
5 Jahre Versicherten- befragung zur Pflegebegutachtung

Wissenschaftlicher Bericht über
die Versichertenbefragungen
zur Plegebegutachtung der
Medizinischen Dienste der
Krankenversicherung – Ziele,
Vorgehen und Ergebnisse –

Dipl.-Oec. Frank Opitz, M+M Management +
Marketing Consulting GmbH, Holländische Straße
198a, 34127 Kassel

Inhalt

Seite

▪ Grundlagen und Ziele der Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung	2
▪ Die Pflegebegutachtung	2
▪ Antragsstellung und Terminvereinbarung	2
▪ Pflegebegutachtung mit Befunderhebung	3
▪ Das Pflegegutachten	4
▪ Die Versichertenbefragung der Medizinischen Dienste	5
▪ Methodisches Vorgehen bei der Konzeption der Befragung	7
▪ Stichprobengröße	9
▪ Ergebnisse der Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung	11
▪ Beteiligung und soziodemografische Merkmale	11
▪ Gesamtzufriedenheit mit der Pflegebegutachtung	12
▪ Anforderungen der Befragten	14
▪ Zufriedenheit der Befragten	15
▪ Ermittlung von Stärken und Schwächen	18
▪ Nachvollziehbarkeit des Ergebnisses der Pflegebegutachtung	20
▪ Offene Kommentare der Befragten	22
▪ Ermittlung von Zufriedenheitstreibern	24
▪ Verbesserungsmaßnahmen	25
▪ Fazit	26

Grundlagen und Ziele der Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung

Die Pflegebegutachtung

Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit stellt für Betroffene und Angehörige einen tiefen Einschnitt in ihre bisherige Lebenssituation dar. Dies betrifft nicht nur die persönliche Lebensplanung und -gestaltung, sondern insbesondere auch die praktische Bewältigung alltäglicher Anforderungen. Zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Leistungen der Pflegeversicherung sind deren Möglichkeiten und Grenzen sowie anderer Hilfs- und Unterstützungsangebote häufig nur in Ansätzen oder gar nicht bekannt. Somit sind die Pflegebedürftigen und deren Angehörige meist nicht nur durch die aktuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen selbst, sondern auch durch die zu diesem Zeitpunkt häufig ungeklärte zukünftige Versorgungs- und Betreuungssituation sowie weitere hiermit verbundene organisatorische und soziale Fragen erheblich belastet.

Antragsstellung und Terminvereinbarung

Zunächst erfolgt ein Antrag des Pflegebedürftigen bei der zuständigen Pflegekasse auf Leistungen aus der Pflegeversicherung. Die Pflegekasse beauftragt anschließend den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder einen anderen unabhängigen Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt.

Um einen möglichst umfassenden Eindruck von der persönlichen Pflegesituation des Antragstellers zu erhalten, haben die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter den Versicherten grundsätzlich in seinem Wohnbereich zu untersuchen.

Damit sich der Antragsteller bzw. dessen Angehörige und Pflegepersonen adäquat auf die Pflegebegutachtung vorbereiten können, erfolgen die Begutachtungen des MDK immer nach vorheriger Anmeldung. Die Hausbesuche werden in der Regel schriftlich mit Benennung des Gutachters, seiner beruflichen Qualifikation und des geplanten Begutachtungszeitraums (i.d.R. von Montag bis Freitag zwischen 8:00 und 18:00 Uhr) rechtzeitig angekündigt. Mit der Bitte um Bestätigung des Termins wird den Betroffenen die Möglichkeit gegeben, individuelle Wünsche beispielsweise zum Zeitpunkt der Begutachtung oder zur Beteiligung von Angehörigen und Pflegediensten zu äußern. Häufig kann der Termin für den Hausbesuch auch telefonisch abgestimmt werden.

Mit der Terminankündigung des Besuchs ist dem Antragsteller der Zeitpunkt der Begutachtung mit einem Zeitfenster von maximal zwei Stunden, die voraussichtliche Dauer der Begutachtung, der Name des Gutachters sowie Grund und Art der Begutachtung mitzuteilen [Begutachtungsrichtlinien - BRi]¹. Zudem erhalten die Versicherten bzw. der eingesetzte Betreuer umfassende Informationen über die Aufgabe des Gutachters im Begutachtungsverfahren, den Ablauf der Begutachtung und über die Bereitstellung der zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen. Im Schreiben zur

¹ Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem elften Buch des Sozialgesetzbuches (BEGUTACHTUNGS-RICHTLINIEN – BRi) vom 15.04.2016, geändert durch Beschluss vom 31.03.2017. URL: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/17-07-17_BRi_Pflege.pdf (Letzter Abruf: 14.03.2019)

Terminankündigung werden auch Ansprechpartner für eventuelle Rückfragen oder kurzfristige Terminabsagen genannt.

Im Vorfeld der Begutachtung ist der Antragsteller über die Möglichkeit zu informieren, dass er sich bei Verständigungsschwierigkeiten in der Amtssprache Unterstützung durch Angehörige/Bekannte mit ausreichenden Sprachkenntnissen oder durch einen Übersetzer für den Zeitraum der Begutachtung heranziehen sollte. (Dies kann z.B. im Rahmen der Terminankündigung durch Übersendung eines Flyers mit Informationen zur Begutachtung erfolgen.) Der Antragsteller hat sicherzustellen, dass eine Verständigung in der Amtssprache möglich ist. Dessen ungeachtet ist das Recht des Antragstellers auf „barrierefreie Kommunikation zu gewährleisten“. Erhält der MDK davon Kenntnis, dass im Einzelfall eine spezifische Behinderung, beispielsweise eine Gehörlosigkeit, besteht, wird zudem auf entsprechende besondere Angebote oder Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen, z.B. Gebärdendolmetscher. Parallel hierzu informieren die Medizinischen Dienste die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen im Internet ausführlich über die Praxis der Begutachtung, über die aktuellen Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen der Pflegeversicherung sowie über weitere, im Kontext mit einer Pflegebegutachtung häufig auftretende Fragen. Im Rahmen der Begutachtung beraten die Gutachterinnen und Gutachter des MDK in Kenntnis der individuellen Erkrankungen, Funktionseinschränkungen und Pflegesituation sowie gegebenenfalls bestehender Pflegeerschwernisse darüber, welche Hilfsmittel, Unterstützungsangebote oder Betreuungsmöglichkeiten im Einzelfall sinnvoll sind. Diese Beratung erfolgt sowohl in Hinblick auf den Pflegebedürftigen als auch auf dessen Angehörige und Pflegepersonen. Falls möglich werden hierbei auch geeignete Kontaktdaten oder Ansprechpartner genannt. Soweit dies im Einzelfall angezeigt ist, wird der Antragsteller am Ende der Begutachtung über das Ergebnis und über in diesem Zusammenhang evtl. notwendige Wiederholungsbegutachtungen oder auch seine Widerspruchsmöglichkeiten informiert.

Sofern ein Pflegebedürftiger, dessen Betreuer, Pflegepersonen oder Angehörige mit einer Begutachtung des MDK bzw. den hiermit in Verbindung stehenden Dienstleistungen des MDK nicht zufrieden sind, haben sie selbstverständlich die Möglichkeit, sich zu beschweren. Hierzu steht nicht nur die jeweilige Rechtsaufsicht oder die Krankenkasse, sondern auch der MDK selbst zur Verfügung. Hierüber informieren die Medizinischen Dienste sowohl im Rahmen ihrer Begutachtungen als auch auf ihren Internetseiten. Entsprechende Reklamationen werden von den MDK zeitnah geprüft und hierzu schriftlich oder persönlich eine Rückmeldung oder Erläuterung gegeben, sofern der Beschwerdeführer nicht ausdrücklich ein anderes Prozedere wünscht.

Pflegebegutachtung mit Befunderhebung

Die Begutachtung erfolgt nach den bundesweit verbindlichen Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi). Bei der Begutachtung wird der Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) auf der Grundlage der Prüfung der Einschränkung der gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und des diesbezüglichen Fremdhilfebedarfs in den folgenden 6 verschiedenen Bereichen, den sogenannten Modulen anhand von dazugehörigen Kriterien ermittelt.

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung

5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Abgerundet wird die Abbildung der Pflegebedürftigkeit durch die Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen aus dem Bereich der außerhäuslichen Aktivitäten und der Haushaltsführung. Diese beiden Bereiche gehen allerdings nicht in die Ermittlung eines Pflegegrades ein.

Das Pflegegutachten

Die Ergebnisse der Begutachtung werden in einem ausführlichen Formulargutachten mit Ausweis des ermittelten Grads der Pflegebedürftigkeit dokumentiert. Im Pflegegutachten werden zudem Maßnahmen empfohlen, welche die Pflegebedürftigkeit beseitigen, mindern oder eine Verschlimmerung verhindern. Dazu zählen unter anderem wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Pflegehilfsmittel oder eine medizinische Rehabilitation. Das Gutachten wird an die Pflegekasse geschickt, die anschließend auf dieser Grundlage über den Pflegeantrag entscheidet und den Bescheid dem Antragssteller zusendet. Dieser enthält Angaben zum Pflegegrad und den daraus resultierenden Leistungen der Pflegekasse (Pflegegeld bzw. -sachleistungen oder Kombinationsleistungen). Ist eine Abnahme des Hilfebedarfs nach Einschätzung des MDK zu erwarten, kann der Bescheid auf bis zu 3 Jahren befristet werden. Ist vorhersehbar, dass sich der Pflegegrad in absehbarer Zeit ändert, wird in angemessenen Abständen ein Wiederholungsgutachten veranlasst. Der erneute Begutachtungstermin wird abhängig von der im Pflegeplan des Erstgutachtens genannten Prognose festgelegt. Bei Kindern ist ein Wiederholungsgutachten in der Regel nach 2 Jahren durchzuführen.

Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse innerhalb einer bestimmten Frist entscheiden. Sie beträgt in Abhängigkeit vom Aufenthaltsort des Antragstellers und von der Beantragung von Pflegezeit:

- **5 Wochen**, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet.
- **2 Wochen**, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet und ein Angehöriger Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt hat.
- **1 Woche**, wenn sich der Antragssteller im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz befindet oder wenn er eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) erhält. Diese Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.

Bei Einwänden gegen die Entscheidung der Pflegekasse können die Antragsteller diese innerhalb einer Frist von einem Monat nach Erhalt des Bescheids Widerspruch bei der Pflegekasse einlegen.

Die Versichertenbefragung der Medizinischen Dienste

Grundlage dieser Befragung sind die vom GKV-Spitzenverband erlassenen und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigten Richtlinien zur Stärkung der Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren (Dienstleistungs-Richtlinien – Die-RiLi²) nach §18b SGB XI vom 10.07.2013, geändert durch Beschluss vom 5.12.2016.

Diese Richtlinien enthalten verpflichtende, bundesweit einheitliche Verhaltensgrundsätze für die Gutachterinnen und Gutachter und umfassende Informationspflichten des Begutachtungs-Dienstes gegenüber den Versicherten, wodurch die Transparenz des Verfahrens erhöht werden soll. Sie sind nicht nur für die Mitarbeiter des MDK verpflichtend, sondern auch auf extern beauftragte Gutachterinnen und Gutachter sowie auf die der Privaten Krankenversicherungen (PKV) anzuwenden.

Ziel dieser Richtlinien ist, die Dienstleistungsorientierung in der Pflegebegutachtung zu stärken und somit die Belastung durch das sozialgesetzlich verpflichtende Begutachtungsverfahren für die Versicherten so gering wie möglich zu halten. Erreicht werden soll dies unter anderem durch allgemeine Verhaltensgrundsätze bei der Durchführung des Begutachtungsverfahrens. Dazu gehört, dass die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste bei der Durchführung der Begutachtung beachten, dass diese im privaten Bereich der Versicherten und ihrer Angehörigen stattfindet und eine respektvolle und sensible Vorgehensweise mit Achtung der Privatsphäre erfordern. Bei der Durchführung des Begutachtungsverfahrens werden die Wünsche und Bedürfnisse (z. B. bei Hör-, Sehschwäche) der Versicherten oder ihrer Angehörigen berücksichtigt, soweit sie die Begutachtung nicht beeinträchtigen. Auch haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Dienste die Versicherte oder den Versicherten vor der Begutachtung in geeigneter Weise schriftlich über den vorgesehenen Begutachtungstermin und das Begutachtungsverfahren zu informieren und den Versicherten die Möglichkeit zur schriftlichen oder telefonischen Kontaktaufnahme für Terminverschiebungen oder Terminabsprachen zu bieten.

Zusätzlich wird in den Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung ein verpflichtendes Beschwerdemanagement eingeführt, welches die Planung, Durchführung und Kontrolle aller Maßnahmen im Zusammenhang mit Kundenbeschwerden regelt. Beschwerdeführer/innen sollen demnach innerhalb von vier Wochen eine individuelle schriftliche Antwort erhalten, bei berechtigten Beschwerden werden entsprechende Maßnahmen wie z. B. Mitarbeitergespräche oder Schulungen eingeleitet.

Die Dienstleistungs-Richtlinien schreiben eine Bewertung der versichertenseitig erlebten Dienstleistungsqualität im Begutachtungsverfahren vor, womit die nötige Transparenz der wichtigen Determinanten für positiv erlebte Dienstleistungsqualität mittels eines direkten Versichertenfeedbacks erhoben werden kann. Im Rahmen der Versichertenbefragung werden die Medizinischen Dienste verpflichtet, eine jährliche Versichertenbefragung bei 2,5% aller Versicherten mit persönlicher Befunderhebung (Bezugsgröße sind 2,5% der Pflegebegutachtungen mit Befunderhebung des Vorjahres – siehe Tabelle 1) durchzuführen.

² Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren.

URL: https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_zur_pflegeberatung_und_pflegebeduerftigkeit/2016_12_05_Pflege_DienstleistungsRichtlinie.pdf
(Letzter Abruf: 04.03.2019)

Die Medizinischen Dienste werden im Rahmen der Versichertenbefragung verpflichtet, diese bundesweit einheitlich durch eine externe wissenschaftliche Stelle auswerten zu lassen. Mit der Konzeption und Durchführung der schriftlichen Versichertenbefragung beauftragte der MDS nach einer öffentlichen Ausschreibung das Marktforschungsunternehmen M+M Marketing + Management Consulting GmbH in Kassel. Kommuniziert und publiziert werden die Ergebnisse der Versichertenbefragung der Medizinischen Dienste und des MDS in einem jährlichen, verpflichtenden Bericht, der jeweils zum 15. April auf den Internetseiten der Medizinischen Dienste zu veröffentlichen ist.

Am 01.01.2017 wurden auf der Grundlage des neu definierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch die oben dargestellten neuen Pflege-Begutachtungs-Richtlinien mit einem gegenüber den Vorjahren veränderten Begutachtungsverfahren, dem sogenannten Begutachtungsinstrument (BI), verbindlich³. Die Pflege-Begutachtungs-Richtlinien wurden vom MDS fachlich erarbeitet. Der GKV-Spitzenverband hat unter Beteiligung des MDS, der Verbände der Pflegeberufe und der Leistungserbringer auf Bundesebene sowie unter beratender Mitwirkung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen die Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit beschlossen. Im Vergleich zu dem bis dato gültigen Begutachtungsmodus wird mit dem seit 01.01.2017 anzuwendenden BI der durch kognitive oder psychische Beeinträchtigungen bedingte Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung angemessen berücksichtigt. Ob die Einführung des BI einen Einfluss auf die Versichertenzufriedenheit hat, gilt es herauszufinden.

Ziel dieser wissenschaftlichen Ausarbeitung ist es nach nunmehr fünf Jahren Erfahrung in der Versichertenbefragung (1) die Entwicklung der Dienstleistungsorientierung des MDK in der Pflegebegutachtung (auch unter Berücksichtigung des Einflusses / Unterschiede verschiedener Personengruppen wie Pflegebedürftige, Angehörige/private Pflegeperson, gesetzliche Betreuungsperson) und (2) die Auswirkungen des seit dem 1.1.2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Bewertung der Dienstleistungsorientierung zu evaluieren.

³ Informationen zum Pflegebedürftigkeitsbegriff, gültig seit dem 1.1.2017: <https://www.mdk.de/versicherte/pflegebegutachtung/>

Methodisches Vorgehen bei der Konzeption der Befragung

Die Dienstleistungs-Richtlinie gibt klare Anweisungen zu den Zielen, dem Herangehen und der Methodik der ereignisbezogenen Befragung. So sollen die im Rahmen der Zufallsstichprobe ausgewählten Versicherten einen bundesweit einheitlich strukturierten Fragenkatalog mit einer für den Versicherten kostenfreien Antwortmöglichkeit (durch einen vorfrankierten Rückumschlag) erhalten. Es dürfen keine Rückschlüsse auf die Person des Versicherten möglich sein. Im beigefügten, erläuternden Anschreiben wird explizit auf die Freiwilligkeit der Beteiligung an der Versichertenbefragung und auf die Wahrung der Anonymität hingewiesen. Um die Transparenz zu den Ergebnissen auch für die Befragungsteilnehmer zu ermöglichen, müssen die Ergebnisse der Versichertenbefragung zum 15. April eines jeden Jahres auf der Homepage des Medizinischen Dienstes und auf Nachfrage in schriftlicher Form zugänglich sein.

Der bundesweit einheitlich strukturierte Fragenkatalog soll Fragen zur Zufriedenheit mit den Informationen über das Begutachtungsverfahren, den Ablauf der Begutachtung, das persönliche Auftreten des Gutachters, die Beratung durch den Gutachter und sonstige Anregungen umfassen.

Zusätzlich formulierte Ziele der Medizinischen Dienste hinsichtlich der Befragung sind:

- Kenntnisse zu erlangen über das aktuelle Zufriedenheitsniveau bei den Betroffenen bezogen auf die wesentlichen Aspekte des Begutachtungsverfahrens
- Transparenz herzustellen bezüglich der von den Versicherten wahrgenommenen Stärken und Schwächen im Begutachtungsverfahren
- **Erkenntnisse zu erwerben als Grundlage für gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Dienstleistungsorientierung**
- Informationen zu gewinnen zum Zweck der internen Kommunikation von Versichertenzufriedenheit und Versichertenerwartungen, die die Vorgehensweise des MDK betreffen.

Ende 2013 wurden unter wissenschaftlicher Begleitung die konkreten Inhalte des bundesweit strukturierten Fragebogens, die einheitlichen Ausfüllhinweise sowie Kriterien für die Auswertung der Versichertenbefragung durch die **Interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Dienstleistungs-Richtlinien“**, in der Vertreter vom GKV-Spitzenverband, dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und der Medizinischen Dienste (MDK) beteiligt sind, erarbeitet. Im Rahmen der Interdisziplinären Arbeitsgruppe „Dienstleistungs-Richtlinien“ waren insgesamt 6 Vertreter unterschiedlicher MDK, 2 Vertreter vom MDS und 2 Vertreter vom GKV-Spitzenverband) vertreten.

In zwei Workshops wurde zum Thema Management von Dienstleistungsqualität mit Hilfe einer systematischen Analyse der Begutachtungsablauf mit persönlicher Befunderhebung betrachtet und darauf basierend eine gemeinsame Prozessdefinition für das Begutachtungsverfahren erarbeitet. Anschließend wurden die wesentlichen Kontaktpunkte mit dem Versicherten / Antragssteller (MOTs = Moments of Truth / Schlüsselerlebnisse im Versichertenkontakt) für den Prozess identifiziert und die Kundenerwartungen für die einzelnen MOTs (VOC-Analyse = Voice of the Customer / Stimme des Kunden) gemeinsam erarbeitet, gewichtet/geclustert und die als wichtig angesehenen VOCs mit den Anforderungen aus den Dienstleistungs-Richtlinien (Allgemeine Verhaltensgrundsätze) abgeglichen. Ergebnis waren mögliche Befragungsthemen, die strukturiert in einen ersten Fragebogenentwurf mündeten. Dieser Fragebogenentwurf wurde anschließend gemeinsam in der Arbeitsgruppe

abgestimmt sowie die Inhalte zum begleitenden Anschreiben bzw. zu den Ausfüllhinweisen zur Befragung festgelegt.

Qualitätsgesichert wurde der Fragebogen durch einen Pre-Test in der KW 47-48 2013 mit 33 Probanden der anschließend zu befragenden Zielgruppen unter möglichst realistischen Bedingungen, um Verständnisschwierigkeiten, Gestaltungsprobleme sowie Akzeptanzprobleme frühzeitig zu erkennen und zu beseitigen.

Um eine nachvollziehbare und verständliche Transparenz bezüglich der von den Versicherten wahrgenommenen Stärken und Schwächen im Begutachtungsverfahren zu erhalten, ist es von Bedeutung, die Erwartungshaltung der Versicherten an die einzelnen Punkte der Pflegebegutachtung zu messen. Neben der üblichen Abfrage der Zufriedenheit gesamt und nach einzelnen Aspekten der Pflegebegutachtung wird daher auch im Rahmen der Befragung auf einer 3-stufigen Ratingskala die Wichtigkeit der einzelnen Aspekte aus Sicht des Befragten erfasst („wichtig“, „teilweise wichtig“, „unwichtig“).

Die zweidimensionale Erfassung der bewerteten Ist-Leistung in Form des Zufriedenheitsurteils und der Wichtigkeit der einzelnen Leistungsaspekten geht konzeptionell auf das Confirmation/Disconfirmation–Paradigma (C/D-Paradigma) sowie das SERVIMPERF-Konzept nach Cronin/Taylor (1994, S. 130ff) zurück. Das aus der Wahrnehmungspsychologie entstammende CD-Paradigma dominiert seit den 1970er Jahren die Zufriedenheitsforschung und wurde vielfach empirisch bestätigt (vgl. Oliver 1980, S. 460; Krafft 2007, S. 20 f.). Es beruht auf der Annahme, dass Zufriedenheit das Ergebnis eines nur teilweise bewusst ablaufenden Vergleichs der wahrgenommenen Leistung eines Dienstleisters mit einer zuvor bestehenden Erwartungshaltung als Vergleichsstandard ist.

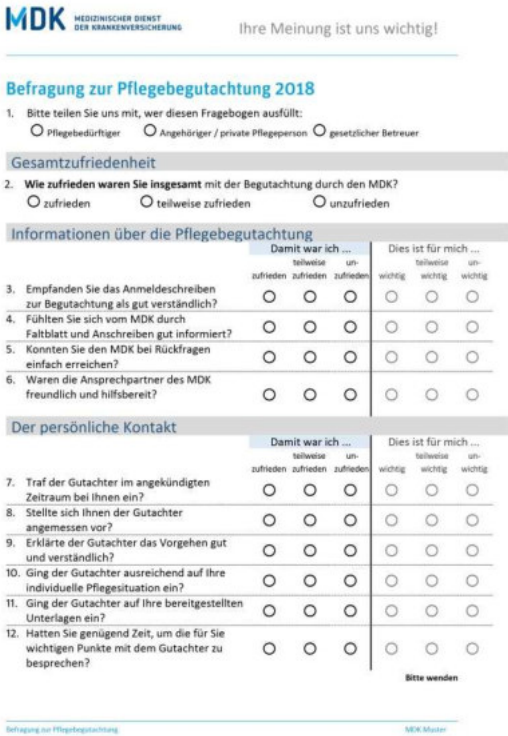
Fällt dieser kognitive Vergleich positiv aus (Übereinstimmung Ist = Soll), entsteht im Ergebnis das Gefühl der Zufriedenheit als emotionale Reaktion. Bei der Disconfirmation unterscheidet man in der emotionalen Reaktion die positive Nicht-Übereinstimmung (Ist > Soll, führt ggf. zur Begeisterung) und die negative Nicht-Übereinstimmung (Ist < Soll, führt zu Unzufriedenheit bis hin zur Verärgerung) (Vgl. CADOTTE, WOODRUFF & JENKINS, 1987; SAUERWEIN, 2000). Das Ergebnis dieser Bewertung erfasst das Zufriedenheitsurteil.

Wird die Wichtigkeit auch im Zufriedenheitsindex berücksichtigt, kann der dimensionslose Index im Zeitablauf Veränderungen unmittelbar aussagefähig erfassen. Bei der multiattributiven Messung auftretende Verschiebungen der Gewichte und damit der Bedeutung einzelner Kriterien können mit der jeweiligen Zufriedenheit in Relation gesetzt werden. Durch Anwendung des Differenzen-Verfahrens kann die Lücke zwischen der Wichtigkeit für den Kunden und dem erreichten Zufriedenheitsniveau in einem berechneten Delta bestimmt werden. Diese **Delta-Analyse** zeigt durch die resultierenden Residuen von Wichtigkeit und Zufriedenheit Stärken und Schwächen der Leistungserbringung dezidiert auf (vgl. Töpfer 2008, S. 337 ff.).

Der bis zum 1. Januar 2014 von der Interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Dienstleistungs-Richtlinien“ unter wissenschaftlicher Beteiligung entwickelte und eingeführte Fragebogen umfasst neben der Abfrage der Gesamtzufriedenheit in drei Fragenbereiche gegliederte Fragen (15 Fragen jeweils zur Zufriedenheit und Wichtigkeit) über

- die Informationen über die Pflegebegutachtung,
- den persönlichen Kontakt,
- das persönliche Auftreten des Gutachters

sowie zwei abschließende geschlossene Fragen nach dem Erhalt bzw. der Nachvollziehbarkeit des Ergebnisses der Pflegebegutachtung und einer offenen Frage nach sonstigen Anregungen und Verbesserungshinweisen.



MDK MEDIZINISCHER DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG
Ihre Meinung ist uns wichtig!

Befragung zur Pflegebegutachtung 2018

1. Bitte teilen Sie uns mit, wer diesen Fragebogen ausfüllt:
 Pflegebedürftiger Angehöriger / private Pflegeperson gesetzlicher Betreuer

Gesamtzufriedenheit

2. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Begutachtung durch den MDK?
 zufrieden teilweise zufrieden unzufrieden

Informationen über die Pflegebegutachtung


	Damit war ich ...			Dies ist für mich ...		
	teilweise zufrieden	zufrieden	zufrieden	teilweise wichtig	wichtig	wichtig
3. Empfanden Sie das Anmeldebeschreiben zur Begutachtung als gut verständlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Fühlten Sie sich vom MDK durch Fallsblatt und Anschreiben gut informiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Konnten Sie den MDK bei Rückfragen einfach erreichen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Waren die Ansprechpartner des MDK freundlich und hilfsbereit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der persönliche Kontakt

	Damit war ich ...			Dies ist für mich ...		
	teilweise zufrieden	zufrieden	zufrieden	teilweise wichtig	wichtig	wichtig
7. Traf der Gutachter im angekündigten Zeitraum bei Ihnen ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Stellte sich Ihnen der Gutachter angemessen vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Erklärte der Gutachter das Vorgehen gut und verständlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ging der Gutachter ausreichend auf Ihre individuelle Pflegesituation ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ging der Gutachter auf Ihre bereitgestellten Unterlagen ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Hatten Sie genügend Zeit, um die für Sie wichtigen Punkte mit dem Gutachter zu besprechen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte wenden

Befragung zur Pflegebegutachtung MDK-Muster



MDK MEDIZINISCHER DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG
Ihre Meinung ist uns wichtig!

Persönliches Auftreten des Gutachters

	Damit war ich ...			Dies ist für mich ...		
	zufrieden	teilweise zufrieden	unzufrieden	wichtig	teilweise wichtig	unwichtig
13. Empfanden Sie den Gutachter als respektvoll und einfühlsam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Wirkte der Gutachter auf Sie kompetent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Drückte sich der Gutachter verständlich aus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Empfanden Sie den Gutachter als vertrauenswürdig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Fühlten Sie sich durch den Gutachter gut beraten und erhielten Sie nützliche Hinweise zur Verbesserung Ihrer Pflegesituation?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Allgemeine Fragen

18. Liegt Ihnen das Ergebnis der Pflegebegutachtung bereits vor? ja nein weiß nicht

19. Falls ja: Ist das Ergebnis der Pflegebegutachtung für Sie nachvollziehbar? ja nein weiß nicht

20. Was können wir bei der Pflegebegutachtung besser machen? Schreiben Sie uns bitte Ihre Anregungen!

Der MDK-Muster bedankt sich für Ihre Teilnahme!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen in dem beigefügten Rückumschlag direkt an das Marktforschungsinstitut M+M Management + Marketing Consulting GmbH in Kassel.

Befragung zur Pflegebegutachtung MDK-Muster

Vor dem Hintergrund der z.T. eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten der zu befragenden Probanden sollte deren inhaltliche Belastung bei der Befragung möglichst gering gehalten werden bei gleichzeitig aussagefähigen Ergebnissen. Bei einer zu hohen Anzahl an Antwortkategorien kann es den Probanden schwer fallen, zwischen den Antwortkategorien zu differenzieren. So wurde im Fragebogen zur Pflegebegutachtung eine dreistufige Ratingskala eingesetzt, die semantisch gleiche Abstände aufweist. Bei den Fragen zur Zufriedenheit sind dies: zufrieden – teilweise zufrieden – unzufrieden und bei den Fragen zur Wichtigkeit: wichtig – teilweise wichtig – unwichtig.

Stichprobengröße und Rücklauf der Befragung

Die Bezugsgröße und somit die Grundgesamtheit für die Versichertenbefragung sind die Begutachtungen aller Versicherten mit persönlicher Befunderhebung des Vorjahres. Im Jahre 2017 haben die Medizinischen Dienste 1.676.404 Versicherte zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit persönlich begutachtet. Alle begutachteten Fälle sollen dabei potentiell in die Zufriedenheitsanalyse mit einbezogen werden – es erfolgt kein Ausschluss. Die Auswahlgrundlage umfasst alle Elemente

der Grundgesamtheit, die aufgrund verfügbarer Kontaktdaten für die Stichprobenziehung zur Verfügung stehen und somit eine Chance von größer Null aufweisen, in die Stichprobe aufgenommen zu werden.

Gemäß den Dienstleistungs-Richtlinien sind 2,5 Prozent der Begutachtungen mit persönlicher Befunderhebung des Vorjahres (2017) als Bezugsgröße für die Versichertenbefragung (2018) zu berücksichtigen.

Da die Richtlinie eine Auswertung der Zufriedenheitsbefragung sowohl auf Ebene der einzelnen Medizinischen Dienste als auch auf Ebene des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gemeinsam vorschreibt, müssen die jeweiligen Stichproben auf Ebene der einzelnen Medizinischen Dienste bereits befriedigend genaue Aussagen für den jeweiligen MDK zulassen. Bei einer anfangs kalkulierten Rücklaufquote von mindestens 20% ergibt dies zwar für die meisten Medizinischen Dienste eine Rücklaufgröße, die eine befriedigend genaue Ergebnisaussage ermöglicht (repräsentativ), was aber bei mittelgroßen MDK nicht der Fall wäre (weniger als 80.000 Begutachtungen im Jahr). Für repräsentative Ergebnisse ist die Zielgröße eines Mindestrücklaufs von 400 Fragebögen jährlich sinnvoll, um möglichst stichhaltige und verlässliche Ergebnisse zu erhalten. Daher haben einzelne MDK die Zahl der zu versendenden Fragebögen entsprechend erhöht (>2,5 Prozent der Begutachtungen). Aber auch größere MDK haben aufgrund des Wunsches nach stärker differenzierbaren Ergebnissen, z.B. nach Regionen oder nach internen / externen Gutachtern, ihre zu ziehende Stichprobe erhöht. In den Dienstleistungs-Richtlinien ist zudem geregelt, dass die Stichprobenziehung durch eine Zufallsstichprobe aus allen Begutachtungen eines jeden MDK erfolgen soll.

Dementsprechend haben die 15 Medizinischen Dienste insgesamt 52.419 Fragebögen im Zeitraum Januar bis Dezember 2018 versendet (bei einer geforderten Mindeststichprobe von 41.910). Bis einschließlich 15. Februar 2019 wurden von diesen Fragebögen 22.114 ausgefüllt an das Marktforschungsinstitut M+M Management + Marketing Consulting GmbH zurückgesandt. Dies entspricht einer **Rücklaufquote von 42,2%** und zeigt deutlich die Relevanz des Themas „Pflegebegutachtung“ und die große Bereitschaft der Befragten, ihre Meinung zu äußern.

Durch die überdurchschnittlich hohe Beteiligung an der schriftlichen Befragung erhalten die Medizinischen Dienste Ergebnisse, die eine sehr hohe Aussagekraft haben, sowohl insgesamt als auch bezogen auf die 15 einzelnen Medizinischen Dienste. Durch diese Vorgehensweise sollen mögliche Fehler bei der Stichprobenauswahl (Coverage Error und Sampling Error) vermieden werden. Eine tiefere Analyse der strukturellen Repräsentativität der Befragten im Vergleich zur Grundgesamtheit ist nicht möglich, da aufgrund der strengen Anforderungen an die Anonymität der Befragten keine soziodemografischen Merkmale abgefragt werden.

Möglichst 2-3 Tagen nach Beendigung der Begutachtung sollen die Fragebögen an die Versicherten versandt werden. Ziel ist es, dass möglichst noch vor Bekanntgabe des Begutachtungsergebnisses (welches von den Pflegekassen an die Versicherten gesendet wird) der Fragebogen verschickt und bewertet wird, um sogenannte Überstrahlungseffekte des Begutachtungsergebnisses auf die Begutachtung zu verhindern.

Wie die Dienstleistungsorientierung des MDK aus Sicht der Betroffenen wahrgenommen wird und wie diese sich in den letzten 5 Jahren verändert hat, soll Gegenstand der vorliegenden Ergebnisdarstellung sein.

Ergebnisse der Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung

Seit nunmehr 5 Jahren befragen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) Versicherte zu ihrer Zufriedenheit mit dem Begutachtungsverfahren. Im Zeitraum 2014-2018 wurden insgesamt 226.991 Versicherte schriftlich befragt und 91.089 ausgefüllte Fragebogen ausgewertet.

Beteiligung und soziodemografische Merkmale

Die Beteiligungsquote für die Versichertenbefragung ist seit ihrem Start im Jahre 2014 sehr hoch. Hatte man anfangs vorsichtig, wie Erfahrungen aus anderen Marktforschungsprojekten im Health-Care-Bereich zeigen, mit einer Beteiligungsquote von ca. 20-30 Prozent gerechnet, so kamen bereits im ersten Jahr deutlich mehr Fragebögen als erwartet zurück.

Tabelle 1: Pflegebegutachtungen mit Befunderhebung und Rücklaufquoten

Jahr	Anzahl Pflegebegutachtungen Vorjahr	Mindeststichprobe 2,5%	Anzahl verschickter Fragebogen	Rücklauf	Rücklaufquote in %
2014	1.351.084	33.777	42.901	16.126	37,6
2015	1.381.668	34.542	43.496	16.810	38,6
2016	1.443.121	36.078	44.826	17.639	39,3
2017	1.518.049	37.951	43.350	18.400	42,4
2018	1.676.404	41.910	52.419	22.114	42,2

Quelle: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.; M+M Management + Marketing Consulting GmbH, Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung 2014-2018

Die generell hohe Beteiligungsquote verdeutlicht das große Interesse der Befragten, ihr Feedback abgeben zu wollen. In der Wissenschaft kennzeichnet dies ein hohes „Involvement“ der Betroffenen. Dies wird auch durch die hohe Anzahl der von den Versicherten bzw. ihren Angehörigen frei formulierten ergänzenden Aussagen zur empfundenen Qualität der Pflegebegutachtungen bzw. zu Verbesserungsvorschlägen bei der Pflegebegutachtung nochmals unterstrichen.

Bei der Konzeption der Evaluation war schnell klar, dass nicht alle Antragssteller physisch und/oder psychisch in der Lage sind, aktiv an der Befragung teilzunehmen. Um auch in diesen Fällen eine Zufriedenheitsbewertung zur Qualität der Pflegebegutachtung zu erhalten, musste auch den bei der Begutachtung anwesenden Angehörigen, Betreuern und Pflegedienstmitarbeitern die Möglichkeit gegeben werden, anstatt des begutachteten Versicherten an der Zufriedenheitsbefragung teilzunehmen. Da jedoch ein umfassendes Verzeichnis der postalischen Kontaktdaten der Angehörigen, Betreuer, Pflegedienstmitarbeiter, die bei der Begutachtung anwesend waren, nicht vorliegt, war der Antragssteller in allen Fällen der Adressat der Befragung. Wichtig für die statistischen Analysen der Ergebnisse ist aber, dass es klar erkennbar sein sollte, welcher Gruppe der Antwortende zugehörig ist.

Die Ergebnisse zeigen, dass häufig nicht nur eine Person den Fragebogen ausgefüllt hat, sondern dies auch in der Zusammenarbeit mit anderen erfolgte. Mit durchschnittlich um die 60 Prozent war die Personengruppe der Angehörigen / privaten Pflegepersonen am häufigsten beteiligt. Durchschnittlich jeder dritte Fragebogen wurde auch unter Mitwirkung oder selbständig durch die Pflegebedürftige bzw. den Pflegebedürftigen beantwortet.

Tabelle 2: Antwortende Personengruppen*

Personengruppe	Angaben in %				
	2014	2015	2016	2017	2018
Pflegebedürftige	30,0	31,9	31,8	36,6	36,3
Angehörige/private Pflegeperson	59,9	60,8	61,5	56,7	58,0
Gesetzliche Betreuungsperson	6,3	5,2	5,0	4,4	4,5
Keine Angabe	14,4	11,2	11,1	11,5	10,8

*Mehrfachantworten möglich

Quelle: M+M Management + Marketing Consulting GmbH, Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung 2014-2018

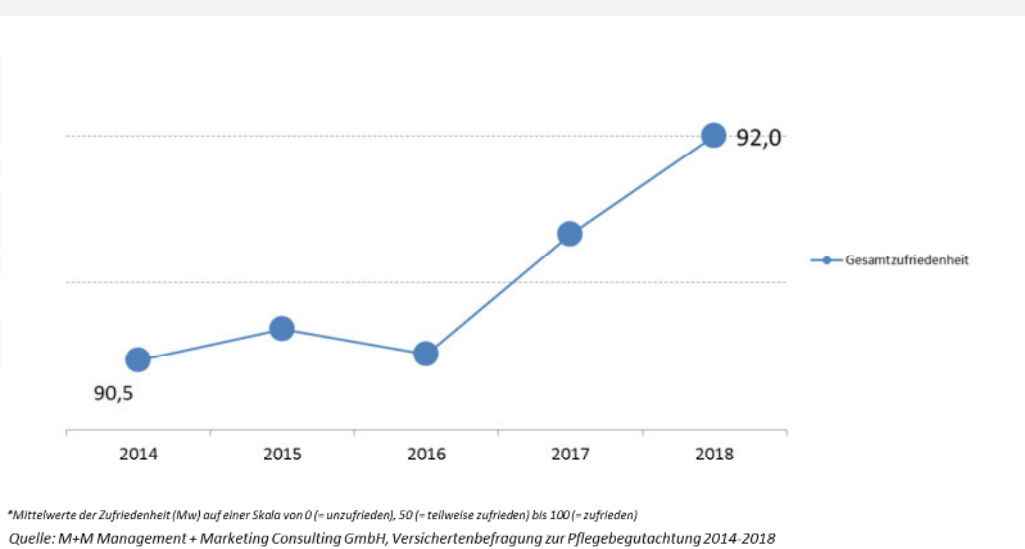
Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 und des damit verbundenen Begutachtungsverfahrens hat sich auch die Verteilung nach den antwortenden Personengruppen deutlich verändert. So stieg auf der einen Seite der Anteil der antwortenden Pflegebedürftigen um etwa ein Fünftel an, auf der anderen Seite ging der Anteil Angehöriger / privater Pflegepersonen leicht zurück.

Gesamtzufriedenheit mit der Pflegebegutachtung

Abgefragt wurden die Gesamtzufriedenheit, aber auch die Zufriedenheiten zu den weiteren 15 Merkmalen mit einer Likert-Skala mit ordinalen Ausprägungen. Da die Antwortskala symmetrisch ist (zufrieden – teilweise zufrieden – unzufrieden), gilt die Annahme der Äquidistanz der Ausprägungen (Äquidistanz bedeutet, dass die Abstände zwischen zwei direkt benachbarten Ausprägungen eines Merkmals jeweils gleich groß sind), so dass von einem quasi-metrischen Datenformat ausgegangen werden kann, welches eine Mittelwertbildung ermöglicht.

Insgesamt sind aktuell 87,7 Prozent (Ergebnisse der Versichertenbefragung 2018) der Versicherten mit den Pflegebegutachtungen der Medizinischen Dienste zufrieden; 8,6 Prozent sind teilweise zufrieden und 3,7 Prozent unzufrieden. Mit einem Mittelwert von 92,0 ist dieser Wert die höchste Gesamtzufriedenheit seit Beginn der kontinuierlichen Messungen im Jahr 2014.

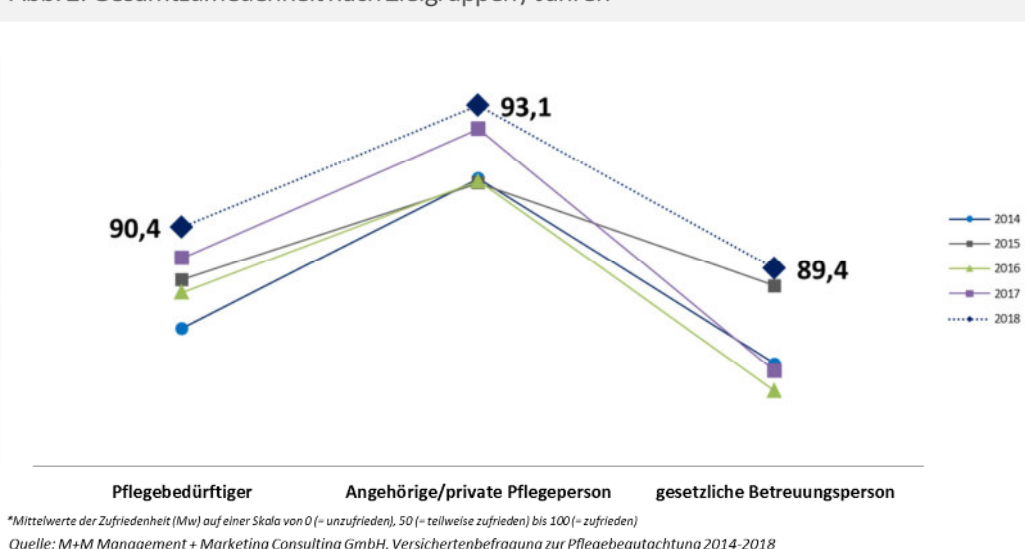
Abb. 1: Gesamtzufriedenheit 2014-2018*



Klar erkennbar sind die deutlichen Verbesserungen der Gesamtzufriedenheit mit der Pflegebegutachtung durch den MDK in den letzten zwei Jahren. So konnte die Gesamtzufriedenheit jeweils für die Zeiträume 2016-2017 und 2017-2018 statistisch signifikant gesteigert werden. Insgesamt hat sich die durchschnittliche Gesamtzufriedenheit von 2014 auf 2018 um 1,5 Prozentpunkte verbessert.

Auch der Vergleich der einzelnen Personengruppen hinsichtlich der Entwicklung der Gesamtzufriedenheit zeigt, dass 2018 überall die höchsten Werte der Gesamtzufriedenheit analysiert werden konnten. Die bei der Begutachtung anwesenden Angehörigen / privaten Pflegepersonen weisen ein insgesamt höheres Zufriedenheitsniveau als Pflegebedürftige und gesetzliche Betreuungspersonen auf.

Abb. 2: Gesamtzufriedenheit nach Zielgruppen / Jahren*



Vergleicht man mit Hilfe eines **Post-hoc-Tests** (Student-Newman-Keuls-Test), welche Mittelwerte der Gesamtzufriedenheit der einzelnen Personengruppen sich signifikant voneinander unterscheiden, so zeigt sich, dass über die Jahre 2014-2018 die Personengruppe der Angehörigen/private Pflegeperson

signifikant den höchsten durchschnittlichen Mittelwert aufweisen, gefolgt von der Personengruppe der Pflegebedürftigen. Signifikant am geringsten zufrieden ist die Personengruppe der gesetzlichen Betreuungspersonen.

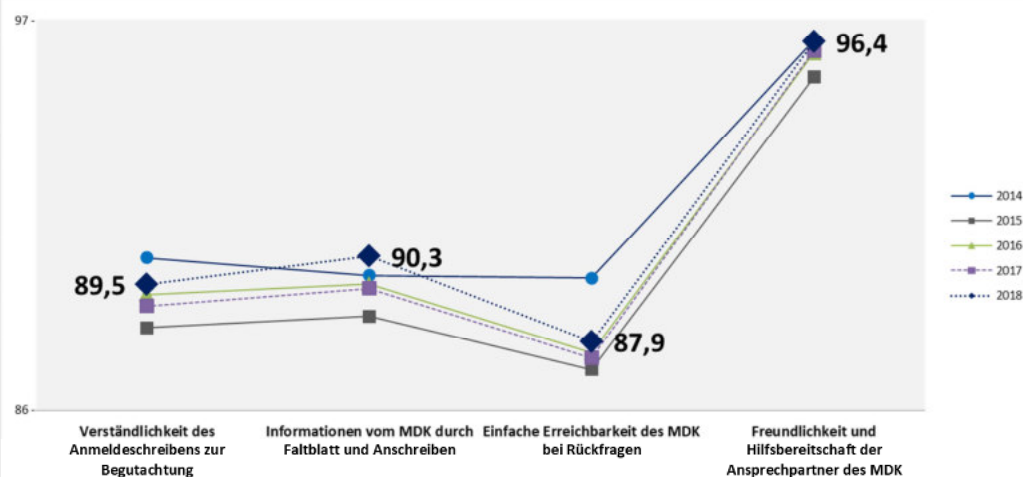
Anforderungen der Befragten

Den Befragten sind bei der Pflegebegutachtung vor allem folgende Punkte besonders wichtig (höchste Mittelwerte bezogen auf die Befragungen 2014-2018):

- a) Kompetenz
- b) Vertrauenswürdigkeit
- c) Eingehen auf die eigene, individuelle Pflegesituation
- d) verständliche Ausdrucksweise
- e) ausreichend Zeit, um in Ruhe alle wichtigen Punkte zu besprechen.

Die höchsten Anforderungen an die Pflegebegutachtung insgesamt weist die Personengruppe der Angehörigen / privaten Pflegepersonen (Mittelwert der Wichtigkeit über alle abgefragten Kriterien und über alle Jahre von **95,01**) auf, gefolgt von der Personengruppe der gesetzlichen Betreuer (**94,77**) und den Pflegebedürftigen (**94,21**). Die Unterschiede zwischen den Personengruppen sind, was die bestehende Erwartungshaltung betrifft, gering.

Abb. 3: Wichtigkeit hinsichtlich der Informationen über die Pflegebegutachtung (2014-2018)*



*Mittelwerte der Wichtigkeit (Mw) auf einer Skala von 0 (= unwichtig), 50 (= teilweise wichtig) bis 100 (= wichtig)

Quelle: M+M Management + Marketing Consulting GmbH, Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung 2014-2018

Abb. 4: Wichtigkeiten hinsichtlich des persönlichen Kontaktes (2014-2018)*

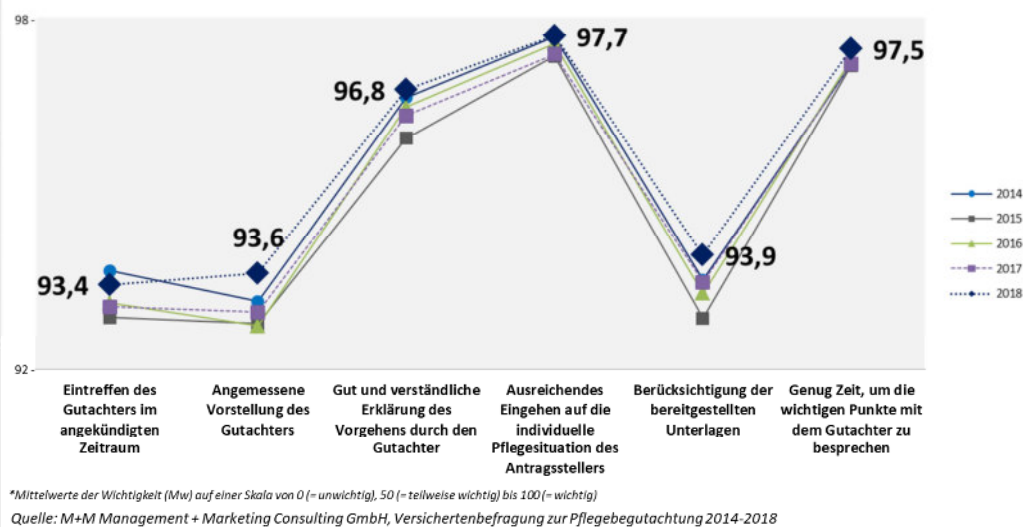
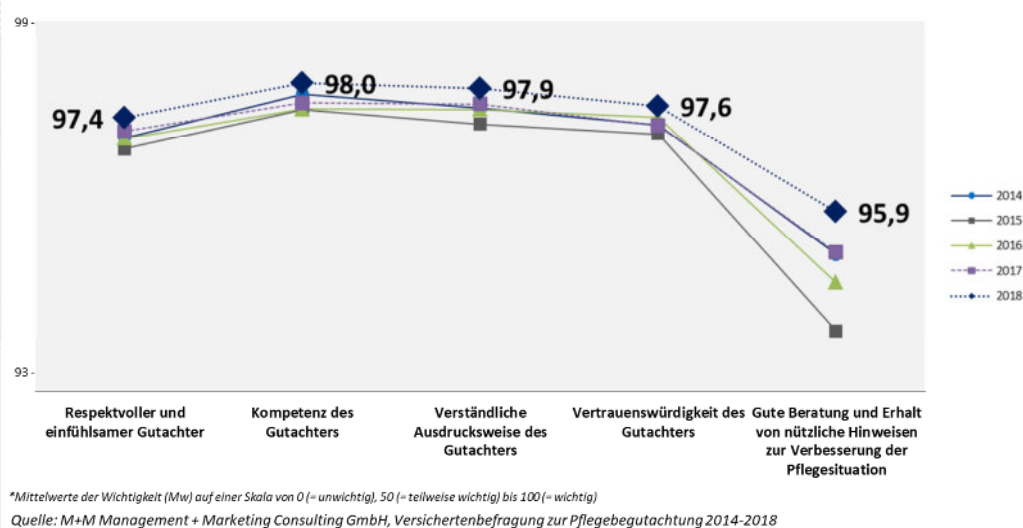


Abb. 5: Wichtigkeiten hinsichtlich dem persönlichen Auftretens des Gutachters (2014-2018)*



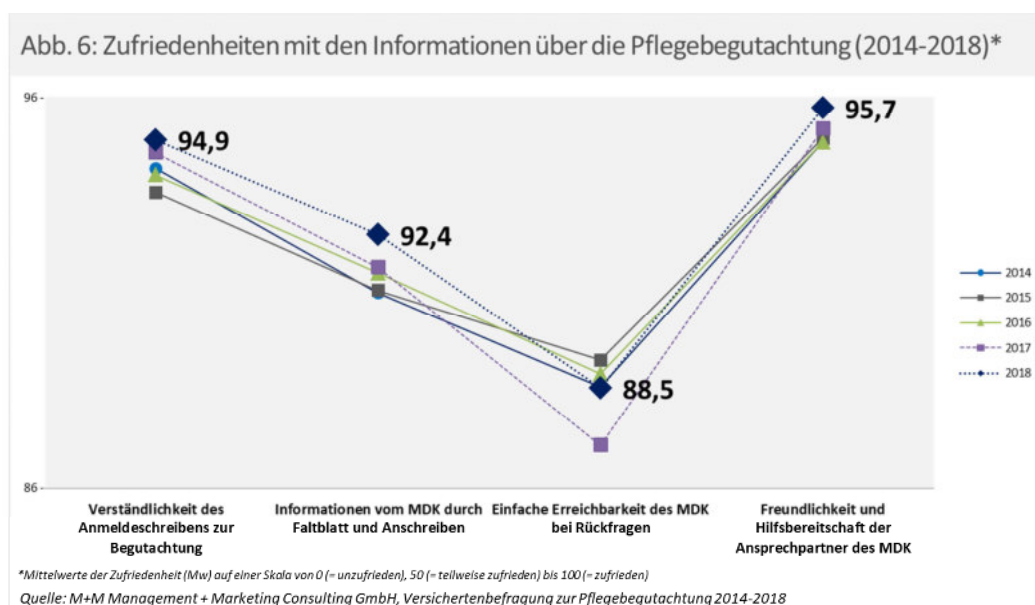
Die Abbildungen 4 und 5 machen deutlich, dass das Anforderungsniveau vor allem in den Fragenbereichen des persönlichen Kontaktes und dem persönlichen Auftreten des Gutachters am höchsten ausfällt. Zwar zeigen sich die Wichtigkeitswerte in den vergangenen fünf Jahren relativ stabil, dennoch ist über nahezu alle abgefragten Kriterien die durchschnittliche Wichtigkeit 2018 am höchsten ausgeprägt. Es ist festzuhalten, dass die Erwartungshaltung an die Person des Gutachters – vor allem an seine Kompetenz – seitens der bei der Begutachtung beteiligten Personen sehr hoch ist (durchschnittlicher Mittelwert der Wichtigkeit 2014-2018 97,7). Deutlich wird auch, dass sich die hohe Erwartungshaltung im Jahr 2018 gegenüber 2017 überwiegend noch gesteigert hat.

Zufriedenheit der Befragten

Die Zufriedenheitswerte über alle abgefragten Aspekte der Pflegebegutachtung liegen ebenfalls auf einem sehr hohen Niveau. Sowohl in den verschiedenen Punkten der Informationen über die Pflegebegutachtung als auch in den Sachverhalten, die die Gutachterinnen und Gutachter direkt

betreffen wie persönlicher Kontakt und Auftreten. Hier bescheinigen die Befragten den Medizinischen Diensten eine hohe Dienstleistungsorientierung.

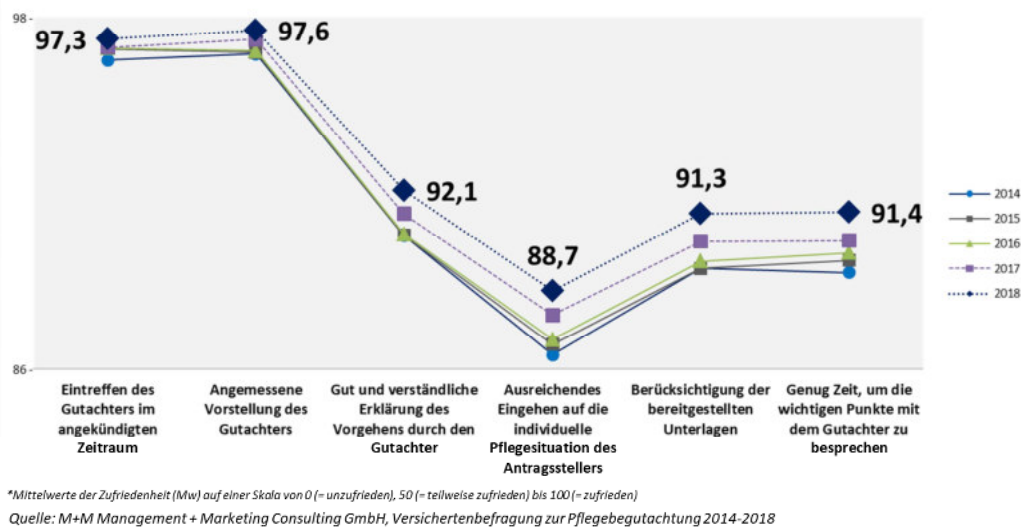
Mit den Informationen über die Pflegebegutachtung mit Hilfe des Anmeldeschreibens sind für den Berichtszeitraum 2018 absolut 90,9 Prozent der Befragten zufrieden, 8,0 Prozent teilweise zufrieden und 1,1 Prozent unzufrieden (Mittelwert (MW) 94,9, siehe Abbildung 6). Ebenfalls zufrieden sind die Befragten sowohl mit den Informationen rund um das Begutachtungsverfahren (86,5 Prozent sind zufrieden, MW 92,4 in 2018) als auch mit der Erreichbarkeit der MDK bei Rückfragen (81,4 Prozent sind zufrieden, MW 88,5). Bei der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft sind 92,9 Prozent aller Befragten zufrieden (MW 95,7 in 2018). Hier liegen auch mit die höchsten Anforderungen der Befragten (für 93,8 Prozent ist die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Ansprechpartner des MDK wichtig).



Beim persönlichen Kontakt liegen die häufigsten Zufriedenheitsbewertungen bei der Termintreue und der angemessenen Vorstellung des Gutachters (95,7 Prozent bzw. 95,9 Prozent sind zufrieden; MW von 97,3 bzw. 97,6 im Jahr 2018, siehe Abbildung 7). Zufrieden sind die Befragten auch mit der verständlichen Erklärung des Vorgehens bei der Pflegebegutachtung (87,2 Prozent Zufriedene, MW 92,1 in 2018), mit dem Eingehen auf die bereitgestellten Unterlagen und mit der zur Verfügung stehenden Zeit, um alle wichtigen Punkte besprechen zu können (86,4 bzw. 86,7 Prozent sind zufrieden, MW 91,3 bzw. 91,4 in 2018).

Mit dem Eingehen auf die individuelle Pflegesituation sind 83,0 Prozent der Befragten zufrieden, 11,4 Prozent teilweise zufrieden und 5,7 Prozent unzufrieden (MW 88,7 in 2018). Dies stellt für 95,6 Prozent der Befragten ein sehr wichtiges Qualitätsmerkmal dar.

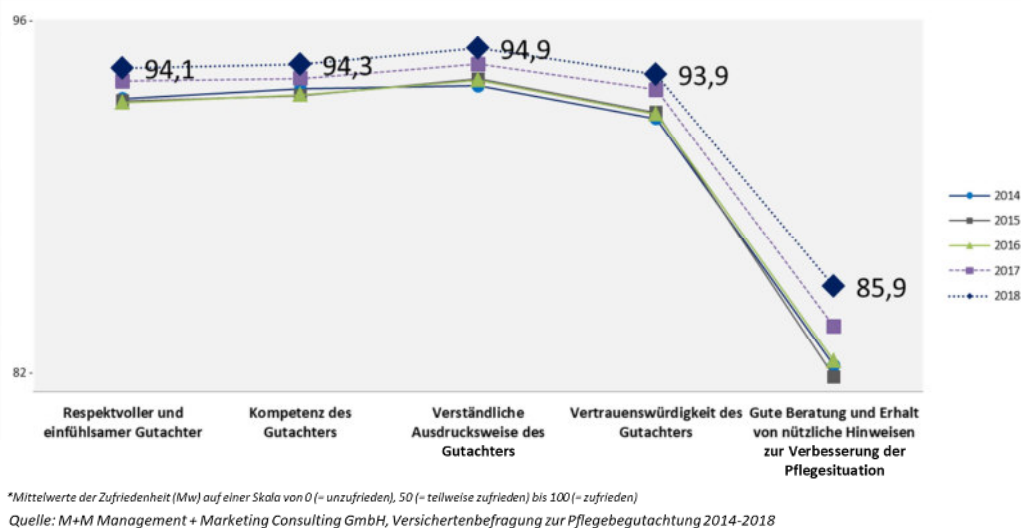
Abb. 7: Zufriedenheiten mit dem persönlichen Kontakt (2014-2018)*



Wie Abbildung 8 zeigt, sind die Befragten ebenfalls grundsätzlich zufrieden mit dem persönlichen Auftreten der Gutachterinnen und Gutachter. Besonders häufig wird Zufriedenheit bei der verständlichen Ausdrucksweise (91,5 Prozent) sowie in den Bereichen, in denen nach dem respektvollen und einfühlsamen Umgang, der Kompetenz sowie der Vertrauenswürdigkeit gefragt wurde (90,9, 91,0 bzw. 90,6 Prozent) geäußert (die Mittelwerte liegen in diesen Bereichen bei 94,9, 94,1, 94,3 und 93,9). Die Zufriedenheit mit dem persönlichen Auftreten bringen die befragten Versicherten auch in individuellen Rückmeldungen auf dem Fragebogen zum Ausdruck „Ich möchte hiermit besonders betonen, dass die Gutachterin kompetent, freundlich und einfühlsam war“ (Originalton).

Unzufriedenheit und somit Verbesserungsbedarf sehen ein Teil der Befragten allerdings bei ihrem Wunsch nach mehr Beratung und nach Hinweisen zur Verbesserung ihrer Pflegesituation. 6,5 Prozent sind hiermit unzufrieden und 15,1 Prozent nur teilweise zufrieden (MW 85,9 in 2018). Für 93,3 Prozent der befragten Versicherten ist dies ein durchaus wichtiger Punkt.

Abb. 8: Zufriedenheiten mit dem persönlichen Auftreten des Gutachters (2014-2018)*



Die Top 5 Kriterien mit den höchsten durchschnittlichen Zufriedenheitswerten der Befragungen 2014-2018 liegen bei

- a) der angemessenen Vorstellung des Gutachters
- b) dem Eintreffen des Gutachters im angemessenen Zeitraum
- c) der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Ansprechpartners des MDK
- d) der Verständlichkeit des Anmeldeschreibens zur Begutachtung
- e) der verständlichen Ausdrucksweise des Gutachters
- f) der Kompetenz des Gutachters.

Ermittlung von Stärken und Schwächen

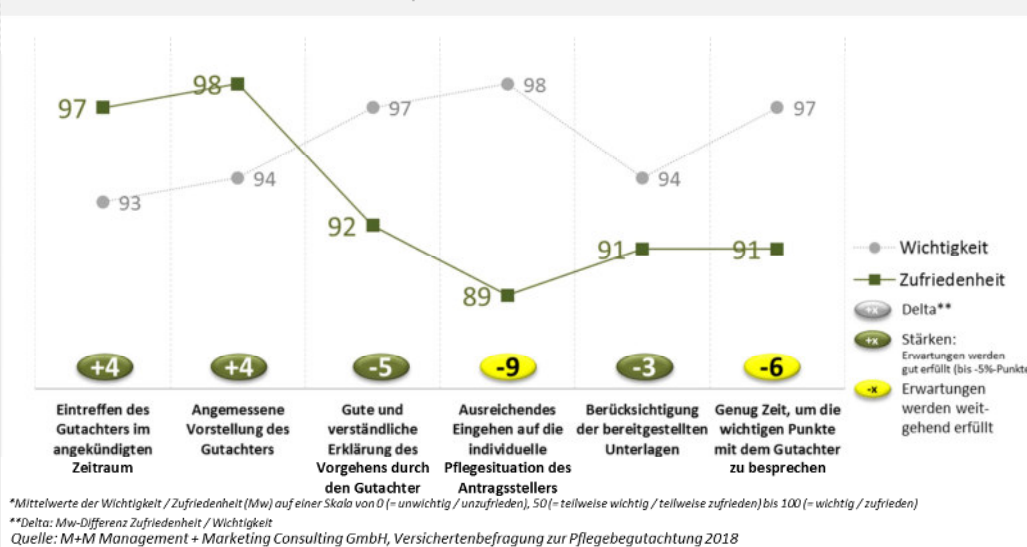
Kennzeichnend für die seit 2014 stetige Versichertenbefragung ist, dass nicht nur die Zufriedenheit mit den einzelnen Leistungsmerkmalen abgefragt wird, sondern auch die subjektiv empfundene Wichtigkeit dieser Kriterien erhoben wird. Auf diese Weise lassen sich besonders zielführende Handlungsempfehlungen aus den erhobenen Ergebnissen ableiten.

Setzt man die verbal genannten Wichtigkeiten in Beziehung mit den verbal genannten Zufriedenheiten, so ergibt das daraus resultierende Delta einen transparenten und nachvollziehbaren Überblick über den Erfüllungsgrad der Versichertenanforderungen. Die Deltaberechnung macht somit eine Aussage über die absolute Größe der Abweichung zwischen Wichtigkeit (=Anforderungsniveau) und Zufriedenheit (=Erfüllungsniveau).

Dabei gilt für die Feststellung einer Stärke, dass die Versichertenanforderungen erfüllt oder übertroffen werden, wenn der Mittelwert der Zufriedenheit dem Mittelwert der Wichtigkeit entspricht oder übertrifft bzw. der Mittelwert der Wichtigkeit den Mittelwert der Zufriedenheit um maximal 5 Punkte überschreiten darf. Weitgehend erfüllt sind die Anforderungen der Versicherten, wenn die Differenz zwischen dem Mittelwert der Zufriedenheit und dem Mittelwert der Wichtigkeit von -5 bis unter -12 liegt. Schwächen und somit Ansatzpunkte für Verbesserungen ergeben sich dann, wenn der Mittelwert der Zufriedenheit um 12 Punkte oder mehr (Delta) unter dem Mittelwert der Wichtigkeit liegt.

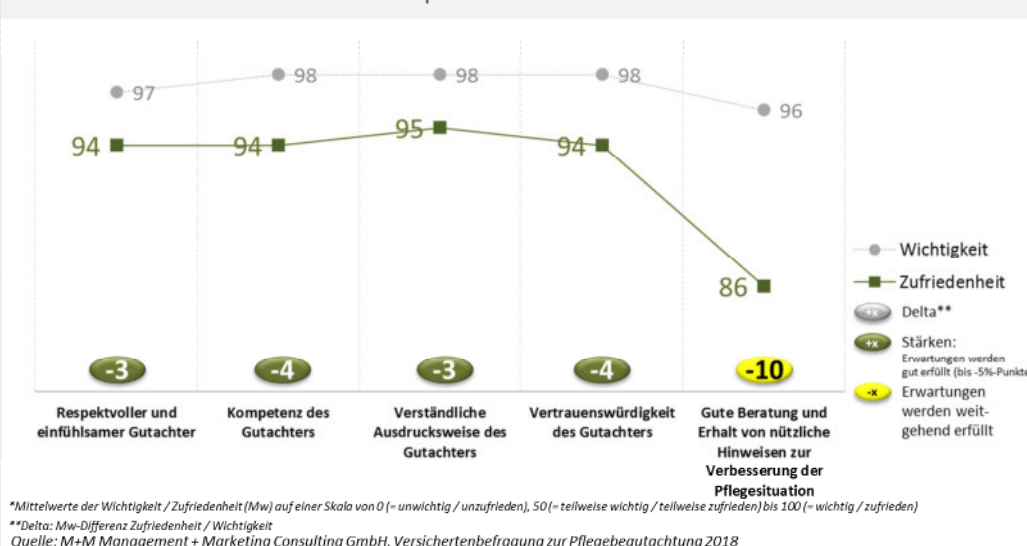
Direkte Schwächen (Delta \geq 12 Punkte) konnten 2018 bei der Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung nicht ermittelt werden. Dennoch gibt es einige Punkte, wo die Versichertenanforderungen noch ungenügend erfüllt werden. So liegt das Delta beim ausreichenden Eingehen auf die individuelle Pflegesituation des Antragsstellers bei -9 und beim Thema ausreichend Zeit, um alle wichtigen Punkte mit dem Gutachter zu besprechen bei -6.

Abb. 9: Stärken und Schwächen zum persönlichen Kontakt*



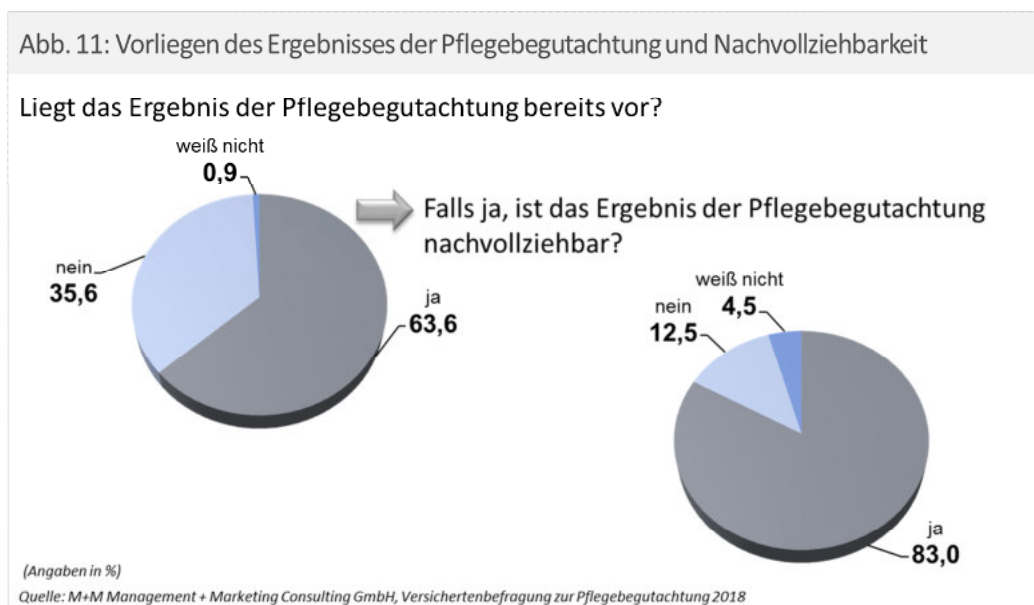
Die insgesamt größte Abweichung zwischen Anforderungs- und Zufriedenheitsniveau liegt bei der Beratung und der Weitergabe nützlicher Hinweise zur Verbesserung der Pflegesituation. Die Erwartungshaltung der Betroffenen ist für viele mit Eintritt von Pflegebedürftigkeit sehr hoch aufgrund großer Unsicherheit und fehlendem Wissen, wie mit dem Thema Pflege umzugehen ist. Häufig ist der MDK-Gutachter die erste Person, an die man konkret Fragen zur Verbesserung der Pflegesituation stellen kann. „Die Begutachterin war mit Fragen und Antworten immer zur Stelle. Wir empfanden ihre Arbeit bei uns ausgezeichnet. Sie gab uns viele Hinweise und Möglichkeiten, wie wir in Zukunft bei der Pflege noch besser vorgehen können und wo und bei wem wir unser Ziel erreichen können“ (Originalton).

Abb. 10: Stärken und Schwächen zum persönlichen Auftreten des Gutachters *



Nachvollziehbarkeit des Ergebnisses der Pflegebegutachtung

Am Ende des Fragebogens wurden die Befragten noch um Angaben gebeten, ob das Ergebnis der Pflegebegutachtung bereits vorliegt und falls ja, ob das Ergebnis der Pflegebegutachtung nachvollziehbar für sie ist. Ziel der beiden Fragestellungen ist es zu validieren, ob der Prozess der Bereitstellung des Ergebnisses der Pflegebegutachtung zeitnah geschieht. Zum weiteren soll überprüft werden, inwieweit eine Nichtnachvollziehbarkeit (und in den häufigsten Fällen ist damit eine Ablehnung des Antrages oder aus Sicht des Antragstellers zu geringe Pflegeleistungen bzw. ein zu niedriger Pflegegrad zu verstehen) sich ergebnistechnisch negativ auf die Gesamtzufriedenheit mit der Pflegebegutachtung auswirkt.



Die folgende Abbildung 12 macht deutlich, dass das alleinige Kennen des Ergebnisses der Pflegebegutachtung nahezu keinen Einfluss darauf hat, ob die Pflegebegutachtung insgesamt positiv oder negativ bewertet wurde. So waren 2018 87,3 Prozent der Befragten, wo das Ergebnis bereits vorlag (63,6%), mit der Begutachtung zufrieden im Vergleich zu 88,5 Prozent der Befragten, wo das Ergebnis noch nicht vorlag (35,6%).

Erwartungsgemäß fällt aber die Bewertung der Gesamtzufriedenheit der Befragtengruppe, für die das Ergebnis der Pflegebegutachtung nicht nachvollziehbar ist, kritischer aus. So sind – bei nicht nachvollziehbarem Ergebnis der Pflegebegutachtung – 22,6 Prozent insgesamt mit der Durchführung der Begutachtung zufrieden, 41,3 Prozent teilweise zufrieden und 36,0 Prozent unzufrieden (dies sind 2,4% aller Befragten). Entsprechend sind die Auswirkungen der Nachvollziehbarkeit eines vorliegenden Ergebnisses auf die Bewertung der Pflegebegutachtung durch den MDK zwar gegeben, bezogen auf die Gesamtstichprobe jedoch äußerst gering.

Abb. 12: Einfluss der Bekanntheit und der Transparenz des Ergebnisses der Pflegebegutachtung auf die Bewertung

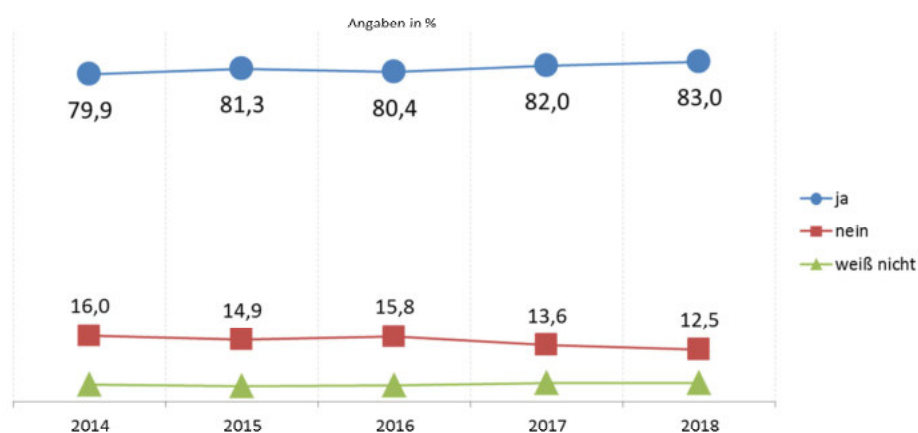
Liegt den Versicherten das Ergebnis der Pflegebegutachtung bereits vor?				
	zufrieden	teilweise zufrieden	unzufrieden	MW*
ja (N=12.526)	87,3	8,2	4,5	91
nein (N=6.840)	88,5	9,3	2,2	93

Ist das Ergebnis der Pflegebegutachtung nachvollziehbar?				
	zufrieden	teilweise zufrieden	unzufrieden	MW*
ja (N=10.314)	97,2	2,7	0,2	98
nein (N=1.454)	22,6	41,3	36,0	43

*Mittelwerte der Zufriedenheit (Mw) auf einer Skala von 0 (= unzufrieden), 50 (= teilweise zufrieden) bis 100 (= zufrieden)
 Quelle: M+M Management + Marketing Consulting GmbH, Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung 2018

Dennoch ist festzuhalten, dass die Auswirkungen der Pflegereform 2017 einen Beitrag zur Verbesserung der Gesamtzufriedenheit mit der Pflegebegutachtung liefern. Durch die Tatsache, dass aktuell mehr Menschen als in der Vergangenheit Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, ist die Ablehnungsquote von 20,0 Prozent im Jahr 2016 auf etwa 10 Prozent im Jahr 2018 (9,7 Prozent im 4. Quartal 2018) gesunken (Quelle MDS). Auch in den Ergebnissen der Versichertenbefragung zeigt sich, dass der Anteil der Versicherten, für die das Ergebnis der Pflegebegutachtung nicht nachvollziehbar ist, nach der Einführung des NBA zu Beginn des Jahres 2017 gesunken ist.

Abb. 13: Ergebnis der Pflegebegutachtung nachvollziehbar 2014-2018*



Quelle: M+M Management + Marketing Consulting GmbH, Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung 2014-2018

Offene Kommentare der Befragten

Am Ende des Fragebogens hatten die Befragten die Möglichkeit, Vorschläge zur Verbesserung der Pflegebegutachtung zu machen, aber auch um Lob und Kritik zu äußern. Da das Formulieren und Schreiben von Anmerkungen zu offenen Fragen für viele eine Barriere bedeutet, ist es umso bemerkenswerter, dass mehr als jeder Vierte (28,3% = 6.254 Befragte, die 7.601 Kommentare abgaben) das Freitextfeld nutzte, um noch einen Kommentar zur Pflegebegutachtung zu schreiben.



Mehr als jeder zweite Kommentar ist positiv und bringt Zufriedenheit mit der Pflegebegutachtung zum Ausdruck. Vor allem die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste werden – häufig mit Nennung des Namens der Gutachterin / des Gutachters – ausdrücklich bezogen auf ihre Freundlichkeit, Kompetenz und ihrem einfühlsamen Verhalten während der Begutachtung gelobt. Dies unterstreicht die Professionalität und Neutralität der deutlichen Mehrheit der Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste.

Die meiste Kritik bei den offenen Kommentaren bezieht sich auf eine bessere, flexiblere Terminvereinbarung, die wesentlich stärker als bisher die Wünsche und Bedürfnisse des Antragsstellers, aber auch der Angehörigen berücksichtigen sollte.

Auch wünschen sich viele Befragte, dass im Rahmen der Begutachtung wesentlich stärker auf die individuellen, persönlichen Belange des Pflegebedürftigen eingegangen, seine persönliche Situation berücksichtigt und mehr Verständnis für die Belange des Antragsstellers gezeigt wird. Im Zuge des Inkrafttretens des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff 2017 wird seit dem auch eine stärkere Einbeziehung von Angehörigen und Pflegeperson bei der Begutachtung gefordert.

Abb. 15: Veränderung kritischer Kommentare 2014-2018*

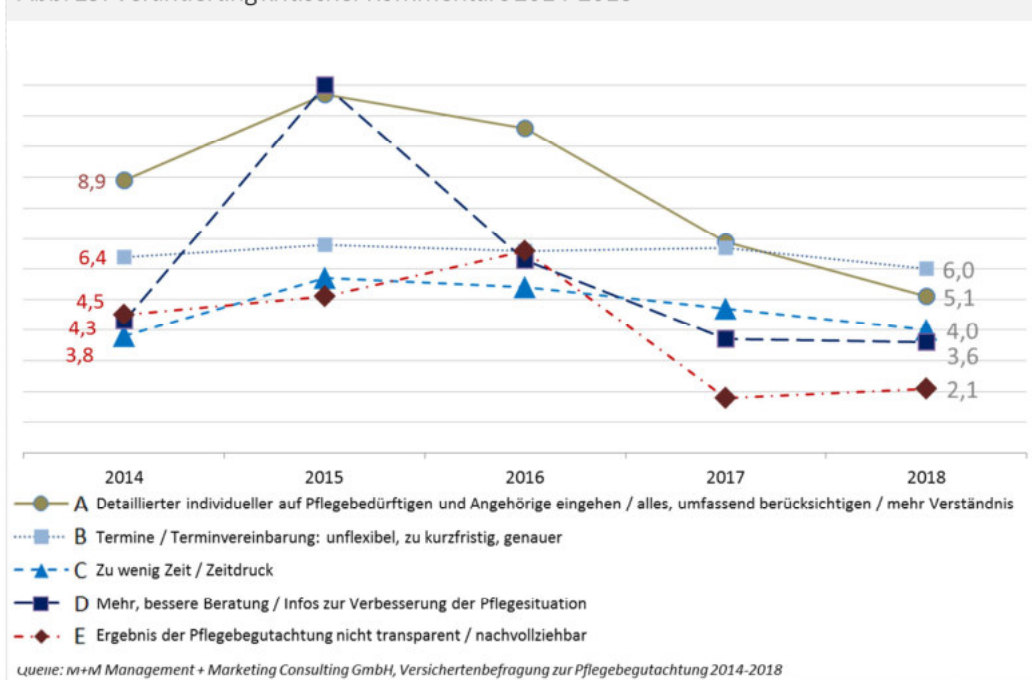


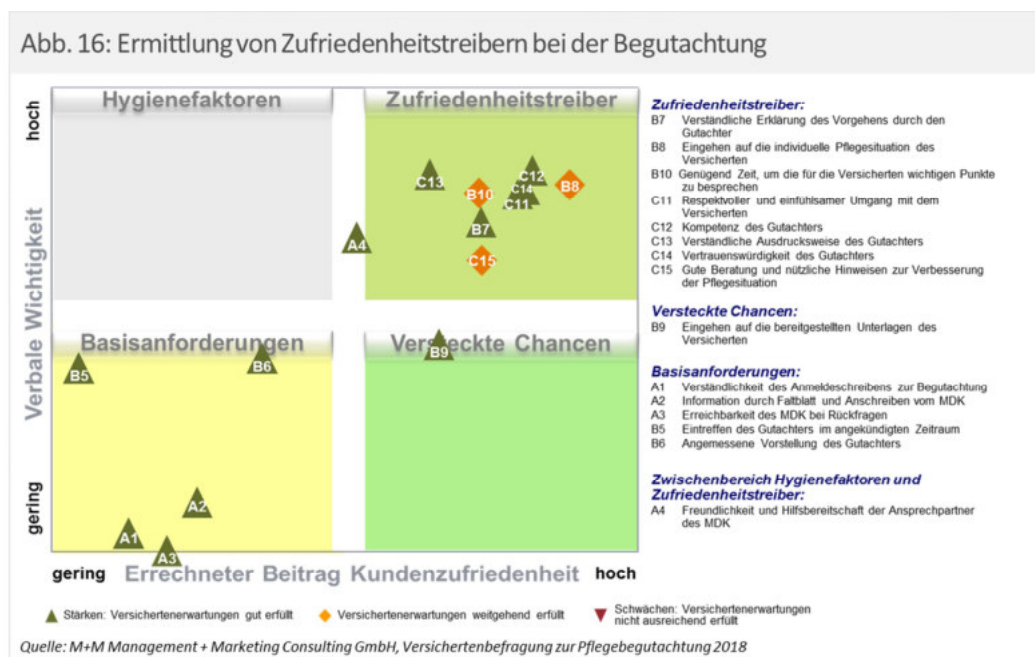
Abbildung 15 zeigt, dass bezogen auf die fünf am häufigsten genannten Kritikpunkte / Verbesserungsansätze das Cluster „Detaillierter individueller auf Pflegebedürftigen eingehen ...“ in den letzten 3 Jahren immer seltener geäußert wurde. Diese Ergebnisentwicklung korrespondiert mit dem Ergebnis der geschlossenen Zufriedenheitsfrage nach dem Eingehen des Gutachters auf die individuelle Pflegesituation des Versicherten. Hier stieg in den 5 Jahren die durchschnittliche Zufriedenheit um 2,3%-Punkte an, der Anteil der Unzufriedenen ging um 2,0%-Punkte zurück, so dass aktuell 83,0 Prozent zufrieden sind, 11,4 Prozent teilweise zufrieden und 5,7 Prozent unzufrieden.

Dass das Thema Beratung ein besonders Anliegen für die Versicherten darstellt, zeigt auch die Häufigkeit der offenen Nennungen sowie die bewertete Wichtigkeit. Nachdem 2015 dieses Thema sehr stark im Fokus der Versicherten lag, konnte die Zufriedenheit in den Folgejahren kontinuierlich verbessert werden (Verbesserung um knapp 3%-Punkte) und entsprechend ging auch die Häufigkeit der diesbezüglichen offenen Nennungen zurück.

Ermittlung von Zufriedenheitstreibern

Nicht alle Merkmale, zu denen die Befragten ihre Meinung abgegeben haben, haben auch die gleiche Relevanz für den Verbesserungsprozess. Manche Merkmale sind im Vergleich zu anderen eher unbedeutend in ihrer Wirkung auf die emotional geprägte Gesamtzufriedenheit, so dass eine Verbesserung ihrer Performance die Gesamtzufriedenheit nur unwesentlich erhöhen würde (Basis-/Hygienefaktoren).

Anders dagegen die Zufriedenheitstreiber, die sowohl eine höhere subjektive Bedeutung aus Sicht der Befragten haben, gleichzeitig aber auch einen statistisch nachweisbaren Effekt auf die Gesamtzufriedenheit zeigen.



Durch die in der Portfolio-Analyse gemeinsame Betrachtung von verbaler Wichtigkeit und errechneten Beitrag zur Gesamtzufriedenheit (Korrelationsanalyse) lassen sich die wesentlichen Handlungsempfehlungen zur Steigerung der Gesamtzufriedenheit erkennen. Aus der Analyse 2018 wird daher deutlich, dass weitere Verbesserungspotenziale in erster Linie in folgenden Punkten zu finden sind:

- a. Eingehen auf die individuelle Pflegesituation des Versicherten
- b. Genügend Zeit, um die für die Versicherten wichtigen Punkte zu besprechen
- c. Gute Beratung und nützliche Hinweise zur Verbesserung der Pflegesituation.

Zum einen handelt es sich bei den genannten Punkten um Zufriedenheitstreiber, zum anderen gibt es gemessen an der Anforderungen der Versicherten noch erkennbare Lücken in der Zufriedenheit.

Verbesserungsmaßnahmen

Durch das Feedback der Befragten erhalten die Medizinischen Dienste jedes Jahr wichtige Hinweise für Verbesserungsmaßnahmen in Begutachtungsverfahren.

Die Herausforderung bei der Ableitung von Verbesserungspotenzialen und -maßnahmen liegt in erster Linie darin, festzulegen, welche Ergebnisse als befriedigend oder unbefriedigend zu werten sind. Im Weiteren werden mögliche Ursachen, Einflussfaktoren und Motive für die jeweils befriedigenden oder unbefriedigenden Ergebnisse ermittelt. Dabei erfolgte die Ableitung von den Fakten (Befragungsergebnissen) zu den Ursachen (Woran liegt es?), zur Bewertung (Wo ist konkreter Handlungsbedarf?) und abschließend zu den Maßnahmen/zur Strategie (Was müssen wir tun?).

Aus diesem Grund ist ein strukturiertes Vorgehen wichtig, um so von der gezielten Analyse der Ursachen zu effektiven und nachhaltig wirksamen Verbesserungsmaßnahmen zu kommen.

Die meisten von den Medizinischen Diensten beschriebenen Verbesserungsmaßnahmen bezogen sich auf ... (Quelle: Veröffentlichte Ergebnisberichte der einzelnen Medizinischen Dienste 2017)

... die Erreichbarkeit des MDK

- Prozessuale Veränderungen
- Verbesserungen in der technischen Ausstattung
- Mehr Personal

... das bessere Eingehen auf die individuelle Pflegesituation des Antragsstellers

- Weiterentwicklung kommunikativer Fähigkeiten
- Kontinuierliche Weiterbildungsmaßnahmen
- Individuelle Coaching-Maßnahmen

... Verbesserungen der Beratungsqualität und vermehrtes Geben von Hinweisen zur Verbesserung der Pflegesituation

- Verstärkte Hinweise auf Informations- über Beratungsangebote von Pflegekassen, regionalen Pflegestützpunkten etc.
- Hinweise auf telefonische Fachberatung von Pflegekassen, regionalen Pflegestützpunkten und anderen Organisationen
- Intensivierung der Zusammenarbeit mit den regionalen Pflegestützpunkten

... bessere, verständlichere Erklärungen des Vorgehens durch die Gutachter

- Kontinuierliche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen
- Vorhandene oder noch zu entwickelnde Informationsmedien (Flyer etc.) gezielter einsetzen
- Sensibilisierung der Gutachter

... mehr Zeit, um die für die Versicherten wichtigen Punkte zu besprechen

- Verfahren zur kontinuierlichen Prozessverbesserung zur optimalen Zeitnutzung
- Höherer Stellenwert der aufgebrauchten Zeit für die Begutachtung des Wohnumfeldes und Lebenswirklichkeit
- sowie ergänzend der Aufbau und Einsatz von mehr Personal.

Die bereits beschriebenen Ergebnisse zeigen, dass vor allem bei der Zufriedenheit mit der Beratung der Versicherten die meisten Fortschritte seit 2014 erreicht wurden. Lag der durchschnittliche Zufriedenheitswert für dieses Merkmal 2014 bei 83,0, so hat er 2018 einen Wert von 85,9 erreicht.

Auch bei den Punkten „Besseres Eingehen auf die individuelle Pflegesituation“ und „Mehr Zeit für die Begutachtung“ stiegen die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte vor dem Hintergrund der durchgeführten Verbesserungsmaßnahmen um den Faktor >2 Prozentpunkte.

Fazit

Die Analyse der Ergebnisse der Versichertenbefragung im Fünfjahreszeitraum 2014-2018 zeigt, dass das in den Dienstleistungs-Richtlinien (Die-RiLi) definierte Ziel, die Dienstleistungsorientierung des MDK für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, die Belastung für die Versicherten und ihre Angehörigen zu minimieren sowie die Servicefreundlichkeit im Begutachtungsverfahren zu erhöhen, erreicht werden konnte.

Zurückzuführen ist diese positive Entwicklung aufgrund von erfolgreich umgesetzten Verbesserungsmaßnahmen bei einzelnen Medizinischen Diensten, aber auch auf die Auswirkungen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 und des darauf basierenden veränderten Begutachtungsverfahrens mittels des neuen Begutachtungsinstruments (BI).

Mit der Einführung des BI im Jahr 2017 und der angemessenen Berücksichtigung kognitiver oder psychischer Beeinträchtigungen konnte der dadurch bedingte Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung der Pflegebedürftigen umfassender berücksichtigt und damit auch die Nachvollziehbarkeit der Pflegebegutachtung als Grundlage für die Pflegeeinstufung verbessert werden. Die gestiegenen Zufriedenheiten geben Hinweis darauf, dass durch das BI auch eine größere Transparenz und Akzeptanz für die Pflegeeinstufung aus der Perspektive der Befragten erreicht werden konnte.

Dieser positive Trend zeigt sich vor allem in den Bewertungen der Vertrauenswürdigkeit der MDK-Gutachterinnen und -Gutachter, dem Eingehen der MDK-Gutachterinnen und -Gutachter auf bereitgestellte Unterlagen, der verständliche Ausdrucksweise der MDK-Gutachterinnen und -Gutachter und der Beratung und Kommunikation nützlicher Hinweise für die Verbesserung der Pflegesituation der Antragssteller.

Ebenfalls wurde seitens der Medizinischen Dienste seit Einführung der Dienstleistungs-Richtlinien konsequent an der Verbesserung der Dienstleistungsorientierung gearbeitet. Dies zeigt die Analyse der individuellen Rückmeldungen und deren Veränderungen über die Zeit.

Zum Schluss noch ein weiterer Originalton aus der Befragung: *„Absolut Top Begutachtung! Erwartungshaltung übertroffen. Alles entspannt gegangen“*.