

17 Patientenorientierung und Patientensicherheit



Qualitätsmanagement-Richtlinie

§ 3 Grundelemente

Qualitätsmanagement umfasst insbesondere folgende grundlegenden Elemente:

- Patientenorientierung einschließlich Patientensicherheit
-

Patientsorientierung

Im QM sollte der Patient als Partner begriffen werden. Medizin und Medizinrecht gehen von einem vertraglichen Arbeitsbündnis von Patient und Behandelndem aus, dem Rechte und Pflichten entspringen.

Jeder weiß, dass es in diesem Arbeitsbündnis nicht nur um die vertraglichen Haupt- und Nebenpflichten, sondern auch um weiche Faktoren wie Bindung, Beziehung und Zufriedenheit geht. Deshalb gibt KPQM auch Hilfestellung im Sinne einer Patientenorientierung. Aus dem Blickwinkel steht nicht die Krankheit im Vordergrund, sondern der ganze Mensch als Individuum, dessen Motivation und dessen Kompetenz für den gemeinsamen Genesungserfolg eine erhebliche Rolle spielen.

Vielleicht bündeln sich in Ihrer Praxis bestimmte menschliche Typen und Einstellungen, wie z. B. weltanschauliche oder religiöse Überzeugungen, bestimmte Lebensphasen, besondere soziale Faktoren oder Patienten mit Einschränkungen. Hieraus lassen sich besondere Angebote ableiten, wenn Bedürfnisse dieser Gruppen analysiert sind, wie z. B. Sprechstunden mit Dolmetschern, Teenagersprechstunden, Frauensprechstunden, Abendsprechstunden für Berufstätige. Solche Angebote und die Einbeziehung der eigenen speziellen Situation steigern die Zufriedenheit und die Motivation, den Genesungsprozess als Patient aktiv zu unterstützen.

Auch die Einbeziehung der Selbsthilfe in den Praxisbetrieb kann den Patienten zusätzlich motivieren. Wie die Selbsthilfe strukturiert in der Praxis implementiert werden kann, zeigt das Beispiel am Kapitelende.

Patienten wollen sich für die Aufgabe in dem gemeinsamen Arbeitsbündnis vorbereiten. Vielfach stellen sie sich deshalb Informationen aus dem Internet zusammen. Unterstützen lässt sich der Prozess, wenn die Praxis wirksame Informationsquellen kennt und benennen kann, z. B. das Portal www.patienten-informationen.de des ÄZQ. Aber auch eine Literaturliste ordnet die Recherche der Patienten.

Patientensicherheit

Seit ein paar Jahren ist der Begriff Patientensicherheit in aller Munde. Handelt es sich dabei tatsächlich um etwas ganz Neues und befanden sich die Patienten bisher in der Obhut der Ärzte in Unsicherheit? Insbesondere Ärzte assoziieren mit dem Begriff Patientensicherheit den Begriff Behandlungsfehler – wie Patientenverwechslungen oder die falsche Operationsseite – und fühlen sich diskreditiert, weil sie das Gefühl haben, sich plötzlich für die sonst unter den Teppich gekehrten Fehler rechtfertigen zu müssen. Die mediale Aufbereitung solcher Behandlungsfehler-Skandale wird gerne mit dem Begriff Ärztepfusch versehen. Kein Wunder also, dass Patientensicherheit oft als ein in Mode gekommener Begriff aufgefasst wird und an sich schon wie ein Vorwurf klingt.

An dieser Stelle deshalb eine Klarstellung: Patientensicherheit ist nichts Neues. „Zuerst einmal nicht schaden“ ist schließlich ein Grundsatz, der es schon durch mehrere Medizin-Dekaden geschafft hat und immer noch gültig ist. Die medizinische Ausbildung ist lang, sie schließt mit einem Staatsexamen ab und mündet in die Facharztausbildung. Die Zeiten sind vorbei, in denen sich jeder Hufschmied Dentist nennen durfte. Seit mehr als 10 Jahren gibt es die ärztliche Fortbildungsverpflichtung. Und wenn ein Arzt sich niederlässt, darf er noch längst nicht alle Behandlungen durchführen. Dafür bedarf es Genehmigungen seitens der KVen, die vom Gesetzgeber damit beauftragt sind, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu überprüfen. Diese Beispiele gehören in den Bereich der Qualitätsförderung und tragen somit einen wesentlichen Teil dazu bei, dass sich der Patient beim Arzt sicher fühlen kann.

Neu aber sind in der ambulanten Versorgung die Bestrebungen, eine Sicherheitskultur zu schaffen. Dies wurde aus anderen komplexen Arbeitsfeldern – wie z. B. dem Hochrisikobereich der Luftfahrt – übernommen. Dort gibt es mittlerweile Standards (Checklisten, Fehlerprotokolle u. Ä.) sowie einen offenen und transparenten Umgang mit Fehlern, die alle der Sicherheit des Fluggastes dienen.

Grundsätzlich herrscht in Deutschland eine Null-Fehler-Mentalität. Jeder ist gerne und schnell dabei, einen Schuldigen zu identifizieren. „Das darf nicht passieren“ hat jeder schon mal gehört, wenn nicht gar schon selbst gesagt. Dem Empfänger dieses Satzes hilft dies allerdings recht wenig. Richtig wäre der Satz „Das darf kein zweites Mal passieren. Was können wir dagegen tun?“ Durchaus kann es in der Praxis passieren, dass auf dem Rezept das falsche Medikament aufgeschrieben wird. Hier sind alle Beteiligten gefragt – vom Arzt, der die juristische Verantwortung dafür trägt, über den Mitarbeiter bis hin zum Patienten, seinen Angehörigen und dem Apotheker. Sobald jemandem etwas seltsam erscheint, sollte es jedem gestattet zu sein, nachzufragen.

Natürlich SOLLTE keine Medikamentenverwechslung passieren, aber die Realität sieht anders aus. Sie zu verleugnen bringt nichts. Das ist auch die Antwort auf die Frage, ob Patientensicherheit neu ist. Nein, Patientensicherheit ist nichts Neues, es gibt jetzt nur eine Begrifflichkeit für das, was Normalität sein sollte: Zu begreifen, dass kein Mensch und keine Organisation fehlerfrei ist. Es braucht Unterstützung, um Sicherheitsbarrieren an den Stellen einzubauen, die besonders riskant sind. Dafür sollte das gesamte Praxisteam gemeinsam eruieren, wo die jeweilige Ursache für ein unerwünschtes Ereignis liegt und wie es zukünftig verhindert werden kann. Ist es vielleicht möglich, dass Rezepte nur noch am Schreibtisch des Arztes unterschrieben werden? Ist es möglich, das verschriebene Medikament dem Arzt laut vorzulesen, sodass er nur durch Gehör noch einmal dessen Richtigkeit überprüfen kann? Soll das 4-Augen-Prinzip angewendet werden? Jede Praxis muss individuell für sich entscheiden, wie und welche Sicherheitsbarrieren hier eingebaut werden können und sollen. Hinzu kommt, dass sich eine proaktive und kollegiale Sicherheitskultur nicht einfach von einem Tag auf den anderen einführen und umsetzen lässt. Der zweite Teil des Wortes zeigt auf, dass es vermutlich Generationen braucht, bis eine Kultur etabliert ist, in der es völlig normal ist, über Fehler zu sprechen, sie sich einzugestehen und aufzuhören, den Schuldigen zu suchen.

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) definiert Patientensicherheit als „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse“. Es können also alle standardisierten Maßnahmen, die darauf abzielen, unerwünschte Ereignisse zu verhindern oder zu minimieren, in den QM-Prozessen beschrieben werden. QM liefert so einen wesentlichen Beitrag zur Patientensicherheit.

Doch was bedeutet „unerwünschtes Ereignis“? Ein unerwünschtes Ereignis ist laut Definition des ÄZQ „ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.“ Wenn z. B. ein Patient Penicillin erhält und eine allergische Hautreaktion entwickelt, kann dieses Ereignis sowohl vermeidbar (die Allergie war bekannt) als auch unvermeidbar (die Allergie tritt zum ersten Mal auf) sein.

Die Fachliteratur hat verschiedene Intensitätsstufen von unerwünschten Ereignissen herausgearbeitet. Die jeweilige Einordnung fällt nicht immer leicht, ist für den Praxisbetrieb aber auch eher von untergeordneter Bedeutung. Denn wichtig sollte sein, jedes unerwünschte Ereignis zu vermeiden, unabhängig von der Frage, ob es zu einem Beinahe-Schaden oder zu einem leichten oder schweren Schaden geführt hat.

Dennoch sind die Intensitätsstufen relevant, um das Grundverständnis zu stärken, dass Patientensicherheit die Spanne an Fehlern von der Verunsicherung bis hin zu katastrophalen Schäden vermeiden kann:

Kritisches Ereignis (engl.: critical incident):

Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht.

Beispiel: Der Patient hat eine ihm bekannte Penicillinallergie. Bei der Anamnese wird nicht nach bekannten Allergien gefragt und daher kein Warnhinweis in der Patientenakte angebracht.

Fehler (engl.: error):

Eine Handlung oder ein Unterlassen bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant.

Beispiel: Bei Verschreiben des Penicillins nicht auf Warnhinweise in der Patientenakte geachtet.

Beinahe-Schaden (engl.: near miss):

Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können.

Beispiel: Einem Patient mit bekannter Penicillinallergie wird Penicillin verschrieben. Bevor das Rezept ausgehändigt wird, fällt der Warnhinweis „Penicillinallergie“ in der Patientenakte auf. Ein anderes Präparat wird verschrieben.

(Der ebenso teilweise noch verwendete Begriff des Beinahe-Fehlers ist eine Fehlübersetzung des englischen Begriffs "near miss" (Beinahe-Schaden) und sollte nicht mehr verwendet werden.)

Auch wenn QM einen großen Beitrag für die Patientensicherheit liefert, geht Patientensicherheit weit über QM hinaus. Beim QM geht es darum, Prozesse zu standardisieren. Die Dokumentation von Aufgaben und Verantwortlichkeiten trägt dazu bei, Prozesse zu optimieren und sicherer zu machen, indem Vorgehensweisen bewusst hinterfragt und evtl. neu geordnet werden.

Für unerwartete Situationen allerdings kann es keine Standardisierung geben. Und diese sind im Praxisalltag nicht selten. Auch wenn der Terminkalender einen gut strukturierten Eindruck macht, kann es in der Realität ganz anders aussehen. Plötzlich klingelt pausenlos das Telefon und viele nicht angemeldete Patienten stehen an der Anmeldung. Hinzu kommt ein Notfall. Und schon sind die beteiligten Personen in einer Situation, die nicht im QM-Handbuch beschrieben werden kann. Jetzt kommt es darauf an, wie das Praxisteam reagiert und mit dieser Situation umgeht. Jede Praxis muss für sich selbst einen sicheren Weg finden. Wichtig ist, eine Balance zwischen Standardisierung und der Fähigkeit,

Unerwartetes zu bewältigen, herzustellen. Nicht jeder kann mit Überraschungen flexibel umgehen, doch ist dies im ärztlichen Kontext ein Muss. Dazu gehören Schulungen des Teams, z. B. zu den Themen Kommunikation, Teamarbeit, Praxis-Notfalltraining, aber auch die Reflexion darüber, wie in der Praxis mit unerwünschten Ereignissen und Fehlern umgegangen wird und welche Gesprächs- und Informationskultur in der Praxis herrscht. Das Ziel sollte eine Kultur sein, in der niemand fürchten muss, für einen Fehler sanktioniert zu werden. Denn dadurch wird derjenige beim nächsten Mal versuchen, ihn zu vertuschen. Ein vertrauensvoller Umgang im gesamten Team ist Voraussetzung. Es ist Führungsaufgabe, zu erklären, welche Kultur in der Praxis gewünscht wird und es ist Führungsaufgabe, mit gutem Beispiel voran zu gehen. Feedback sollte es in beide Richtungen geben.

Denn eine vertrauensvolle Praxiskultur trägt nicht nur zur Patientensicherheit, sondern auch zu mehr Mitarbeiterzufriedenheit bei. Es ist also eine Aufwärtsspirale, die immer weiter nach oben führt. Auch wenn das Ziel ist, offen über Lücken der Patientensicherheit zu sprechen, gilt der Grundsatz „No shame. No blame. No names“. Die Offenheit sollte jedoch grundsätzlich an der Praxistür enden.

Ihre Sicherheitskultur kann öffentlichkeitswirksam genutzt werden. Praxen stellen sich Fehlern bzw. tun alles Erdenkliche, damit es nicht zu Fehlern kommt.



„KPQM berücksichtigt Ihre Patienten über deren Krankheit hinaus.“

Praxis:	Implementierung der Selbsthilfefreundlichkeit	PA-Selbsthilfefreundlichkeit
		Version 1.0
		Seite 1 von 2

1. Zielsetzung

Mit dieser Praxisanweisung soll die strukturierte und systematische Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe die Patientenorientierung fördern und zu einem Wissensgewinn aus der Betroffenenansicht von Patienten und Angehörige führen. Patienten und deren Angehörige sollen über eine Zusammenarbeit der Praxis mit der Selbsthilfe informiert werden.

2. Geltungsbereich

Diese Praxisanweisung gilt für alle Mitarbeiter der Praxis.

3. Begriffsdefinition

KOSA Kooperationsberatungsstelle für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten in Westfalen-Lippe

4. Verantwortlich für die Inkraft- und Außerkraftsetzung

Für die Inkraft- und Außerkraftsetzung dieser Praxisanweisung ist die Praxisleitung verantwortlich.

5. Vorgehen und Zuständigkeiten (Regelungsinhalt)

Siehe Flowchart FC-Selbsthilfe „Implementierung der Selbsthilfefreundlichkeit“

6. Mitgeltende Unterlagen

- FC-Selbsthilfe Implementierung der Selbsthilfefreundlichkeit
- Kooperationsvereinbarung zwischen Arztpraxis und Selbsthilfegruppe

7. Aufzeichnungen, die im Zusammenhang entstehen

- In der Patientendokumentation festgehaltener Hinweis auf eine Selbsthilfegruppe.
- Schriftliche Kooperationsvereinbarung zwischen Praxis und indikationsbezogener Selbsthilfegruppe.
- Funktions- und Aufgabenbeschreibung Selbsthilfebeauftragte im Organigramm.

8. Verteiler

Die Praxisanweisung wird für alle Mitarbeiter der Praxis im QM-Handbuch bereitgestellt.

Erstellt:		Name:	Sign.:
Geprüft:		Name:	Sign.:
Freigegeben:		Name:	Sign.:

Praxis:	Implementierung der Selbsthilfefreundlichkeit	FC Selbsthilfe Version 1.0 Seite: 2 von: 2 Datum: 21.11.2017
---------	--	---

