

PRAXISFÜHRUNG

Den Patienten als Kritiker akzeptieren

Durch eine Befragung rückt die Wahrnehmung des Patienten in den Mittelpunkt.

Seitdem ich regelmäßig Patientenbefragungen durchführe, kann ich viel zielgenauer Verbesserungen in den Prozessen und Abläufen vornehmen“, sagt Dr. med. Heinrich Hackenberg, Gynäkologe und Geburtsmediziner mit Praxis in Trier. Er zählt zu den Ärzten, die mehr wissen über ihre Patientenstruktur und die Erwartungen und Wünsche der Menschen. „Wir konnten die Zufriedenheit deutlich erhöhen, seitdem wir die Patienten als unsere innovativsten Kritiker akzeptieren.“ Entscheidend dabei: Durch eine Befragung rückt die Wahrnehmung des Patienten in den Mittelpunkt. Arzt und Team können noch so überzeugt sein von ihrer Informationspolitik gegenüber dem Patienten – wenn dieser sich nicht ausreichend informiert fühlt, droht Unzufriedenheit.

Die Erkenntnisse, die durch eine Patientenbefragung zutage gefördert werden, sind vielfältig. Dabei geht es nicht um die Bewertung der medizinischen Qualität der ärztlichen Dienstleistung. Der Fokus richtet sich auf andere Themen.



Foto: Bilderbox (im)

Oftmals spielt der Hygieneaspekt eine wichtige Rolle: Wenn der Patient unzufrieden ist mit der Sauberkeit der Patiententoilette, das Wartezimmer als zu unaufgeräumt ansieht oder am Behandlungsplatz „Überbleibsel“ des Vorgängerpatienten beklagen muss, wählt er vielleicht beim nächsten Mal eine andere Praxis. Entscheidend sind auch die Freundlichkeit des Teams und des Arztes selbst. Gerade der letzte Aspekt gehört nicht in den medizinischen Bereich und wird

Der Patient ist König. Arzt und Team können noch so überzeugt von den Praxisabläufen und ihrer Informationspolitik sein – sieht der Patient das anders, droht er abzuwandern.

deshalb von vielen Ärzten nicht hinterfragt. Für die Patientenzufriedenheit jedoch ist es ausschlaggebend, ob sich der Patient wohlfühlt – im Empfangsbereich, im Wartezimmer und im Behandlungsraum.

Patientenbefragungen sollten anonym durchgeführt werden. Dann geben die Patienten ehrlichere Antworten. Wer gebeten wird, auf dem Fragebogen seinen Namen zu nennen, scheut sich mitzuteilen, dass ihn die Unfreundlichkeit der Mitarbeiterin am Empfang nervt und er

RECHTSREPORT

MVZ: Keine Anwendung ärztlichen Berufsrechts

Auf ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) kann das Berufsrecht nicht angewendet werden. Das hat das Sächsische Landessozialgericht (LSG) entschieden.

Im entschiedenen Fall ging es um die Höchstzahlbestimmung für Nebenbetriebsstätten. Als Grundlage für die Genehmigung von Nebenbetriebsstätten eines MVZ finden § 24 Absatz 3, § 1 Absatz 3 Nummer 2 Ärzte-Zulassungsverordnung in Verbindung mit § 15 a Bundesmantelvertrag-Ärzte sowie § 15 a Bundesmanteltarifvertrag Ärzte/Ersatzkassen Anwendung. Darin ist nirgendwo eine bestimmte Höchstzahl der Nebenbetriebsstätten festgelegt. Die Bundesmantelverträge geben lediglich Beschränkungen in zeitlicher Hinsicht

vor, die im Ergebnis zu einer Limitierung der Nebenbetriebsstätten führen.

Dagegen legt das ärztliche Berufsrecht in § 17 Absatz 2 (Muster-)Berufsordnung eine Höchstzahl fest. Danach ist es einem Arzt nur gestattet, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten tätig zu sein. Ferner hat er Vorkerungen für eine ordnungsgemäße Versorgung seiner Patienten an jedem Ort zu treffen. Diese berufsrechtlichen Vorgaben führen nach Auffassung des LSG nicht dazu, dass einem MVZ nur zwei Nebenbetriebsstätten genehmigt werden dürfen. Das Berufsrecht beschränkt sich darauf, die Pflichten der Mitglieder einer Ärztekammer zu konkretisieren. Das MVZ wird im Berufsrecht nicht erwähnt.

Ein MVZ stellt allenfalls dann eine Form der beruflichen Kooperation selbstständig tätiger Ärzte dar, wenn die fortbestehenden Zulassungen mehrerer teilnehmender Vertragsärzte durch die Zulassung des MVZ überlagert werden. In diesem Fall könnte Berufsrecht zur Anwendung kommen.

Daraus lässt sich nach Auffassung des Gerichts aber nicht ableiten, dass das MVZ selbst nur an zwei weiteren Orten tätig sein darf.

Da ein MVZ als ärztlich geleitete Einrichtung nicht Mitglied der Ärztekammer sein kann, unterliegt seine Tätigkeit auch nicht deren Regelungskompetenz. Träger beruflicher Pflichten, die in der Berufsordnung näher geregelt werden können, kann ein MVZ also nicht sein. (Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 24. Juni 2009, Az.: L 1 KA 8/09) **RAin Barbara Berner**

der Praxis nur die Treue hält, weil er von der Kompetenz des Arztes überzeugt ist. Zudem sollte der Fragebogen in den Praxisräumlichkeiten ausgefüllt werden. Der Arzt, der dem Patienten den Bogen mit der Bitte übergibt, ihn zu Hause in Ruhe auszufüllen und „beim nächsten Termin mitzubringen“, wartet oft vergeblich. Letzteres ist auch der Fall, wenn der Bogen zu ausführlich ausfällt. Der Patient ist kaum motiviert, 30 oder gar noch mehr Fragen zu beantworten. Es ist

befragung durchzuführen. Sinnvoll ist es, sie einmal jährlich oder alle anderthalb Jahre anzusetzen. Kriterium für die Fragenauswahl können die Praxisziele sein. Der Arzt schaut in die Zielsetzungen und leitet daraus die Fragen ab. Und wer die grundsätzlichen Patientenerwartungen einschätzen will, um sich vielleicht in eine bestimmte Richtung zu entwickeln, kann fragen, ob es den Patienten wichtig ist, auch einmal die klassischen Behandlungspfade zu verlassen.

Fortbildungsmaßnahmen von Erfolg gekrönt. Aber: Oft glauben Ärzte, mit dem Fragebogen sei die Arbeit erledigt. Dies ist nicht der Fall. Denn nach der Auswertung müssen Handlungsschlüsse aus den Ergebnissen abgeleitet werden. Danach geht es in die Umsetzung: Welche Maßnahmen verhelfen zu Verbesserungen in den Bereichen, in denen Patientenunzufriedenheit besteht? Es nutzt wenig, wenn das Erscheinungsbild der Praxis schlechte Noten erhält, dann aber keine Renovierungsmaßnahmen ergriffen werden. Oder wenn nun feststeht, dass der Patient über zu lange Wartezeiten und arbeitnehmerunfreundliche Sprechzeiten schimpft, sich am Terminvereinbarungswesen jedoch nichts ändert.

Patientenbefragungen sollten darüber hinaus nicht nur unter dem Leitmotiv der Schwächen-Analyse gesehen werden. „Sie zeigen überdies“, betont Gynäkologe Hackenberg, „welche Praxisleistungen vom Patienten sehr gut aufgenommen werden. Und das sind dann diejenigen Bereiche, in denen es sich lohnt, noch stärker zu werden, um die Patientenbindung weiter zu erhöhen und vor allem auch neue Patienten zu gewinnen.“

Karin Letter

E-Mail: info@5medical-management.de

Die Erarbeitung des Fragebogens ist Teamsache.

Heinrich Hackenberg, Gynäkologe in Trier

besser, fünf bis 15 prägnante Fragen zu formulieren, als einen Endlosfragebogen zu entwickeln, der zudem die Auswertung erschwert.

Eher kontraproduktiv ist es, eine verdiente Mitarbeiterin damit zu beauftragen, „sich ein paar Fragen für den Fragebogen zu überlegen“. „Die Erarbeitung des Bogens ist Teamsache“, betont auch Hackenberg. Bei der Auswahl und Formulierung sollte eventuell professionelle und externe Hilfe herangezogen werden. Immerhin gehört es im Rahmen der Einführung und Etablierung eines Qualitätsmanagement-systems zu den Pflichten des Arztes, „regelmäßig“ eine Patienten-

Hinweise auf Optimierungspotenziale der Praxisabläufe und -prozesse gestatten Antworten auf Fragen wie die nach der „Freundlichkeit“, dem Zeitschriftenangebot im Wartezimmer, zum Erscheinungsbild der Praxis, zur Qualität der telefonischen Terminvereinbarungen sowie zu den Sprechzeiten.

Die kontinuierliche Befragung hilft, Verbesserungen festzustellen und so einen Beitrag zum Qualitätsmanagement zu leisten. Wenn nach einem Jahr intensiver Schulung des Teams in Sachen „Freundlichkeit“ die Beurteilung in dieser Kategorie nicht mehr „verbesserungswürdig“, sondern „gut“ lautet, waren die

GOÄ-RATGEBER

Die totale retroperitoneale Lymphadenektomie

Die totale retroperitoneale Lymphadenektomie ist in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter der Nr. 1809 im Abschnitt K (Urologie) aufgeführt und beinhaltet eine systematische Entfernung aller Lymphknoten entlang der Vena cava, der Aorta, paraaortal und aus den Nierenhilfen. Dieser Eingriff erfordert mehrere Stunden Operationszeit und wird teilweise über einen thorakoabdominalen Zugang durchgeführt. Dementsprechend hoch ist auch die Bewertung der Nr. 1809 GOÄ mit 4 610 Punkten, vergleichbar mit der Nr. 3197 GOÄ („Resektion des ganzen Pankreas“, 4 620 Punkte) und Nr. 3147 GOÄ („Totale Magenentfernung“, 4 800 Punkte).

Da es in der GOÄ im Abschnitt L XIV (Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie) keine ei-

genständigen Positionen für die Ausräumung von Lymphabflussgebieten gibt, wird im Rahmen onkologischer viszeralchirurgischer Eingriffe neben der Hauptleistung die onkologisch erforderliche Lymphadenektomie häufig mit einem Analogansatz der Nr. 1783 GOÄ (Leistungslegende: pelvine Lymphknoten-ausräumung, als selbstständige Leistung), teilweise auch mit einem Analogansatz der Nr. 1809 GOÄ in Rechnung gestellt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass eine solche analoge Berechnung der Nr. 1809 GOÄ neben der Berechnung des viszeralchirurgischen Haupteingriffs nur möglich ist, wenn der Leistungsumfang der Lymphadenektomie beziehungsweise Lymphknotendissektion dem oben genannten Umfang der totalen retroperitonealen Lymph-

adenektomie, das heißt mehreren Stunden Operationszeit (abzüglich der Zeit der Eröffnungsleistung), entspricht.

Auch ist beispielsweise bei der Abrechnung einer konventionellen onkologischen Hemikolektomie rechts zu berücksichtigen, dass bereits vor der Entstehung der GOÄ vom 10. November 1982 die systematische regionale Lymphadenektomie bei der Durchführung eines solchen Eingriffs Inhalt chirurgischer Lehrbücher war. Da die Lymphadenektomie im Rahmen des vorgenannten Eingriffs heutzutage oft noch ausgedehnter durchgeführt wird, kann diese nach Auffassung der Bundesärztekammer in der Regel mit einem Analogansatz der Nr. 1783 GOÄ (abzüglich der Eröffnungsleistung) neben dem Ansatz der Nr. 3169 GOÄ für den Haupteingriff berechnet werden.

Dr. med. Stefan Gorlas