

...weil Qualität
in der Praxis führt.



Interne Kommunikation und Kooperation

Die verlässliche interne Weitergabe patientenbezogener Informationen und die zeitnahe Erledigung von Anordnungen sorgen für reibungslose Abläufe.

Eine sichere Behandlung von Patienten erfordert eine eindeutige Kommunikation zwischen allen Teammitgliedern der Praxis, um Missverständnisse und sicherheitsrelevante Ereignisse bei Diagnostik und Therapie zu vermeiden.

Die QM-Richtlinie regelt in Paragraph 3 als grundlegendes Element des QM die „Kommunikation und Kooperation“.

Interne Weitergabe von patientenbezogenen Informationen

Um die interne Weitergabe aller relevanten patientenbezogenen Informationen zu regeln, sollten alle beteiligten Teammitglieder eindeutig ihre Verantwortung und Befugnisse kennen. Wesentliche Schnittstellen innerhalb der Praxis müssen in den Ablaufbeschreibungen zur Diagnostik und Therapie und in Behandlungspfaden beschrieben werden. Individuelle Patienten-Laufzettel oder To-do-Listen helfen Abläufe reibungslos und sicher zu organisieren. Auf diesem Weg können Zeitvorgaben (z. B. „sofort“, „nächste Woche“, „in einem Monat“), die Mitgabe von Informationsmaterialien, Überweisungen und Folgetermine einfach und verbindlich angeordnet werden.

Information an das gesamte Team

Alle Beteiligten – Mitarbeiter und Patienten – sollen möglichst genau wissen, warum, welche Maßnahmen, bei wem, wann durchgeführt werden. Eine stichprobenartige Auswertung der „abgearbeiteten“ Patienten-Laufzettel kann wichtige Hinweise auf mögliche Verbesserungen der Abläufe geben.

Anlassbezogene Rückfragen der Mitarbeiter an die Ärzte bzw. Psychotherapeuten, bspw. zu Dosierungs- und/oder Einnahmehinweisen, strukturierte Fallbesprechungen/-konferenzen, Teambesprechungen und sogenannte „Morgenrunden“ dienen der verlässlichen Weitergabe von Informationen und somit der Patientensicherheit.

Dokumentation in der Patientenakte

Der Zugang zu patientenbezogenen Informationen wird auch durch eine vollständige Dokumentation in der Patientenakte mit eindeutigen und möglichst standardisierten Eintragungen sichergestellt. Sowohl die Veranlassung als auch der Zeitpunkt und die vollständige Durchführung aller Maßnahmen sollen nachvollziehbar sein. Dazu kann das Praxisteam Namenskürzel und Datumangaben verwenden.

Datenschutz

Patientendaten dürfen grundsätzlich nur mit Zustimmung des Patienten oder auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen weitergegeben werden. Eine interne Regelung sollte sicherstellen, dass den Patienten erkennbar gemacht wird, dass alle vorhandenen Patientendaten, -unterlagen und -befunde vor Missbrauch geschützt werden. Eine weitere Regelung sollte beinhalten, dass Daten routinemäßig an mit- und weiterbehandelnde Ärzte/Psychotherapeuten weitergeleitet werden.

Das QEP-Muster 2.3.2 „Datenschutz-erklärung“ ist ein Formblatt für Mitarbeiter, auf dem durch Name, Unterschrift und Datum die Verpflichtung zum Datenschutz dokumentiert wird. Das QEP-Muster 2.3.2 zu „Schweigepflicht und Datenschutz“ ist eine interne Regelung zu strukturellen Voraussetzungen und zum Umgang mit dem Datenschutz im Patientenkontakt.

Praxisname und -logo

Praxisname und -logo

MUSTER

Schweigepflicht und Datenschutz

MUSTER

Interne Regelung

Datenschutz-erklärung

Formblatt

2.3.2 (1)

Verpflichtung zum Datenschutz gemäß § 6 BDSG (Bundesdatenschutzgesetz)

Ich bin heute von meinem Arbeitgeber über den Umfang meiner Verschwiegenheitspflicht belehrt worden. Mir sind die anhängend abgedruckten Bestimmungen bekannt gegeben worden. Es wird nur eine Berufstätigkeit begründet (v. a.).

Mir ist bekannt:

1. sich mein Tätigkeits
2. sich die v. Aufzucht
3. sich mein Patienten
4. die versch. gegen
5. meine Vw. gegen
6. meine Vw. Beschäfti

Über die ges. worden. Ich v. sind Ausstel

Datenschutz

Mit Bezeichnung v. unangefordert in sich habe die mögliche Folgen ausgehend vom allgemeinen Gehe

Unser Ziel

Durch Umsetzung dieser Regelung wollen wir alle in unserer Praxis/ unserem MVZ vorhandenen Patientendaten, -unterlagen und -befunde vor Missbrauch schützen.

Inhalt der Regelung

Strukturelle Voraussetzungen:

1. Anmeldung und Wartezimmer sind durch eine Glas Tür räumlich getrennt.
2. Die Türen der Sprech- und Untersuchungszimmer sind schallgeschützt und bleiben während der Behandlung geschlossen.
3. Alle Mitarbeiter unterschreiben eine Datenschutzerklärung, die auch die Warnung von Datenlecks und Social-Media-Nutzung umfasst.
4. Patientendaten werden ausschließlich in den abschließbaren Schränken an der Anmeldung gelagert.
5. Im Loggenraum steht ein verschließbarer Container zur Zwischenlagerung der zu verarbeitenden Dokumente bereit.
6. Ein Aktenverwahrer steht in der Anmeldung bereit und wird regelmäßig auf Funktionsfähigkeit überprüft. Dieser ist dafür ausgebildet, Unterlagen nach Stufe 3 der DIN-Norm 32757 zu zerlegen.
7. Computer sind von Unbefugten nicht einsehbar. Es sind Bildschirmhörer mit Passwortschutz eingerichtet, die sich an der Anmeldung und in allen Sprechzimmern statt 10 sec. automatisch einschalten.
8. Die Passwörter entsprechen aktuellen Sicherheitsstandards und sind nur befugten Mitarbeitern bekannt. Zugriffsberechtigungen (Lese- und Schreibrechte) sind für jeden Mitarbeiter definiert.
9. Der Zugriff auf Daten ist geregelt, auch für den Fall der Erkrankung des Inhabers. Eine Liste mit allen relevanten Passwörtern liegt im Tresor des Schreibzimmers.
10. Mobile Datenträger dürfen nur nach sorgfältiger Prüfung verwendet werden.

Umgang mit dem Datenschutz im Patientenkontakt:

1. Befunde und Patientendaten geben wir nur nach schriftlicher Einwilligung des Patienten weiter. Ausgenommen sind die gesetzlich bestehenden Übermittlungspflichten oder -pflichten. Dies gilt auch für die Weitergabe an mit- oder weiterbehandelnde Ärzte oder Psychotherapeuten.
2. An der Anmeldung und am Telefon nennen wir keine Namen, Befunde werden im Zusammenhang mit einem Namen nicht in Anwesenheit Unbefugter weitergegeben oder besprochen.
3. Patientendaten werden ständig beaufsichtigt und liegen nicht offen herum.
4. Patientendaten, die aktuell nicht benötigt werden, bewahren wir im abschließbaren Schrank in der Anmeldung auf.
5. Anfragen von privaten Versicherungsgesellschaften senden wir grundsätzlich an die Patienten, damit der Patient prüfen kann, ob er die Unterlagen weiterleiten möchte. Bei Anfragen von Leistungsträgern des SGB (z. B. Unfall-, Rentenversicherung, Sozialämter und Pflegekassen) informieren wir die Patienten über unsere Auskunftspflicht.
6. Patientendaten, die nicht mehr benötigt und nicht aufbewahrt werden müssen, machen wir im Aktenverwahrer Stufe 3 der DIN-Norm 32757 unkenntlich.

© 2012 QEP-Handbuch

© 2012 QEP-Handbuch

© 2012 QEP-Handbuch

Datensicherung

Patientendaten werden zumeist elektronisch erfasst und gespeichert. Die Patientendaten sind vor Übergriffen angemessen zu schützen und vor Verlust zu sichern. Arbeitstäglich sollten deshalb Sicherungskopien, sogenannte Backup-Dateien, erstellt werden. Innerhalb der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist muss die Verfügbarkeit und Lesbarkeit der Daten (z. B. nach Wechsel des EDV-Systems) auf elektronischen Speichermedien gewährleistet werden.

Quellen:

- QEP-Manual (2012) 1.4.1 Interne Kooperation und Kommunikation
- 2.3.2 Schweigepflicht und Datenschutz
- 4.5.2 Datensicherung

Sie haben Fragen zum Thema oder wünschen weitere Informationen? Gern können Sie sich an Christin Richter telefonisch unter 0391 627-6446 oder per Mail an Christin.Richter@kvs.de wenden.