

Die Qualitätsprüfungen

Serie zu den Grundlagen der MDK-Prüfungen in der ambulanten Pflege – Teil 12
Die Kundenzufriedenheit

Punkt 10. des Prüfbogens befasst sich in 14 Detailfragen mit der Zufriedenheit des Pflegebedürftigen. Bei den meisten Fragen zur Zufriedenheit ist das Antwortraster weiter differenziert in die Antwortmöglichkeiten: „Immer, Häufig, Gelegentlich, nie“ sowie „Keine Antwort“ bzw. „trifft nicht zu“. Somit werden die durchaus subjektiven Fragen etwas breiter gerastert als nur in Ja-Nein-Kategorien.

Die ersten drei Fragen behandeln den Pflegevertrag und die sich daraus ergebenden Kosten und Leistungen.

Frage 10.1. fragt nach einem schriftlichen Pflegevertrag, der seit 2002 (PQSG) verpflichtend abzuschließen ist. Da nicht jeder Kunde weiß, dass er einen Vertrag mit Ihnen abgeschlossen hat (vergessen, verdrängt oder von den Kindern abgeschlossen), sollte eine Kopie des Vertrags immer in der Dokumentation aufbewahrt werden.

Frage 10.2 fragt, ob der Kunde über die selbst zu übernehmenden Kosten informiert wurde. Die Antwortmöglichkeit ist hier nur „Ja“ oder „Nein“. Dabei müsste sich der Eigenanteil aus dem Pflegevertrag ablesen lassen. In der Regel sind in einer Anlage die zu erbringenden Leistungen sowie die sich daraus ergebenden Kostenträger detailliert dargestellt.

Punkt 10.4 fragt, ob die vereinbarten Leistungen durchgeführt wurden. Diese Frage wird der Kunde oft mit „Ja“ beantworten, obwohl der Pflegevertrag beispielsweise (noch) Leistungen enthält, die gar nicht mehr erbracht werden. Oder es werden neue Leistungen erbracht, die nicht im Pflegevertrag stehen. In der ambulanten Pflege ändern sich die Leistungen sehr viel öfter als beispielsweise in der stationären

Pflege. Dabei werden diese Änderungen zwar abgesprochen und über die Durchführungskontrollen dokumentiert, meist wird jedoch der Pflegevertrag nicht (mehr) verändert. Dabei ist in § 120 SGB XI festgelegt, dass, wenn sich der Zustand des Pflegebedürftigen **wesentlich** ändert, dies der Pflegekasse mitzuteilen ist. Der Pflegevertrag soll nach dem Willen des Gesetzgebers Rechtssicherheit schaffen zwischen dem Pflegedienst und dem Pflegebedürftigen, daher die Schriftform. In der Regel bestehen die Pflegeverträge aus einem allgemeinen Teil sowie diversen Anlagen. In der Regel in Form einer Anlage sind die konkret zu erbringenden Leistungen sowie die Eigenanteile dargestellt. Diese Anlage sollte das tatsächliche Leistungs- und Abrechnungsgeschehen darstellen. Sie sollte also aktuell sein. Dies wird in der Praxis immer wieder zu Schwierigkeiten führen, da mitunter die Leistungen sehr oft wechseln. Es gibt dazu meist nur mündliche Absprachen. Der Prüfer wird immer den Pflegevertrag mit den tatsächlich erbrachten Leistungen (Leistungsnachweis oder/und Durchführungskontrolle) abgleichen und auf Differenzen achten. Daher (und vor allem aus Gründen der Rechtssicherheit) empfiehlt es sich, jede Abweichung zumindest im Pflegebericht zu begründen („Auf Wunsch des Kunden heute zusätzlich „Kleine Mahlzeit“ zubereitet“). Bei größeren und vor allem dauerhaften Veränderungen des Leistungsumfangs sollte die Anlage verändert werden.

Systematisch etwas falsch positioniert fragt Frage 10.3 nach der Zufriedenheit mit den Einsatzzeiten. Der Kunde kann in dem oben beschriebenen Raster antworten. Etwaige Unzufriedenheit, wie Bemerkungen über ständig wechselnde Zeiten, könnte der Prüfer über

die Tourenpläne nach verfolgen bzw. könnte der Pflegedienst (evtl.) darüber entkräften.

Frage 10.5 fragt nach der Höflichkeit der Mitarbeiter.

Frage 10.6 fragt, ob kontinuierlich dieselben Mitarbeiter kommen. Dabei ist das Wort „kontinuierlich“ sicherlich nicht jedem bekannt. Die Erläuterung der Prüfanleitung differenziert, was hier nur gemeint sein kann: Nicht etwa, dass immer nur ein Mitarbeiter kommt, sondern nur, dass die Versorgung durch ein überschaubares Team erfolgt. Auch hier können subjektiv andere Bewertungen des Kunden durch die Tourenpläne korrigiert werden.

Frage 10.7 lautet, ob sich die Pflegekraft genügend Zeit für die Pflegemaßnahmen nimmt. Auch diese Frage hängt sehr stark von der subjektiven Wahrnehmung, aber auch vom Verhalten der Mitarbeiter ab. Es gibt Mitarbeiter, die verbreiten naturgemäß so viel Hektik, dass man immer glaubt, sie hätten keine Zeit, auch wenn sie sehr lange brauchen. Andere Mitarbeiter arbeiten sehr konzentriert und sortiert und kommen in der Hälfte der Zeit zu recht, die Kunden empfinden diese aber als ausreichend.

Die Fragen 10.8 bis 10.9 zielen auf die Art der Hilfe: wie weit aktivierend gearbeitet wird, also wie weit der Kunde bei der Versorgung selbst aktiv wird bzw. dazu angehalten wird. Es geht um Teiltätigkeiten beim Waschen und das Aussuchen der Kleidung (soweit der Pflegedienst diese Leistungen überhaupt erbringt). Andere Selbsthilfepotentiale und damit verbundene Möglichkeiten der aktivierenden Pflege werden (erstaunlicherweise) nicht abgefragt.

Frage 10.10 fragt nach der Zufriedenheit mit hauswirtschaftlichen Leistungen, soweit sie erbracht werden.

Die Erreichbarkeit des Pflegedienstes wird über Punkt 10.11 abgefragt, siehe auch Punkt 4.6, in Ausgabe 1/2007 behandelt. Aus Sicht des MDK reicht ein ausschließlicher Einsatz eines Anrufbeantworters nicht aus. Aus meiner Sicht würde ein Anrufbeantworter mit Anrufmeldung ausreichen, da auch so der Pflegedienst unmittelbar nach dem Anruf informiert wird. Schon aus Wettbewerbsgründen sollte jedoch jeder Pflegedienst persönlich erreichbar sein (siehe auch Punkt 4.6).

Punkt 10.12 und 13 behandeln das Beschwerdemanagement mit den Fragen ob es schon einmal Beschwerden gegeben hat und wie damit umgegangen wurde (siehe auch Frage 6.13, Ausgabe 4/07).

Punkt 10.14 fragt noch nach Wünschen zur Betreuung durch den Pflegedienst, auch diese Frage kann man schlecht in Ja/Nein-Kategorien beantworten.

Zu allen diesen Fragen soll der MDK im Freitext Erläuterungen aufnehmen, wenn sich der Pflegebedürftige nicht vollständig zufrieden äußert. .

Tipp:

Überprüfen Sie regelmäßig, ob die im Pflegevertrag benannten Leistungen noch mit der Abrechnung übereinstimmen. Ansonsten ist zeitnah der Vertrag zu ändern. Hilfreich ist hier, wenn im allgemeinen Vertrag (das „Kleingedruckte“) auf die Anlage mit den Leistungen verwiesen wird. Dann muss nur regelmäßig die Anlage verändert werden und nicht immer der komplette Vertrag. Es ist somit einfacher, die notwendige Unterschrift zu bekommen. Der neue/veränderte Vertrag muss erst an die Pflegekasse geschickt werden, wenn sich die Leistungen wesentlich verändert haben. Im Einzelfall wäre die Kasse zu fragen, wann sie die Verträge haben will.

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,
Ausgabe 08/2007

© **Andreas Heiber**

System & Praxis Andreas Heiber

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld

Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248

E-Mail: Heiber@SysPra.de; www.SysPra.de