst vorgesehen.

²⁰ MDK Schleswig-Holstein, 1996, S. 94

²¹ vgl. ebenda, S. 96 f.

²² Ebenda, S. 95

Um den Bezugsrahmen, innerhalb dessen der MDK innerhalb des Gesundheitssystems der Bundesrepublik Deutschland fungiert, darzustellen, wurde im dritten Kapitel der theoretische Ansatz von Renate Mayntz erläutert. Dieser setzt sich aus Teilen der System- und Handlungstheorie zusammen und möchte ein differenziertes Bild des Gesundheitssystem nachzeichnen.

Hingeführt wurde im vierten Abschnitt auf die Organisation und den Aufbau des MDK nach den gesetzlichen Vorschriften des SGB V. Der MDK steht unter der Trägerschaft der gesetzlichen Krankenkassen und muß innerhalb Rahmenrichtlinien mit diesen zusammenzuarbeiten.

Zielvorstellungen des MDK und damit verbundene Konfliktfelder bilden das Rahmen des fünften Kapitels, darin werden anhand von Beispielen aus verschiedenen MDKs die nicht immer reibungslos verlaufende Zusammenarbeit mit den Krankenkassen dargestellt.

Als Prämisse dieser Arbeit muß gelten, daß sich die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland in ständigem Wandel befinden, als Folge sich auch die Aufgabenstellung des MDK weiter verändern wird – die Arbeit kann nur eine Momentaufnahme sein.

6.2 Diskussion

Die Entwicklung, Aufgaben und Leistungen des MDK zu veranschaulichen ist Ziel dieser Diplomarbeit. Das Gesundheitswesen sieht sich durch pekuniäre Fehlentwicklungen einer ständigen Reform ausgesetzt, der MDK als Beratungsinstanz der Krankenkassen hat die Vorgabe als sozialmedizinische Beratungsinstanz der GKV mit Sachverstand zur Seite zu stehen.

Dabei sieht es sich vielfältigen Konflikten gegenüber, das Gesundheitssystem ist kein einheitliches, überschaubares Gebilde, sondern wird durch vielerlei Interessen beherrscht. Die organisierte Ärzteschaft will seine Besitzstände nicht aufgeben, die Krankenkassen sehen sich nach den Vorgaben des GSG als Konkurrenten auf dem Gesundheitsmarkt. Nur so kann es sein, daß der MDK faktisch vielfach immer noch als Kontrollinstrument bei der Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit eingesetzt wird. Wie in Kapitel 5 dargestellt, sind die Krankenkassen der größte Gegner des MDK – und das obwohl sie die Trägerschaft über ihn haben.

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Im Rahmen des „Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG)“, wurde 1989 der „Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)“, als Nachfolgeorganisation des „Vertrauensärztlichen Dienstes (VäD)“, gegründet. Den Krankenkassen sollte damit ein wirkungsvolles Instrument der sozialmedizinischen Begutachtung und Beratung zur Seite gestellt werden. Vorausgegangen waren jahrelange Diskussionen um die Reform des VäD, der, personell und technisch schlecht ausgestattet, nicht mit den Entwicklungen der Medizin Schritt halten konnte. Der historische Ursprung des VäD ist eng mit der Geschichte der Sozialversicherung in Deutschland verbunden, durch die Sozialgesetzgebung des Reichskanzlers Bismarck wurden in den 80-er Jahren des 19. Jahrhunderts die Krankenkassen gegründet. Zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit versicherter Arbeitnehmer bedienten sich verschiedene Krankenkassen schon 1891 sogenannter „Revisionsärzte“,¹. Aus dieser Einrichtung entwickelte sich der VäD, der erstmals in der Notverordnung von 1930 gesetzlich verankert wurde. Unter dem nationalsozialistischem Regime wurde 1934 das „Aufbaugesetz“, beschlossen, das den VäD unter die Trägerschaft der Arbeiterrentenversicherung stellte und bis zur Verabschiedung des GRG Bestand hatte.

Aufgabe des VäD war primär die Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit von Versicherten, er war also ein Kontrollinstrument zur Unterstützung der Krankenkassen. Unter dem Zeichen der Kostenexplosion im Gesundheitswesen wurde Kritik an der Institution des VäD laut, seine einseitige Ausrichtung auf Begutachtungen und seine schlechte personelle und technische Ausstattung ließ den Ruf nach einer grundsätzlichen Reform aufkommen.

Mehrere Reformversuche schlugen fehl, die organisierte Ärzteschaft sah ihre Besitzstände in Gefahr und wehrte sich gegen Bestrebungen, den VäD zu einem sozialmedizinischen Beratungsdienst der Krankenversicherung auszubauen. Erst mit

dem GRG wurde der MDK unter der Trägerschaft der Krankenversicherung neu gegründet.

Im Vergleich zum VdD wurde das Aufgabenspektrum des MDK so erweitert, daß es sich nicht in einer bloßen Kontrollfunktion erschöpfte. Der Gesetzgeber gab dem MDK mit dem neunten Kapitel des Sozialgesetzbuches den Auftrag, das Leistungsangebot auszubauen auf die Begutachtung und Beratung

- bei der Sicherung der Qualität der Leistungen
- bei der Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen
- in allgemeinen medizinischen Fragen der gesundheitlichen Versorgung und der Beratung der Versicherten.

1.2 Zielsetzung

Ziel der Arbeit ist es, die Aufgaben und Leistungen des MDK innerhalb des Gesundheitswesens der Bundesrepublik zu erfassen. Dabei soll auf Konflikte in der Zielverwirklichung eingegangen werden, die Frage der Relevanz des MDK als sozialmedizinische Beratungsinstanz erörtert werden. Im einzelnen sollen geklärt werden:

- die historischen Grundlagen des MDK
- die Stellung des MDK innerhalb des Gesundheitssystems
- die gesetzlichen Aufgaben des MDK nach dem SGB V
- die Probleme der Zielverwirklichung des MDK

Als Prämisse ist anzusehen, daß sich das Gesundheitssystem im allgemeinen und die Rahmenbedingungen für den MDK im speziellen in ständigem Wandel befinden, so daß diese Arbeit nur eine Momentaufnahme darstellen kann.

¹ vgl. Clever, 1986, S. 27

1.3 Vorgehensweise

Zur Einführung wird in Kapitel 2 die historische Entwicklung vom V&D zum MDK ausgehend von der Sozialgesetzgebung Bismarcks in den 80-er Jahren des 19. Jahrhunderts nachgezeichnet.

In Anlehnung an die Systemtheorie wird im dritten Kapitel der Ansatz der sozialen Differenzierung konkret auf die Entwicklung der Strukturen des Gesundheitssystems und so auch des MDK angewandt. Dies erscheint sinnvoll, da sich hiermit die komplexen Verflechtungen im Gesundheitswesen veranschaulichen lassen.

Der Verwaltungsaufbau und die gesetzlichen Aufgaben des MDK gemäß dem neunten Kapitel SGB V werden im vierten Kapitel untersucht, dabei wird auch auf Änderungen durch das Pflegeversicherungsgesetz und das Gesundheitsstrukturgesetz eingegangen.

Die sich aus den gesetzlichen Bestimmungen und dem Selbstverständnis des MDK als sozialmedizinischem Begutachtungs- und Beratungsdienst der Krankenversicherung² ergebenden Diskrepanzen zwischen Zielvorgabe und Zielverwirklichung sind Gegenstand des fünften Kapitels.

Das letzte Kapitel faßt die Ergebnisse der Arbeit zusammen und wirft einen Blick auf künftig zu erwartende Entwicklungen des MDK.

Die vorliegende Arbeit basiert auf Literaturlauswertung, außerdem war die Möglichkeit zu Gesprächen mit Vertretern des MDK Berlin gegeben. Die Erkenntnisse daraus sind mit in die Arbeit eingeflossen.

1.4 Begriffserklärungen

² vgl. Rebscher, H. 1989: Der Medizinische Dienst – Einordnung und Begründung des Medizinischen Begutachtungs- und Beratungsdienstes der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen eines Ordnungs- und Zielkonzeptes für die Gesundheitsversorgung, in: Müller-Held et al., 1997, S. 11 - 2

Bestimmte Begriffe, die in der Arbeit immer wieder vorkommen, sollen hier definiert werden. Als erstes der Begriff „Medizin“, per se. Pschyrembels klinisches Wörterbuch bezeichnet Medizin als *„die Wissenschaft vom gesunden und kranken Menschen, von den Ursachen, Wirkungen und der Vorbeugung und Heilung der Krankheiten“*,³. Auch der Begriff der Sozialmedizin, die sich als eigenständiges Fachgebiet der Medizin herausgebildet hat, wird in der Arbeit wiederholt thematisiert. Werner grenzt die Sozialmedizin folgendermassen ab⁴:

„Die Einführung des Wortes ‘sozial’ in den Begriff Medizin wandelt nun dessen Gehalt entscheidend. Sozial heißt die Gesellschaft, die Gemeinschaft betreffend. Das bedeutet, Gegenstand und Methode der Sozialmedizin müssen, gemessen an der Individualmedizin, einen anderen Charakter tragen. So befaßt sich die Sozialmedizin mit der Wechselwirkung zwischen Gesellschaft und dem Individuum in bezug auf Krankheit und Gesundheit, aber auch mit der Wechselwirkung Gesellschaft und Medizin als Arzt, als Institution und Organisation des Gesundheitswesens. Sie erweitert damit das klassische Konzept von Disposition (Anlage) und Exposition (Umwelt) als krankheitsauslösende Ursache um die Dimension Soziales.“

Noch weitergehend ist die Begriffserklärung von Tönnis hinsichtlich Gegenstand und Methode der Sozialmedizin⁵:

³Pschyrembel, 1994, S. 950

⁴Werner, B.: Was ist Sozialmedizin, in: Werner, B. und Volz, G.: Unser Gesundheitssystem, 1994, S. 13

⁵VÄD-Rundschreiben 16/67, S. 2. Zitiert nach: Clever, H.-U., 1986, S. 5 f.

„Der Gegenstand der Sozialmedizin ist die Wechselwirkung zwischen Krankheit (bzw. Gesundheit) und Gesellschaft in beiderlei Richtung, also die Erforschung der mit individualmedizinischen Methoden nicht angehbaren Ätiologien der Krankheiten, insbesondere solcher gesellschaftlicher Natur; andererseits die Rückwirkung des Phänomens Krankheit auf die Gesellschaft, insbesondere in ökonomischer Hinsicht. Hierbei spielt das Begutachtungswesen in jederlei Form eine hervorragende Rolle.

Die Methoden der Sozialmedizin sind vorwiegend solche der Soziologie, Sozialpsychologie und Statistik, also neben der beschreibenden Medizinalstatistik insbesondere die statistische Epidemiologie und Faktorenanalyse.

Die Bedeutung der Sozialmedizin besteht vor allem darin, daß sie das Phänomen Krankheit insbesondere dort untersucht, wo die klinisch-kurative individuell vorgehende Medizin ihrer Natur und Methode nach versagt. Sie befaßt sich also vorwiegend mit den Krankenständen, ihrer Überhöhung, der vorzeitigen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, den Gründen all dieser Erscheinungen und letztlich den Methoden der Prävention, ohne doch deren Anwendung am einzelnen Patienten zu betreiben.,,

Die „deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin,, schließlich definiert den Begriff in § 1.1 ihrer Satzung⁶:

⁶Zitiert nach: Clever, 1986, S. 6

„Sozialmedizin ist eine angewandte medizinische Disziplin mit klinischen und nichtklinischen Methoden unter insbesondere bevölkerungsbezogener Perspektive. Sozialmedizin befaßt sich dementsprechend mit Volkskrankheiten an sich und mit ihrem Zusammenhang zur sozialen und natürlichen Umwelt. Sie befaßt sich ebenso mit der Organisation des Gesundheitswesens und seiner Bewertung sowie mit den medizinischen Verfahren und Begutachtungen in den Einrichtungen der sozialen Sicherung. Dies geschieht unter ätiologischen, präventiven, epidemiologischen, rehabilitativen und versorgungsrelevanten Gesichtspunkten. Die Sozialmedizin benutzt vor allem klinische, epidemiologische, ökonomische und ökologische Methoden, oft in multidisziplinären Ansätzen.“

Alle vorangegangenen Definitionen basieren auf einem Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff, der näher zu erläutern ist. Das klinische Wörterbuch definiert Gesundheit wie folgt⁷:

- „1. im weiteren Sinne nach der Definition der WHO⁸ der Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens;*
- 2. im engeren Sinne das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger und seelischer Störungen oder Veränderungen beziehungsweise ein Zustand, in dem Erkrankungen und pathologische Veränderungen nicht nachgewiesen werden können;*
- 3. im sozialversicherungsrechtlichen Sinn der Zustand, aus dem Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit resultiert.“*

Krankheit wird im selbigen Buch folgendermaßen erklärt⁹:

⁷Pschyrembel, 1994, S.538

⁸WHO - World Health Association, die Weltgesundheitsorganisation

⁹Pschyrembel, 1994, S. 824

- „1. Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen beziehungsweise objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen beziehungsweise seelischen Veränderungen;*
- 2. in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts der Zustand von Regelwidrigkeit im Ablauf der Lebensvorgänge, der Krankenpflege und Therapie erfordert und aus dem eine berufsspezifische erhebliche Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit resultiert;*
- 3. begriffliche Bezeichnung für eine definierbare Einheit typischer ätiologischer, morphologischer, symptomatischer, nosologisch beschreibbarer Erscheinungen, die als eine bestimmte Erkrankung verstanden wird.,,*

Für diese Arbeit relevant ist der Krankheitsbegriff im Sinne des Bundessozialgerichts, der Begriff an sich ist nicht feststehend, sondern einem ständigen Wandel unterzogen und durch die jeweilig aktuelle Rechtsprechung bestimmt.

Auch der Begriff des „Systems,, bedarf einer Erläuterung, das „Lexikon zur Soziologie,, definiert ihn wie folgt¹⁰:

„Der Systembegriff geht davon aus, daß alle Systemteile interdependent sind. Veränderungen einzelner Systemteile wirken unmittelbar auf alle anderen Systemelemente ein und verändern so den Zustand des Gesamtsystems. Systemveränderungen folgen einer Struktur, die durch das Prinzip der Systemerhaltung und/oder des Systemgleichgewichtes bestimmt ist. Damit ist die Tendenz eines Systems gemeint, bestimmte periphere Variablen zu manipulieren, um die zentralen konstant zu halten.,,

Im Rahmen der Themabehandlung wird auf einen theoretischen Erklärungsansatz für das Gesundheitswesen eingegangen, dafür ist zudem der Begriff der Theorie zu klären - im „Lexikon zur Soziologie,, wird er folgendermaßen definiert¹¹:

„(1) Allgemein wird mit Theorie ein System von Begriffen, Definitionen und Aussagen bezeichnet, das dazu dienen soll, die Erkenntnisse über einen Bereich von Sachverhalten zu ordnen, Tatbestände zu erklären und vorherzusagen

(3) Theorie als theoretischer Bezugsrahmen besteht aus einem System von Klassifikationen, mit dessen Hilfe ein bestimmter Bereich von Sachverhalten hinreichend erfaßt werden soll (...).„

1.5 Theoretisches Konzept

Als Basis der theoretischen Annäherung wird die von Renate Mayntz entwickelte Theorie sozialer Differenzierung mit dem Konzept des funktionellen Teilsystems¹² der Arbeit zugrundegelegt. Dieser „*historisch-sozialstrukturelle Analyseansatz*“,¹³ basiert auf Elementen der System- und Handlungstheorie, deshalb hier die Definitionen des Lexikons zur Soziologie. Die **Systemtheorie** wird beschrieben als

¹⁰ Fuchs-Heinritz et al., 1995, S. 661

¹¹ Fuchs-Heinritz et al., 1995, S. 676

¹² Mayntz et al., 1988

¹³ Wanek, 1993, S. 62

„die Theorie von Systemen. Ihre Grundidee ist, daß alles und jedes als System betrachtet, d.h. unter dem Aspekt seiner inneren Organisation und seiner Interaktion mit der Umwelt analysiert werden kann. Der jeweils interessierende Gegenstand wird mit Hilfe einer besonderen Methode als System rekonstruiert und bestimmten Analyseverfahren unterworfen. Wesentlich für die Methode der Systemtheorie ist das Analogieprinzip, nämlich die Vergleichbarkeit von Prozessen in verschiedenen Materialien. Darüber hinaus beharrt die Systemtheorie auf der Analyse von Einzelbeziehungen unter dem Aspekt ihrer Funktionen für das umfassende Ganze. Ihre Erklärungsmodelle sind daher oft nicht kausal, sondern teleologisch konstruiert, meist durch Angabe der Bedingungen des Systemgleichgewichts. Da die Systemsprache alle Prozesse und Strukturen (ungeachtet der Verschiedenheit der empirischen Gegenstände) in gleichen Begriffen wiedergibt, werden häufig fruchtbare Einsichten über disziplinäre Grenzen hinweg möglich (...).“¹⁴

*„**Handlungstheorie** (...) unter dem Begriff der Handlungstheorie werden verschiedene Versuche zusammengefaßt, generelle Begriffe und Aussagen hinsichtlich der Bedingungen, Formen und Handlungsrichtungen elementaren sozialen Verhaltens in einer sozialwissenschaftlichen Grundlagentheorie zu systematisieren. Grundmodell der Handlungstheorie ist das Zweck- (bzw. Ziel-) Mittel-Schema, d.h. der Akteur in einer sozialen Situation, in der sich für ihn aus dem Bedingungsgefüge von individueller Motivation und Zielen, alternativen Objekten und Mitteln, sozialen Normen und Erwartungen (...) eine bestimmte Handlungsorientierung ergibt. Aufgabe der Handlungstheorie ist es, über die theoretische Klassifikation von Orientierungsalternativen hinaus die Gesetzmäßigkeiten festzustellen, mit Hilfe derer das spezifische Handeln eines Akteurs aufgrund seiner Situation erklärt oder vorhergesagt werden kann.“¹⁵*

¹⁴Fuchs-Heinritz et al., 1995, S. 666

¹⁵Fuchs-Heinritz et al., 1995, S. 266 f.

Mayntz' Ansatz basiert auf der Theorie der Differenzierung, die von den Klassikern Adam Smith und Emil Durkheim zur Beschreibung des Übergangs zur arbeitsteiligen Gesellschaft entwickelt wurde und die zur gesamtgesellschaftlich übergreifenden Theorie der funktionellen Differenzierung ausgedehnt wurde. Den streng funktionalistischen Bezug der Systemtheorie erweitert Mayntz um das handlungstheoretische Element der kausal-genetischen Bezugnahme. Konkret beschreibt diese Theorie anhand eines historischen Rückblickes Entwicklungen von und zum Teilsystem Gesundheitswesen.

2. Die Entwicklung des MDK - vom "Vertrauensärztlichen Dienst" zum "Medizinischen Dienst der Krankenversicherung"

In einem ersten Schritt wird die Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in groben Zügen nachgezeichnet, um die Bedeutung des MDK innerhalb dieses Systems besser verstehen zu können.

2.1 Die Entstehung der Sozialversicherung in Deutschland

Der Ursprung der Sozialversicherung mit ihren vier Zweigen liegt im 18. Jahrhundert mit seinen massiven gesellschaftlichen Veränderungen. In der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts begann in Deutschland die Industrialisierung, und so entsteht eine neue Gesellschaftsschicht: die unterprivilegierten Industriearbeiter, das Proletariat. Ausschlaggebend für diese Entwicklung waren mehrere zeitgleich auftretende Faktoren¹⁶:

- revolutionäre Erfindungen: im 18. Jahrhundert wurden u.a. Dampfmaschine, Eisenbahn, Elektrodynamo und Telegrafmast erfunden, was einen Übergang von Handarbeit zu Maschinenarbeit nach sich zog.
- die Bevölkerungsentwicklung: Die Bevölkerung des Deutschen Reiches wuchs zwischen 1816 und 1855 um 11,3 Millionen an. Ursachen dafür waren eine geringere Sterblichkeit der Bevölkerung durch Fortschritte in der Medizin und die Aufhebung von Bestimmungen, die Eheschliessungen in den unteren Bevölkerungsschichten verhinderten.
- die Bauernbefreiung: Zwischen 1765 und 1850 wurde schrittweise die Feudalherrschaft der Gutsherren über die Bauern abgeschafft und damit die Voraussetzung für die Freisetzung zahlreicher Arbeitskräfte geschaffen.
- die Gewerbefreiheit: zunftrechtliche Beschränkungen wurden abgeschafft und dadurch zahlreichen Arbeitskräften die Chance zur Selbständigkeit eröffnet.

¹⁶vgl. Lampert, 1996, S. 26 ff.

Die gesellschaftliche Situation der Industriearbeiter beschreibt Stier-Somlo¹⁷ folgendermaßen:

"(...) Das oft drückende Herrschaftsverhältnis der früheren Zeit war nunmehr endgültig gelöst, an seine Stelle trat aber oft eine lebenslängliche Bindung an das moderne Unternehmertum. Das eng patriarchalische Verhältnis mit seinen guten und schlechten Seiten hatte aufgehört. Zwischen Arbeitern und Arbeitgebern fehlt von nun an ab das persönliche Element; nicht der Mensch steht dem Menschen gegenüber, sondern der Erwerbende dem Erwerbenden. Rein geschäftliche Beziehungen beherrschen ihr gegenseitiges Verhältnis. Dieses ist auf den freien Arbeitsvertrag begründet, der sofort seine Schattenseiten zeigt. Denn beide Parteien behandelt die Rechtsordnung grundsätzlich als gleich, aber sie sind tatsächlich, in ihrer wirtschaftlichen Macht, ungleich: der eine ist selbständig, der andere unselbständig, der eine besitzender Unternehmer, der andere besitzloser Arbeiter.

Das Recht gibt die Möglichkeit, daß der Vertrag von beiden Teilen in der schärfsten Weise ausgenutzt wird, was schließlich nur die Benachteiligung des wirtschaftlich Schwächeren bedeutet. Es bildet sich mit Naturnotwendigkeit ein scharfer Interessengegensatz heraus zwischen dem gewerblichen Unternehmer und dem Arbeiter. Dieser hatte niemanden, der ihm in der Not beigestanden hätte, während gerade das Maschinenzeitalter die Entstehung von Krankheit und Unfall befördern, die Erwerbslosigkeit infolge Invalidität häufig machen mußte (...)."

Die steigende Bevölkerungszahl mit ihrem Überangebot an Arbeitskräften ermöglichte den Unternehmern, Menschen zu niedrigsten Löhnen und unter unvorstellbar hohen Arbeitsbelastungen zu beschäftigen. Die vermögenslosen Arbeiter mit ihren vielköpfigen Familien lebten oft am Rande des Existenzminimums und waren deshalb auf die Mitarbeit aller Familienmitglieder angewiesen, schon

¹⁷Stier-Somlo, F.: Deutsche Sozialgesetzgebung, Jena, 1906; zitiert nach: Clever, 1986, S. 10 f.

Kinder mit 6 Jahren arbeiteten in Fabriken. Die Arbeitsbedingungen waren denkbar schlecht, Unfallverhütungsmaßnahmen kaum vorhanden. Um bei Arbeitsunfällen Krankengeld zu erhalten, mußte der Arbeiter dem Unternehmer die Schuld nachweisen, was oft unmöglich war und viele in die Armut trieb. Die Begründung des 1883 beschlossenen Krankenversicherungsgesetzes (siehe unten) beschreibt diese Situation recht plastisch¹⁸:

"Eine Revision der Krankenkassengesetzgebung in der bezeichneten Richtung erscheint aber auch unabhängig von dem Bedürfnis einer Ergänzung der Unfallversicherung im Interess einer Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Arbeiter und einer Erleichterung der öffentlichen Armenlast dringend geboten und kaum minder wichtig als die Regelung der Unfallversicherung. Die Verarmung zahlreicher Arbeiterfamilien hat ihren Grund darin, daß sie in Zeiten der Krankheit ihrer Ernährer eine ausreichende Unterstützung nicht erhalten. Sind diese, weil gegen Krankheit nicht versichert, lediglich auf die öffentliche Armenpflege angewiesen, so erhalten sie eine Unterstützung in der Regel erst dann, wenn alles, was sie an Ersparnissen, an häuslicher Einrichtung, Arbeitsgerät und Kleidungsstücken besitzen, für die Krankenpflege und den notdürftigsten Unterhalt der Familie geopfert ist. Und selbst dann, wenn die öffentliche Armenpflege mit ihrer Hilfe früher eintritt oder der Erkrankte einer Krankenkasse angehört, ist die Unterstützung meistens so ungenügend, daß sie eine ausreichende Pflege des Kranken nicht ermöglicht und den Ruin seiner Wirtschaft nicht zu verhindern vermag. Bei vielen Arbeitern ist daher eine ernstliche Krankheit die Quelle einer Minderung der Erwerbsfähigkeit, wenn nicht völliger Erwerbsunfähigkeit für die ganze Lebenszeit; und selbst diejenigen, welche ihre volle Erwerbsfähigkeit wiedererlangen, können meist nur durch jahrelange Anstrengung und Entbehrung das während der Krankheit Verlorene soweit ersetzen, daß sie wieder zu einem geordneten Haushalt gelangen. Dazu fehlt aber der Mehrzahl unserer Arbeiter die erforderliche Energie und Umsicht. Eine durch

¹⁸Töns, 1983, S. 21 f.

Krankheit und namentlich durch wiederholte Krankheit heruntergekommene Arbeiterfamilie gelangt daher nur selten wieder zu geordneten wirtschaftlichen Verhältnissen. Die Zahl der Arbeiterfamilien sowie der Witwen und Waisen, welche der Not und der öffentlichen Armenpflege dauernd anheimfallen, weil ihre Wirtschaft durch mangelhafte Unterstützung in Krankheitszeiten zerrüttet oder ihr Ernährer in Folge mangelhafter Pflege erwerbsunfähig geworden oder gestorben ist, dürfte größer sein als die Zahl derjenigen, welche durch die Folgen von Unfällen bedürftig werden."

Den rechtlosen Arbeitern nahmen sich Sozialreformer und Sozialrevolutionäre an, ihr Ziel war die Erhaltung und Sicherung der Existenz der Unterprivilegierten. Vor allem die "Sozialistische Arbeiterpartei Deutschlands", 1875 aus dem "Allgemeinen Deutschen Arbeiterverein" hervorgegangen, sah sich als Interessenvertreter des Proletariats. Daneben gab es auch christlich-soziale Bewegungen wie den Kolpingsverein; die liberal soziale Bewegung um Friedrich Naumann; die überwiegend marxistisch-klassenkämpferisch eingestellten Gewerkschaften sowie die Genossenschaftsbewegung.¹⁹ Unter ihrem Einfluß wurden gegen Ende des 18. Jahrhunderts erste gesetzliche Regelungen zur Armenpflege und Krankenfürsorge erlassen, so z.B.:

- Preußisches allgemeines Landrecht von 1794
- Preußische allgemeine Gewerbeordnung von 1845
- Gesetz betreffend die gewerblichen Unterstützungskassen von 1854
- Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes von 1869
- Hilfskassengesetz von 1876²⁰

Der Staat hielt sich zunächst aus dem freien Spiel der Marktkräfte heraus. Ein wesentlicher Anstoß für staatliche Sozialpolitik war der Rückgang der Wehrtauglichkeit bei Jugendlichen, die durch Fabrikarbeit vielfach gesundheitsgeschädigt waren. So wurde 1839 in Preußen das "Regulativ über die

¹⁹vgl. Lampert, 1996, S. 51 ff.

²⁰vgl. Beske et al., 1993, S. 72

Beschäftigung jugendlicher Arbeiter in Fabriken" erlassen, das das Mindestalter für Kinderarbeit von 9 auf 12 Jahren erhöhte und die tägliche Arbeitszeit der Jugendlichen beschränkte.

Mit der "allgemeinen Gewerbeordnung" des Landes Preußen von 1845 wurde der Arbeitnehmerschutz auf den Schutz der Arbeitnehmer vor Gefahren bei der Arbeitsausübung ausgeweitet. Erstmals wurde auch eine Sicherung der Arbeiter vor den wirtschaftlichen Folgen einer Krankheit vorgesehen: Gemeinden konnten Handwerker zum Eintritt in eine Ortskrankenkasse zwingen und beitragspflichtig machen. Der Personenkreis der Nutznießer war zwar eingeschränkt, aber ein erster Schritt hin zur Zwangsversicherung getan.

Im Hinblick auf die erstarkende Arbeiterbewegung - die SPD erzielte bei den Reichstagswahlen von 1871 9,1 % der Stimmen - verfolgte die Regierung unter Bismarck eine Doppelstrategie der "Zuckerbrot und Peitsche"-Politik. Mit dem "Gesetz zur Abwehr der gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie", auch Sozialistengesetz genannt, wurden 1878 Arbeiterorganisationen verboten, ihre Meinungsfreiheit aufgehoben. Auf der anderen Seite bereitete Bismarck die Sozialversicherungsgesetzgebung vor, die "Kaiserliche Botschaft" kündigte diese mit der Thronrede Wilhelm I am 17. November 1881 an²¹:

" Schon im Februar des Jahres haben Wir Unsere Überzeugung aussprechen lassen, daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich auf dem Wege der Repression der sozialdemokratischen Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde. Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstage diese Aufgabe von Neuem ans Herz zu legen, (...). In diesem Sinne wird zunächst der von den verbündeten Regierungen in der vorigen Session abgelegte Entwurf eines Gesetzes über die Versicherung der Arbeiter gegen Betriebsunfälle mit Rücksicht auf die im Reichstage stattgehabten Verhandlungen über denselben einer Umarbeitung unterzogen, um die erneute Beratung desselben vorzubereiten. Ergänzend wird ihm eine

²¹Peters, H., 1978: Die Geschichte der sozialen Versicherung, Sankt Augustin. Zitiert nach: Clever, 1986, S. 15

Vorlage zur Seiten treten, welche sich eine gleichmäßige Organisation des gewerblichen Krankenkassenwesens zur Aufgabe stellt. Aber auch diejenigen, welche durch Alter oder Invalidität erwerbsunfähig werden, haben der Gesamtheit gegenüber einen begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zu Theil werden können.

(...) Daß der Staat sich in höherem Maße als bisher seiner hilfsbedürftigen Mitglieder annehme, ist nicht bloß eine Pflicht der Humanität und des Christentums, von welchen die staatlichen Einrichtungen durchdrungen sein soll, sondern auch eine Aufgabe staatserhaltender Politik, welche das Ziel zu verfolgen hat, auch in den besitzlosen Klassen der Bevölkerung, welche zugleich die zahlreichsten und am wenigsten unterrichteten sind, die Anschauung zu pflegen, daß der Staat nicht bloß eine notwendige, sondern auch eine wohlthätige Einrichtung sei."

Die Umsetzung der kaiserlichen Botschaft gestaltete sich schwierig, Sozialdemokraten und Liberale, Unternehmer und Teile der Öffentlichkeit standen dem Jahrhundertwerk kritisch gegenüber und artikulierten ihren Widerstand. Mit einer weiteren kaiserlichen Botschaft wandte sich Wilhelm I. deshalb am 14. April 1883 nochmals an die Abgeordneten des Reichstages²²:

" Die dazu erforderliche Zeit ist eine lange für die Empfindungen, mit welchen Wir in Unserem Lebensalter auf die Größe der Aufgaben blicken, welche zu lösen sind, ehe Unsere in der Botschaft vom 17.11.1881 ausgesprochenen Intentionen eine praktische Betätigung auch nur soweit erhalten, daß die bei den Beteiligten volles Verständnis und infolgedessen auch volles Vertrauen finden. Unsere Kaiserlichen Pflichten gebieten Uns aber, kein in Unserer Macht stehendes Mittel zu versäumen, um die Besserung der Lage der Arbeiter und den Frieden der Berufsklassen untereinander zu fördern, solange Gott Uns Frist gibt

²²Peters, H., 1978: Die Geschichte der sozialen Versicherung, Sankt Augustin. Zitiert nach: Frank, 1994, S. 13

zu wirken. Darum wollen Wir dem Reichstage durch diese Unsere Botschaft von neuem und in vertrauensvoller Anrufung seines bewährten treuen Sinnes für Kaiser und Reich die alsbaldige Erledigung der hierin bezeichneten wichtigen Vorlagen dringend ans Herz legen. "

Unter der Führung des Reichskanzlers wurden schließlich in mehreren Etappen die Säulen der Sozialversicherung geschaffen durch:

- das Gesetz betreffend die Krankenversicherung (GKV) der Arbeiter vom 15. Juni 1883
- das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884
- das Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Alterssicherung vom 22. Juli 1889

2.2 Historische Grundlagen des Vertrauensärztlichen Dienstes

2.2.1 Der Aufbau der Krankenversicherung 1883 bis zur Neufassung des VdD 1932

Bismarck sah in der Krankenversicherung nur ein ihm untergeschobenes Kind, der Entwurf für das Gesetz betreffend die Krankenversicherung stammte von dem Geheimen Regierungsrat Theodor Lohmann. Am 29. April 1882 wurde der Gesetzesentwurf dem Reichstag vorgelegt und brauchte 50 Beratungssitzungen in der eingesetzten Kommission.²³ Am 31. Mai 1883 wurde das Krankenversicherungsgesetz mit einer Mehrheit von 216 gegen 99 Stimmen vom Reichstag angenommen, vor allem Abgeordnete der sozialdemokratischen Partei und der "Deutschen Fortschrittspartei" stimmten dagegen.

Zweifelsohne handelte es sich um ein Jahrhundertwerk, das in seinen Grundzügen die Krankenversicherung bis heute prägt und deshalb im Folgenden in seiner Struktur kurz dargestellt wird:

²³vgl. Tennstedt, 1976, S. 385

- **versicherter Personenkreis:** die Einführung der gesetzlichen Zwangsversicherung für den unten aufgeführten Personenkreis ist der Schwerpunkt des Krankenversicherungsgesetzes, im Wortlaut des § 1GKV²⁴:

"Personen, welche gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind:

- 1. in Bergwerken, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Brüchen und Gruben, in Fabriken und Hüttenwerken, beim Eisenbahn- und Binnendampfschiffahrtsbetriebe, auf Werften und bei Bauten,*
- 2. im Handwerk und in sonstigen stehenden Gewerbebetrieben,*
- 3. in Betrieben, in denen Dampfkessel oder elementare Kraft (Wind, Wasser, Dampf, Gas, heiße Luft usw.) bewegte Triebwerke zur Verwendung kommen, sofern diese Verwendung nicht ausschließlich in vorübergehender Benutzung einer nicht zur Betriebsanlage gehörenden Kraftmaschine besteht, sind mit Ausnahme der in §2 unter Ziffer 2 bis 6 ausgeführten Personen, sofern nicht die Beschäftigung ihrer Natur nach eine vorübergehende oder durch den Arbeitsvertrag im voraus auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist, nach Maßgabe der Vorschriften dieses Gesetzes gegen Krankheit zu versichern."*

Gemeinden und Kommunalverbände konnten die Anwendung des §1GKV auf einen größeren Personenkreis erweitern, im Wortlaut des §2 GKV:

- "1. auf diejenigen in §1 bezeichneten Personen, deren Beschäftigung ihrer Natur nach eine vorübergehende oder durch den Arbeitsvertrag im voraus auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist,*
- 2. auf Handlungs-Gehülfen und - Lehrlinge, Gehülfen und Lehrlinge in Apotheken,*
- 3. auf Personen, welche in anderen als den in §1 bezeichneten Transportgewerben beschäftigt werden,*

²⁴Das Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15.6.1883, Reichsgesetzblatt S. 73; zitiert nach: Frank, 1994 S. 16 f.

4. auf Personen, welche von Gewerbetreibenden außerhalb ihrer Betriebsstätten beschäftigt werden,
5. auf selbständige Gewerbetreibende, welche in eigenen Betriebsstätten im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbetreibender mit der Herstellung oder Bearbeitung gewerblicher Erzeugnisse beschäftigt werden (Hausindustrie),
6. auf die in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigten Arbeiter."

Versicherungsfreie Personen oder auf Antrag von der Versicherungspflicht Befreite werden im §3 GKV genannt:

"auf Beamte, welche in Betriebsverwaltungen des Reiches, eines Bundesstaates oder eines Kommunalverbandes mit festem Gehalt angestellt sind, finden die Bestimmungen der §§ 1,2 dieses Gesetzes keine Anwendung. Auf ihren Antrag sind von der Versicherungspflicht zu befreien, Personen, welche im Krankheitsfalle mindestens für dreizehn Wochen auf Verpflegung in der Familie des Arbeitgebers oder auf Fortzahlung des Gehaltes oder des Lohnes Anspruch haben."

Neben diesen Versichertengruppen gab §4 GKV die Möglichkeit des freiwilligen Beitritts, so konnten z.B. Dienstboten, die nicht versicherungspflichtig waren, der GKV beitreten. Da Dienstboten zwar einen Anspruch auf Krankenpflege gegenüber ihrem Arbeitgeber hatten, dieser Anspruch jedoch nicht in allen Bundesstaaten des Deutschen Reiches existierte, war für sie der freiwillige Beitritt interessant.²⁵

- **Leistungen der GKV:** Entsprechend heutigen Regel- und Mehrleistungen unterschied das Gesetz zwischen Mindestleistungen, die für jede Krankenversicherung obligatorisch waren, und Leistungen, die zusätzlich in die Satzung aufgenommen werden konnten. Je nach Versicherungsträger unterschieden sich auch die Mindestleistungen der Kassen, die Gemeinde-Krankenversicherung hatte z.B. nach § 6 GKV mindestens zu leisten:

²⁵ vgl. Töns, 1983, S. 32

- "1. freie ärztliche Behandlung, freie Arznei, kleine Heilmittel vom Beginn der Krankheit ab,*
- 2. im Falle der Erwerbsunfähigkeit vom dritten Tage nach Beginn der Erkrankung ab ein Krankengeld in Höhe der Hälfte des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter."*

Anstelle des Krankengeldes konnten gemäß §7 GKV auch Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus treten. Zusätzlich zu diesen Leistungen mußten die Zwangskassen nach § 20 GKB mindestens leisten:

Wöchnerinnenunterstützung während mindestens 4 Wochen nach der Niederkunft und ein Sterbegeld in Höhe des zwanzigfachen Betrages des durchschnittlichen Tagelohnes, nach dem die Beiträge bemessen wurden.

- **Versicherungsbeiträge:** Bemessungsgrundlage hierfür war das Arbeitsentgelt des Versicherten, vereinfachend wurden anstelle des individuellen Entgeltes bei den Gemeindekrankenversicherungen ortsübliche Tagelöhne herangezogen, bei den Ortskrankenkassen der durchschnittliche Tagelohn aller Mitglieder oder einzelner Versichertenklassen. Die Höhe des Beitragssatzes wurde in §22 GKV geregelt:

"Die Beiträge sind so zu bemessen, daß sie unter Einrechnung der etwaigen sonstigen Einnahmen der Kasse ausreichen, um die statutengemäßen Unterstützungen, die Verwaltungskosten und die zur Ansammlung oder Ergänzung des Reservefonds erforderlichen Rücklagen decken."

Gemäß § 52 I GKV waren die Beitragssätze zu einem Drittel vom Arbeitgeber und zu zwei Dritteln vom Versicherten aufzubringen, der Versichertenbeitrag durfte höchstens 3% des Arbeitsentgeltes betragen.

- **Krankenkassenwesen:** Das GKV sah für die Durchführung der gesetzlichen Vorgaben ein verzweigtes System von Krankenkassen vor, die auf berufsgenossenschaftlicher Basis zu errichten waren. Dabei wurde an

bestehende Einrichtungen angeknüpft, es gab bereits Vorläufer der gesetzlichen Krankenversicherung, wie z.B. Hilfskassen der Innungen und Zünfte oder Fabrikkrankenkassen. §4 GKV nannte die Krankenversicherungsträger:

- Gemeindekrankenkassen
- Ortskrankenkassen
- Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen
- Bau-Krankenkassen
- Innungskrankenkassen
- Knappschaftskrankenkassen
- Hilfskassen und
- Kassenverbände

2.2.1.1 Die besondere Stellung des Arztes im Krankenversicherungssystem

Ein Grundmerkmal der Gesetzlichen Krankenversicherung von 1883 war das Sachleistungsprinzip, d.h. die Kosten der Krankenbehandlung und Arzneimittel wurden dem Leistungsanbieter direkt von der Versicherung erstattet. Dem Versicherten sollte ein schneller Weg zum Arzt ermöglicht werden, um möglichst schnell wieder in den Arbeitsprozeß integriert werden zu können. Die Krankenkassen hatten für das Angebot an medizinischen Leistungen zu sorgen. Dieses Grundprinzip der Abrechnung wurde bis heute beibehalten und half den Ärzten, ihre Machtposition im Krankenversicherungssystem zu festigen.²⁶ Neben den Sachleistungen bekamen die Versicherten der verschiedenen Krankenkassen bei Arbeitsunfähigkeit, sofern der behandelnde Arzt dies attestierte, Barleistungen ab dem dritten Tag der Krankheit bis zu höchstens 26 Wochen ausbezahlt.

Zusammen mit der vom Gesetz garantierten freien Arztwahl führte das Sachleistungsprinzip dazu, daß sich Versicherte ohne Furcht vor den Kosten in ärztliche Behandlung begeben konnten und damit auch die Möglichkeit des Mißbrauches geschaffen wurde. Der Kassenarzt konnte selbst entscheiden, wie er

²⁶Hammel (1991, S.9) formuliert hierzu etwas drastisch:

den Patienten behandelte, über welchen Zeitraum hinweg und wie häufig der Patient ihn aufsuchen mußte.

"Die Strukturmerkmale des ab dem Jahre 1883 entstehenden Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung verstärkten die anskizzierte Problematik dergestalt, daß auch ein Kassenarzt wie ein lediglich Privatpatienten behandelnder Arzt im Gegensatz zu vorherrschenden, marktwirtschaftlichen Prozessen als Anbieter von Gesundheitsleistungen weitgehend autonom die zu erbringende Leistungsmenge und somit in eigener Regie die konkrete Nachfrage nach Gesundheitsgütern und -leistungen bestimmt."²⁷

Gegen den potentiellen Mißbrauch von Kassenleistungen regte sich in den Krankenkassen bald Widerstand, schon 1891 wurden bei der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgebung "Revisionsärzte" tätig. Deren Aufgabe bestand darin, die Leistungen des behandelnden Arztes eingehend zu überprüfen und in Zweifelsfällen zu anderen Urteilen zu kommen. Mit den Revisionsärzten schufen die Krankenkassen die Grundlage für den Vertrauensärztlichen Dienst, der im Krankenversicherungssystem zunächst überhaupt nicht vorgesehen war.

Für die Ärzteschaft wurde die Zulassung zum Kassenarzt erst mit Ausweitung des Versichertenkreises interessant, zum Zeitpunkt ihres Entstehens waren nur 10% der deutschen Bevölkerung Mitglied in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 1911 bereits 30%. Ärzte mit etablierten Privatpraxen zeigten kein Interesse an Kassenpatienten, kämpften anfangs vielmehr gegen die Ausdehnung des Versichertenkreises an, da ihre Existenzgrundlage bedroht war. Erst als die Versichertenzahl anstieg und die Kassenpatienten so zur Haupteinnahmequelle wurden, setzte sich eine Mehrheit der Ärzte für freie Arztwahl und Kassenzulassung ein. Dabei waren vornehmlich finanzielle Interessen im Spiel, wie aus dem

"Untrenntrennbar mit dem (...) Sachleistungsprinzip war (und ist bis heute) die Tatsache verbunden, in welcher einer ausgeprägten Form ein Kassenarzt hier 'über den Schlüssel zum Geldschrank der Krankenkassen' verfügt, so daß 'viele Ärzte stets der Kassen Tod' zu werden drohen."

²⁷Hammel, 1991, S. 9

untenstehenden Zitat aus einer Abhandlung über der Geschichte der Hamburgischen Ärztekammer hervorgeht²⁸:

"Was ihnen trotz ihres Vorurteils zum Vorteil gereichte, brachte auf der Gegenseite jenen Teil der Ärzte, der bisher eine auskömmliche Privatpraxis gehabt hatte, und die jüngeren Kollegen, die sich eben ihre Praxis gründen wollten, in die peinliche Lage, sich von neuem ihre Hauptklientel bei den Krankenkassen zu suchen. Ein geringeres Entgelt für die einzelne ärztliche Leistung schien nur durch Massenleistungen ausgeglichen werden zu können."

Um ihre Interessen artikulieren zu können, schlossen sich immer mehr Ärzte in Organisationen zusammen. 1900 wurde der Hartmannbund gegründet, der sich als Sprachrohr der Ärzteschaft verstand und nicht vor Boykotten und Streiks halt machte. Der Hartmannbund forderte Kollektivverträge, Bezahlung nach Einzelleistung und freie Arztwahl für seine Mitglieder und stand dadurch den Interessen der Krankenkassen mit ihrer Praxis der beschränkt freien Arztwahl gegenüber. Die Krankenkassen konnten nach der Novelle zum KVG von 1892 die Wahl der Bezahlung ihrer Vertragsärzte selbst bestimmen und boten ihren Mitgliedern die Möglichkeit der Arztwahl aus einer Anzahl von verpflichteten Kassenärzten. Als 1911 die Reichsversicherungsordnung (RVO) in Kraft trat, änderte sich am grundlegenden System der GKV nichts, der Hartmannbund sah seine Forderungen nicht erfüllt und organisierte für den 1. Januar 1914 einen Generalstreik der Ärzte. Nach dem Eingreifen der Reichsregierung konnte am 13. Dezember 1913 mit dem "Berliner Abkommen" eine Einigung der Parteien erreicht werden: Nur die in einem Arztregister beim Versicherungsamt eingetragenen Ärzte kamen für eine Zulassung in Frage und die Ärztedichte wurde auf 1350 Versicherte pro Arzt festgelegt.²⁹ Über die Auseinandersetzungen bezüglich der freien Arztwahl führte Sonderhoff, Regierungsdirektor bei der Hamburger Behörde für Versicherungswesen, damals in einer Denkschrift aus³⁰:

²⁸Marr, G. 1939: Geschichte der Hamburgischen Ärztekammer, zitiert nach: Clever, 1986, S. 21

²⁹vgl. Clever 1986, S.22

³⁰Staatsarchiv Hamburg, 355-3, Akte 113,2, zitiert nach: Clever, 1986, S. 24

"Im Mittelpunkt aller Fragen der kassenärztlichen Tätigkeit steht die Honorarfrage. Sie beherrscht alle anderen Probleme einer befriedigenden Regelung der ärztlichen Versorgung der Krankenkassen. Auch der Streit für und gegen die freie Arztwahl ist, soweit die Kassen und Ärzte sich darum streiten, im Kern eine wirtschaftliche Frage und vornehmlich unter diesem Gesichtspunkt zu betrachten. Der jetzt durch den Gesetzentwurf über die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen und die finanzielle Notlage der Kassen wieder aufgerührte und in den Vordergrund gestellte Streit um die Änderung des Arztsystems soll hier jedoch zurückgestellt werden. Eine grundlegende Änderung des jetzt seit 1919 in Hamburg bestehenden Systems einer sogenannten organisiert freien Arztwahl ist nicht ohne schwerste Kämpfe und Erschütterungen durchzusetzen. Ärzte und Kassen müssen und werden sich hüten, einen schweren Wirtschaftskampf zu führen, nicht um der Versicherten, wohl aber um ihrer selbst willen. Können die Schäden und Nachteile, die mit dem jetzigen System der Honorierung für die Kassen wie für die Ärzte verbunden sind, durch andere Mittel behoben oder doch wesentlich gebessert werden, so werden beide Teile sich damit bescheiden müssen. Nicht um Prinzipien handelt es sich hier, sondern um Geldfragen."

Zu den Auseinandersetzungen ist anzumerken, daß die Krankenkassen vom Gesetz zur Leistung gegenüber ihren Mitglieder verpflichtet war, die Ärzte jedoch nicht zur Arbeit für die Kasse gezwungen werden konnten. Gegen potentiellen Mißbrauch waren die Krankenkassen machtlos, gerade auch deshalb wurde der Ruf nach einer Kontrollinstanz für die Ärzte immer größer.

2.2.1.2 Vertrauensärzte als Kontrollinstanz der Krankenkassen

Die Revisionsärzte der Leipziger Ortskrankenkasse (s.o.) und auch anderer Städte im Deutschen Reich waren schon in den 90-er Jahren des 18. Jahrhunderts Vorläufer des VÄD. Von den Krankenkassen wurden die Revisionsärzte vor allem mit

der Überprüfung von Arbeitsunfähigkeitsnachweisen der Kassenmitglieder beauftragt, aber auch mit der Kontrolle der für die Kassen tätigen Vertragsärzte. Für die Stadt Hamburg gab es bis 1923 eine gemeinsame Vertrauensarztstelle der Hamburgischen Krankenkassen, die mit 5 festangestellten Ärzten besetzt war und deren Aufgaben von der AOK Hamburg folgendermaßen definiert wurden³¹:

"Die Vertrauensarztstelle hat insbesondere den Zweck der Nachuntersuchung der arbeitsunfähigen Kranken. Es werden ihr auch aus Anlaß von Differenzen sowie aus Anlaß der Prüfung von Ansprüchen hervorgerufene Fälle zur Untersuchung überwiesen. Sie begutachtet ferner Verordnungen über Röntgenbehandlung, über Landaufenthalte und prüft bei Einweisung Versicherter in eine Heilstätte, ob Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Reichsversicherungsordnung besteht. Zu Zeiten stark anschwellenden Krankenstandes werden nebenher bezirkliche Nachuntersuchungen vorgenommen durch Kassenärzte, die von der Vereinigung hamburgischer Kassenärzte bestimmt werden."

Die Krankenversicherung hatte zu Beginn nicht zuletzt die Funktion, erkrankten Arbeitern ihr Krankengeld auszubezahlen. Viele Arbeitnehmer sahen dies in wirtschaftlichen Krisenzeiten als Sicherung ihres Lebensunterhaltes, deshalb korrelierten Zeiten hohen Krankenstandes und wirtschaftlicher Depression. In Zeiten hohen Krankenstandes der Arbeiter, wie kurz nach dem 1. Weltkrieg, wurden von der AOK Hamburg nebenamtliche Vertrauensärzte angestellt, die Arbeitnehmer in Abenduntersuchungen auf ihre Arbeitsfähigkeit überprüften. Als durch den Währungsverfall im Jahre 1923 die Zahl der Arbeitsunfähigen stark zurückging, wurden die Vertrauensärzte immer mehr für sozialmedizinische Aufgaben, wie z.B. Untersuchungen für Unterbringung in Genesungsheimen oder für röntgendiagnostische Bestrahlungen, eingesetzt.

2.2.1.3 Reformansätze während der Weimarer Republik

³¹AOK Hamburg, 1920: Bericht über das Rechnungsjahr 1920, zitiert nach: Clever, 1986, S. 28

In der Weimarer Republik konnte die Arbeiterbewegung höheren politischen Einfluß erlangen, gerade in den Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen verfügte sie über Mehrheiten. Entsprechend verfolgten die Krankenkassen Reformideen in der GKV, deren Hauptziele die Vereinheitlichung der Sozialversicherung und die Sozialisierung der Arzneiversorgung waren. Abzulesen ist dies im Jahresbericht der AOK Hamburg für das Jahr 1921, es wird die Frage gestellt³²

"(...) inwieweit die Allgemeine Ortskrankenkasse neben ihren ureigensten Aufgaben in den Dienst der vorbeugenden Gesundheitspflege eingestellt werden kann. Die gemachten Erwägungen und Erfahrungen haben gezeigt, daß alle gestellten Anforderungen nur von großen, finanzkräftigen Trägern der Krankenversicherung erfüllt werden können (...),so muß doch ausgesprochen werden, daß die zahlreich gestellten Anforderungen auf die Dauer nicht erfüllt werden können, wenn sie nur immer von der einen Kassenart, hier der Allgemeinen Ortskrankenkasse, geführt werden müssen. Es muß daher die noch immer bestehende Zersplitterung der verschiedenen Träger der Krankenversicherung verschwinden und eine möglichst einheitliche Gestaltung unserer gesamten Sozialversicherung umgehend in die Wege geleitet werden. Wir können uns den großen Luxus der nebeneinander arbeitenden Organisationen der Versicherungsträger nicht mehr erlauben. Es heißt auf dem Gebiete der Gesundheitspolitik für den Praktiker wie den Theoretiker, unmittelbar produktiv zu sein und die Vertretung der Sonderinteressen einzelner Berufsarten zu bekämpfen (...). In erster Linie wurde der Ausbau der Familienfürsorge in Angriff genommen. Weiter aber wurde durch den Ausbau der Erholungsheime für die versicherten Mitglieder eine Stätte geschaffen, die es ermöglicht, nach überstandener Krankheit oder sonstigen gesundheitlichen Störungen vor Wiedereintritt in das Erwerbsleben eine gute, kräftige Pflege unter vorzüglichen hygienischen Bedingungen zu genießen. Mit der

³²AOK Hamburg, 1921: Bericht über das Geschäftsjahr 1921, S. 314, zitiert nach: Clever, 1986, S. 37 f.

Betätigung an der vorbeugenden Fürsorge wurde ferner ein für die Träger der Krankenversicherung als Neuland geltendes Gebiet durch die Erwerbung und Einrichtung von zwei Heimen für die schwachen und gesundheitlich gefährdeten Kinder der Versicherten beschritten. Auch in den im Bau begriffenen Bezirksverwaltungsstellen sollen Einrichtungen geschaffen werden, die der vorbeugenden Fürsorge dienen."

Das Ziel der Sozialisierung der Arzneimittel konnten die Krankenkassen nicht erreichen, Erfolge gab es aber beim Bestattungswesen und der Selbstabgabe von Heilmitteln: In Hamburg wurde 1921 der "Gemeinnützige Bestattungsverein" unter Beteiligung der AOK gegründet, der nicht auf Profit ausgerichtet war und so niedrigere Bestattungskosten sorgte. Ebenso verhielt es sich mit der "Heilmittelvertriebsgesellschaft m.b.H. Dresden", die einen Großteil des Heilmittelbedarfs von Hamburg abdecken konnte.

Bemerkenswert waren zu Zeiten der Weimarer Republik die gesundheitspolitischen Reformansätze von Vertrauensärzten, sie wollten sozialmedizinische Tätigkeit neben die kontrollärztliche gestellt sehen. Springer führte dazu 1921 aus³³:

"Als Sozialarzt hat der Vertrauensarzt im wesentlichen eine krankheitsverhütende und vorbeugende Wirksamkeit zu entfalten (...).

Der Vertrauensarzt hat

1. Anhand der Krankenberichte und der geführten Krankenaren allmählich alle Mitglieder der Kasse, bei denen eine Nachuntersuchung erforderlich erscheint, zu untersuchen und die erforderlichen gesundheitlichen und andere Fürsorgemaßnahmen in die Wege zu leiten. Er darf sich dabei nicht nur von medizinischen Gesichtspunkten, sondern muß ebenso von sozialpolitischen sich leiten lassen. Er hat dabei in engste Fühlung zu treten mit den übrigen Trägern der Sozialversicherungen und mit allen bestehenden Fürsorgezweigen. Er wird sich auf dem Gebiete der Gewerbehygiene bestätigen und feststellen, in welchen Betrieben besonders häufig Berufskrankheiten

³³Springer, R. 1921: Der Vertrauensarzt der Krankenkassen, in: Die Ortskrankenkasse 2 (1921), 39, zitiert nach: Clever, 1986, S. 40 f.

vorkommen und durch die Gewerbeinspektion für Abhilfe sorgen. Er wird die Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse der Versicherten und alle anderen sozialhygienischen Verhältnisse im Auge behalten (...)

2. (...) Die Heilbehandlung der Kriegsbeschädigten in die Wege zu leiten (...)

3. (...) Leitung einer nach den Grundsätzen der modernen Gesundheitsstatistik aufgebauten Krankheitsstatistik und ihre Verarbeitung (...)

4. Hat der Vertrauensarzt eine sozialärztliche Gutachtertätigkeit zu entfalten (...)

5. Mitarbeit an der Umwandlung der Krankenkontrolleure von Polizeiorganen zu Hygienebeamten, zu Fürsorgebeamten, zum Vermittler zwischen Arzt und Patient (...)

6. Mitarbeit an allen sozialhygienischen Einrichtungen und Bestrebungen, z.B. Halten von Vorträgen über Gesundheitsfragen, Schreiben von Merkblättern usw. (...)"

Ein weiterer Vertrauensarzt schlug vor, die Bevölkerung durchzuuntersuchen und für jeden Versicherten eine "Gesundheitskarte" mit folgenden Rubriken anzulegen³⁴:

"1. Konstitutioneller Teil: Vorgeschichte der Eltern und des Kranken

2. Diagnostischer Teil

3. Sozialer Teil:
- a) Lebensweise, einschließlich Alkohol, Tabak
 - b) Wohnweise, vom Krankenkontrolleur festzustellen
 - c) Berufsverhältnisse, physikalische und chemische Schädlichkeiten, eventuell Besichtigung der Arbeitsstelle durch einen gewerbehygienisch geschulten Arzt
 - d) arbeitsfähig oder nicht, schwerkrank, leichtkrank, vertrauenswürdig oder nicht

³⁴Roeder 1921: Umwandlung der Vertrauensärzte in Sozialbeamte, in: Die Ortskrankenkasse 22 (1921) 688, zitiert nach: Clever, 1986, S. 41

e) *was kann für den Kranken durch eine soziale Organisation geleistet werden?"*

Konkret verwirklicht wurde als Ursprung des Kassenarztes am 30. Oktober 1923 die "Verordnung über Ärzte und Krankenkassen" und die "Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen". Ein paritätisch besetzter "Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen" sollte die Beziehung der Parteien regeln³⁵:

"Allgemeinvorschrift § 368

Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten werden durch schriftlichen Vertrag geregelt; die Bezahlung anderer Ärzte kann die Kasse, von dringenden Fällen abgesehen, ablehnen.

§ 368a

Zur Regelung der Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Ärzten wird ein Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen gebildet.

§ 368e

Zur Sicherung gleichmäßiger und angemessener Vereinbarungen zwischen den Kassen und Ärzten stellt der Reichsausschuß Richtlinien auf.

Diese Richtlinien können sich namentlich erstrecken auf

- die Zulassung der Ärzte zur Tätigkeit bei den Krankenkassen,*
- den allgemeinen Inhalt der Arztverträge,*
- die Art und Höhe der Vergütung für die ärztliche Leistung,*
- die Einrichtungen, welche zur Sicherung der Kasse gegen eine unnötige und übermäßige Inanspruchnahme der Krankenhilfe erforderlich sind,*
- die Maßnahmen zur Sicherung gegen eine übermäßige Inanspruchnahme einzelner Ärzte.*

Die Richtlinien sollen sich ferner darauf erstrecken, wie durch den Nachweis freier Kassenarztstellen und Warnung vor Zuzug an überfüllte Plätze auf eine planmäßige Verteilung der Kassenärzte über

das Reichsgebiet hingewirkt werden kann. Dem Reichsausschusse steht die Auslegung und Änderung dieser Richtlinien zu."

Die Reichsverordnung über Ärzte und Krankenkassen wurden von den Ärztevereinigungen als Erfolg im Bemühen um die Anerkennung des Kollektivvertrages als einzige statthafte Beziehung zwischen Ärzten und Krankenkassen angesehen. Lediglich §1 VO, der die Vertragsärzte der GKV-Kassen zur Praktizierung nach Wirtschaftlichkeitsgrundsätzen hinsichtlich Behandlungs- und Verordnungsweise verpflichtete, stieß auf Kritik innerhalb der Ärzteschaft. Tatsächlich waren die Kosten für die GKV stark angestiegen, zwischen 1914 und 1924 um 50% , Gründe waren in der hohen Krankenziffer zu suchen, die einen höheren Anteil der Ausgaben für Krankengeld und Arztkosten verursachte.³⁶

Der Reichsausschuß der Ärzte und Krankenkassen kam seiner Verpflichtung, ein Mehr an Wirtschaftlichkeit innerhalb der GKV zu erreichen, mit der am 12. Mai 1924 verabschiedeten "Richtlinie für der allgemeinen Inhalt der Arztverträge" nach. Erstmals wurde darin der Vertrauensarzt als Institution innerhalb der GKV anerkannt, durch Beschluß vom 15. Mai 1925 wurde die Richtlinie in einigen Punkten überarbeitet³⁷:

"Die Kasse ist berechtigt, Vertrauensärzte anzustellen. Die Auswahl erfolgt im Benehmen mit der für die Kasse zuständigen Arztvertretung ohne Mitwirkung des Zulassungsausschusses (...). Die Krankenkasse ist berechtigt, den Kranken jederzeit durch einen Vertrauensarzt oder durch den hierfür bestimmten Ausschuß untersuchen zu lassen. Das Ergebnis ist dem behandelnden Arzt mitzuteilen. Die Entscheidung des Vertrauensarztes oder des Untersuchungsausschusses ist maßgebend. Die Anrufung von Obergutachtern kann örtlich vereinbart werden. Der Kassenarzt kann die Nachuntersuchung durch den Vertrauensarzt oder den Untersuchungsausschuß beantragen, wenn er es für angebracht hält. In besonderen Fällen, namentlich wenn der Kranke bei seinen

³⁵von Nidda, K. 1925: Ärzte und Krankenkassen, Mainz, zitiert nach: Clever, 1986, S. 42. Vgl. dazu auch Hammel, 1991, S. 30 f.

³⁶vgl. Hammel, 1991, S. 32 f.

³⁷von Nidda, K. 1925: Ärzte und Krankenkassen, Mainz, zitiert nach: Clever, 1986, S. 44

Aufgaben verharrt und die Feststellungen des Arztes dafür keinen Anhalt geben, ist der Kassenarzt verpflichtet, die Nachuntersuchung bei der Kassenverwaltung zu veranlassen."

Die Gesetzesregelungen verhalfen den Ärzten einerseits zu einer gefestigten Position gegenüber den Krankenkassen, andererseits wurden sie dadurch zu wirtschaftlichem Handeln verpflichtet. Mit den Verordnungen des Reichsausschusses wurde die Zusammenarbeit von Kassen und Ärzten gesetzlich verankert, schon vorher gab es diese Zusammenarbeit auf freiwilliger Basis.

"Mehr und mehr erfuhren auf diese Weise die für Krankenkassen tätigen Ärzte eine Einbindung in sozialstaatlich wie auch gesamtwirtschaftlich geprägte Mechanismen, die sich reglementierend auf das Behandlungs- und Ordnungsverhalten des einzelnen Kassenarztes auswirkten sowie dessen Stellung mit der des in aller Regel entscheidungsrelevanteren Vertrauensarztes konfrontierte." ³⁸

Die Ziele der Wirtschaftlichkeit konnten trotz der Arbeit des Reichsausschusses nicht verwirklicht werden, zwischen 1924 und 1928 stiegen die Ausgaben der GKV-Träger um jährlich 200 Millionen Reichsmark an, obwohl der Versichertenkreis nicht größer und auch der Leistungsrahmen nicht ausgeweitet wurde. Mit dem Ziel, die Ausgaben der GKV um 10% zu senken, verkündete der damalige Reichspräsident Brüning am 26. Juli 1930 eine Notverordnung.

2.2.1.4 Die Notverordnungen des Reichspräsidenten 1930 und 1932

Vor Inkrafttreten der ersten Notverordnung waren im Reichsgebiet erst 300 Vertrauensärzte tätig, vielfach waren dies nebenberuflich tätige Amts- oder freipraktizierende Ärzte. Die "Notverordnung zur Behebung finanzieller, wirtschaftlicher und sozialer Notstände" begründete die vertrauensärztliche Tätigkeit gesetzlich, dem § 368 RVO wurde ein zweiter Absatz angefügt, der die Befugnis zur vertrauensärztlichen Nachuntersuchung zur Pflicht machte. Mit einer weiteren

³⁸Hammel, 1991, S. 42

Notverordnung 1932 wurde die Vertrauensarztfrage als § 368 b in die RVO aufgenommen, der Wortlaut der entsprechenden Verordnungen³⁹:

"§ 368 II RVO in der Fassung der Verordnung vom 26.7.1930:

2. Die Kassen sind verpflichtet, für jeden Erkrankten eine Krankenkarte anzulegen, in der die Art der Krankheit und die Dauer der mit ihr verbundenen Arbeitsunfähigkeit vermerkt werden. Die Karte kann auch andere den Zwecken der Krankenversicherung dienende Angaben tatsächlicher Art enthalten.

Die Kassen sind ferner verpflichtet, die Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Arbeitsunfähigkeit und seine Verordnungen, insbesondere soweit sie ärztliche Sachleistungen betreffen, in den erforderlichen Fällen durch einen anderen Arzt (Vertrauensarzt) rechtzeitig nachprüfen zu lassen. Sie können zu diesem Zweck Vertrauensärzte auch hauptamtlich bestellen und neben den Vertrauensärzten oder an ihrer Stelle einen aus Ärzten bestehenden Prüfausschuß bilden.

Die Bestellung von Vertrauensärzten und die Bildung eines Prüfausschusses ist auch für eine Mehrheit von Kassen oder für einen Krankenkassenverband (§ 406) zulässig.

Der Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen (§ 368a) stellt Richtlinien für die Durchführung dieser Vorschriften auf.

Der Vertrauensarzt untersteht nicht der Dienstordnung. Das Reichsversicherungsamt erläßt Bestimmungen für die Auswahl der Vertrauensärzte, für den Vertragsinhalt und für die Sicherung der Unabhängigkeit; die Bestimmungen müssen auch den Kündigungsschutz betreffen.

§ 368 b RVO in der Fassung der Verordnung vom 14.1.1932:

Die Kassen sind verpflichtet, die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten und die Verordnung von Versicherungsleistungen in den erforderlichen Fällen durch einen Arzt (Vertrauensarzt) rechtzeitig nachprüfen zu

³⁹zitiert nach: Bauer et al., 1974, S. 1 - 9

lassen. Der Vertrauensarzt ist nicht berechtigt, in die Behandlung des Kassenarztes einzugreifen.

Die Kassen können zu diesem Zwecke Vertrauensärzte auch hauptamtlich bestellen und neben den Vertrauensärzten oder an ihrer Stelle einen aus Ärzten bestehenden Ausschuß bilden. Die Bestellung von Vertrauensärzten und die Bildung eines Ausschusses ist auch für eine Mehrheit von Kassen oder für einen Kassenverband (§ 406) zulässig.

Der Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen erläßt Richtlinien für die Tätigkeit der Vertrauensärzte.

Der Vertrauensarzt untersteht nicht der Dienstordnung. Das Reichsversicherungsamt erläßt Bestimmungen für die Auswahl der Vertrauensärzte, für den Vertragsinhalt und für die Sicherung der Unabhängigkeit. Die Bestimmungen müssen auch den Kündigungsschutz betreffen."

Die Stellung des Vertrauensarztes vor dem Hintergrund der neuen gesetzlichen Bestimmungen beschrieb der Hamburger Sozialarzt Wichmann 1932⁴⁰:

"Aus der Mannigfaltigkeit der gesetzlichen Bestimmungen ist zu ersehen, daß der Vertrauensarzt als unabhängiger, ärztlicher, sachverständiger Gutachter für die Kassen bestimmt ist, der als Prüfarzt für die Innehaltung rationeller Versorgung im weitesten Sinne für die Versicherung zu wirken hat. Er hat nicht nur an der Heilung des Gesundheitsschadens, sondern auch an der Verhütung desselben mitzuarbeiten, nachdem den Krankenkassen durch § 187 IV der RVO, sowie durch den § 363 der RVO, das Recht auf vorbeugende Fürsorge zugestanden ist (...). Wir würden [den Vertrauensarzt] als einen Arzt bezeichnen können, der kollektivistisch eingestellt, einen praktisch brauchbaren Ausgleich zwischen dem objektiven Krankheitsbefund, den subjektiven Leistungsansprüchen des Kranken mit den Interessen

⁴⁰in: Lehmann, H. und Mosbacher, E. 1932: Die ärztliche Begutachtung in der Krankenversicherung, Berlin, zitiert nach: Clever, 1986, S. 108

der Allgemeinheit schafft, in steter Berücksichtigung der Krankheitsvorbeugung und Gesundheitsfürsorge auf dem Boden der sozialen Gesetzgebung."

Die Bestimmungen der Notverordnungen hatten primär die Kostendämpfung innerhalb der GKV-Träger zum Ziel. Zu Anfang der dreißiger Jahre dauerte die Weltwirtschaftskrise noch an, die eine hohe Arbeitslosigkeit und steigende Sozialversicherungsbeiträge nach sich zog. Um dem zunehmenden Mißbrauch der Krankengeldzahlungen entgegenzuwirken, wurde darum mit den Vertrauensärzten ein besonderer Kontrolldienst geschaffen, (...) *dessen Hauptaufgabe darin bestand, dafür Sorge zu tragen, daß die Träger der GKV keine Umfunktionierung zu Trägern der Erwerbslosenfürsorge erfuhren.*"⁴¹ Im Zuge der Notverordnung konnte der Beitragssatz der Ortskrankenkassen tatsächlich von durchschnittlich 6,59% auf 5,92% gesenkt werden⁴², auch die Kosten für ärztliche Behandlung, Medikamente und Hilfsmittel sowie Krankengeldausgaben gingen zurück.

Die sozialmedizinischen Betätigungsfelder der Vertrauensärzte mußten gegenüber der Kontrollfunktion zurücktreten, die Träger der GKV meldeten fast alle Arbeiter, die Krankengeld bezogen, zu vertrauensärztlichen Untersuchungen an, was zu Arbeitsüberlastungen führte. Fachlich konnten die Vertrauensärzte nicht in die Behandlung der Kassenärzte eingreifen:

*"Die Funktion eines Vertrauensarztes erschöpfte sich innerhalb dieses Systems (...) weniger in der Ausübung der Rolle eines 'Gesundschreibers', sondern vielmehr in der Ausfüllung einer sachgerecht praktizierten, neutralen Position, die sowohl einer unberechtigt erfolgenden Leistungsgewährung als auch einer unbegründet vollzogenen Verweigerung der einem Versicherten vom Grundsatz her zustehenden Leistungen entgegenzuwirken hatte."*⁴³

Die organisierte Ärzteschaft ging aus den Notverordnungen gestärkt hervor, mit der IV. Notverordnung vom 8. Dezember 1931 wurde die freie Arztwahl durch die

⁴¹Hammel, 1991, S. 55

⁴²vgl. Bauer et al., 1974, S. 1-8

erweiterte Zulassung zur Kassenpraxis gesetzlich festgeschrieben. Auch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) wurde aufgewertet, sie hatte jetzt die Verpflichtungen der Kassenärzte zu überwachen und mit der Pauschalisierung von ärztlichen Sachleistungen einen Teil der Kontrollfunktion der Vertrauensärzte übertragen bekommen.⁴⁴

2.2.2 Die Umgestaltung des VdD während der NS-Zeit

Am 30. Januar 1933 übernahmen die Nationalsozialisten die Macht im Deutschen Reich. In allen Bereichen des Staates wurde die Ideologie der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft verfolgt, was sich auch in der Sozialpolitik und der Gesetzgebung der GKV niederschlug. Bis dahin war die Geschichte der GKV von Klassenkämpfen zwischen Unternehmern und Sozialreformern geprägt, im Dritten Reich wurde alle Bereiche gleichgeschaltet.

"War der Grundgedanke der Sozialen Versicherung, das karitativ-fürsorgerische Element durch ein System der subsidären sozialen Versicherung abzulösen, auf das sich der Arbeiter einen Rechtsanspruch durch Steuern und Beitragszahlung erworben hätte, so forderte die nationalsozialistische Fürsorgepolitik für derartige Leistungen vom Erwerber eine Gegenleistung für die Volksgemeinschaft."⁴⁵

Im Bereich der Gesundheitspolitik forcierten die Nationalsozialisten die bereits in den zwanziger Jahren propagierte Erb- und Rassenhygiene, deren Ursprung Elsner/Knake-Werner⁴⁶ sehen

"(...) in einer am Sozialdarwinismus orientierten Gesellschaftsordnung, die auf natürlicher Ungleichheit basierte. Ihren Verfechtern galt der Kampf ums Dasein als einziges für das menschliche Zusammenleben

⁴³Hammel, 1991, S. 64

⁴⁴vgl. Clever, 1986, S. 117

⁴⁵Clever, 1986, S. 128

⁴⁶Elsner, G., Knake-Werner, H. 1984: Der Vertrauensärztliche Dienst, Bremen, zitiert nach: Clever, 1986, S. 131

gültige Gesetz. Der Sieg des Tauglichen über das Untaugliche im Lebenskampf war danach verbunden mit Herrschaft und dem Recht, die Schwächeren zu vernichten. Diese biologisch-rassistisch fundierten Vorstellungen bildeten als extreme Ausformung des Sozialdarwinismus entscheidende Grundlinien der im Nationalsozialismus angewandten politischen und sozialen Problemlösungsstrategien: die Förderung sozial wertvoller Erbmasse durch Vernichtung des sozial Minderwertigen."

Das Soziale Sicherungssystem und vor allem die GKV mußten den Herrschenden, deren Ziel es war, das gesunde Erbgut der Nation zu fördern und nicht ausgerechnet sozial Schwache zu stärken, ein Dorn im Auge sein. Die Organe der GKV, seit ihrer Gründung zu großen Teilen mit Sozialdemokraten besetzt, wollten die Politik der Nationalsozialisten nicht mittragen. Ganz anders die organisierte Ärzteschaft, deren standespolitische Interessen von der NSDAP unterstützt wurden. Mit der Konstituierung der Kassenärztlichen Vereinigung am 2. August 1933 und der Bildung der Reichsärztekammer am 13. Dezember 1936 wurde die Ärzteschaft gestärkt, gleichzeitig die Gegenseite durch die Zerschlagung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung und die Einführung des Führerprinzips geschwächt.⁴⁷

2.2.2.1 Organisationsänderungen im Vertrauensärztlichen Dienstes

Das "Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung" vom 5. Juli 1934 mit seinen 17 folgenden Verordnungen war von entscheidender Bedeutung für die Umgestaltung des VdD und bis zur Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) 1989 gültig. Die nach der Notverordnung von 1930 in Händen der GKV-Träger organisierten VdDs wurden mit der dritten Aufbauverordnung über die Gemeinschaftsaufgaben vom 18. Dezember unter die Trägerschaft der Landesversicherungsanstalten (LVA) der

⁴⁷vgl. Clever, 1986, S. 132. Anderer Meinung sind Rosewitz und Webber (1990, S. 170 f.), die weder die Kassenärzte noch die GKV-Kassen als Nutznießer der VdD-Reformen sehen, sondern den nationalsozialistischen Staat.

Arbeiterrentenversicherung gestellt. Gemeinschaftsaufgaben der GKV waren im einzelnen⁴⁸:

1. *Betrieb von Heilanstalten, Erholungs- und Genesungsheimen und ähnlichen Einrichtungen*
2. *Durchführung der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge sowie die Beteiligung an den Aufgaben der Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik*
3. *Regelung des Vertrauensärztlichen Dienstes*
4. *gemeinsame Verwaltung der Rücklagen der Krankenkassen*
5. *Verwaltung der Gemeinlast für den Bezirk der Landesversicherungsanstalt*
6. *Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen und Kassenverbände*

Die Krankenkassen blieben zwar weiterhin rechtlich selbständig, doch mit der Verschiebung der Gemeinschaftsaufgaben zu den Landesversicherungsanstalten wollten die Machthaber eine neutrale und fachweisungsfreie Instanz beauftragen. Damit wurde bewußt ein Bruch mit dem die GKV konstituierenden Prinzip der Selbstverwaltung vollzogen. Die LVAs schufen zur Aufgabenerfüllung in den jeweiligen Bezirken Krankenversicherungs -"Abteilungen" und als beratendes Gremium den "Ausschuß für Fragen der Krankenversicherung", besetzt auch mit Vertretern der Krankenkassen.

Zu dem Aufbaugesetz führten die an der Reform Beteiligten als Begründung folgendes an⁴⁹:

"Die Vielgestaltigkeit (der deutschen Sozialversicherung, Anmerkung: der Verfasser) hat ihre Vorzüge und Nachteile. Die Vorzüge bestehen darin, daß eine starke Unterteilung die Sozialversicherung so nahe an die Versicherten heranbringt, wie es bei einer anderen Organisationsart nicht möglich wäre, wie es aber nötig ist, um die Gewährung der Leistungen rechtzeitig und in möglichst wirkungsvoller Weise einsetzen

⁴⁸Reichsgesetzblatt I 1934, S. 1266

⁴⁹Krohn; Zschimmer; Eckert; Knoll; Sauerborn, 1939: Aufbau der Sozialversicherung, Handkommentar, Berlin, zitiert nach: Clever, 1986, S. 140 f.

zu lassen. Eine solche unmittelbare Nähe ist namentlich in der Krankenversicherung unbedingt erforderlich. Für die Krankenversicherung ist es ferner seit langem statistisch erwiesen, daß das Verwaltungsoptimum nicht in Riesenkassen, sondern höchstens in Kassen mittlerer Größe liegt. Die Zulassung von Versicherungsträgern verschiedener Art hat es vor allem ermöglicht, den besonders stark unterschiedlichen Bedürfnissen der einzelnen Berufszweige Rechnung zu tragen. Auf der anderen Seite muß eine allzu starke Zersplitterung naturgemäß viele Nachteile zeigen. Sie macht die Versicherung unübersichtlich und unnötig aufwendig. Namentlich liegen die Nachteile der jetzigen Organisation im Krankenkassenwesen seit langem offenkundig. Hier ist die Unübersichtlichkeit besonders groß. Sie erschwert die Aufsicht und die Durchführung einheitlicher Gesichtspunkte bei gemeinsamen Aufgaben."

Am 30. März 1936 wurden die "Bestimmungen über den Vertrauensärztlichen Dienst in der Krankenversicherung" verabschiedet, die einen dezentralen Aufbau der Beratungsstellen und erweiterte Funktionen für den VdD vorsahen, die Aufgaben im Wortlaut ⁵⁰

1. Die Beratung und Unterstützung der Krankenkassen bei der Ermittlung und Feststellung der Voraussetzungen für die Leistungspflicht und den Leistungsumfang in den einzelnen Versicherungsfällen, insbesondere in den erforderlichen Fällen die Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit und der Verordnung von Versicherungsleistungen, die Begutachtung von Einweisungen in ein Krankenhaus, eine Kuranstalt oder ein Genesungsheim und der Verweildauer dort. Im gleichen Umfange ist der Vertrauensarzt vor der Gewährung von Sachleistungen über deren Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu hören. Der Vertrauensarzt ist nicht berechtigt, in die Behandlung des Kassenarztes einzugreifen, der behandelnde Arzt kann

⁵⁰Reichsarbeitsblatt IV 1936, Nr. 12, S. 107 ff.

jedoch die Nachuntersuchung durch den Vertrauensarzt zum Zwecke der Prüfung und Förderung der Diagnose beantragen.

2. Der Vertrauensärztliche Dienst wirkt ferner bei der fürsorgerischen Erfassung von Krankheitszuständen, insbesondere bei Volkskrankheiten, mit und berät

3. Krankenkassen und Landesversicherungsanstalt, Abteilung Krankenversicherung, bei allen Angelegenheiten, die zur Aufgabe der Krankenversicherung auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge, der Erb- und Rassenpflege gehören.

Die Vertrauensärzte wurden mit dieser Richtlinie in den Status von Beamten erhoben, um die Unabhängigkeit des Gutachterdienstes zu betonen. Passagen des Gesetzes wie die beratende Tätigkeit auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge und der Erb- und Rassenpflege gingen zwar auf Reformansätze in der Weimarer Republik zurück, hatten aber einen klar nationalsozialistischen Charakter der sozialen Auslese⁵¹

Die Gesetze des Dritten Reiches prägten den V&D mehr als ein halbes Jahrhundert und hatten folgenreiche Auswirkungen für die Nachkriegszeit⁵²:

"1. Aufgrund seiner mehr oder minder ausschließlichen Aufgabe der Nachprüfung von Arbeitsunfähigkeit hatte der V&D sowohl bei den Kaasenärzten als auch bei den Versicherten einen überaus schlechten Ruf, der dadurch verstärkt wurde, daß die sogenannten RVO-Kassen dazu neigten, sehr viele Krankengeldempfänger dem V&D vorzuladen ('Massenvorladungen') und die Vertrauensärzte dazu verpflichtet waren, nach einer vielfach 'völlig unzulänglichen Untersuchung' den Versicherten ihr Urteil sofort mitzuteilen.

2. Obwohl die Krankenkassen den V&D weiter finanzierten, hatten sie keinen direkten Zugriff mehr auf ihn. Dienstherrn der Vertrauensärzte waren die (dezentral organisierten) Rentenversicherungen der Arbeiter,

⁵¹Anmerkung: völlig mißverständlich schreibt Hammel (1991, S. 80) in dieser Beziehung von einem "Wandel des V&D von einem reinen Kontroll- zu einem sozialmedizinischen Beratungs- und Gutachterdienst (...)"

⁵²Rosewitz und Webber, 1990, S. 171 f.

die zwar kein originäres Interesse an der Krankenversicherung hatten, aber durchaus darauf bedacht waren, eine einmal gewonnene Kompetenzdomäne zu verteidigen (...).

3. Durch die Einbeziehung der Ersatzkassen war die Mitgliedschaft des VdD um eine Kassenart erweitert worden, die sich, da seit 1931 die Arbeitgeber die Gehälter arbeitsunfähiger Angestellter sechs Wochen lang fortzahlen mußten, des VdD nur sehr begrenzt bedienen mochte, und darum zunächst weniger daran interessiert war, den VdD effektiver zu gestalten, als sich von dem Dienst zu lösen.

4. Die Vertrauensärzte waren Beamte, deren Besoldung sich nicht etwa nach der Honorierung der freiberuflich tätigen Ärzte, sondern nach den für die gesamte Beamtenschaft geltenden Besoldungsregeln richtete."

2.2.3 Reformversuche in der Nachkriegszeit

2.2.3.1 Die Wiederaufnahme der Arbeit durch die GKV-Träger

Nach der Zerschlagung des 3. Reiches und der Aufteilung Deutschlands in 4 Besatzungszonen waren weite Teile des Staatsapparates aktionsunfähig. Die Militärregierungen der Besatzungsmächte waren bemüht, alle Rechtsgrundlagen und Regelungen der Nazi-Zeit abzuschaffen. An der Sozialversicherung bestand allerdings kein großes Interesse seitens der Alliierten, die RVO blieb deshalb weiter bestehen. In einigen Bundesländern wurde der VdD umorganisiert, so wurde in Hessen 1952 der ärztliche Dienst der Rentenversicherung und der VdD zu einem sozialmedizinischen Dienst zusammengefaßt, im großen und ganzen war bis Ende der 50-er Jahre allerdings kein politischer Bedarf für Reformen des VdD zu erkennen.

Das nationalsozialistische Aufbaugesetz von 1934 wurde durch das Selbstverwaltungsgesetz vom 22. Februar 1951 abgeschafft: Mit Ausnahme der Ersatzkassen, die allein von den Versicherten verwaltet wurden, wurde die paritätische Selbstverwaltung aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern für die

GKV-Träger eingeführt. In der Begründung zum Gesetzesentwurf wird argumentiert⁵³:

"(...) Die Wiederherstellung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung ist seit Beendigung des Krieges in der gesamten Wirtschaft (...) wiederholt eindringlich gefordert worden (...). Das Führerprinzip eines autoritären Staates, das nach 1933 die Selbstverwaltung verdrängt hat, widersprach dem Wesen der deutschen Sozialversicherung (...). Die Grundsätze der Selbstverwaltung fordern, daß auch die Leitung der Versicherungsträger wieder in den Händen von Personen liegt, die das Vertrauen der Versicherten und der Arbeitgeber genießen."

Am Aufbau der VdD wurde nichts geändert, er blieb weiterhin den LVAs angegliedert, *"vom VdD ausgesprochene 'Massenvorladungen' prägten das Bild des VdD in der breiten Öffentlichkeit wie bei den Verantwortlichen in Politik und Verwaltung."*⁵⁴

Eine andere Entwicklung durchlief das Kassenarztrecht, das per Gesetz vom 17. August 1955 die freie Arztwahl in der RVO verankerte. Damit konnte die organisierte Ärzteschaft eine Forderung durchsetzen, die sie schon zu Beginn des Jahrhunderts gestellt hatte. Dies schwächte die Position der Krankenkassen im System der GKV nochmals, das Gesetz schloß sich sinngemäß den Notverordnungen von 1930 und 1932 an. Im Gegensatz zu den Notverordnungen wurde die Verhältniszahl von Kassenmitgliedern zu Ärzten auf 1:500 gesenkt, die Kassenärztlichen Vereinigungen erhielten das Monopol der ambulanten kassenärztlichen Versorgung mit Ausnahme der Universitäts-Polikliniken.

2.2.3.2 Reformansätze in den 50-er und 60-er Jahren

⁵³BT-Drucksache 1/444, S. 1 u. 6, zitiert nach: Hammel, 1991, S. 88

⁵⁴Hammel, 1991, S. 85

Mit dem Entwurf für ein "Gesetz zu Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung" vom 20. November 1959 scheiterte der erste Versuch, den VdD zu reformieren, am gemeinsamen Widerstand von Gewerkschaften und Ärzteschaft. Der damalige Arbeitsminister Blank wollte die Eigenverantwortung der Kassenmitglieder stärken und gleichzeitig den Ausgabenanstieg dämmen. Mittel zum Zweck war die Umwandlung des VdD in einen "Beratungsärztlichen Dienst" (BdD). Dieser BdD sollte von den LVAs losgelöst werden und auf Länderebene als Körperschaft des öffentlichen Rechts konstituiert werden. Die "Beratungsärzte" sollten verbeamtet werden, im Vorstand des BdD Vertreter der GKV-Träger, aber auch der Ärzteschaft sitzen, die Geschäftsführer sollten Ärzte sein. Krankmeldungen wären zuerst an den BdD gegangen, der diese mit einer Stellungnahme an die Kassen weitergegeben hätte.

Auch der zweite Versuch der Neuregelung vom 31. Oktober 1962 scheiterte trotz abgeschwächter Reformansätze am Bundestag. In diesem Entwurf war nicht mehr von einem BdD die Rede, auch die LVAs sollten weiterhin die Trägerschaft über den VdD behalten. Allerdings sollten die Möglichkeiten der Arbeitgeber, den VdD zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit von Arbeitnehmer einzusetzen, verbessert werden. Vor allem die Gewerkschaften kritisierten den zweiten Entwurf, während die Kassenärzte sich mit ihrer Kritik zurückhielten. Regierung und Ärzteschaft waren sich einig, daß der Vertrauensarzt das probate Mittel zur Überwachung des Krankenstandes sei.

In den Kassen zweifelte man an der Sinnhaftigkeit des VdD als reiner Kontrollinstanz und überlegte, ob ein unter sozial- und gesundheitspolitischen Gesichtspunkten tätiger VdD nicht positivere Auswirkungen auf den Krankenstand hätte. Mit dem "Stader Modell" konnten Ortskrankenkassen und Vertrauensärzte in Niedersachsen statistisch nachweisen, daß⁵⁵:

"a) man mit dem personellen Ausbau des Vertrauensärztlichen Dienstes als Kontrollinstanz kein auch nur halbwegs befriedigendes und wirksames Mittel zur Regulierung des Krankenstandes in der Hand hat,

⁵⁵Clever, 1986, S. 175 f.

- b) Massenvorladungen bei einem gezielten Auswahlverfahren entbehrlich sind, ohne dabei Gefahr zu laufen, daß der (statistische) Krankenstand steigt,*
- c) im Rahmen verminderter Untersuchungen diese gründlicher werden und damit auch dem Versicherten eher echt geholfen werden kann (also positive Beeinflußung des medizinischen Krankenstandes) und*
- d) vertrauensärztliche Gutachten bei gründlicher Untersuchung auch ein entsprechendes Gewicht haben und der Vertrauensarzt sowohl in den Augen des Versicherten als auch des behandelnden Arztes ein neues Gesicht erhalten kann."*

Dieses Modell hatte großen Einfluß auf die weitere Gestaltung des VdD, es wurde von anderen Kassen übernommen und floß in das Lohnfortzahlungsgesetz ein. Als Gegenmodell der organisierten Ärzteschaft wurde das "Hausarztverfahren" propagiert, welches ebenfalls Massenvorladungen abbauen, gleichwohl aber die Stellung des behandelnden Arztes gegenüber dem Vertrauensarzt aufwerten wollte.

2.2.4 Das "Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgeltes im Krankheitsfall" von 1970

Erst unter den veränderten politischen Rahmenbedingungen einer großen Koalition wurde im Jahre 1969 ein dritter Reformversuch des VdD in die Tat umgesetzt. Das "Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgeltes im Krankheitsfall (Lohnfortzahlungsgesetz)", am 27. Juli 1969 verabschiedet, stellte die Arbeiter den Angestellten im Hinblick auf die Lohnfortzahlung bei Krankheit gleich. Anstelle der bis dahin praktizierten "sozialversicherungsrechtlichen Lösung", d.h. Träger der GKV hatten für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall aufzukommen, wurde nun die "arbeitsrechtliche Form" gesetzlich festgeschrieben.

Nach einer ersten Wirtschaftskrise 1967 ging es den Unternehmen 1968 wieder besser, die Gewerkschaften verlangten deshalb, nicht zuletzt als Ausgleich für moderate Lohnabschlüsse in den Vorjahren, die Lohnfortzahlung für die Arbeiter im Krankheitsfälle einzuführen. Unter dem Gesichtspunkt der "sozialen Symmetrie" (Wirtschaftsminister Schiller) unterstützte die SPD die Forderungen der

Gewerkschaft, auch der Arbeitnehmerflügel der CDU befürwortete sie. Um den Arbeitgeber-Sorgen bezüglich der Krankenkassen, die fürderhin kein finanzielles Interesse mehr an den Arbeitsunfähigkeits-Nachprüfungen haben könnten, entgegenzutreten, wurde auch der VdÄ reformiert. Mit dem "Gesetz über Änderungen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz)", zeitgleich mit dem Lohnfortzahlungsgesetz in kraft getreten, wurden Änderungen des GKV-Systems festgeschrieben.

Das Gesetz verschob die Struktur der Krankenkassen vom überwiegend Geldleistungen absichernden Träger zur weitgehenden Sachleistungsversicherung. Waren vor 1970 ungefähr ein Drittel aller Ausgaben der GKV geleistete Krankengelder, so fiel dieser Wert in den Folgejahren bei den Ortskrankenkassen auf 13 %. Entsprechend fiel auch der durchschnittliche Beitragssatz zur GKV von 10,5% im Jahr 1969, auf 8,25% im darauffolgenden Jahr.⁵⁶

Bezüglich des VdÄ wurden Elemente des "Stader Modells" und des "Hausarztverfahrens" in die Aufgabenbereiche des VdÄ eingefügt. Ab jetzt standen nicht mehr die Massenbegutachtungen von Arbeitsunfähigen im Vordergrund der Tätigkeit des Vertrauensarztes, sondern die Beschäftigung mit sozialmedizinischen Belangen:

"An erster Stelle rangierte nunmehr innerhalb des Rechts des VdÄ die den Trägern der GKV obliegende Verpflichtung, die getätigten `Verordnungen von Versicherungsleistungen rechtzeitig durch einen Vertrauensarzt nachprüfen zu lassen´, wofür hinsichtlich der durch einen Vertrauensarzt durchzuführenden Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit zunächst das Kriterium der `Sicherung des Heilerfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Sozialleistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit" vor dem der `Beseitigung begründeter Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit´ hier rangierte."⁵⁷

⁵⁶vgl. Hammel, 1991, S. 128

⁵⁷Hammel, 1991, S. 133

Trotz des Rückganges der Massenvorladungen - im Jahr 1969 wurden 30,5% der Krankengeschriebenen dem VdD vorgeladen, 1970 nur noch 5,6%⁵⁸ - konnte die Reform von 1970 ex post betrachtet nicht überzeugen. Sozialmedizinische Belange spielten weiterhin eine untergeordnete Rolle in der täglichen Praxis der VdD, die Dienststellen waren personell wie technisch sehr schlecht ausgestattet. Im Verlauf der siebziger Jahre kam es aufgrund des unattraktiven Berufsbildes des Vertrauensarztes zu Schwierigkeiten in der Rekrutierung neuer Ärzte für den Dienst, viele Planstellen blieben unbesetzt, das Personal war überaltert, im Jahre 1980 waren mehr als die Hälfte der Vertrauensärzte älter als 55.⁵⁹ Zum Teil ist dies auf die BVG-Entscheidung von 1960 zurückzuführen, die die gesetzliche Quotierung von 500 Versicherten pro Arzt aufhob und damit die Voraussetzung für die ärztliche Niederlassungsfreiheit schuf - für den VdD blieben nur diejenigen Ärzte übrig, die sonst keine Anstellung fanden.

Im Hinblick auf die Defizite innerhalb des VdDs richteten sich die Reformvorschläge der 70-er und 80-er Jahre vor allem auf Veränderungen innerhalb der Trägerschaft des VdD und dem Verhältnis zu ärztlichen Diensten anderer Sozialversicherungsträger, scheiterten aber an den politischen Gegebenheiten. Erst mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 konnte ein Nachfolger für den VdD unter neuer Trägerschaft gefunden werden.

2.3 Die Gründung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Die schneller steigenden Krankenkassenbeiträge seit Mitte der 80-er Jahre mit der Sorge um die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft und der steigenden Lohnnebenkosten für die Versicherten ließ die Bundesregierung zu Beginn der 11. Legislaturperiode an eine Reform der GKV herangehen:

"Die Reform des Gesundheitswesens ist eine vordringliche Aufgabe der Sozialpolitik und eines der bedeutendsten Gesetzgebungsvorhaben dieser Legislaturperiode. Mit der Reform sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, die seit Jahren ansteigenden Beitragssätze in

⁵⁸Rosewitz und Webber, 1990, S. 192

⁵⁹vgl. ebenda S. 194

der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu senken und dauerhaft zu stabilisieren (Ziel der Beitragssatzstabilität).⁶⁰

2.3.1 Das Gesetzgebungsverfahren bis zur Verabschiedung des "Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen" (GRG)

Unter der Federführung der Abteilung Krankenversicherung im Bundesarbeitsministerium (BMA) machte sich eine Koalitionskommission aus sozialpolitischen Experten der Regierungsfractionen an die Vorbereitung des Reformgesetzes. und legte am 20. Januar 1988 einen Referentenentwurf für ein "Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen" vor. Als Zielvorstellungen gingen daraus folgende Vorgaben hervor⁶¹

- "1. Die Solidarität der sozialen Krankenversicherung wird neu bestimmt; die Leistungen der Krankenversicherung werden auf das medizinisch Notwendige beschränkt, Versorgungsdefizite werden ausgeglichen, zur häuslichen Pflege leistet die Krankenversicherung einen Beitrag.*
- 2. Die Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit wird gestärkt, Gesundheitsfürsorge und Krankheitsfrüherkennung werden aufgewertet.*
- 3. Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung wird erhöht.*
- 4. Die Strukturen der Krankenversicherung werden modernisiert.*
- 5. Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung wird neu kodifiziert, um es für die Bürger verständlicher zu machen."*

Bezüglich des VdD sah der Reformplan die Errichtung einer rechtsfähigen Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung vor, losgelöst von den LVAs als bisherigem Träger des VdD. Das neunte Kapitel des Sozialgesetzbuches (SGB) des GRG-Entwurfes widmete sich dem zu gründenden "Medizinischen Dienst der Krankenversicherung", in Weiterentwicklung des seit dem Aufbaugesetz von

⁶⁰BT-Drucksache 11/2237, S. 1

⁶¹BT-Drucksache 11/2493, S. 1 f.

1934 gültigen Rechts wurde ein effektiver medizinischer Beratungsdienst angestrebt.⁶²

Vorausgegangen waren dem Referentenentwurf jahrelange Diskussionen um die Weiterentwicklung des VdD, die in einer "Empfehlungsvereinbarung" vom 15. Oktober 1985 mündete. Darin einigten sich Vertreter der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherung auf eine Kompromißlinie hinsichtlich der Reform des VdD, die Präambel der "Empfehlungsvereinbarung" listet die Kriterien der Weiterentwicklung auf⁶³:

"Zwischen den Spitzenverbänden der Kranken- und Rentenversicherung besteht Einvernehmen, auf der Grundlage folgender Kriterien den VdD weiterzuentwickeln:

- *Eigenverantwortlichkeit der Krankenkassen für den VdD*
- *Einpassung in föderalistische Ordnungsprinzipien*
- *Wahrung des Selbstverwaltungprinzips*
- *Einpassung in das für die Sozialversicherungsträger geltende Organisationsrecht*
- *Berücksichtigung der personalmäßigen, insbesondere personalrechtlichen Gegebenheiten*
- *Berücksichtigung der Finanzierung des VdD durch die Krankenkassen."*

Der Empfehlungsvereinbarung folgend wurde die Reformdiskussion schließlich auch in wissenschaftlichen Abhandlungen des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und der Enquete-Kommission des Bundestages (BT) "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" behandelt. In der BT-Drucksache 11/3267 vom 7. November 1988 befaßt sich die Enquete-Kommission im Rahmen der Heil- und Hilfsmittelversorgung mit der Weiterentwicklung des VdD⁶⁴

⁶²vgl. Hammel, 1991, S. 375

⁶³Rebscher, H. 1989: Von der "Empfehlungsvereinbarung" zum Medizinischen Dienst - Chronologie einer politischen Reform, in: Müller-Held et al. 1997, S. I 3 - 3

⁶⁴zitiert nach: ebenda, S. I 3 - 18

"(...) Die Bundesregierung hat im Rahmen des Entwurfes zu einem Gesundheits-Reformgesetz diese Selbstverwaltungslösung ("die Empfehlungsverordnung, Anmerkung: der Verfasser) inhaltlich im Rahmen des geplanten 'Medizinischen Dienstes' aufgegriffen.

Mit der Weiterentwicklung zu einem 'Medizinischen Dienst' sollen konkret die Ziele

- einer qualitativ hochwertigen, sozialmedizinisch begründeten und auf der Höhe der gebietsärztlichen Standards befindlichen Einzelfallbegutachtung,

- der Entwicklung qualitativer Kriterien für die Beurteilung und Bewertung von medizinischen Leistungen, Heilverfahren und Hilfsmitteln sowie

- der Herausbildung spezialisierten Sachverständes für die Beratung der Krankenversicherung vor und bei Vertragsverhandlungen in den Leistungsbereichen verfolgt werden.

Das Bemühen um eine Ausweitung und Neugestaltung der medizinischen Beratungstätigkeit durch einen medizinischen Dienst folgt der Logik, daß die Verhandlungsführer der Krankenversicherung bei den Vertragsverhandlungen regelmäßig dann überfordert sind, wenn medizinische Fragen in Verträgen geregelt werden sollen (...)."

In vielerlei Hinsicht wurde für den geplanten Aufbau des MDK auf bereits vorhandene Strukturen zurückgegriffen, so waren die Aufgaben weiterhin von einer kassenübergreifenden Institution zu erfüllen. Die Kontrollfunktion des Dienstes bei Arbeitsunfähigkeit wurde beibehalten, allerdings um sozialmedizinische Dimensionen erweitert, so spricht der Gesetzesentwurf sowohl von Begutachtungswie von Beratungstätigkeit des MDK. § 283 II SGB V i.d.F. des Referentenentwurfs fordert die Beratungstätigkeit des MDK *"für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten"*.

Die Reformpläne für den VdÄ riefen heftigen Protest, vor allen von Seiten der Ärztevereinigungen hervor, hier auszugsweise die Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum Gesetzesentwurf⁶⁵

⁶⁵zitiert nach: Müller-Held et al. 1997, S. 13 - 24

"Die Einrichtung eines Medizinischen Dienstes der Krankenkassen `als selbständige Körperschaften öffentlichen Rechtes´ greift ebenfalls tief in die bestehende Handlungsfreiheit der Selbstverwaltung ein. Dies gilt insbesondere (...) gegenüber der Aufgabensellung des bisherigen Vertrauensärztlichen Dienstes wesentlich erweiterte Beratungstätigkeit eines solchen Medizinischen Dienstes (...).

Die Einrichtung des Medizinischen Dienstes, wie sie im Gesetzentwurf vorgesehen ist, wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgelehnt. Die Errichtung des Medizinischen Dienstes in dieser Form führt zu einer Überbürokratisierung. Im übrigen müssen die Kontroll- und Beratungskompetenzen des Medizinischen Dienstes als zu weitgehend bezeichnet werden.

(...) Mit seiner Aufgabenstellung ist der Medizinische Dienst als Super- und Kontrollbehörde angelegt, der die unmittelbar in der Krankenversicherung Tätigen beaufsichtigt und beurteilt und in grundsätzliche Entscheidungen der Krankenkassen begutachtend eingreifen kann. Nicht einmal die Vorschrift ist erhalten geblieben, daß der Vertrauensarzt in seiner Tätigkeit die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht gefährden darf."

Ein Streitpunkt zwischen der CDU/CSU und der FDP als Interessenvertreter der KBV war die Frage, ob sich der MDK festangestellter Ärzte oder externer Gutachter bedienen sollte. Das BMA zielte auf die Unabhängigkeit festangestellter Vertrauensärzte ab, während die FDP dieselben für inkompetent und praxisfern hielt. In den Schlußberatungen konnte sich schließlich die FDP durchsetzen, der MDK würde keine Beamten mehr einstellen und bei Ausscheiden der beamteten Vertrauensärzte zivilrechtliche Arbeitsgemeinschaften gründen.

Am 25. November 1988 wurde das "Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen" verabschiedet und trat am 1. Januar 1989 in Kraft, zu diesem Datum nahm auch der neugegründete MDK seine Arbeit auf.

3 Die Stellung des MDK innerhalb des Gesundheitssystems der Bundesrepublik Deutschland

Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik stellt sich als ein höchst komplexes System von ineinander vernetzten Elementen dar. So verfolgen die private und die gesetzliche Krankenversicherung, die Institutionen der medizinischen und pharmazeutischen Versorgung, Apotheken, Pharmaindustrie, Ärzte, Pflegepersonal, die Kassenärztliche Vereinigung, die öffentliche Hand als Financier und Gesetzgeber und natürlich der Versicherte unterschiedlichste Interessen innerhalb dieses Systems. Um das Gesundheitssystem und die Stellung des MDK darin zu beschreiben, bedarf es der theoretischen Annäherung. Unter den verschiedenen sich anbietenden Modellen scheint der von Renate Mayntz⁶⁶ entwickelte Theorieansatz der sozialen Differenzierung mit dem Konzept des funktionellen Teilsystems am geeignetsten und dient als Bezugsrahmen für die folgenden Ausführungen.

3.1 Der Theorieansatz sozialer Differenzierung mit dem Konzept des funktionellen Teilsystems

Die Differenzierungstheorie geht auf die Klassiker Adam Smith und Emile Durkheim zurück, die damit den Weg von der segmentären, aus gleichartigen Elementen zusammengesetzten Gesellschaft zur spezialisierten, auf Arbeitsteilung ausgerichteten Gesellschaft, feststellten. Von der Beschreibung der Arbeitsteilung wurde die Theorie auf immer größere Lebensbereiche zur funktionellen Differenzierung ausgedehnt, einhergehend mit der Einführung des funktionellen Teilsystems als Begriff.

⁶⁶Mayntz, R. 1988: Funktionelle Teilsysteme in der Theorie sozialer Differenzierung, in: Mayntz et al. 1988, S. 11 - 44

Das „Lexikon zur Soziologie„ definiert funktionale Differenzierung als *„Gliederung eines sozialen Systems oder Untersystems in strukturell verschiedene Elemente im Hinblick auf die vom System verfolgte(n) Funktion(en) (...)„*⁶⁷

3.1.1 Der Theorieansatz von Mayntz

Ein System ist eine Menge von untereinander in Beziehung stehender Elemente, die als Einheit angesehen und von einer Umwelt abgegrenzt werden können.⁶⁸ Im sozialen System sind die Elemente durch Interaktion und Rückkopplung miteinander verbunden und verfolgen eigene Ziele.⁶⁹ Das Gesamtsystem gliedert sich in mehr oder weniger autonome Teilsysteme, deren Konstitutionskriterien sind:

- spezieller Sinn des Teilsystems, der auf der *„normativ-kognitiven Ebene als besondere Handlungslogik (...) und auf der Handlungsebene als besondere Tätigkeit identifizierbar ist„*⁷⁰
- sinnhafte Spezialisierung in Bezug auf Spezialisierungsgrad und Art

3.1.2 Die Anwendung des Ansatzes auf das Gesundheitssystem

Mayntz und Rosewitz⁷¹ beschreiben zunächst die rollenmäßige Ausdifferenzierung der medizinischen Berufsbilder und führen dann über den Entstehungsprozess der sogenannten sekundären Organisationen, der jeweiligen Interessensvertretungen, zu den heute bestehenden Konfliktfeldern hin. Was die Herausbildung der Berufsfelder angeht, können sie sich anfangs eng an die klassische Differenzierungstheorie anlehnen. Neben der funktionellen Differenzierung spielen dann jedoch auch Integration, Absorption und Umverteilungsprozesse von Tätigkeitselementen zwischen den Berufen eine wichtige Rolle. Gleichzeitig muss diese Modellannahme in historisch-soziostrukturellem Hinblick modifiziert werden.

⁶⁷Fuchs-Heinritz et al., 1995, S. 143

⁶⁸ vgl. Fuchs-Heinritz et al., 1995, S. 661

⁶⁹ vgl. Wanek, 1994, S. 60

⁷⁰ Mayntz, 1988, S. 17 f.

⁷¹ Mayntz, R. und Rosewitz, B., 1988: Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems, in: Mayntz, 1988, S. 117 - 179

Eine Erweiterung des differenzierungstheoretischen Ansatzes auf die Bildung formaler Organisationen ist nötig, um die Interaktionen (zwischen den) korporativen Akteuren herauszuarbeiten.

Am Beispiel der historischen Ausdifferenzierung der Arztrolle zeigen Mayntz und Rosewitz auf, wie sich die ursprünglich getrennten Berufsbilder des akademisch ausgebildeten Arztes, des Gelehrten, und des im Gegensatz dazu unmittelbar am Krankenbett agierenden handwerklich ausgebildeten "Wundarztes" zu dem heutigen sowohl wissenschaftlich fundierten als auch praxisorientierten Arztberuf integrieren. Diese Entwicklung vollzieht sich nach dem Modell des professionellen Experten:

"Die zentrale Funktionsrolle [des Arztes] im Gesundheitswesen ist also nicht ausschliesslich durch Spezialisierung, sondern auch durch Entstratifizierung und funktionelle Integration gebildet worden."⁷²

Durch die Absorption von Tätigkeitsfeldern aus verschiedenen anderen Heilberufen und die anschliessende Abgrenzung gegenüber denselben konnte sich ein Behandlungsmonopol der Ärzteschaft festigen.

Neben dieser vertikalen vollzog sich auch eine horizontale Ausdifferenzierung einerseits durch die Aufspaltung in verschiedene Fachrichtungen innerhalb der medizinischen Wissenschaft. Andererseits ergab sich durch die beginnende Trennung zwischen praktizierenden Ärzten und ärztlichen Beamten im öffentlichen Gesundheitsdienst eine sowohl inhaltliche als auch positionale Differenzierung.

Eine weitere Variante der Differenzierung positioneller Art ist eng mit der Entwicklung von formalen Organisationen wie Krankenhäusern und Krankenkassen verknüpft: Krankenhausärzte stehen freipraktizierenden gegenüber, Kassenärzte Privatärzten.

⁷² Ebenda, S. 123

Der ärztlichen Spezialisierungsprozeß läßt sich also keinem durchgängigen Modell zuordnen. Das Muster der Dekomposition, der horizontalen Arbeitsteilung, wäre ohne die oben aufgeführten Modifikationen außerstande, die nicht nur funktionalen, sondern auch rangmäßigen Differenzierungen in diesem historischen Entwicklungsprozeß darzustellen.

Was formale Organisationen angeht, zeigt sich eine der wichtigsten Differenzierungen im deutschen Gesundheitssystem in der Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, d.h. von Praxen und Krankenhäusern.

Krankenhäuser wurden ausgehend von den Hospitälern der Klöster Ende des 18. Jahrhunderts als bereits bestehende Einheit in das sich entwickelnde Teilsystem integriert und differenzierten weiter.

Im Gegensatz zum oben Ausgeführten geht die Bildung von sekundären Organisationen (Organisationen, die nicht unmittelbar mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen befasst sind) mit Konzentrations-, Zentralisierungs- und Inklusionsprozessen einher.

Diese sekundären Organisationen - Gruppenbildungen innerhalb der medizinischen Berufe einerseits, die Krankenkassen andererseits - konnten erst in den 70er Jahren des 19. Jahrhunderts entstehen, da erstens die Ausdifferenzierung der betroffenen Berufsgruppen vollzogen sein musste und da zweitens die Möglichkeit der Vereinsbildung von rechtlich-politischer Seite gewährleistet sein musste.

Ärztliche Verbände entstanden als wissenschaftliche Gesellschaften, zum interkollegialen Austausch wie die Ärztevereine, als berufspolitische Interessensvertretungen wie die Ärztekammern oder aus rein wirtschaftlichem Interesse wie der Hartmannbund. Ursprünglich "Verband für die Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen" genannt, war seine Gründung eine Reaktion auf die Machtstellung der Krankenkassen seit dem Krankenversicherungsgesetz von 1883.

Die Krankenkassen sind nicht direkt im Gesundheitssystem entstanden - eine schon bestehende Einrichtung, die "Hilfs- und Unterstützungsvereine", wurde "(...) in das sich ausdifferenzierende Teilsystem integriert - womit (...) dann allerdings auch ein Funktionswechsel verbunden war."⁷³ Um die kommunalen Armenkassen zu entlasten, verpflichtete der Staat Preußen einerseits die Handwerksmeister, diesen Unterstützungsvereinen Beiträge zu entrichten und andererseits die Gesellen, in diesen Kassen Mitglied zu werden. So entstanden auf behördlichen Druck (dem Kassenzwang) die ersten Krankenkassen. In einem Inklusionsprozeß wurde die Versicherungspflicht auf immer größere Teile der Bevölkerung ausgedehnt.

Nachdem sich die Kassenärztliche Vereinigung vom Hartmannbund abgespalten hatte und so zum Hauptverhandlungspartner der Kassen wurde, schlossen sich auch letztere zu überregionalen Organisationen zusammen (Zentralisierung).

Im Zuge dieser Ausdifferenzierungen zeigen sich außer der natürlichen und auch sehr klaren Abgrenzung zum Patienten, dem Leistungsabnehmer, verschiedene Bereiche unscharfer Abgrenzung. Systemtheoretisch könnte man dies als Form der Vernetzung unterschiedlicher Teilsysteme betrachten.

Als Strukturelement auch dem politisch- administrativen System zuzurechnen wäre das öffentliche Gesundheitswesen: formal staatliche Gesundheitsämter mit verbeamteten Ärzten, funktionell jedoch auch Teil des Gesundheitssystems.

Gesundheitssystem und medizinische Wissenschaft, d.h. Forschung und Lehre, überschneiden sich vor allem in Universitätskrankenhäusern und führen dort nicht selten zu Konflikten. Auf Rollenebene ist keine klare Trennung vorhanden.

Ein dritter Bereich sehr enger Verflechtungen diesmal mit dem Wirtschaftssystem ergibt sich durch die pharmazeutische bzw. medizintechnische Industrie. Fortschritten in diesen Bereichen verdankt das Gesundheitssystem einen großen Teil der Leistungssteigerungen in der letzten Zeit. Hier ergeben sich Konflikte durch die Verschiedenartigkeit der Handlungslogiken und die stark profitorientierte, nachfragebezogene Ausrichtung des Wirtschaftssystems.

⁷³ Ebenda, S. 154

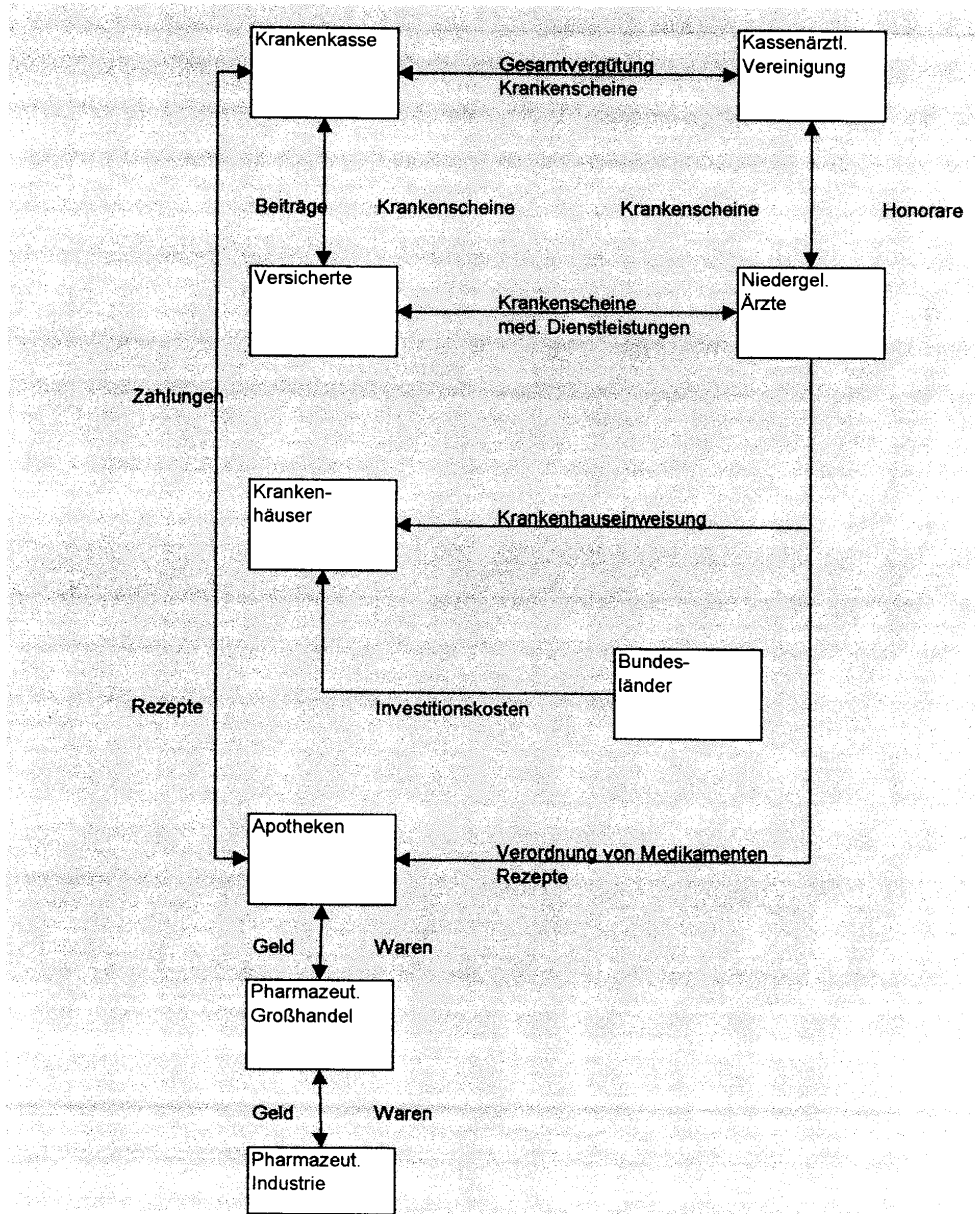
3.2 Akteure innerhalb des Gesundheitssystems und speziell der GKV

Formale Organisationen gehören zu den Elementen eines sozialen Teilsystems, sie können unterschieden werden in Organisationen zur Leistungserstellung (z.B. Arztpraxen) und Zusammenschlüssen korporatistischer Akteure (z.B. Spitzenverband der Krankenkassen), deren Zweck in gegenseitiger Kommunikation und gemeinsamer Interessenvertretung besteht. Hiernach könnte man das Teilsystem Gesundheitswesen in folgende Elemente aufteilen: der GKV, der privaten Krankenversicherung, den praktizierenden Ärzten, der Pharmaindustrie, den Apotheken und der Kassenärztlichen Vereinigung⁷⁴ (siehe Abbildung 1).

Anhand von Schaubild 1 können die Grundelemente des Gesundheitssystems verfolgt werden: Der Versicherte geht mit gesundheitlichen Beschwerden zum Arzt, der ihm ein Rezept ausstellt, oder ihn eventuell an ein Krankenhaus oder zu weiteren Ärzten überweist. Die Kassenärzte haben die Schlüsselstellung innerhalb dieses Systems, gemäß ihren Anweisungen werden die anderen Elemente erst tätig.

⁷⁴ vgl. Wanek, 1994, S. 63 f.

Schaubild 1: Akteure im Gesundheitssystem



Quelle: Wanek, eigene Darstellung

4 Aufbau und Aufgaben des MDK

Mit der Verabschiedung des GRG am 20. Dezember 1988 wurde in das SGB V ein neuntes Kapitel mit den Regelungen über den MDK eingefügt. Zum 1. Januar 1989 trat das Gesetz in Kraft, der MDK wurde die Nachfolgeorganisation des VdD mit neuen Aufgabenstellungen und einer veränderten Trägerstruktur.

4.1 Der Verwaltungsaufbau des MDK

Die folgenden Ausführungen über die Organisationsgestaltung des MDK richten sich nach den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften des SGB V §§ 278 ff.

4.1.1 Trägerschaft über den MDK

Träger des VdD waren die LVAs der Arbeiterrentenversicherung, mit dem GRG wurde der VdD aus deren Zuständigkeitsbereich herausgelöst und den Krankenkassen als Trägerorganisation überschrieben, die aufgrund der Bestimmung des § 278 II SGB V zu Mitgliedern der neuen Institution wurden⁷⁵:

(2) Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sind die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen.

Trotz Tendenz zu Zusammenschlüssen gibt es in der Bundesrepublik gegenwärtig noch über 1000 Krankenkassen, aufgeteilt in die acht folgenden Krankenkassenarten:

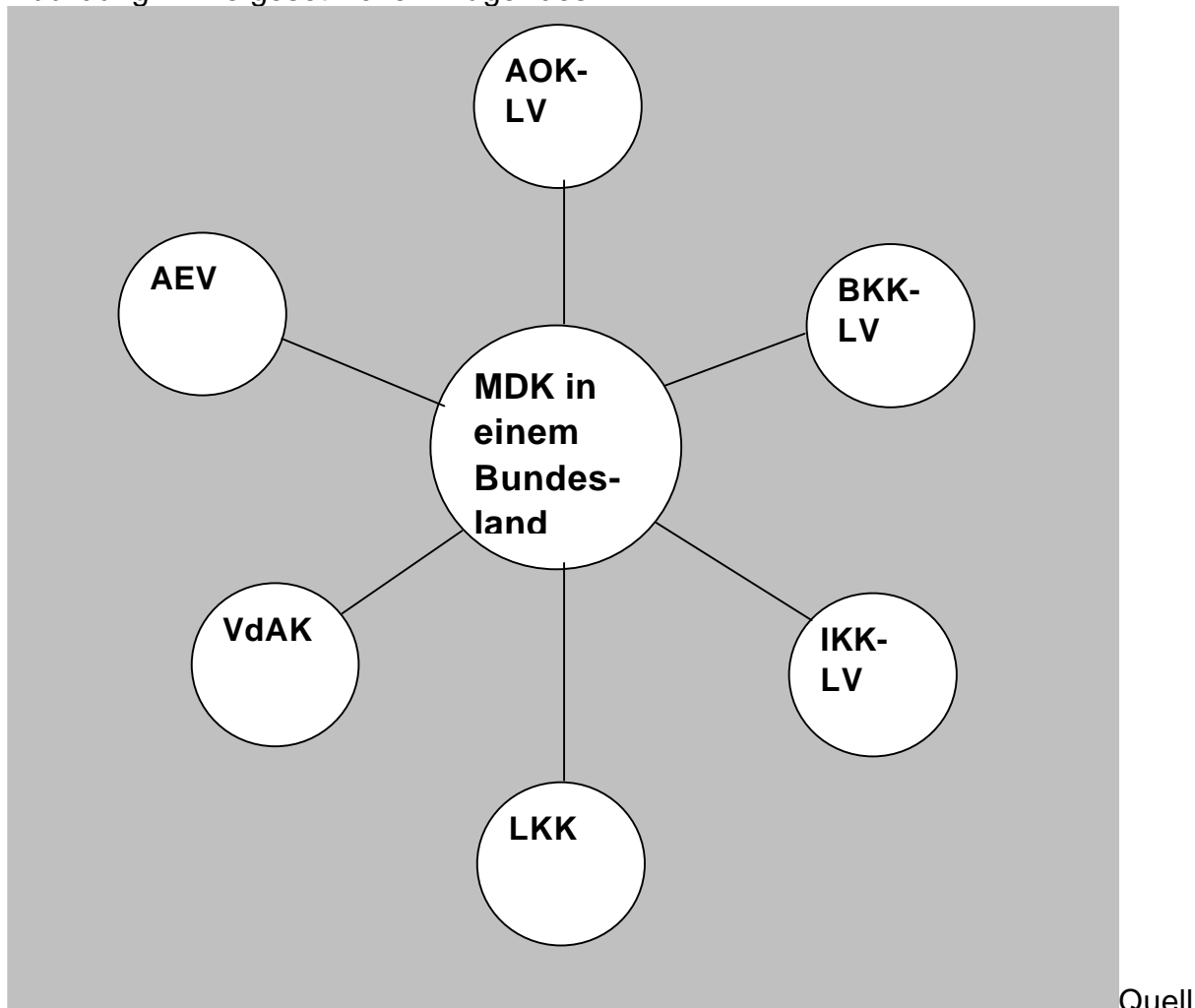
- Ortskrankenkassen (AOK)
- Betriebskrankenkassen (BKK)
- Innungskrankenkassen (IKK)

⁷⁵ vgl. Podlech, A. 1990: Sozialrechtliche Kommentierung. Die Rechtsgrundlagen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, in: Müller-Held et al., 1997, S. II 1.10 – 14 f.

- Angestelltenersatzkassen (AK)
- Arbeiterersatzkassen (AE)
- Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK)
- Seekrankenkasse (SeeKK)
- Bundesknappschaft (BKN)

Die jeweiligen Kassen schliessen sich in den Bundesländern zu Landesverbänden zusammen und werden bundesweit von ihren Spitzenverbänden vertreten. Das nachfolgende Schaubild verdeutlicht die veränderte Trägerstruktur.

Abbildung 2: Die gesetzlichen Träger des MDK



Quell

e: MDS, 1996, eigene Darstellung

4.1.2 Die Organe des MDK

Die Entscheidungsgremien des MDK sind der Verwaltungsrat und Geschäftsführer, ihre Aufgaben und ihr Aufbau sind in den §§ 279 und 280 SGB V geregelt:

§ 279 SGB V: *Verwaltungsrat und Geschäftsführer.*

(1) Organe des Medizinischen Dienstes sind der Verwaltungsrat und der Geschäftsführer.

(2) Der Verwaltungsrat wird von den Vertreterversammlungen der Mitglieder gewählt. (...) Beschäftigte des Medizinischen Dienstes sind nicht wählbar.

(3) Der Verwaltungsrat hat höchstens sechzehn Vertreter. Sind mehrere Landesverbände einer Kassenart Mitglieder des Medizinischen Dienstes, kann die Zahl der Vertreter im Verwaltungsrat angemessen erhöht werden. Die Mitglieder haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes

(4) Der Geschäftsführer führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes nach den Richtlinien des Verwaltungsrats. Er stellt den Haushaltsplan auf und vertritt den Medizinischen Dienst gerichtlich und außergerichtlich.

(5) Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe wahrgenommen; der Medizinische Dienst hat vorrangig Gutachter zu beschäftigen.

§ 280 SGB V: **Aufgaben des Verwaltungsrats**

(1) Der Verwaltungsrat hat,

- 1. die Satzung zu beschließen,*
- 2. den Haushaltsplan festzustellen,*
- 3. die jährliche Betriebs- und Rechnungsführung zu prüfen,*
- 4. Richtlinien für die Erfüllung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen (§ 282) aufzustellen,*
- 5. Nebenstellen zu errichten und aufzulösen,*
- 6. den Geschäftsführer und seinen Stellvertreter zu wählen und zu entlasten.*

(2) Beschlüsse des Verwaltungsrats werden mit einfacher Mehrheit der Mitglieder gefaßt. Beschlüsse über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder.

Im Vergleich zu den Versicherungsträgern und rechtsfähigen Verbänden mit ihrem dreigliedrigen Organisationsschema ist der MDK anders strukturiert. Der Verwaltungsrat fungiert auch als Selbstverwaltungsorgan, ihm kommen die legislativen Aufgaben zu, während dem Geschäftsführer mit seinem Außenvertretungsrecht exekutive Aufgaben zufallen.⁷⁶

4.1.3 Die Organisationsgliederung des MDK

Abbildung 3: Die Hauptverwaltungen der MDK's

⁷⁶ vgl. ebenda, S. II 1.10 - 16



Quelle: MDS, 1996, eigene Darstellung

Die Struktur der Dienststellen und Hauptverwaltungen des MDK richtet sich nach den Bestimmungen des § 278 I und III des SGB V:

(1) In jedem Land wird eine von den Krankenkassen der in Absatz 2 genannten Kassenarten gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung„ errichtet. Die Arbeitsgemeinschaft ist nach Maßgabe des Artikels 73 IV Satz 3 und 4 des Gesundheits-Reformgesetzes eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts

(3) Bestehen in einem Land mehrere Landesverbände einer Kassenart, kann durch Beschluß der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft in einem Land ein weiterer Medizinischer Dienst errichtet werden. Für mehrere Länder kann durch Beschluß der Mitglieder der betroffenen Arbeitsgemeinschaften ein gemeinsamer Medizinischer Dienst errichtet werden. Die Beschlüsse bedürfen der Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der betroffenen Länder.

Die Rechtsform des MDK ist in den alten Bundesländern die Körperschaft des öffentlichen Rechts, in den neuen Bundesländern die des eingetragenen Vereines. Per konstituierender Sitzung wurden die MDKs der alten Bundesländer im Verlaufe des Jahres 1989 gegründet, Satzungen beschlossen und Geschäftsführer gewählt. In den neuen Bundesländern vollzog sich die Gründung nach dem Beitritt im Jahre 1991. Das bevölkerungsreichste Bundesland Nordrhein-Westfalen errichtete entsprechend gewachsenen Strukturen nach § 278 III SGB V zwei Medizinische Dienste, den MDK Nordrhein und den MDK Westfalen-Lippe.

In jedem Bundesland gibt es eine Hauptverwaltung und ein regional gegliedertes Netz von Beratungs- und Begutachtungsstellen. Eine Ausnahme bilden die MDKs von Berlin und Brandenburg, die sich zu einer Verwaltungsgemeinschaft mit Sitz in Potsdam zusammenschlossen. Abbildung 2 (s.o.) gibt einen Überblick über den Sitz der 17 MDKs des Bundesgebiets. Die Hauptverwaltungen sind der Dienstsitz des Geschäftsführers und des Leitenden Arztes, von dort wird auch die Beratungs- und Gutachtertätigkeit der einzelnen Dienststellen koordiniert. Der MDK Hessen zum Beispiel hat seinen Sitz in Oberursel und besitzt sieben Beratungsstellen, die in Leitstellen mit Sitz in Darmstadt, Frankfurt, Fulda, Gießen, Kassel, Offenbach und Wiesbaden organisiert sind.⁷⁷

Die Beratungs- und Begutachtungsstellen wurden in den alten Bundesländern überwiegend von den VÄDs übernommen, die Ausstattung der Stellen war sowohl personell wie technisch nicht mehr auf dem Stand der Zeit. Deshalb wurden sogenannte Beratungszentren neu aufgebaut, die mit Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen, Sekretärinnen und Verwaltungspersonal ausgestattet sind. Die Zahl der Beratungsstellen mit nur einem ärztlichen Gutachter geht zurück, so wurden in Schleswig-Holstein zwischen 1993 und 1995 sechs neue große Beratungsstellen eröffnet, doppelt so viele kleine aber geschlossen.⁷⁸

4.1.4 Der MDS – Koordinierungsstelle der MDKs

Am 18. Oktober 1989 wurde der MDS als Arbeitsgemeinschaft von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Essen, auf der Basis des § 282 SGB V gegründet:

⁷⁷ vgl. MDK Hessen, 1996, S. 7

⁷⁸ vgl. MDK Schleswig-Holstein, 1996, S. 25

„Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die wirksame Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste zu fördern. Sie bilden zu diesem Zweck eine Arbeitsgemeinschaft. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung sowie über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung. Im übrigen können sie Empfehlungen abgeben. Die Richtlinien nach Satz 3 und die Empfehlungen nach Satz 4 bedürfen, soweit sie Angelegenheiten der sozialen Pflegeversicherung betreffen, der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung.,,

Der MDS hat dafür zu sorgen, daß die MDKs ihre Aufgaben kassen- und länderübergreifend nach gleichen Kriterien und Verfahren erfüllen. Die gesetzlich geforderten Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den MDKs nach § 282 Satz 3 SGB V wurden am 27. August 1990 verabschiedet, als Ziele werden in der Präambel genannt⁷⁹:

- *„den Beratungsbedarf der Krankenversicherung in sozialmedizinischen Grundsatzfragen zu erfüllen,*
- *den Beratungsbedarf der Krankenversicherung in Fragen der Qualitätssicherung und in allgemeinen Vertragsfragen zu erfüllen,*
- *die gezielte Fallauswahl der Krankenkassen bei der sozialmedizinischen Vorberatung für die allgemeine sozialmedizinische Beratung oder Begutachtung oder gebietsspezifische sozialmedizinische Beratung oder Begutachtung zu erleichtern und*
- *durch die Verbesserung des Informationsverfahrens zwischen den Beteiligten die Effizienz des Medizinischen Dienstes zu steigern.,,*

⁷⁹ MDS, 1990, S. 10

Für die unter 4.2 genannten Aufgaben des MDK gibt der MDS verbindliche Richtlinien heraus, erarbeitet Qualitätskriterien für die Beurteilung ärztlichen Handelns, bietet Fortbildungsprogramme für Mitarbeiter an und bereitet statistisches Material, das von den einzelnen MDK gesammelt wurde, für die Träger der Krankenkassen auf.

4.2 Die Aufgaben des MDK nach dem SGB V

Der MDK wurde konzipiert, um den Krankenkassen und ihren Verbänden bei der Gestaltung und Steuerung des Gesundheitswesens einen kompetenten, mit medizinischem Sachverstand ausgestatteten Partner zur Seite zu stellen. In das SGB V wurde mit dem GRG ein neuntes Kapitel eingefügt, in dem die gesetzlichen Aufgaben des MDK geregelt sind. Der MDK unterstützt und berät die Krankenkassen:

- bei der Sicherung der Qualität der Leistungen
- bei der Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen
- in allgemeinen medizinischen Fragen der gesundheitlichen Versorgung und der Beratung der Versicherten.⁸⁰

4.2.1 Grundprinzipien der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen des SGB V

Kennzeichnend für die Struktur der gesetzlichen Sozialversicherung, und speziell des SGB sind die folgenden Grundprinzipien:

- Solidarprinzip
- Sachleistungsprinzip
- Eigenverantwortlichkeit und
- Subsidiarität⁸¹

⁸⁰ Werner und Volz, 1994, S. 295

⁸¹ vgl. Rebscher, H. 1989: Der Medizinische Dienst – Einordnung und Begründung des Medizinischen Begutachtungs- und Beratungsdienstes der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen eines Ordnungs- und Zielkonzeptes für die Gesundheitsversorgung, in: Müller-Held et al., 1997, S. 11 – 1 ff.

Geregelt sind die Grundprinzipien im ersten Kapitel des SGB. §1 Satz 1 SGB V spricht von der Solidargemeinschaft der Versicherten:

„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“

Das Sachleistungsprinzip ist in § 2 II Satz 1 SGB V festgeschrieben:

„Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes vorsieht.“

Die Krankenkassen müssen dafür mit den Leistungserbringern Verträge abschließen (§ 2 II Satz 2 SGB V), und dafür Sorge tragen, daß *„die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden“* (§ 2 IV SGB V).

Beiträge werden solidarisch von den Versicherten und Arbeitgebern getragen (§ 3 Satz 2 SGB V), die Krankenkassen sind angehalten, bei der Durchführung ihrer Aufgaben *„sparsam und wirtschaftlich zu verfahren“* (§ 4 IV SGB V).

In § 12 I SGB V wird der Grundsatz der Solidarität konkretisiert:

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

4.2.2 Die Kontrollfunktion des MDK

In § 275 I – III SGB V werden die Begutachtungsanlässe durch den MDK geregelt, es handelt sich dabei um „klassische Aufgaben des alten VdD, wie sie im § 369 b der RVO beschrieben wurden (...).“⁸²

Unter anderem werden in § 275 I SGB V geregelt:

- Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation
- Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit
- Gutachten zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsfähigkeit

Durch die Einfügung des Abschnitts 1a in § 275 SGB V wurde die Kontrollfunktion des MDK bei Arbeitsunfähigkeit noch verschärft:

„Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b sind insbesondere in Fällen anzunehmen, in denen

a) Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt oder

b) die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt festgestellt worden ist, der durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auffällig geworden ist (...).“

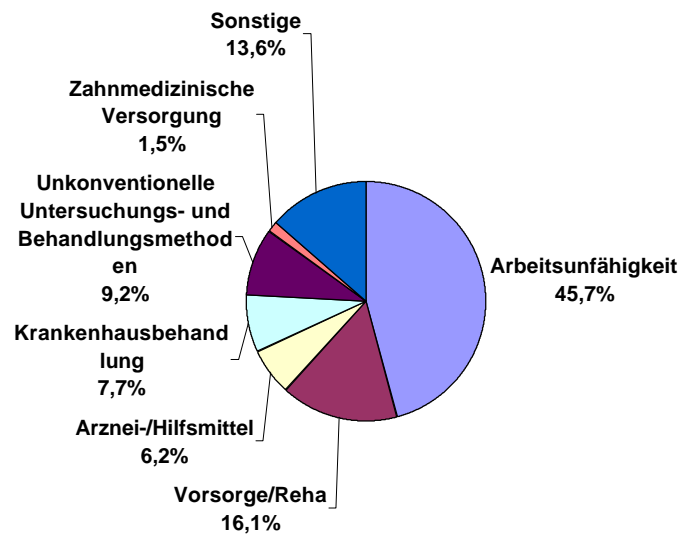
Die Abschnitte 2 und 3 des § 275 SGB V benennen weitere Begutachtungsanlässe wie z.B. Zahnersatzregelungen, Kostenübernahme einer Krankenbehandlung im Ausland, Dialysebehandlung, oder Bewilligung von Hilfsmitteln.

Über die Verteilung der Gutachten auf die gesetzlichen Tatbestände gibt das folgende Schaubild Auskunft, es handelt sich um die Gutachtertätigkeit des MDK Nordrhein im Jahre 1995.

Abbildung 4: Begutachtungsanlässe des MDK Nordrhein 1995

⁸² Werner und Voltz, 1994, S. 295

Begutachtungsanlässe 1995, MDK Nordrhein



Quelle: MDK Nordrhein, eigene Darstellung

4.2.3 Die allgemeine Beratungstätigkeit des MDK

Erweiterte, auch sozialmedizinische Tätigkeitsfelder des MDK werden in § 275 IV SGB V genannt, sie drücken die erweiterte Aufgabenstellung des MDK gegenüber seinem Vorgänger VdD aus. Die Krankenversicherung soll sich beraten lassen:

- bei allgemeinen Fragen der gesundheitlichen Versorgung
- bei Fragen der Qualitätssicherung
- bei Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern
- bei Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse

4.2.4 Beratung in Grundsatz- und Vertragsfragen

Die gesetzliche Grundlage für die Beratung in Grundsatz- und Vertragsfragen liegt in § 275 I SGB V in der Formulierung „*Voraussetzung, Art und Umfang von Leistungen*„. Konkret nennt das Gesetz den Begutachtungsauftrag in § 139 II Satz 2 SGB V:

„Über die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis entscheiden die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich, nachdem der Medizinische Dienst die Voraussetzungen geprüft hat.“

Näher ausgeführt wird die Beratung in Grundsatz- und Vertragsfragen in den „Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung„ (siehe auch 4.1.4), zu deren Erlaß die Spitzenverbände der Krankenkassen durch den § 282 SGB V verpflichtet wurden. In den Richtlinien ist das Selbstverständnis des MDK als sozialmedizinischer Begutachtungs- und Beratungsdienst zu erkennen, die Beratung in Grundsatz- und Vertragsfragen rangiert vor der Begutachtung in Einzelfällen.

4.2.5 Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz

Im Mai 1994 wurde das Pflege-Versicherungsgesetz als fünfte Säule des sozialen Sicherungssystems der Bundesrepublik vom Gesetzgeber im elften Buch des SGB verabschiedet – ein kurzer Exkurs zu den Leistungen der Pflegeversicherung (PV).

4.2.5.1 Die Einführung der Pflege-Versicherung

Die PV wurde nach jahrelangen Verhandlungen unter dem Dach der GKV errichtet, für sie gelten die gleichen Strukturprinzipien der solidarischen Beitragsaufbringung, hälftig durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber, wie für die GKV. Die PV-Träger sind zwar eigenständige Pflegekassen, doch sind sie mit den GKV-Trägern identisch – jede Krankenkasse ist auch Pflegekasse.

Die Einführung erfolgte in zwei Stufen, zum 1. April 1995 wurden Leistungen der häuslichen Pflege gewährt, zum 1. Juli 1996 wurden die Leistungen der stationären Pflege wirksam. Der Versichertenkreis erstreckt sich gemäß § 1 II SGB XI auf alle Personen, die auch in der GKV versichert sind, Privatversicherte müssen eine private PV abschließen.

Grundsätze der PV sind in den allgemeinen Vorschriften des SGB XI festgeschrieben, nach § 2 I sollen die Leistungen *„den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.“* Häusliche Pflege hat nach §3 SGB XI Vorrang vor der stationären Versorgung, *„damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.“*

Pflegebedürftig nach dem Gesetz sind nach § 14 SGB XI *„Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen.“* Für die Pflegebedürftigkeit wird nach drei Stufen von erheblich Pflegebedürftigen bis Schwerstpflegebedürftige unterschieden (§ 15 SGB XI)⁸³.

4.2.5.2 Die Einbindung des MDK in die Pflege-Versicherung

Zum ersten Mal war der MDK schon im Vorfeld der Einführung an der Ausgestaltung eines Zweiges der Sozialversicherung beteiligt, er wirkte mit beim Aufbau einer Infrastruktur, bei der Qualitätssicherung, der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Festsetzung von Leistungsvergütungen. Die *„Begutachtungsanleitung Pflegeversicherung gemäß SGB XI,“* nennt als Aufgaben des MDK⁸⁴:

⁸³ vgl. Müller-Held et al., 1997, S. XI 1- 2 ff.

⁸⁴ MDS, 1995, S. 10 f.

- *„den ursächlichen Zusammenhang des vorliegenden Hilfebedarfs mit Krankheit oder Behinderung*
- *unter Berücksichtigung vorliegender Krankheiten oder Behinderungen den Hilfebedarf aufgrund von Funktionseinschränkungen und daraus resultierenden Störungen in der Fähigkeit zur Ausführung der im Gesetz genannten Verrichtungen des täglichen Lebens in der häuslichen Versorgungssituation sowie*
- *das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und ihre Abstufung zu prüfen und festzustellen.*

Er hat den Pflegekassen zusätzlich Vorschläge über

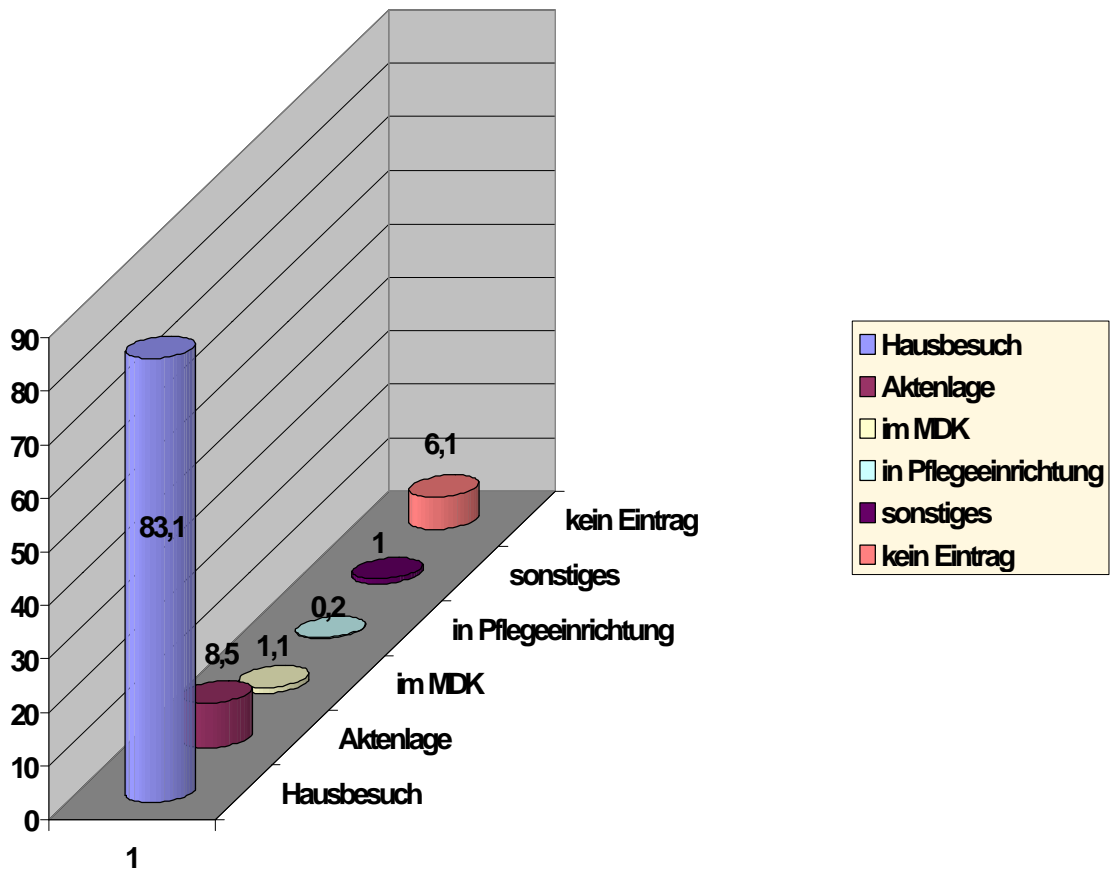
- *Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation und*
- *Art und Umfang von Pflegeleistungen zu unterbreiten sowie*
- *einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen.,,*

Die Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit richten sich nach den Bestimmungen des § 18 SGB XI. Grundsätzlich hat der MDK *„prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt,,* (§ 18 I Satz 1 SGB XI). Zu der Frage, wo die Untersuchungen vorzunehmen sind gibt, das Gesetz vor: *„Der Medizinische Dienst hat den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen,,* (§ 18 II Satz 1 SGB XI). In einem Bericht des MDK Berlin-Brandenburg über die *„Ergebnisse der Begutachtungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz,,* wurden die Fälle des Jahres 1995 statistisch aufbereiten, danach erfolgten 83,1% der Begutachtungen in der Privatwohnung des Antragstellers⁸⁵ – abzulesen auch am folgenden Schaubild.

Abbildung 5: Begutachtungsarten des MDK Berlin 1995

⁸⁵ MDK Berlin und MDK Brandenburg, 1996, S. 19

Art der Begutachtung Berlin 1995, in % der Aufträge



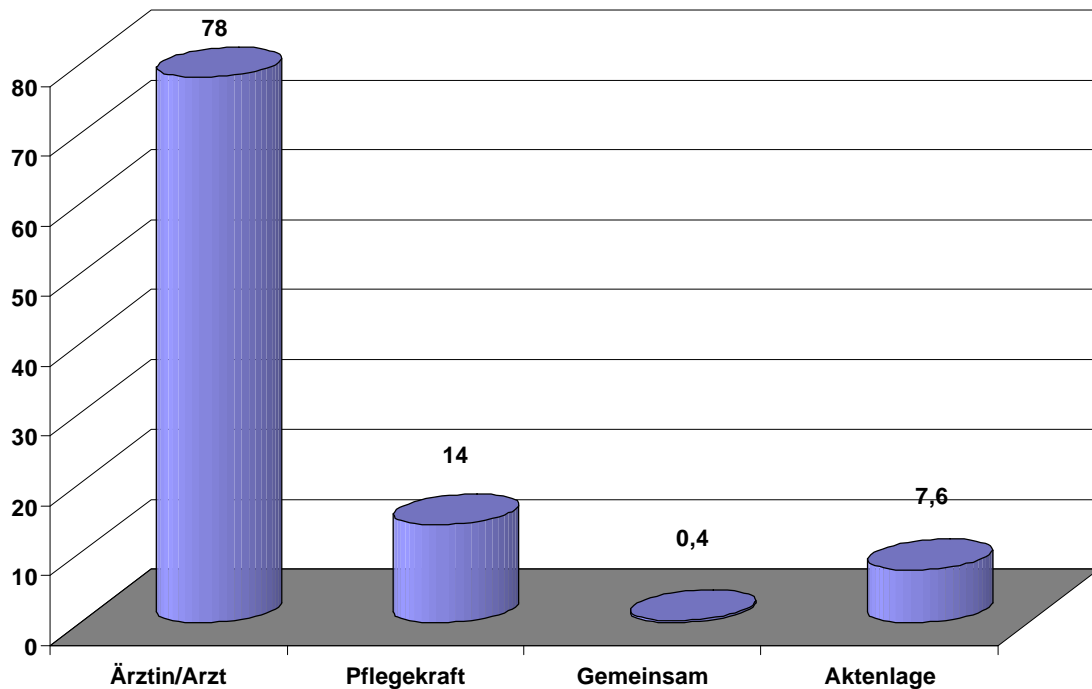
Quelle: MDK Berlin und MDK Brandenburg, eigene Darstellung

Durch wen die Untersuchungen vorgenommen werden, geht aus § 18 VI Satz 1 SGB XI hervor: „Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegekräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen.“ Die Begutachtungen werden nicht in jedem Bundesland gleich geregelt, für das Land Berlin waren 1995 immerhin zu 14% Pflegefachkräfte als Gutachter tätig⁸⁶ – siehe auch untenstehendes Schaubild.

Abbildung 6: Gutachter des MDK Berlin 1995

⁸⁶ MDK Berlin und MDK Brandenburg, 1996, S. 19

Die Gutachter des MDK Berlin 1995, in % der Begutachtungen



Quelle: MDK Berlin und MDK Brandenburg, eigene Darstellung

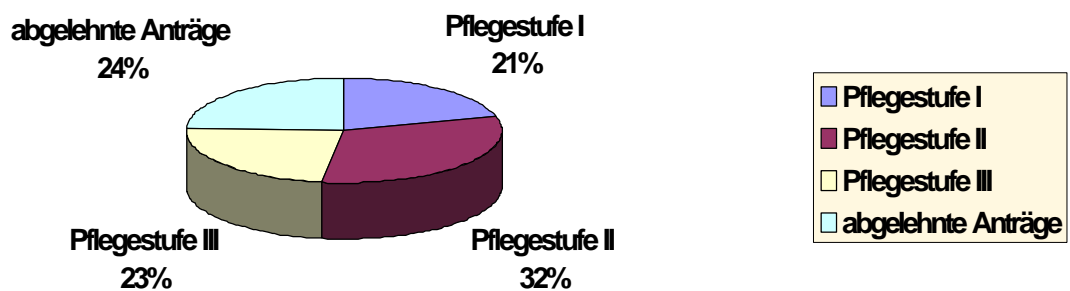
Bundesweit wurden bis zum Inkrafttreten der zweiten Pflegeversicherungsstufe am 1. Juli 1996 mehr als zwei Millionen Begutachtungsanträge bearbeitet.⁸⁷ Schwierigkeiten bereitet den MDK die objektive Erfassung des pflegerischen Zeitaufwandes „für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen“ (§ 14 I Satz 1 SGB XI). Empirisch ermittelte Richtwerte liegen nicht vor, die Gutachter müssen deshalb den Pflegeaufwand auf der Basis der Laienpflegezeit schätzen. Ansonsten sind die Begutachtungen durch Richtlinien und Empfehlungen einheitlich geregelt - ein Instrumentarium, das sich laut MDS bewährt hat.⁸⁸

Gutachterempfehlungen für die Einteilung in die einzelnen Pflegestufen gibt das folgende Schaubild wieder.

⁸⁷ vgl. MDS, 1996a, S. 11

⁸⁸ vgl. ebenda, S. 11

Abbildung 7: Gutachterempfehlungen des MDS bis September 1996

Ergebnisse der Begutachtung bis September 1996

Quelle: MDS, 1997a, eigene Darstellung

Pflegestufe 2 nimmt mit rund einem Drittel der Begutachtungseinstufungen den höchsten Wert ein, während immerhin ein Viertel der Anträge abgelehnt wurde. In einem Infratest-Gutachten ließ der MDS die demographischen Unterschiede in den Begutachtungsergebnissen der stationären Pflegebedürftigkeit untersuchen. Infratest stellte einen Unterschied in den Anerkennungsquoten zwischen neuen und alten Bundesländern fest, der zwischen 62,7 und 82,7% schwankte.⁸⁹

4.2.6 Aufgaben des MDK in der stationären Versorgung

⁸⁹ MDS, 1997a, S. 9

Mit rund 80 Milliarden DM betrug der Anteil der stationären Versorgung im Jahre 1994 rund ein Drittel aller Kosten der GKV. Die Bemühungen der Krankenkassen gehen deshalb in Richtung Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhausbereich. Hierbei ist die Aufgabe der MDK zu sehen in der:

- Prüfung und Begutachtung des Umfangs und der medizinischen Notwendigkeit medizinischer Verordnungen oder Leistungen im Einzelfall, eventuell bettseitige Untersuchung des Patienten
- Beratung der Krankenkassen bei neuen Vergütungsformen, wie Fallpauschalen und Sonderentgelten, innerhalb des stationären Bereichs,
- Unterstützung der Krankenkassen beim Abbau von Fehlbelegungen
- internen und externen Qualitätssicherung
- die Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme nach § 275a SGB V.

Fallpauschalen wurden mit der Verabschiedung des GSG für bestimmte Operationsformen im Krankenhaus eingeführt, mit dem „zweiten Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der GKV (GKV-NOG)“, will der Gesetzgeber den Einsatz von Fallpauschalen und Sonderentgelten erweitern. Festsetzung und Weiterentwicklung des Festgeldkatalogs wird in die Hände der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Verbands der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gelegt. Die Instandhaltungs- und Investitionskosten der Krankenhäuser, bisher von den Ländern getragen, werden aufgrund einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts neu geregelt: vorläufig sollen sie im Pflegesatz berücksichtigt werden und durch ein „Krankenhausnotopfer,“ finanziert werden.⁹⁰

⁹⁰ 1. und 2. GKV-Neordnungsgesetz: Eckpunkte aus Sicht der Medizinischen Dienste, in: MDS, 1997a, S. 1 ff.

Die Aufgaben des MDK beim Abbau von Fehlbelegungen im Krankenhaus regelt sich nach § 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz, darin werden Stichprobenprüfungen der Krankenakten als Verfahren zur Korrektur der Leistungsmenge ermöglicht. Die Erfassung der nötigen Datenbasis gestaltet sich für den MDK problematisch, gesetzlich ist nur der Zugriff auf die Krankenakten der Modellversuche nach § 275a SGB V (s.u.) und § 4 IV Satz 1 der Psychiatrie-Personalverordnung erlaubt. In den MDKs von Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern gibt es Modellversuche zum Abbau der Fehlbelegungen, die zu einem Prüfverfahren ausgebaut werden sollen.⁹¹

Qualitätssicherungsaufgaben des MDK im stationären Bereich richten sich nach den §§ 137 SGB V (Qualitätssicherung in der stationären Versorgung), § 112 SGB V (Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung) und § 113 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung). Es muß zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden werden, bei der internen Qualitätssicherung wird die Leistung eines Krankenhauses mit seinen Leistungen in der Vergangenheit oder bereits existierenden Standards verglichen. Die externe Qualitätssicherung zielt auf den Vergleich der Leistungsanbieter untereinander ab. Als bundesweites Modell gab es bisher eine Perinatalstudie, in den Ländern Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen eine Studie zur Qualitätssicherung in der Chirurgie.⁹²

4.2.6.1 Modellvorhaben zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nach § 275a SGB V

⁹¹ Münstermann, 1997, S. 81

⁹² Werner, 1995, S. 652 - 656

Nachdem die Krankenversicherungsbeiträge Anfang der neunziger Jahre wieder sprunghaft anstiegen und das GRG damit als gescheitert betrachtet werden konnte, machte sich das neugeschaffene Gesundheitsministerium unter Horst Seehofer an eine neuerliche Reform des Gesundheitswesens⁹³. Ein Ansatzpunkt waren dabei auch potentielle Fehlbelegungen im Krankenhauswesen, in das SGB V wurde deshalb mit Verabschiedung des „Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (GSG)“, der § 275 a eingefügt: *Modellvorhaben zur Prüfung und Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung.*

Der Gesetzestext des § 275a SGB V:

(1) Die Krankenkassen haben in jedem Land mit Zustimmung des nach Absatz 2 zu bestimmenden Krankenhauses die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme durch den Medizinischen Dienst im Rahmen seiner Aufgaben nach § 275 Absatz 4 als Modellvorhaben prüfen zu lassen. Das Modellvorhaben soll jeweils ein Krankenhaus jeder der nach Landesrecht bestimmten Versorgungsstufen einbeziehen. Das Modellvorhaben ist bis zum 31. Dezember 1996 abzuschließen.

§ 275a I SGB V bezieht sich auf den durch das GSG festgelegten Vorrang der ambulanten, vor/nachstationären bzw. teilstationären vor der vollstationären Behandlung, ausgedrückt in den §§ 115a (vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus) und 115b SGB V (ambulantes Operieren im Krankenhaus). Das Modellvorhaben nach § 275a SGB V diente der Überprüfung dieses Vorranges, offensichtlich ging der Gesetzgeber davon aus, „daß einerseits der Vorrang der ambulanten vor der stationären Behandlung in nicht ausreichendem Maße berücksichtigt wird, andererseits das Leistungsangebot im ambulanten Sektor nicht adäquat bzw. ausreichend ist, um diesen Vorgang zu berücksichtigen.“⁹⁴

⁹³ die umfassende Entstehungsgeschichte des Gesundheitsstrukturgesetzes in: Reiners, 1993

⁹⁴ MDS, 1997b, S. 9

Ziel des Modellvorhabens war die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung zum Aufnahmezeitpunkt zu prüfen und eventuelle Substitutionspotentiale festzustellen, ausdrücklich wurde nicht die Verweildauer oder die Möglichkeit einer Fehlbelegung insgesamt überprüft – es wurden darum auch nur die ersten drei Tage des Krankenhausaufenthaltes beurteilt.⁹⁵

Zur Umsetzung des Vorhabens wurde von der Arbeitsgruppe der MDK-Krankenhausreferenten auf Bundesebene (MDK-AG) ein Konzept für das Prüfmodell entwickelt, folgende Faktoren der Behandlung wurden berücksichtigt:⁹⁶

- Merkmale des Behandlungsfalls wie z.B. das Alter des Patienten oder die Art der Krankheit,
- Merkmale des Behandlungsumfeldes wie z.B. Gegebenheiten im niedergelassenen Bereich
- übergeordnete Merkmale wie z.B. die Krankenhausorganisation oder die Art der Versorgungsstufe; dazu wurden die Krankenhäuser nach der Bettenanzahl in vier Versorgungsstufen eingeteilt.

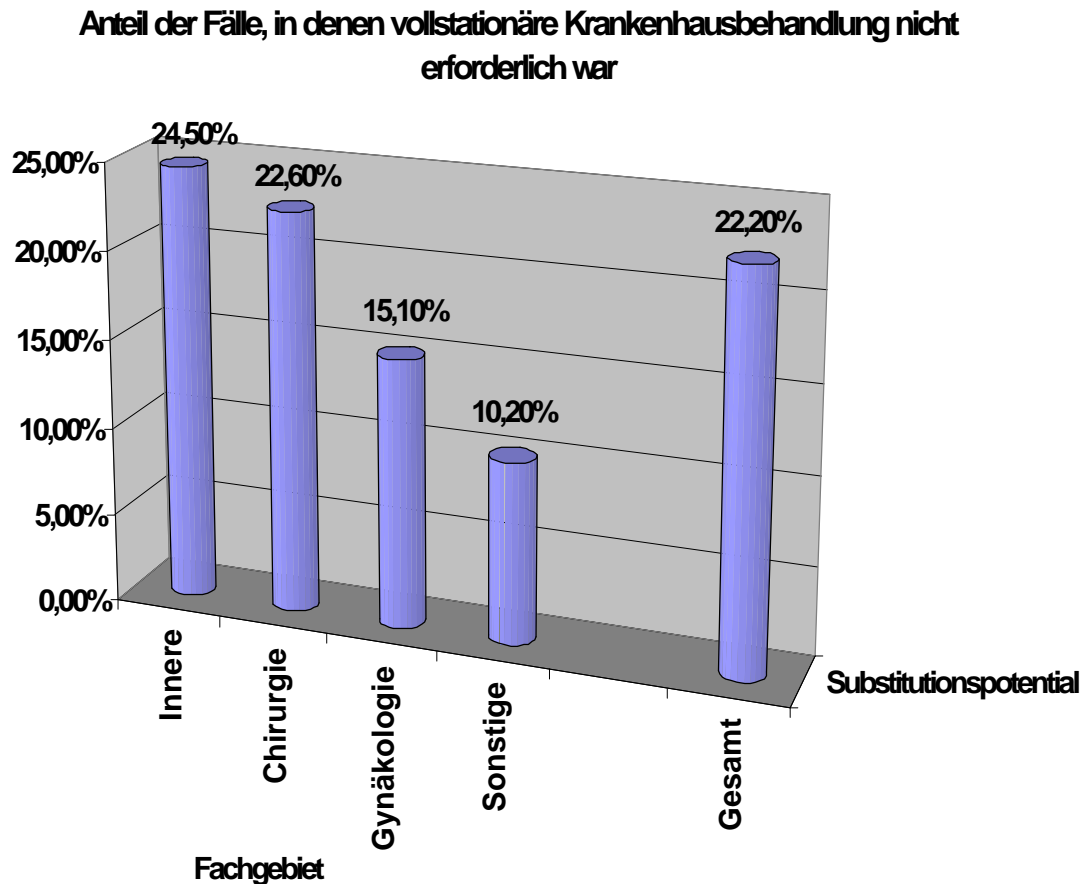
Untersucht wurden in einem Zeitrahmen von zwei Jahren (1994/95) die Daten von insgesamt 63.665 Patienten, primär in den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie⁹⁷. Bis auf drei Bundesländer nahmen alle MDKs an dem Modellversuch teil, die Ergebnisse zeigt das untenstehende Schaubild.

⁹⁵ vgl. MDS, 1997c, S. 10 und: Modellprojekt nach § 275a SGB V legt Ergebnisse vor, in: MDS, 1997a, S. 4

⁹⁶ MDS, 1997c, S. 10

⁹⁷ MDS, 1997a, S. 5

Abbildung 8: Substitutionspotential in der stationären Versorgung nach § 275a SGB V



Quelle: MDS, 1997a, eigene Darstellung

Mit durchschnittlich 22,2% liegt das Substitutionspotential sehr hoch, es hätten also ein Fünftel der Patienten mit anderen, eventuell billigeren Behandlungsarten versorgt werden können. Am höchsten ist das Substitutionspotential in Krankenhäusern der Versorgungsstufe 1, dort liegt der Wert für die Innere Medizin bei 31,2%, bei der Chirurgie sogar bei 34,9%.⁹⁸

⁹⁸ MDS, 1997a, S. 6

Als Fazit des Vorhabens werden im Bericht des MDS unter anderem folgende Empfehlungen gegeben:⁹⁹

„Die ambulante kassenärztliche Diagnostik und Therapie kann noch wesentlich besser genutzt werden (...).

Es sollten Anreize für den niedergelassenen Bereich zur Facharztüberweisung anstatt einer Krankenhauseinweisung geschaffen werden (...).

Die Verbesserung der Kooperation zwischen Allgemeinmedizinern, praktischen Ärzten und niedergelassenen Fachärzten ist erforderlich zur gezielten Nutzung der vorhandenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten.

Es muß die Etablierung spezialisierter Schwerpunktpraxen gefördert werden, die die stationäre Diagnostik und Therapie ersetzen (...)

Über eine Erweiterung der Möglichkeiten einer gezielten fachspezifischen ambulanten ärztlichen Betreuung zu Notdienstzeiten ist nachzudenken (...).

Die Krankenhäuser haben eine eigenständige Prüfung der Notwendigkeit von stationärer Behandlung entsprechend § 17a KHG durchzuführen (...)

Die Krankenhäuser müssen sich stärker als bisher für prä- und teilstationäre Diagnostik und Behandlung öffnen (...).

Das ambulante Operieren muß durch Nutzung der vorhandenen Möglichkeiten bzw. durch Schaffung der strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen ausgebaut werden.“

⁹⁹ MDS, 1997c, S. 34 f.

5 Ziele des MDK und damit verbundene Konfliktfelder

Die Aufgaben des MDK sind im Fünften und Elften Buch des SGB festgehalten, in der Verwirklichung dieser Aufgaben sieht sich der MDK vielerlei Interessenskonflikten ausgesetzt: Die Krankenkassen als gesetzlicher Träger verfolgen zum Teil den Aufgaben des MDK entgegengesetzte Ziele, die Lobby der Leistungserbringer im Gesundheitswesen, vorwiegend die organisierte Ärzteschaft, sieht Besitzstände angegriffen.

5.1 Zielvorgaben

Die unter 4.2 aufgeführten Aufgaben des MDK nach dem SGB V vollziehen sich innerhalb des Systems „Gesetzliche Krankenversicherung“, auf drei Ebenen des Leistungsvollzugs¹⁰⁰:

- Versorgungsstruktur
- Leistungsstruktur
- Leistungsprozeß

Die Versorgungsstruktur ist die oberste Ebene, auf der die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer Grundsatzentscheidungen über die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung innerhalb der GKV treffen. Im SGB sind dazu für alle Leistungsbereiche Vorgaben gemacht worden, z.B. durch § 112 V SGB V für den Abschluß von Rahmenverträgen für die Krankenhausbehandlung, die Schaffung eines Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V oder der Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln nach § 139 I SGB V. Entscheidungen auf dieser Ebene sind bundesweit bindend und bilden den Grundstock für die Ausgestaltung auf den weiteren Ebenen.

¹⁰⁰ Rebscher, H., 1992, Drei Jahre MDK – Erste Beurteilung eines innovativen Elements der Strukturreform, in: Müller-Held et al., 1997, S. I – 19 ff.

Die Ebene der Leistungsstruktur konkretisiert die Vorgaben der Spitzenverbände in jeweils für ein Bundesland geltende Verträge, dabei wird auf regionale Besonderheiten Rücksicht genommen werden. Ein Beispiel hierfür sind die landesweiten Versorgungsverträge im Krankenhausbereich nach § 109 SGB V als Konkretisierung der Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände.

Auf der Ebene des Leistungsprozesses schließlich wird die Beziehung zwischen Arzt und Patient definiert: Der Arzt behandelt seinen Patienten, stellt eine Diagnose, schreibt ein Rezept oder überweist den Patient zu einem Facharzt.

Wendet man dieses Schema auf die Leistungen des MDK an, so hat er nach dem Gesetz auf allen drei Ebenen zu wirken – die Einzelfallbegutachtung fällt unter die Ebene des Leistungsvollzugs, die Begutachtung in Grundsatzfragen auf die Ebene der Leistungsstruktur, und die Beratung der Krankenversicherung auf die Versorgungsstrukturebene – dazu das folgende Schaubild.

Abbildung 9: Die Perspektive des Medizinischen Dienstes

Einzelfallbegutachtung	Begutachtung in Grundsatzfragen	Beratung der Krankenversicherung
in den gesetzlich bestimmten Fällen	Bei Fragen der Qualitätssicherung	bei allgemeinen Fragen der gesundheitlichen Versorgung
wenn nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder dem Krankheitsverlauf erforderlich	bei Fragen der Bewertung (Zulassung, Honorierung, etc.) neuer Therapieformen	bei Fragen der Qualitätssicherung
	Aufnahme neuer Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis	Bei Vertragsverhandlungen
		bei Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse (z.B. Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen), insbesondere

	§ 275 I – III SGB V	§ 274 IV SGB V § 139 II SGB V	Prüfungsausschüsse § 275 IV SGB V
Zielkategorie	Inhalte		
Prüfung/Kontrolle	z.B. Prüfung der Notwendigkeit Wirtschaftlichkeit	der z.B. Wirtschaftlichkeits- und prüfungen	z.B. medizinische Plausibilität von Informations- und Abrechnungsunterlagen
Qualitäts-Sicherung	z.B. Zweckmäßigkeit der Versorgung im Einzelfall, Kontinuität der Versorgung	z.B. Qualitätskriterien bei Zulassung der Leistungsrahmen der GKV	z.B. Bewertungsrelationen, der medizinische Prioritäten, Qualitätssicherungs-konzepte
Steuerung	z.B. Einleitung von Maßnahmen Rehabilitation im Einzelfall	von z. B. Zulassungsfragen/ Kapazitätsfragen etc. im	z.B. Vertrags-, Bewertungs- und Vergütungsfragen

Quelle: Müller-Held et al., eigene Darstellung

Blickt man auf den Leistungsansatz des Väd mit seiner Beschränkung auf die Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit, war dieser nur auf der Leistungsprozeßebene tätig. Der MDK ist im Vergleich zum Väd eine leistungsfähige Institution, mit der im System der GKV bestehende Fehlentwicklungen angegangen werden können, zumindest wenn man den gesetzlichen Rahmen dafür betrachtet.

Dennoch gibt es nach acht Jahren des Bestehens Diskrepanzen zwischen den Erwartungen an den MDK, den Vorstellungen des MDKs und den erreichten Zielen.

5.2 Konflikte in der Zielerreichung

In diesem Abschnitt werden anhand von konkreten Beispielen Konflikte und Widerstände dargestellt, denen sich der MDK ausgesetzt sieht.

5.2.1 Medizinischer, von der Anbieterseite unabhängiger, Sachverstand auf Seiten der GKV vs. faktische Verteilung der medizinischen Kompetenz

*„Ein medizinischer Dienst muß (...) anbieterunabhängigen, für den zu beratenden Sachverhalt spezialisierten und qualitativ hochwertigen Sachverstand einbringen.“*¹⁰¹

Diese Forderung war eine der Grundbedingungen der Krankenkassen beim Aufbau des MDK und bei allen Reformbestrebungen zuvor. Im Gesetzgebungsverfahren zum GRG wurde darüber heftig gestritten, die FDP als Interessensvertreter der KBV sprach sich für externe Berater des MDK aus, während das BMA den Einwand erhob, *„daß die Vertrauensärzte unabhängig sein müßten, und darum kein niedergelassener Arzt über seinen Kollegen urteilen dürfte.“*¹⁰²

Schließlich konnte sich die FDP mit ihrer Linie durchsetzen, die Beauftragung von externen Gutachtern wurde in § 279 V SGB V gesetzlich festgeschrieben. Schon vor der Gründung ging dem MDK also durch den Einfluß der machtvollen KBV-Lobby ein wesentliches Unabhängigkeitselement verloren.

Explizit wurde die gesetzliche Vorgabe in einer „Empfehlung zur vorrangigen Beauftragung von Gutachtern“, gemäß § 282 Satz 4 SGB V festgehalten, die der MDS am 27. August 1990 erließ. Darin wird ausgeführt, daß die Vergabe von Beratungs- und Begutachtungsaufträgen an Externe sinnvoll ist, *„(...) zur Ergänzung und Flankierung der eigenen personellen Ressourcen, z.B. bei der Beratung in Grundsatzfragen und von Therapiekonzepten, bei denen der Medizinische Dienst (...) Grundsatzentscheidungen und Arbeitshilfen vorbereiten muß und auf diesem Wege die fachliche Qualität verbessert werden kann (...)“*¹⁰³

Diese Bestimmung steht im genauen Gegensatz zur ursprünglich verfolgten Linie der Anbieterunabhängigkeit, die KBV kann also aufgrund der Zwangsmitgliedschaft niedergelassener Ärzte bei Beauftragung externer Gutachter Einfluß auf Grundsatzfragen der Krankenkassen nehmen.

5.2.2 Faktisches Tätigkeitsfeld des MDK

¹⁰¹ Müller-Held et al., 1997, S. I 1 - 8

¹⁰² Rosewitz und Webber, 1990, S. 219

¹⁰³ Müller-Held et al., 1997, S. V 2.2 - 2

In einem Artikel von 1993 beschreibt Spinnarke¹⁰⁴ vom MDK Hessen Diskrepanzen zwischen der vom SGB V geforderten Institution des MDK als effektivem medizinischen Beratungsdienst und der tatsächlichen Inanspruchnahme durch die Krankenkassen. *„Entgegen allen Vorhersagen und Erwartungen wird der MDK immer noch zu intensiv mit Massenbegutachtungen überhäuft. Solange dieser Zustand andauert, wird der MDK daran gehindert, seinen gesetzlichen Auftrag als sozialmedizinischer Beratungsdienst der Krankenversicherung wirtschaftlich organisiert und medizinisch qualifiziert zu erfüllen (...).“*¹⁰⁵

Ein Jahr zuvor schreibt Rebscher in einer Beurteilung über drei Jahre MDK noch recht blumig: *„Die Akzeptanz des Dienstes ist (...) in den Fällen am größten, in denen der Medizinische Dienst eigene konzeptionelle Vorstellungen über seine Arbeit und den potentiellen Nutzen, den die Krankenversicherung daraus ziehen könnte, in die Beratungen einbringt.“*¹⁰⁶

Der MDK Hessen, für den Spinnarke arbeitet, mag nicht repräsentativ für das gesamte Bundesgebiet sein, gab es dort zum Zeitpunkt des Verfassens noch 26 Einzel-Arzt-Beratungsstellen, im Jahre 1996 noch 21¹⁰⁷ – eine Tendenz, den MDK wie den VdD in Anspruch zu nehmen, ist daraus aber zu erkennen. Aufgrund fehlender empirischer Daten kann der tatsächliche Einsatz des MDK nicht überprüft werden. In Gesprächen mit Vertretern des MDK Berlin wurden aber ähnliche Stimmen laut, der überproportionale Anteil an Arbeitsunfähigkeits-Gutachten beklagt.

5.2.3 Die Krankenkassen als Gegenspieler des MDK

Kritik an den Krankenkassen kommt vom MDK Schleswig-Holstein, der in seiner Schriftenreihe die fehlende Kooperationsbereitschaft beklagt: *„Die Gesetzliche Krankenversicherung hat den MDK mit seiner Aufgabenstellung und Ausrichtung bis heute nicht akzeptiert. Sie hat kein praktisch wirksames Konzept für den Einsatz des Dienstes und die Ausbeutung des in ihm liegenden Potentials.“*¹⁰⁸

¹⁰⁴ Spinnarke, 1993b, S. 376 - 379

¹⁰⁵ ebenda, S. 376

¹⁰⁶ Rebscher, 1992, Drei Jahre MDK – Erste Beurteilung eines innovativen Elements der Strukturreform, S. I 1 - 19

¹⁰⁷ MDK Hessen, 1996, S. 7

¹⁰⁸ MDK Schleswig-Holstein, 1996, S. 94

Die Krankenkassen und ihre Spitzenverbände sind faktisch Träger des MDK (gemäß § 278 II SGB V) und sollten an einer Zusammenarbeit mit dem MDK schon im Sinne der SGB-Grundsätze von Solidarität und Wirtschaftlichkeit interessiert sein. Als Gründe für die geringe Einschaltung der MDK in Struktur- und Vertragsangelegenheiten nennt der MDK Schleswig-Holstein :

- kein Interesse an Evaluationen von neuen medizinischen Maßnahmen
- eigene Existenzsicherung als originäres Interesse und Ziel der Krankenkassen
- Gewinnung neuer Mitglieder hat Vorrang
- kein existentielles Interesse der Krankenversicherung an den Kosten des Einkaufs
- Wettbewerb mit Versicherungsleistungen
- Zufriedenheit der Versicherten ist wichtig, diese gründet sich nicht nur auf fachliche Qualität, sondern auch die äußere Form der Darreichung
- Eigennutz der Krankenkassen geht vor Gemeinwohl¹⁰⁹

Der MDK Schleswig-Holstein stellt die These auf, daß die medizinisch-pflegerische Kompetenz bei der GKV nicht vorhanden ist, dies aber weitgehend nicht als Mangel angesehen wird. Fachfragen und Qualitätsinteressen genießen nicht erste Priorität, die Leistungsanbieter dominieren die Verhandlungen und können pekuniäre statt sachlicher Interessen verfolgen.¹¹⁰

¹⁰⁹ vgl. ebenda, S. 96 f.

¹¹⁰ Ebenda, S. 95

6 Resumée

6.1 Erkenntnisgewinn

Die historischen Grundlagen für die Entwicklung eines Medizinischen Dienstes, der seine Aufgaben gegenüber der Vorgängerorganisation VdD wesentlich erweitert sah, war das Thema des zweiten Kapitels. Der MDK wurde vom Gesetzgeber als erweiterter sozialmedizinischer Beratungs- und Begutachtungsdienst vorgesehen.

Um den Bezugsrahmen, innerhalb dessen der MDK innerhalb des Gesundheitssystems der Bundesrepublik Deutschland fungiert, darzustellen, wurde im dritten Kapitel der theoretische Ansatz von Renate Mayntz erläutert. Dieser setzt sich aus Teilen der System- und Handlungstheorie zusammen und möchte ein differenziertes Bild des Gesundheitssystem nachzeichnen.

Hingeführt wurde im vierten Abschnitt auf die Organisation und den Aufbau des MDK nach den gesetzlichen Vorschriften des SGB V. Der MDK steht unter der Trägerschaft der gesetzlichen Krankenkassen und muß innerhalb Rahmenrichtlinien mit diesen zusammenarbeiten.

Zielvorstellungen des MDK und damit verbundene Konfliktfelder bilden das Rahmen des fünften Kapitels, darin werden anhand von Beispielen aus verschiedenen MDKs die nicht immer reibungslos verlaufende Zusammenarbeit mit den Krankenkassen dargestellt.

Als Prämisse dieser Arbeit muß gelten, daß sich die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland in ständigem Wandel befinden, als Folge sich auch die Aufgabenstellung des MDK weiter verändern wird – die Arbeit kann nur eine Momentaufnahme sein.

6.2 Diskussion

Die Entwicklung, Aufgaben und Leistungen des MDK zu veranschaulichen ist Ziel dieser Diplomarbeit. Das Gesundheitswesen sieht sich durch pekuniäre Fehlentwicklungen einer ständigen Reform ausgesetzt, der MDK als Beratungsinstanz der Krankenkassen hat die Vorgabe als sozialmedizinische Beratungsinstanz der GKV mit Sachverstand zur Seite zu stehen.

Dabei sieht es sich vielfältigen Konflikten gegenüber, das Gesundheitssystem ist kein einheitliches, überschaubares Gebilde, sondern wird durch vielerlei Interessen beherrscht. Die organisierte Ärzteschaft will seine Besitzstände nicht aufgeben, die Krankenkassen sehen sich nach den Vorgaben des GSG als Konkurrenten auf dem Gesundheitsmarkt. Nur so kann es sein, daß der MDK faktisch vielfach immer noch als Kontrollinstrument bei der Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit eingesetzt wird. Wie in Kapitel 5 dargestellt, sind die Krankenkassen der größte Gegner des MDK – und das obwohl sie die Trägerschaft über ihn haben.

6.3 Ausblick

Die strukturgreifenden Änderungen durch das GSG lassen sich vielfach noch nicht abschätzen, damit auch nicht die Folgen für die Arbeit des MDK. Mit dem Einsatz des MDK innerhalb der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes wurden erste vielversprechende Ansätze in Richtung sozialmedizinische Beratungsinstanz getan. Dennoch sind wohl die Erwartungen an den Dienst höher gewesen, als das faktisch Erreichte nach 8 Jahren des Bestehens.

Solange die Krankenkassen den MDK weiterhin als lästige Konkurrenz ansehen, wird sich an dem Status quo des ungenügend genutzten Potentials innerhalb des MDK nicht viel ändern.

Literaturverzeichnis:

- **Alber, J. und Bernardi-Schenkluhn, B.** 1992: Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich, Frankfurt am Main, New York
- **AOK Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen.** 1983: Strukturfragen im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. WIdO-Materialien, Band 21, Bonn
- **Banaski, D.; Flachsmeyer, E.; Grundig, E.; Henskes, S.; Leuffert, U.** 1993: Der Einsatz des MDK bei der Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Sozialmedizinische Beratung der gesetzlichen Krankenversicherung - Arbeitspapiere-Reihe A, Nr. 23, Essen
- **Bauer, E.; Kohlhausen, K.; Lekon, E.** 1974: Soziale Sicherung und Sozialmedizinische Dienste, Bonn-Bad Godesberg
- **Bausch, J.** 1991: Medizinischer Dienst in Hessen auf neuen Wegen, in: Hessisches Ärzteblatt, Heft 9 (1991), S. 439 - 443
- **Beske, F. und Zalewski, Th.** 1984: Gesetzliche Krankenversicherung. Systemerhaltung und Finanzierbarkeit, Kiel
- **Beske, F.; Brecht, J.G.; Reinkemeier, A.-M.** 1993: Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur - Leistungen - Weiterentwicklung, Köln
- **Beske, F. und Kern, A.O.** 1996: Der Versicherte als Leitbild von Strukturreformen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Tagungsbericht, Kiel
- **Borris, M.** 1992: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung: Partner oder Gegenspieler? Plädoyer für eine sachliche Zusammenarbeit, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 37 (1992), S. 89
- **Borris, M.** 1994: Der § 51 SGB V - Möglichkeiten aus sozialmedizinischer Sicht, in: Das Gesundheitswesen, 56. Jg. (1994), S. 309 - 312
- **Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung** 1979: Die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung - eine strukturell-funktionale Problemstudie, Bonn
- **Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung** 1987: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn
- **Bundestags-Drucksache 11/2237 vom 03.05.1988:** Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen

- **Bundestags-Drucksache 11/2493** vom **15.06.1988**: Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen
- **Bundestags-Drucksache 11/3267** vom **31.10.1988**: Zwischenbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung"
- **Bundestags-Drucksache 11/3320** vom **15.11.1988**: Beschlußempfehlung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß)
- **Bundestags-Drucksache 11/3480** vom **24.11.1988**: Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß)
- **Buchholz, E.H. (Hrsg.)** 1988: Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Vorgestellt von Repräsentanten seiner wichtigsten Einrichtungen, Berlin
- **Clever, H.-U.** 1986: Die Entstehung und Entwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes für die Krankenkassen in Hamburg, Hamburg
- **Dalichau, G. und Grüner, H.** 1993: Gesundheitsstrukturgesetz. Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung; Kommentar sowie Bundes- und Landesrecht, Starnberg-Percha
- **Evers, D.** 1991: Medizinischer Dienst und der große Bruder, in: KV-Blatt, Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Heft 9 (1991), S. 286 - 289
- **Frank, A.** 1994: Die geschichtliche Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, München
- **Fröhlingsdorf, K.-H.** 1990: Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten, in: Die Krankenversicherung, Heft 8/9 (1990), S. 227 - 232
- **Fuchs-Heinritz, W.; Lautmann, R.; Rammstedt, O. ;Wienold, H. (Hrsg.)** 1995: Lexikon zur Soziologie, 3. Auflage, Opladen
- **Großpietzsch, R. und Rebscher, H.** 1992: Drei Jahre MDK - eine Standortbestimmung und Perspektiven für die Zukunft, in: Das Gesundheits-Wesen, 54. Jg. (1992), S. 118 - 121
- **Großpietzsch, R.** 1993: Stellungnahme der Leitenden Ärzte zur aktuellen Situation der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, in: Das Gesundheitswesen, 55. Jg. (1993), S. 208 - 210
- **Hallauer, J.F.; Kern, A.O.; Beske, F.** 1996: Erwartungen des Beitragszahlers an eine leistungsfähige Krankenversicherung. Ergebnisse einer Meinungsumfrage zu Beitragssatz und Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung, Kiel
- **Hammel, M.** 1991: Der Wandel vom „Vertrauensärztlichen Dienst“ zum „Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“. Eine Funktionsanalyse

medizinischer Beratungs- und Gutachterdienste der Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung, 1. Auflage, Konstanz

- **Herder-Dorneich, Ph.** 1994: Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen, Baden-Baden
- **Hübner, M.** 1996a: Probleme und Perspektiven der stationären Versorgung aus sozialmedizinischer Sicht, in: Die Krankenversicherung, Heft 7/8 (1996), S. 224 - 227
- **Hübner, M.** 1996b: Einführung von Fallpauschalen in der BRD - Ein Vergleich und Ausblick, in: Das Gesundheitswesen, 58. Jg. (1996), S. 311 - 314
- **Hurrelmann, K. und Laaser, U. (Hrsg.)** 1993: Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, Weinheim
- **Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (Hrsg.)** 1986: Verflechtungsanalyse des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, Kiel
- **Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (Hrsg.)** 1995: Bericht über die Tagung zur Beurteilung von Produktivität, Effizienz, Effektivität und Qualität von Gesundheitssystemen, Kiel
- **Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (Hrsg.)** 1996: Bericht über die Tagung Neue Versorgungsstrukturen im Rahmen von Krankenversicherungen und nationalen Gesundheitsdiensten, Kiel
- **Jäger, H.** 1991: Einführung in die Sozialversicherung und die sonstigen Bereiche des Sozialgesetzbuches, 10. Auflage, Berlin
- **Jungkunz, D.** 1995: Unerwünschte (legale und illegale) Verhaltensweisen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung unter besonderer Berücksichtigung des ambulanten ärztlichen Sektors, Idstein
- **Kesselheim, H.** 1990: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung. Chance zur Verbesserung des Services, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 13 (1990), S. 418 - 423
- **Klausing, M.** 1981: Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen. Der Beitrag der allgemeinen Systemtheorie für die Methode ihrer Ermittlung und Beurteilung, Karlsruhe
- **Klie, Th.** 1996: Pflegeversicherung. Einführung, Lexikon, Gesetzestext SGB XI, Nebengesetze, Materialien, 3. Auflage, Hannover
- **Kliebsch, U. und Brenner, H.** 1995: Untersuchungen zur Inter-Rater-Reliabilität des Begutachtungsverfahrens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

(MDK) zum Vorliegen von Schwerpflegebedürftigkeit, in: Das Gesundheitswesen, 57. Jg. (1995), S. 638 - 644

- **Kreck, C. und Saller, R.** 1995: Begutachtung von Arzneimittel-Privatrezepten, in: Das Gesundheitswesen, 57. Jg. (1995), S. 258 - 263
- **Krieger, D.J.** 1996: Einführung in die allgemeine Systemtheorie, München
- **Lampert, H.** 1996: Lehrbuch der Sozialpolitik, 4. Auflage, Berlin
- **Lohre, W.; Schaller, J.; Siller, G.** 1995: Leistungen bei Krankheit und Pflege. Der Ratgeber zum Krankenversicherungsrecht und zur neuen Pflegeversicherung, Köln
- **Matthesius, R.-G. und Pick, P.** 1995: Begutachtung nach dem Pflegeversicherungsgesetz durch den Medizinischen Dienst, in: Die Krankenversicherung, Heft 3 (1995), S. 55 - 59
- **Mayntz, R.; Rosewitz, B.; Schimank, U.; Stichweh, R.** 1988: Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme, Frankfurt a.M.
- **Mayntz, R. (Hrsg.)** 1992: Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, Gütersloh
- **MDK Baden-Württemberg (Hrsg.)** 1996: 6 Jahre MDK Baden-Württemberg, Lahr
- **MDK Berlin und MDK Brandenburg (Hrsg.)** 1996: Bericht des MDK Berlin e.V. und des MDK im Land Brandenburg e.V. über die Ergebnisse der Begutachtungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz 1995, Potsdam
- **MDK Hessen (Hrsg.)** 1996: Medizin in der Sozialversicherung. Jahresbericht 1995, Oberursel
- **MDK Niedersachsen (Hrsg.)** 1996: Die zweite Stufe der Pflegeversicherung. Sonderausgabe Blickpunkt, Hannover
- **MDK Niedersachsen (Hrsg.)** 1996: Konzepte zur Weiterentwicklung der Vorberatung und Begutachtung im MDKN, Hannover
- **MDK Nordrhein (Hrsg.)** 1996: Geschäftsbericht 1995, Düsseldorf
- **MDK Schleswig-Holstein (Hrsg.)** 1996: Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Schleswig-Holstein von 1989 - 1995. Schriftenreihe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Schleswig-Holstein, Nr. 1, Lübeck
- **MDS** 1990: Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung. Empfehlung zur vorrangigen Beauftragung von Gutachter, Essen

- **MDS** 1995: Begutachtungsanleitung Pflegeversicherung gemäß SGB XI, 1. Auflage, Essen
- **MDS (Hrsg.)** 1996a: Orientierung leicht gemacht. Informationen über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, 3. Auflage, Essen
- **MDS** 1996b: MDK-Info, 10. Jg., Heft 2
- **MDS** 1997a: MDK-Info, 11. Jg., Heft 1
- **MDS** 1997b: Stellungnahme zum 2. GKB-Neuordnungsgesetz und zum Antrag Sofortprogramm zur Anhörung am 4. Dezember 1996, in: Das Gesundheitswesen, 59. Jg. (1997), S. 186 – 190
- **MDS (Hrsg.)** 1997c: §275a SGB V. Modellvorhaben zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung. Zusammenfassender Bericht über die Erhebung in den Bundesländern, Essen
- **Müller-Held, W.; Rebscher, H.; Schütgens, K.** 1989: MDK, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, 1. Auflage, 7. Lieferung 1997, Sankt Augustin
- **Müller-Held, W.** 1993: Die Rolle des Medizinischen Dienstes bei der Externen Qualitätssicherung, in: Bayerisches Ärzteblatt, Heft 7 (1993), S. 230 - 231
- **Münstermann, J.** 1989a: Der mögliche Beitrag des Medizinischen Dienstes zur Ausgabensteuerung im Krankenhaussektor am Beispiel des Hamburger Modellversuchs. Sozialmedizinische Beratung der Gesetzlichen Krankenversicherung - Arbeitspapiere - Reihe A, Nr. 9, Essen
- **Münstermann, J.** 1989b: Beiträge des MDK zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung. Sozialmedizinische Beratung der Gesetzlichen Krankenversicherung - Arbeitspapiere - Reihe A, Nr. 14, Essen
- **Münstermann, J. und Rebscher, H. (Hrsg.)** 1991: Beiträge des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu sozialmedizinischen Fragen einer zukünftigen Pflegeabsicherung. Workshop-Bericht. Sozialmedizinische Beratung der Gesetzlichen Krankenversicherung - Arbeitspapiere - Reihe A, Nr. 20, Essen
- **Münstermann, J.** 1997: Abbau von Fehlbelegung im Krankenhaus, in: Die Ersatzkasse, 77. Jg. (1997), S. 77 - 84
- **Nüchtern, E.** 1991: Der Arzt als Gutachter. Aspekte einer ambivalenten Rolle am Beispiel der Begutachtung für die gesetzliche Krankenversicherung, in: Öffentliches Gesundheitswesen, Heft 53 (1991), S. 1 - 6
- **Pick, P.** 1993: Gesundheitsstrukturgesetz - Reform der Krankenversicherung, in: Das Gesundheitswesen, 55. Jg. (1993), S. 140 - 145

- **Pick, P. und Matthesius, R.** 1994: Pflege-Versicherungsgesetz - Aufgaben des Medizinischen Dienstes, in: Die Krankenversicherung, Heft 5/6 (1994), S. 144 - 148
- **Pick, P.** 1995a: Das Pflege-Versicherungsgesetz und der Medizinische Dienst der Krankenkassen, in: Krankendienst, Zeitschrift für katholische Krankenhäuser, Sozialstationen und Pflegeberufe, 68. Jg., S. 109 - 113
- **Pick, P.** 1995b: Die Zukunft der Pflege aus Sicht der Medizinischen Dienste, in: Die Ersatzkasse, Heft 1 (1995), S. 13 - 16
- **Pick, P. und Leistner, K.** 1996: Begutachtung in stationären Alteneinrichtungen. Eine Zwischenbilanz, in: Die Krankenversicherung, Heft 7/8 (1996), S. 206 -210
- **Pick, P. und Leistner, K.** 1997: Begutachtungsergebnisse in der stationären Pflege, in: Die Krankenversicherung, Heft 2 (1997), S. 34 - 39
- **Piepenhagen, G.** 1995: Aufgaben und Zielsetzungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung MDK, in: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Heft 32 (1995), S. 262 - 270
- **Pschyrembel, W.** 1994: Klinisches Wörterbuch, 257. Auflage, Berlin
- **Rädisch, T.; Erben, C.M.; Conrad, P.; Schölch, U.** 1996: Begutachtungsergebnisse der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung ausgewählter Diagnosegruppen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), in: Das Gesundheitswesen, 58. Jg. (1996), S. 173 - 175
- **Rebscher, H.** 1988a: Optionen für die medizinische Beratung der Krankenversicherung durch Vertrauensärzte im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Sozialmedizinische Beratung der Gesetzlichen Krankenversicherung - Arbeitspapiere - Reihe A, Nr. 2, Essen
- **Rebscher, H.** 1988b: Warum braucht ein Sozialversicherungssystem vom Typ GKV (sozial-) medizinische Beratung? - Dargestellt am Beispiel des stationären Sektors - Sozialmedizinische Beratung der Gesetzlichen Krankenversicherung - Arbeitspapiere - Reihe A, Nr. 6, Essen
- **Rebscher, H.** 1989a: Die Perspektive des Medizinischen Dienstes. Seine Einbindung in das System der GKV. Sozialmedizinische Beratung der Gesetzlichen Krankenversicherung - Arbeitspapiere - Reihe A, Nr. 12, Essen
- **Rebscher, H.** 1989b: Der Ordnungsrahmen von Qualitätssicherungskonzepten der GKV. Ziele, Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen. Sozialmedizinische Beratung der Gesetzlichen Krankenversicherung - Arbeitspapiere - Reihe A, Nr. 13, Essen

- **Rebscher, H.** 1990a: Ansätze zu einem Begründungs-, Ziel- und Organisationskonzept für den MDK. Eine Thesenfolge. Sozialmedizinische Beratung der Gesetzlichen Krankenversicherung - Arbeitspapiere - Reihe A, Nr. 15, Essen
- **Rebscher, H.** 1990b: Krankenkassen und Medizinischer Dienst. Zusammenarbeit auf neuen Grundlagen, in: Die Ersatzkasse, Heft 11 (1990), S. 444 - 448
- **Rebscher, H.; Großpietzsch, R.; Laaser, U.; Schwartz, F.-W. (Hrsg.)** 1991: Beiträge der Sozialmedizin zum Versorgungsmanagement der Krankenversicherung, 1. Auflage, Sankt Augustin
- **Rebscher, H.** 1991a: Aufbau der Medizinischen Dienste in den neuen Bundesländern. Konturen eines modernen Beratungsdienstes zeichnen sich ab, in: Die Betriebskrankenkasse, Heft 10 (1991), S. 660 - 673
- **Rebscher, H.** 1991b: Rationalisierung statt Rationierung. Was kann der Medizinische Dienst leisten?, in: Soziale Sicherheit, Heft 6 (1991), S. 170 - 176
- **Rebscher, H.** 1992: Reformkonzept des MDK. In den neuen Bundesländern verwirklicht, in: Die Ersatzkasse, 72. Jg. (1992), S. 85 - 90
- **Reiners, H.** 1993: Das Gesundheitsstrukturgesetz - Ein „Hauch von Sozialgeschichte“? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Berlin
- **Rohwedder, Ch.** 1992: Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Analyse der Anreiz- und Kontrollmechanismen, München
- **Rosenbrock, R.** 1992: Gesundheitspolitik. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Berlin
- **Rosewitz, B. und Webber, D.** 1990: Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt am Main, New York
- **Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR)** 1994: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen
- **Sass, H.-M. (Hrsg.)** 1988: Ethik und öffentliches Gesundheitswesen. Ordnungsethische und ordnungspolitische Einflußfaktoren im öffentlichen Gesundheitswesen, Berlin
- **Schaefer, H. und Blohmke, M.** 1978: Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin, Stuttgart

- **Schaller, H. und von Mittelstaedt, G.** 1996: Perspektiven sozialmedizinischer Beratung und Begutachtung am Beispiel des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), in: Das Gesundheitswesen, 58. Jg. (1996), Sonderheft 3, S. 188 - 193
- **Scheinert, H.-D.** 1990: Externe Qualitätssicherung und Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Hamburg. Sozialmedizinische Beratung der Gesetzlichen Krankenversicherung - Arbeitspapiere - Reihe A, Nr. 16, Essen
- **Schipperges, H.** 1975: Medizinische Dienste im Wandel. Analysen, Strukturen, Tendenzen der Berufe im Gesundheitswesen, Baden-Baden
- **Schlünz, M. u. Buck, A.J.** 1995: Das Modellvorhaben § 275a SGB V zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung und seine Umsetzung in Schleswig-Holstein, in: Das Gesundheitswesen, 57. Jg. (1995), S. 8 - 12
- **Schölch, U.** 1992: Die Ausgestaltung der sozialmedizinischen Beratung nach § 275 Abs. 4 SGB V am Beispiel des Medizinischen Dienstes in Mecklenburg-Vorpommern, in: Das Gesundheitswesen, 54. Jg. (1992), S. 465 - 469
- **Schwartz, F.W.** 1991: Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die Rolle des Medizinischen Dienstes in der GKV. Sozialmedizinische Beratung der Gesetzlichen Krankenversicherung - Arbeitspapiere - Reihe A, Nr. 19, Essen
- **Seger, W.; Schardt, W.; Bücken, R.; Dutschek, M.; Schmidtke, B.** 1995: Gesundheitsökonomische Aspekte zahnmedizinischer Beratung und Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, in: Das Gesundheitswesen, 57. Jg. (1995), S. 773 - 777
- **Seger, W.** 1996: Ganzheitliches und wettbewerbsorientiertes Qualitätsmanagement in sozialmedizinischen Expertendiensten, in: Das Gesundheitswesen, 58. Jg. (1996), S. 294 - 298
- **Seiffert, H.** 1985: Einführung in die Wissenschaftstheorie. Dritter Band: Handlungstheorie; Modallogik; Ethik; Systemtheorie, München
- **Smigielski, E.** 1980: Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen als Steuerungsinstrument für die Honorarverhandlungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, Bochum
- **Spinnarke, J.** 1993a: Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) und die „unabweisbaren Bedürfnisse“ des Gesundheitswesens. Ein Ausblick auf die Zukunft der Sozialmedizin, in: Die Ersatzkasse, Heft 8 (1993), S. 335 - 341

- **Spinnarke, J.** 1993b: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) - quo vadis? Das Gesetz, die Vernunft und die Interessen der Beteiligten, in: Das Gesundheitswesen, 55. Jg. (1993), S. 376 - 379
- **Stenner, D.; Hoffart, J.; Serwe, E.** 1994: Das Pflegefachteam im MDK-Rheinland-Pfalz. Entscheidung für pflegerischen Sachverstand, in: Forum Sozialstation, Heft 70 (1994), S. 36 - 38
- **Süllow, B.** 1982: Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung als korporatistische Einrichtung. Eine politik-soziologische Analyse, Frankfurt a.M.
- **Tennstedt, F.** 1976: Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: Blohmke, M. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin. Band III, Stuttgart, S. 385 - 492
- **Töns, H.** 1983: Hundert Jahre gesetzliche Krankenversicherung im Blick der Ortskrankenkassen, Bonn
- **Wanek, Volker.** 1994: Machtverteilung im Gesundheitswesen. Struktur und Auswirkungen, Frankfurt am Main
- **Wasem, J.** 1989: Grundprinzipien der Sozialpolitik am Beispiel der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sozialmedizinische Beratung der Gesetzlichen Krankenversicherung - Arbeitspapiere - Reihe A, Nr. 8, Essen
- **Weber, A.** 1991: Das System der Gesundheitsversorgung in Deutschland und der Beitrag des Medizinischen Dienstes. Sozialmedizinische Beratung der Gesetzlichen Krankenversicherung - Arbeitspapiere - Reihe A, Nr. 17, Essen
- **Werner, B.** 1991: Beratungstätigkeit des MDK. Qualitätssicherung. Grundlagen, Ziele und Probleme; dargestellt für den stationären Bereich, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 17/18 (1990), S. 576 - 579
- **Werner, B.** 1992: Analyse und Bewertung der Krankenhausverweildauer durch den Medizinischen Dienst, in: Das Gesundheitswesen, Heft 54 (1992), S. 11 - 1
- **Werner, B. und Voltz, G.** 1994: Unser Gesundheitssystem. Eine sozialmedizinische Einführung in die Strukturen und Funktionen der gesundheitlichen Versorgung, Sankt Augustin
- **Werner, B.** 1995: Qualitätssicherung aus Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), in: Der Chirurg, 66. Jg. (1995), S. 652 - 656
- **Widekamp, P.** 1991: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (I). Rahmen für Weiterentwicklung abgesteckt, in: Die Ersatzkasse, 71. Jg. (1991), S. 305 - 310
- **Widekamp, P.** 1991: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (II). Rahmen für Weiterentwicklung abgesteckt, in: Die Ersatzkasse, 71. Jg. (1991), S. 337 - 341

- **Wilting, K.** 1996: Intensivere Zusammenarbeit in der MDK-Gemeinschaft, in: Die Krankenversicherung, Heft 2 (1996), S. 48 - 49