

Manfred Borutta

Ruth Ketzer



Die Prüfkonstrukte des Medizinischen Dienstes in der ambulanten und stationären Pflege

Eine genealogische Analyse
der MDK-Prüfrichtlinien

Tectum

Manfred Borutta
Ruth Ketzer

Die Prüfkonstrukte des Medizinischen Dienstes in der ambulanten
und stationären Pflege. Eine genealogische Analyse der MDK-
Prüfrichtlinien

Umschlagabbildung – dem10: Investigation und DNY59:
Scrutiny bei www.istockphoto.com

© Tectum Verlag Marburg, 2009

ISBN 978-3-8288-5424-6

(Dieser Titel ist als gedrucktes Buch unter der
ISBN 978-3-8288-9852-3 im Tectum Verlag erschienen.)

Besuchen Sie uns im Internet
www.tectum-verlag.de

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind
im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

*„Unablässlich blähen sich Ausdrücke und Situationen
eines meist nicht mehr existierenden Alltags auf,
als wären sie ermächtigt und verbürgt von einem Absoluten.“*

*(T.W. Adorno: Jargon der Eigentlichkeit.
Zur deutschen Ideologie 1964: 13)*

Geleitwort

Die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bestimmen die managerielle und organisationale Realität in Einrichtungen der stationären Altenhilfe und in den ambulanten Diensten. Nicht naiv in der Weise, dass sich dadurch automatisch die Qualität in den Heimen und Diensten zugunsten von Patienten und Bewohnern verbessern würde. An einen solchen Automatismus glaubt im Ernst kein Kundiger, auch wenn für die organisationale und politische Predigt anderes zu sagen ist.

Doch niemand kann diesen Prüfungsvorgang ignorieren, ohne seine Einrichtung zu gefährden. Auseinandersetzung und Reaktion auf Prüfung und Prüfrichtlinien sind angesagt und haben natürlich auch intensiv und intelligent stattgefunden. Doch welche Rationalität liegt diesem Geschehen zu Grunde? Hier setzen die beiden berufserfahrenen und kundigen Autoren an. Wie kommen und kamen diese Prüfkonstrukte eigentlich zu Stande und welche Interessen sind damit verbunden? So etwas fällt eben nicht rational geklärt vom „Himmel des reinen Sachwissens“ herunter. Ruth Ketzer und Manfred Borutta antworten in ihrem Buch mit dem Instrumentarium der Wissenschaft; ihr Interesse ist ein ideologiekritisches.

Der jungen Disziplin Pflegewissenschaft tut diese kritische und historische Perspektive gut. Als akademische Qualifikationsarbeit werden Usancen eingehalten. Sie machen die Arbeit jedoch nicht langatmig und langweilig, auch wenn man sich als Leser in akademischen Sprachspielen bewegen muss. Wer durchhält, kann, vielleicht auch amüsiert zur Kenntnis nehmen, dass die Rationalitätshypothese auch in diesem Feld organisationalen Handelns nur begrenzt belastbar ist. Ich wünsche viel Vergnügen und Erkenntnisgewinn beim Lesen.

Prof. Dr. Heribert W. Gärtner

Gliederung

I.	Einleitung	1
1.	Problemstellung.....	1
2.	Forschungsanliegen und Forschungsprozess	4
II.	Begründung des diskurstheoretischen Ansatzes	9
1.	Diskursanalytische Rekonstruktion der Strukturen sozialer Wirklichkeit	9
1.1	Diskurstheorie und Sozialwissenschaften	9
1.2	Zur Karriere des Diskursbegriffs	12
1.3	Die diskursive Phase in den Werken M. FOUCAULTS	14
1.4	Zur Rezeption des Diskursbegriffs in den Sozialwissenschaften	18
1.5	Diskursforschung, Diskurstheorie und Diskursanalyse	20
1.6	Diskursanalyse als Forschungsperspektive der Gesellschaftsanalyse	25
2.	Genealogie: Die Macht der Diskurse.....	28
2.1	Genealogie als Machtanalytik	28
2.2	Kritik und Genealogie	32
2.3	Ausschließungs- und Verknappungssysteme	34
III.	Diskursanalytische Methode nach S. Jäger	41
1.	Grundlagen des diskursanalytischen Verständnisses bei M. FOUCAULT	41
2.	Kategorien und Terminologien der Diskursanalyse nach S. JÄGER....	51
3.	Die (einfache) Diskursanalyse nach S. JÄGER	56
4.	Materialaufbereitung und Analyseleitfaden zur Durchführung der Diskursanalyse nach S. JÄGER.....	58
5.	Möglichkeiten zur Analyse von Dispositiven.....	62
IV.	Genealogische Diskursanalyse der Prüfkonstrukte des Medizinischen Dienstes	67
1.	Durchführung der Struktur- und Feinanalyse.....	67

2.	Strukturanalyse der politischen Diskursebene.....	70
2.1	Strukturanalyse der Initiativen in den Parlamentsdebatten 1990–2005.....	70
2.2	Darstellung der Ergebnisse.....	75
2.2.1	Zeitraum 1990–1995.....	75
2.2.2	Exkurs: Berichterstattung der Bundesregierung über die Umsetzung der Pflegeversicherung im Fachausschuss.....	83
2.2.3	Zeitraum 1996–2000.....	86
2.2.4	Zeitraum 2001–2005.....	92
2.3	Das Thema Qualität und der MDK-Prüfauftrag im Berichtswesen der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung.....	102
2.3.1	Der erste Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung – 1997.....	102
2.3.2	Der zweite Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung – 2001.....	106
2.3.3	Der Dritte Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung – 2004.....	111
2.3.4	Genealogische Analyse der vorliegenden Berichte.....	116
2.4	Exkurs: Der Prüfauftrag im Kontext der SGB XI-Entwicklung.....	126
2.4.1	Zur Legalität der Erstellung der Prüfkonstrukte.....	126
2.4.2	Zur Legalität des Prüfhandels durch den MDK.....	129
2.5	Genealogische Analyse der politischen Diskursebene.....	131
2.5.1	Qualität und Qualitätssicherung innerhalb des politischen Diskurses.....	132
2.5.2	Die Leistungsempfänger im politischen Diskurs.....	139
2.5.3	Die Rolle und das Aufgabengebiet des MDK im politischen Diskurs.....	143
3.	Strukturanalyse exemplarischer Printmedien 1990–2005.....	147
3.1	Ergebnisse Fachzeitschrift Forum Sozialstation.....	153
3.2	Ergebnisse Fachzeitschrift Altenheim.....	155
3.3	Zusammenfassender Vergleich der Ergebnisse.....	158
4.	Feinanalyse der Protokolle der Projektgruppensitzungen.....	159

4.1	Verfahren der Feinanalyse	159
4.1.1	Institutioneller Rahmen.....	159
4.1.2	Text-Oberfläche	160
4.1.3	Sprachlich-rhetorische Mittel	160
4.1.4	Interpretation	162
4.2	Ergebnisdarstellung der Feinanalyse	164
4.3	Ergebnisse der Feinanalyse des Protokolls	167
4.4	Interpretation der Ergebnisse der Feinanalyse	177
V.	Gesamtinterpretation des Diskursstrangs.....	183
1.	Zusammenfassung der Ergebnisse	183
1.1	Relevanz des Themas Qualität im fachlich-politischen Diskurs.....	183
1.2	Fremd- und Selbstverständnis des MDK.....	185
2.	Genealogische Analyse des Prüfauftrags und der Prüfkonstrukte im öffentlichen Diskurs	188
VI.	Methodenreflexion	193
VII.	Weiterführende Fragestellungen	197
	Literaturverzeichnis	201

I. Einleitung

1. Problemstellung

Qualität in der Pflege und ihre öffentlichkeitswirksame Darstellung ist einerseits Vehikel des strategischen Marketings von Pflegeeinrichtungen. Hierbei stehen die Selbstbeschreibung und das publizierte Selbstverständnis der Organisation(en) im Vordergrund¹. Die Qualität pflegerischer Leistung ist aber andererseits Gegenstand rechtlicher und vertraglicher Regelungen. Dies in einem verstärkten Maße seit dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes in 1995.

Der Gesetzgeber hat die Frage der Qualitätsprüfung in weiten Teilen der Selbstverwaltung der beteiligten Leistungsfinanzierer und Leistungserbringer überantwortet. So sind Pflegeeinrichtungen verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen (Elftes Kapitel; §§ 112 ff SGB XI). Dazu gehört u.a. die Verpflichtung, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung die Überprüfung der Qualität ihrer Leistungen durch so genannte Einzelprüfungen, Stichproben oder vergleichende Prüfungen zu ermöglichen.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) wirkt an der Seite der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung „...als interessenunabhängiger sozialmedizinischer Beratungs- und Begutachtungsdienst“² an der Entwicklung der pflegerischen Qualität in den Einrichtungen mit.³ Träger des Medizinischen Dienstes sind die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Gesellschaftsrechtlich ist der MDK-West als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert, der MDK-Ost als eingetragener Verein. Das Aufgabenspektrum der Medizinischen Dienste

¹ Vgl. hierzu u.a. die Diskussion um die Relevanz einrichtungsinterner Aktivitäten im Bereich des Qualitätsmanagements im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (PFWG-Referentenentwurf) vom 10.09.2007.

² Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS): Kurz & bündig. Die MDK-Gemeinschaft, 8. Aufl., Essen 2004, S. 2.

³ Der MDK ist mit Inkrafttreten des SGB V zum 01.01.1989 der rechtliche Nachfolger des (früheren) Vertrauensärztlichen Dienstes (Abt. Krankenversicherung der jeweiligen Landesversicherungsanstalt).

(MDK) umfasst insbesondere die Arbeitsschwerpunkte Begutachtungsaufgaben im Einzelfall und Beratungsaufgaben in Grundsatzfragen.⁴

Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS)⁵ ist es, die Zusammenarbeit der auf Landesebene agierenden MDK zu unterstützen „...und dafür zu sorgen, dass sie bei der Durchführung ihrer Aufgaben kassenarten- und länderübergreifend nach gleichen Kriterien und Verfahren vorgehen.“⁶ In der gemeinsamen ‚Konferenz der Selbstverwaltung‘ beraten MDK und MDS über die Zielvorgaben und die zukünftigen Leitvorgaben für die MDK-Gemeinschaft.

Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien u.a. zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung sowie über das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen (Pkt. 4 des § 53a SGB XI). Bereits vor der Aufnahme dieser Rechtsbestimmung in das SGB XI richtete die Geschäftsführerkonferenz der Medizinischen Dienste der Spitzenverbände 1994 eine übergreifende Projektgruppe ‚Externe Qualitätssicherung/Vertragswesen SGB XI‘ ein. Diese Projektgruppe entwickelte unter Begleitung externer Berater auf der Basis des § 80 Abs. 2 SGB XI – parallel zur Erarbeitung der ‚Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI‘⁷ – das erste Konstrukt zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI.⁸

Ab dem Jahr 1997 wurde dieses ‚MDK-Konzept zur Qualitätssicherung der Pflege nach SGB XI‘ durch eine weitere MDK-übergreifende Projekt-

⁴ Die spezifischere Aufgabenbeschreibung ergibt sich u.a. aus § 275 SGB V.

⁵ Mitglieder des MDS und damit seine Träger sind der AOK-Bundesverband, die Bundesverbände der Betriebs-, Innungs- und der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die See-Krankenkasse, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen. Diese Verbände werden unter dem Begriff **Spitzenverbände** zusammengefasst. Rechtsform des MDS ist der eingetragene Verein.

⁶ MDS: Kurz & bündig, a.a.O., S. 14.

⁷ Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI, Bundesanzeiger, Jahrgang 48, 1996.

⁸ MDK-Konzept zur Qualitätssicherung der Pflege nach SGB XI, 1996.

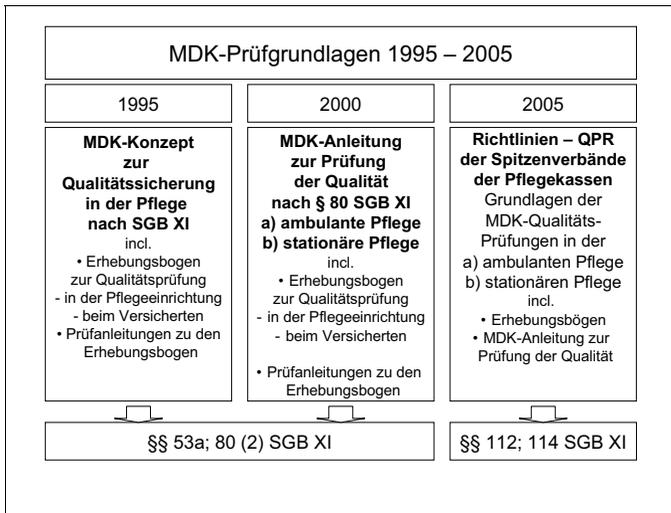
gruppe überarbeitet. Eine der auffälligsten Veränderungen zum ersten Konzept wird unmittelbar erkennbar durch die Umbenennung. Nunmehr trägt das Prüfkonstrukt den Titel ‚MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI‘. Erstmals wurde nun eine Aufteilung für den ambulanten und den stationären Bereich vorgenommen. Kennzeichnend ist ebenfalls eine inhaltliche Schwerpunktverlagerung von der Struktur- hin zur Prozess- und Ergebnisqualität. Diese MDK-Anleitung ersetzte im Juni 2000 das ‚MDK-Konzept‘ aus dem Jahre 1996.

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus den durchgeführten Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und ausgehend vom Verständnis, dass „Qualitätsentwicklung ein dynamischer Prozess“⁹ sei, sah sich die MDK-Gemeinschaft in der Verantwortung, die Prüfgrundlagen ab 2003 ein weiteres Mal zu überarbeiten. Erstmals wurden nun in enger Zusammenarbeit von Spitzenverbänden der Pflegekassen und Medizinischem Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) erarbeitet, die dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt und von diesem am 10. November 2005 genehmigt wurden. Die Qualitätsprüfgrundlagen befinden sich somit heute in der dritten Generation. Durch das Pflegequalitätssicherungs-Gesetz (PQsG) wurde der Medizinische Dienst der Spitzenverbände (MDS) verpflichtet, in seinen Berichten nach § 118 Abs. 4 SGB XI die Entwicklung der Pflegequalität in Deutschland darzustellen.¹⁰

⁹ MDS: Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege, Essen 2005, S. 3.

¹⁰ Vgl. 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI, 2007, S. 15.

Abb. I.1: Überblick über die Entwicklung der MDK-Prüfgrundlagen



Sind die Prüfergebnisse aufgrund dieser Qualitätsprüfrichtlinien das geltende Maß für Pflegequalität (als Mindestanforderung) in Deutschland, so haben die Wirkungen dieser Prüfrichtlinien entscheidenden Einfluss auf die Gestaltung der Wirklichkeit in der Pflege.

2. Forschungsanliegen und Forschungsprozess

Ausgehend davon, dass die Beziehungen der Menschen zur Welt durch kollektiv erzeugte symbolische Sinnsysteme oder Wissensordnungen vermittelt werden, setzen wir uns in der vorliegenden genealogischen Analyse der Qualitätsprüfkonstrukte der MDK-Gemeinschaft

- mit dem Zusammenhang zwischen dem Gesprochenem/Geschriebenem (diskurstheoretisch als Tätigkeit bzw. soziale Praktiken gesehen) und der (Re-)Produktion von Sinnsystemen/Wissensordnungen,
- den darin eingebundenen sozialen Akteuren

- den Regeln und Ressourcen denen dieser Prozess zugrunde liegt und seinen Folgen in sozialen Kollektiven, sowie
- mit den Qualitätsprüfwerken zugrunde liegenden Regeln der Bedeutungs(re-)produktion, ihrer Konstitution und Konstruktion von Welt

auseinander.¹¹

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung wird nach der Diskurstheorie von M. FOUCAULT geführt.¹² Unserem Forschungsinteresse entsprechend fragt M. FOUCAULT – beruhend auf dem Prinzip, dass nie alles gesagt worden ist – wie es kommt, dass eine bestimmte Aussage erschienen ist und keine andere an ihrer Stelle.¹³ Nach M. FOUCAULT wird der Diskurs durch eine begrenzte Zahl von Aussagen konstituiert, für die man eine Menge von Existenzbedingungen definieren kann.¹⁴ „Der Diskurs ist eine Praxis, die ihre eigenen Formen der Verkettung und der Abfolge besitzt.“¹⁵

M. FOUCAULT geht davon aus, dass ein manifester Diskurs insgeheim auf einem bereits Gesagten beruht, dass gleichzeitig ein noch nie Gesagtes ist. Das noch nie Gesagte beschreibt er als „...stumme Laut wie ein Hauch, eine Schrift, die nur das Negative ihrer eigenen Spur ist. Man setzt so voraus, dass alles, was der Diskurs formuliert, sich bereits in diesem Halbschweigen artikuliert findet, das ihm vorausgeht, das ihm

¹¹ Vgl. Keller, R.: Diskursforschung. Eine Einführung für Sozialwissenschaftlerinnen. 3. aktual. Aufl., Wiesbaden. 2007. S. 7.

¹² Die Rezeption des diskursanalytischen Ansatzes nach M. Foucault in der pflegewissenschaftlichen Literatur stellt derzeit (noch) eine Randerscheinung dar. Vgl. hierzu u.a.: Powers, P.: Pflegediagnosen aus diskursanalytischer Sicht. In: Kollak, I. u. Georg, M. (Hrsg.): Pflegediagnosen: Was leisten sie – was leisten sie nicht?, 3. Aufl., Frankfurt a.M., 2001, S. 39–58; Friesacher, H.: Foucaults Konzept der Gouvernementalität als Analyseinstrument für die Pflegewissenschaft. In: Pflege 2004; 17 Jg., S. 364–374; Kohlen, H.: Ethical Challenges for the Nursing Professions in the Future. In: Nursing Ethics, 2007 (Originaltext von H. Kohlen den Autoren zur Verfügung gestellt).

¹³ Foucault, M.: Archäologie des Wissens. Frankfurt am Main. 1981. S. 42.

¹⁴ Foucault, M.: Archäologie des Wissens, ebd.

¹⁵ Foucault, M.: Archäologie des Wissens, a.a.O., S. 241.