



Information

INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

in Trägerschaft von:

Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Körperschaft des öffentl. Rechts –

Nr. 5/2005

vom 4. Oktober 2005

Qualitätsmanagement-Systeme für die Zahnarztpraxis

Qualitätsmanagement (QM) ist ein wichtiges Instrument, um Praxisstrukturen, -abläufe und -ergebnisse zu dokumentieren, zu bewerten und zu verbessern mit dem Ziel, die Patientenversorgung und die Patientenzufriedenheit zu optimieren.

Nachdem ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragszahnärzte im SGB V gesetzlich eingeführt wurde, ist ein großes Interesse an dem Thema festzustellen, obgleich die Rahmenrichtlinien sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement bisher noch nicht verabschiedet worden sind. Viele Anbieter auf dem Markt bieten den Zahnarztpraxen ihre jeweiligen Modelle an. Für die einzelne Zahnarztpraxis besteht häufig Intransparenz und Unsicherheit, ob und für welches Qualitätsmanagement-System sie sich entscheiden soll. Dabei wird Qualitätsmanagement bereits in vielen Zahnarztpraxen durchgeführt, wenn auch häufig nicht systematisch und nicht als solches ausgewiesen.

Ziel der vorliegenden IDZ-Information zu Qualitätsmanagement-Systemen für die Zahnarztpraxis ist es, von Zahnärzten für Zahnärzte entwickelte Qualitätsmanagement-Systeme darzustellen, ihre jeweils besonderen Merkmale herauszuarbeiten und Gemeinsamkeiten zu beschreiben. Die hier vorgelegte Veröffentlichung basiert auf einem Workshop der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (zzq) im Oktober 2004.

Zunächst werden Hintergründe für die Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen diskutiert, dann Eckpunkte von QM in der Zahnarztpraxis beschrieben. Im Mittelpunkt steht die Darstellung von sechs unterschiedlichen QM-Systemen, die nach den Aspekten: Entstehung des Projektes, Ziele, Kernelemente, Methoden und Instrumente, zeitlicher, personeller und finanzieller Aufwand und Stärken/Schwachstellenanalyse von den Referenten der Systeme beschrieben werden. Die Darstellung basiert auf den Vorträgen der Referenten des jeweils vorgestellten Systems. Es folgt eine Zusammenfassung und Bewertung der sechs QM-Systeme durch die Autoren dieser IDZ-Information, Dipl.-Soz. Barbara Bergmann-Krauss, Köln und Dr. Peter Boehme, Bremen. Darin wird deutlich, dass es nicht ein ideales QM-System für alle Zahnarztpraxen gibt, sondern dass die Systeme aufgrund ihrer unterschiedlichen Ziele, Schwerpunkte, Instrumente und Aufwände für eine konkrete Zahnarztpraxis unterschiedlich gut geeignet sind. Jede Praxis muss sich daher das für sie passende QM aussuchen.

Weitere Exemplare der IDZ-Information Nr. 5/2005 können auf Anfrage kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Eine Downloadversion des Textes finden Sie unter: www.idz-koeln.de

Redaktion: Barbara Bergmann-Krauss

Abstract

Quality management systems for the dental practice

Quality management (QM) is an important instrument to document practice structures, processes and results, and to evaluate and to improve them in order to optimise patient care and patient satisfaction.

After the legal introduction of an internal quality management for contracting dentists in the German code of social law this topic has aroused great interest although neither the basic guidelines nor the fundamental requirements for an internal quality management have been adopted yet. Many providers on the market offer their respective models to the dental practices. For the individual dental practice transparency is not given and they feel uncertain whether or not to choose a quality management system and if yes which one to choose. However quality management has already been introduced in many dental practices although it is often not yet systematic and is often not identified as such.

The intention of this IDZ Information on quality management systems for the dental practice is to present to dentists the quality management systems developed by dentists, to point out the special characteristics and to describe what they have in common. This publication is based on a workshop of the Agency for Quality in Dentistry (Zahnaerztliche Zentralstelle Qualitaetssicherung – zzq) in October 2004.

At first the background for introducing quality management systems is being discussed followed by the description of the basic elements of QM in the dental practice. The publication focuses on the description of six different QM systems under the following aspects: development of the project, aims, basic elements, methods and instruments, costs for personnel and overall expenditure, analysis of the pros and cons. It is based on the papers of each of the speakers who presented the different systems. Finally a summary and evaluation of the six QM systems is made by the authors of this IDZ information, Dipl.-Soz. Barbara Bergmann-Krauss, Koeln, and Dr. Peter Boehme, Bremen. It is shown that no ideal QM system exists for all dental practices but that a choice has to be made which systems are best suited to a specific dental practice on account of their different aims, priorities, instruments and costs. Therefore each practice has to select the QM which best suits its requirements.

Additional copies of the IDZ Information No. 5/2005 can be ordered free of charge. Website link for download version: www.idz-koeln.de.

Qualitätsmanagement-Systeme für die Zahnarztpraxis

Barbara Bergmann-Krauss/Köln, Peter Boehme/Bremen

Gliederungsübersicht

1	Einführung: Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) – Forderungen und Initiativen.....	4
2	Eckpunkte von QM in der Zahnarztpraxis.....	6
2.1	Gesetzliche Rahmenbedingungen	7
2.2	Arbeitsprozesse	7
2.3	Diagnose- und Behandlungsprozesse	7
2.4	Mitarbeiterorientierung	7
2.5	Patientenorientierung	8
2.6	Kooperation mit Partnern	8
2.7	Controlling	8
2.8	Praxisleitung.....	8
2.9	Leitbild.....	9
3	Darstellung ausgewählter QM-Systeme.....	9
3.1	Das Zahnärztliche PraxisManagementsystem, (Z-PMS)	9
3.1.1	Vorgeschichte, Entstehung des Projektes.....	9
3.1.2	Ziele	11
3.1.3	Kernelemente.....	11
3.1.4	Methoden und Instrumente	11
3.1.5	Zeitlicher, personeller und finanzieller Aufwand	12
3.1.6	Anwendungserfahrung, Umsetzung	12
3.1.7	Stärken/Verbesserungspotentiale	13
3.2	Europäisches Praxisassessment Zahnmedizin	13
3.2.1	Vorgeschichte, Entstehung des Projektes.....	13
3.2.2	Ziele	14
3.2.3	Kernelemente.....	15
3.2.4	Methoden und Instrumente	15
3.2.5	Zeitlicher, personeller und finanzieller Rahmen	16
3.2.6	Anwendungserfahrung, Umsetzung	17
3.2.7	Stärken/Verbesserungspotentiale	17
3.3	Das Konzept der KBV: Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP)	17
3.3.1	Vorgeschichte, Entstehung des Projektes.....	17
3.3.2	Ziele	17
3.3.3	Methoden und Instrumente	18
3.3.4	Anwendungserfahrung, Umsetzung	19
3.3.5	Zeitlicher, personeller und finanzieller Rahmen	19
3.3.6	Stärken/Verbesserungspotentiale	20
3.4	Projekt Qualitätssicherung des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde.....	20
3.4.1	Vorgeschichte, Entstehung des Projektes.....	20
3.4.2	Ziele	20
3.4.3	Kernelemente.....	21

3.4.4	Methoden und Instrumente	21
3.4.5	Zeitlicher, personeller und finanzieller Aufwand	23
3.4.6	Anwendungserfahrung, Umsetzung	23
3.4.7	Stärken/Verbesserungspotentiale	24
3.5	DIN EN ISO-Zertifizierung, QM 21 e. V.	24
3.5.1	Vorgeschichte, Entstehung des Projektes	24
3.5.2	Ziele	24
3.5.3	Kernelemente	25
3.5.4	Methoden und Instrumente	25
3.5.5	Zeitlicher, personeller und finanzieller Aufwand	26
3.5.6	Anwendungserfahrung, Umsetzung	26
3.5.7	Stärken/Verbesserungspotentiale	26
3.6	European Foundation for Quality Management (EFQM), Dental Excellence	27
3.6.1	Vorgeschichte, Entstehung des Projektes	27
3.6.2	Ziele	28
3.6.3	Kernelemente	28
3.6.4	Methoden und Instrumente	29
3.6.5	Zeitlicher, personeller und finanzieller Aufwand	29
3.6.6	Anwendungserfahrung, Umsetzung	30
3.6.7	Stärken/Verbesserungspotentiale	30
3.7	Sonstige Projekte	31
3.7.1	Projekt „Qualitätsmanagement in der Zahnarztpraxis“ der LZK Baden-Württemberg	31
3.7.2	ZQM – Zahnärztliches Qualitätsmanagement der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein	32
4	Bewertung der QM-Systeme, Zusammenfassung	32
5	Literatur	37

1 Einführung: Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) – Forderungen und Initiativen

Qualitätsmanagement in der Zahnarztpraxis ist schon seit über 10 Jahren ein aktuelles Thema, hat jedoch durch die gesetzliche Regelung im Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2004 eine besondere Aktualität erfahren. In den neunziger Jahren fingen einige wenige Zahnärzte an, sich für Qualitätsmanagement zu interessieren, erste Zertifizierungen nach DIN EN ISO wurden vorgenommen. Allerdings wurden die ersten Praxiszertifizierungen vom zahnärztlichen Berufsstand insgesamt noch sehr kritisch betrachtet. Auch andere QM-Systeme, die eher die besonderen Belange einer Zahnarztpraxis berücksichtigen, wurden von Zahnärzten für ihre Praxen entwickelt. Es handelte sich nur um wenige innovationsfreudige Zahnärzte; die große Mehrzahl der Zahnärzte blieb skeptisch und sah in Qualitäts-Preisen oder Praxiszertifizierungen eher ein Marketinginstrument.

Einen aktiven An Schub zur Einführung erhielt QM in der Zahnarztpraxis durch die Beschlüsse der 72. Gesundheitsministerkonferenz 1999 in Trier, die feststellte, dass alle Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, also damit auch Zahnarztpraxen „bis

zum 01.01.2005 ein an den Stand der Wissenschaft und Technik orientiertes Qualitätsmanagement“ einführen sollten. Die Beschlüsse der GMK waren jedoch nicht verbindlich.

Im Gutachten des Sachverständigenrates von 2000/2001 ist dem QM ein Unterkapitel gewidmet. Hier wird festgestellt, dass es verschiedene QM-Systeme für Gesundheitseinrichtungen in Deutschland gibt, über deren Wirksamkeit es jedoch noch wenig gesicherte Erkenntnisse gibt. Daher empfahl der Rat, zunächst die vorhandenen QM-Systeme einer intensiven Evaluation im Hinblick auf den Nutzen für die Gesundheit von Patienten und hinsichtlich ihrer Kosten zu unterziehen (vgl. SVR, 2000/2001, S. 127).

Im GMG, das am 01.01.2004 in Kraft trat, wurden Vertragsärzte und Vertragszahnärzte zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements verpflichtet (§ 135a SGB V). Nach §§ 136a und 136b bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) durch Richtlinien die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement. Richtlinien für Zahnärzte sind bisher noch nicht beschlossen und kurzfristig auch nicht erwartbar. Es wird sicher kein einziges, bestimmtes QM-System verbindlich vorgeschrieben werden, sondern eine Vielfalt von Ansätzen und Methoden wird möglich sein. Mit der gesetzlichen Vorgabe ist keine Verpflichtung zur Zertifizierung eines Qualitätsmanagement-Systems verbunden und mittelfristig auch nicht vorgesehen.

In der von BZÄK und KZBV 2004 veröffentlichten „Agenda Qualitätsförderung“, einem Grundsatzpapier zur Qualität in der Zahnmedizin (vgl. BZÄK/KZBV, 2004), wurde die Förderung von effizienten und modernen Praxisstrukturen als eine wichtige Strategie zahnärztlicher Qualitätsförderung benannt. Da die Zahnarztpraxis sich zu einem komplexen, patientenorientierten Dienstleistungsunternehmen entwickle, sei eine gut geplante, zielorientierte Praxisorganisation Voraussetzung. Gefordert wird eine gut funktionierende Kommunikation aller Praxismitarbeiter, die zu transparenten und verlässlichen Arbeitsabläufen führt. Ferner soll eine geeignete Dokumentation relevante Informationen allen Beteiligten zugänglich machen, die Zusammenarbeit fördern und bei der Fehlervermeidung helfen. Es wird gefordert, die vielfältigen gesetzlichen Vorschriften und Verordnungen auf ein administratives Mindestmaß zu reduzieren, damit sie gezielt und transparent umgesetzt werden können, z. B. mit Hilfe von Handbüchern oder Checklisten.

Ziel und Aufgabe dieser IDZ-Information ist es, einen Überblick über verschiedene QM-Systeme zu geben, die bisher von Zahnärzten in ihren Praxen angewendet werden, deren Merkmale herauszustellen und vorsichtig zu bewerten. Bei den hier beschriebenen Projekten wurden in Ansatz, Struktur, Methoden und Aufwand unterschiedliche QM-Systeme ausgewählt. Alle aufgenommenen QM-Systeme sind von Zahnärzten bzw. Zahnärztegruppen für ihre Praxen entwickelt worden, QM-Systeme kommerzieller Anbieter werden hier nicht berücksichtigt.

Unabhängig von den gesetzlichen Forderungen sollen QM-Systeme beschrieben und untersucht werden, die für eine Zahnarztpraxis geeignet sind. Es wird davon ausgegangen, dass es kein ideales QM-System für alle Zahnarztpraxen gibt, sondern dass je nach Struktur, Größe und Zielsetzung der Praxen unterschiedliche Systeme geeignet sind. (Für einen guten knappen Überblick über QM-Modelle für die Arztpraxis vgl. Knon und Ibel, 2005).

Allgemeines Ziel von QM in der Arzt- und Zahnarztpraxis ist es, „die Qualität des Arbeitsprozesses zu wahren oder zu erhöhen. Dies kann nur verwirklicht werden, wenn

Probleme rechtzeitig identifiziert, hinreichend analysiert sowie praktikable Verbesserungsvorschläge zügig erarbeitet und erfolgreich angewendet werden“ (ÄZQ, 2003, S. 11). Qualität wird also erreicht durch Dokumentation und Bewertung des Ist-Zustandes von Abläufen oder Leistungen, Erzeugen von Problembewusstsein, Vorschläge zur Intervention bei erkannten Mängeln sowie Umsetzung der Lösungsvorschläge in die Praxis und daraufhin erfolgende Überprüfung erreichter Veränderungen. Diese Schritte bzw. Elemente liegen jeder qualitätsfördernden Maßnahme zugrunde und werden als Qualitätskreislauf beschrieben (vgl. Gerlach, 2001, S. 14).



Die Qualität darzulegen und dadurch Transparenz herzustellen sind wichtige Aufgaben von QM, was durch die gezielte Dokumentation von Abläufen und Ergebnissen und deren ständige, bewusst kritische Überprüfung erreicht wird.

2 Eckpunkte von QM in der Zahnarztpraxis

QM hat verschiedene Bausteine oder Eckpunkte, von denen mehrere oder alle zusammen sich zu einem QM-System verbinden lassen. Hierbei wird unter QM-System „die Systematik der formalen, organisatorischen und inhaltlichen Struktur-, Planungs- und Handlungsvorgaben zur Erfüllung der Aufgaben und Pflichten des QM“ verstanden (vgl. Nüllen und Noppeney, S. 59). Oder anders ausgedrückt: Ein QM-System bedeutet das systematische, geplante und aufeinander abgestimmte Zusammenwirken der verschiedenen Eckpunkte des QM in einem sich ständig weiterentwickelnden Prozess, der zu einer Qualitätssteigerung im Sinne des reibungslosen und wirksa

men Ablaufs aller Prozesse, zu guten Arbeitsergebnissen und zu höherer Zufriedenheit von Patienten, Praxismitarbeitern und Praxisinhabern führen soll.

2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Es gibt eine Fülle von gesetzlichen Bestimmungen, Verordnungen und Richtlinien, die in der Zahnarztpraxis angewendet werden müssen. Die Kenntnis eines umfangreichen Regelwerkes an Einzelgesetzen und -bestimmungen für die unterschiedlichen Bereiche der Praxisführung wie Patientenschutz, Arbeitsschutz, Berufsrecht u. a. ist erforderlich; hierfür sind systematische Übersichten hilfreich, z. B. in Form der Handbücher der Zahnärztekammern. Die Anwendung der entsprechenden Normen und die Dokumentation ihrer Durchführung sind wichtige Voraussetzungen für ein konfliktfreies Qualitätsmanagement.

2.2 Arbeitsprozesse

Hierunter verstehen wir alle organisatorischen Arbeitsabläufe, die häufig auch durch die Praxismitarbeiter erledigt werden, wenn auch die Abgrenzung zu den Diagnose- und Behandlungsprozessen fließend ist. Häufig verhindert ein routinemäßiger Ablauf von Arbeitsschritten das Potential, Veränderungen und Verbesserungen zu erkennen. Im Rahmen eines Qualitätsmanagements werden die einzelnen Arbeitsprozesse immer wieder kritisch bewertet unter der Perspektive, was kann evtl. verbessert werden? Transparenz der Arbeitsabläufe für alle Praxismitarbeiter erleichtert Koordination und Kooperation. Durch kritische Bewertung und aktive Bewusstmachung der verschiedenen Arbeitsabläufe kann eine Weiterentwicklung der Abläufe im Sinne des Qualitätskreislaufs eingeleitet werden.

2.3 Diagnose- und Behandlungsprozesse

Diagnose- und Behandlungsprozesse orientieren sich am aktuellen Stand der Wissenschaft, sie müssen lege artis durchgeführt werden und setzen die fachliche Kompetenz des Behandlers voraus. Diagnose- und Behandlungsprozesse werden, sofern vorhanden, durch klinische Leitlinien unterstützt. Sie werden jedoch bei der Einführung von QM-Systemen häufig ausgeklammert, da ein einrichtungsinternes QM sich mehr auf die nicht therapiebedingten Abläufe der Praxis bezieht.

Gleichwohl ist es aber sinnvoll, auch die vielfach komplexen Diagnose- und Behandlungsprozesse wie z. B. das Zusammenspiel zwischen präventiven und operativen Maßnahmen in der Parodontologie oder die Koordinierung zwischen zahnärztlichen und zahntechnischen Maßnahmen in der Prothetik einem ständigen Controlling zu unterziehen.

2.4 Mitarbeiterorientierung

Die Einbeziehung der Mitarbeiter ist ein wichtiger Eckpunkt des QM. Gut motivierte Mitarbeiter tragen erheblich dazu bei, auch die Zufriedenheit der Patienten zu steigern. Die Einbeziehung der Mitarbeiter sollte bewusst, gezielt und aktiv erfolgen. Dies bedeutet, die Potentiale der Mitarbeiter sowohl auf individueller als auch auf Teamebene zu nutzen und zu fördern. Klare, eindeutige Kompetenzverteilung, regelmäßige Mitarbeiterbesprechungen, systematische Personalentwicklung durch Qualifizierung, gut funktionierende Informationsweitergabe und Kooperation sind wichtige Elemente der Mitarbeiterorientierung. QM kann nicht vom Praxisinhaber o

der einem Qualitätsbeauftragten in der Praxis allein durchgeführt werden. Nur wenn alle Praxismitarbeiter aktiv ins QM einbezogen werden, kann QM erfolgreich sein.

2.5 Patientenorientierung

Ziel einer Patientenorientierung ist es, sowohl Behandlungserfolg als auch Patientenzufriedenheit zu erreichen. Lange Zeit wurde die Qualität ärztlicher und zahnärztlicher Intervention vorrangig anhand medizinisch-klinischer Erfolgsparameter gemessen, inzwischen sind auch die Patientenperspektive, Patientenerwartungen und Patientenzufriedenheit wichtige Eckpunkte eines erfolgreichen QM.

Patientenorientierung bedeutet ein Umdenken in der Zielsetzung medizinischer Interventionen; es geht nicht mehr nur darum, das medizinisch Mögliche oder Beste umzusetzen, sondern gleichermaßen wichtig ist es, die individuellen Wünsche des Patienten zu berücksichtigen. In der Zahnmedizin ist die verständliche Erläuterung der Diagnose und vorgeschlagenen Therapie sowie der Therapiealternativen von großer Bedeutung. Eine „Sprechende Zahnheilkunde“, „Shared Decision Making (SDM)“ und „Empowerment“ sind Grundlagen für die aktive Einbeziehung des Patienten. Lebensqualität wird als out-come-Parameter inzwischen ebenso anerkannt wie klinische Indikatoren. Voraussetzung eines umfassenden QM ist eine bewusste und gezielte Patientenorientierung (vgl. Böttger-Linck, Yaguboglu, Kasten, 2004). Hierzu gehört auch die Einführung eines systematischen Beschwerdemanagements.

2.6 Kooperation mit Partnern

Da die Zahnarztpraxis in ein Netzwerk von weiteren Kooperationspartnern, wie Dentallabore, Dentaldepots, Fachärzte, Fachberufe des Gesundheitswesens (z.B. Logopäden, Physiotherapeuten), Patientenberatungsstellen, Kammern und KZVen sowie Krankenkassen eingebunden ist und auch zur Öffentlichkeit, wie Gemeinde oder Presse, Kontakte unterhalten werden, ist es von Vorteil, auch diese Beziehungen in das QM-System einzubeziehen und die in diesem Bereich ablaufenden Prozesse und Ergebnisse kritisch zu überprüfen, transparent zu machen und ggf. weiterzuentwickeln.

2.7 Controlling

Eine betriebswirtschaftlich orientierte Praxisführung gehört zu den Bausteinen eines umfassenden QM-Systems. Der Zahnarzt als Unternehmer muss betriebswirtschaftliche Aspekte bei allen Abläufen berücksichtigen. Einnahmen- und Ausgabenkontrolle, Finanzplanung und die Erfassung von Trends sind wichtige Bestandteile eines QM unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten.

2.8 Praxisleitung

Der Praxisinhaber trägt die Gesamtverantwortung für das QM. Sein Verhalten und seine Einstellungen sind ein Schlüsselfaktor für den Erfolg von QM. Alle, die in der Praxis mitarbeiten, sind idealerweise in das QM einzubeziehen, wobei jeder einzelne klar definierte Aufgabenbereiche hat, jedoch gleichzeitig zur kontinuierlichen Zusammenarbeit motiviert wird. Eine breite Information aller an den Qualitätsmanagement-Prozessen beteiligten Mitarbeiter ist erforderlich, präventive Fehlervermeidung und systematisches Fehlermanagement werden unterstützt. Das QM muss von der Praxis, und hier insbesondere der Praxisleitung selbst mitentwickelt und täglich neu

mit Leben erfüllt werden; letztlich muss QM zur täglichen Routine werden, die aber immer wieder – und das ist auch Aufgabe der Praxisleitung, dazu anzuhalten – kritisch evaluiert wird.

2.9 Leitbild

Wichtige Voraussetzung für die Einführung eines umfassenden QM in der Zahnarztpraxis ist die bewusste Formulierung eines Praxisleitbildes bzw. der Ziele, die die Praxis in einem bestimmten Zeitraum, z. B. kurz-, mittel- oder langfristig erreichen will. Dies ist zunächst eine Aufgabe der Praxisleitung, jedoch müssen, soll ein Leitbild erfolgreich umgesetzt werden, alle Mitarbeiter auch schon bei der Leitbilderarbeitung einbezogen werden.

Es geht bei dem Praxisleitbild, das nur individuell bezogen auf die konkrete Zahnarztpraxis erarbeitet werden kann, um Fragen wie: welche fachlichen Schwerpunkte will die Praxis realisieren, welche Patientengruppen sollen erreicht werden u. a. auch unter Einbeziehung demographischer Entwicklungen, welche Praxisstrukturen werden angestrebt, wie sollen Praxisausstattung und Erscheinungsbild aussehen, wie sollen Patientenwünsche erhoben und darauf eingegangen werden, wie wird die Praxis nach außen in der Öffentlichkeit und bei Kollegen dargestellt?

Das einmal erarbeitete Leitbild sollte kontinuierlich auf seine Realisierung und Aktualität überprüft werden.

3 Darstellung ausgewählter QM-Systeme

Im Folgenden werden sechs unterschiedliche QM-Systeme vorgestellt, die bei einem Werkstattgespräch der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung vorgetragen wurden. Die Darstellung basiert auf den Ausführungen der das jeweilige QM-System vorstellenden Referenten und wurde nach folgenden Aspekten untergliedert:

- Vorgeschichte, Entstehung des Projektes
- Ziele
- Kernelemente
- Methoden und Instrumente
- Zeitlicher, personeller und finanzieller Aufwand
- Anwendungserfahrung, Umsetzung
- Stärken/Verbesserungspotentiale

3.1 Das Zahnärztliche PraxisManagementSystem, (Z-PMS)

3.1.1 Vorgeschichte, Entstehung des Projektes

Das Z-PMS wurde, basierend auf Vorarbeiten im Beirat Qualität der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe aus dem Jahr 1999, durch Geschäftsführer bzw. Mitarbeiter mehrerer Zahnärztekammern, insbesondere Bremen, Nordrhein und Westfalen-Lippe, entwickelt als ein QM-System, das als eigener zahnärztlicher Ansatz besonders gut auf Zahnarztpraxen zugeschnitten ist und von der Mehrzahl der Zahnärzte auch ohne zu großen Aufwand angewendet werden kann. Das Konzept des Z-PMS wurde dem Ausschuss Qualität der BZÄK im November 2001 vorgestellt, der Vorstand der BZÄK verabschiedete das Z-PMS im September 2002 mit der Empfehlung, dieses Konzept durch unterstützende Maßnahmen der Zahnärztekammern, insbesondere durch Fortbildungs- und Schulungsangebote, umzusetzen. Das von der

BZÄK beschlossene Z-PMS ist noch kein fertiges QM-System, sondern entspricht eher einem Rohbau, der noch viele Möglichkeiten zur individuellen und unterschiedlich anspruchsvollen Ausgestaltung bis zur Fertigstellung, der Installierung eines praxisindividuellen, systematischen QM-Systems, bietet.

Z-PMS ist ein dreistufiges System, bestehend aus:

Rechtlichen Basisinformationen, Checklisten und Erläuterungen zur Umsetzung dieser Basisinformationen;

Hilfen zur Dokumentation der organisatorischen Arbeitsabläufe einer Praxis, auch durch Checklisten;

Bausteinen für ein individuelles umfassendes systematisches Praxismanagement, Praxisleitbild.

Mögliches Grundkonzept für ein Zahnärztliches PraxisManagementSystem (Z-PMS)						
1. Stufe		2. Stufe	3. Stufe			
Praxis-Handbuch (inkl. BuS-Regelungen)	Auslegepflichtige Praxisvorschriften Gefährdungsanalyse Unterweisungen Organisation Erste Hilfe und Notfallmaßnahmen Hygienemaßnahmen Gefahrstoffe/Gefahrenstoffverzeichnis Med. techn. Geräte/Medizinprodukte Elektrische Anlagen und Betriebsmittel Brandschutz Betrieb von Röntgeneinrichtungen Betrieb von Lasereinrichtungen Entsorgung Biostoffverordnung Ausbildungsverordnung ZAH Einsatzrahmen zahnärztliches Fachpersonal relevante Arbeitsrechtsregelungen Arbeitsmedizinische Vorsorge Bestimmungen Praxislabor	Muster-Dokumentation für Organisationsabläufe als Beispiel und Hilfestellung zur Schaffung von Transparenz	umfassendes, systematisches Z-PMS	Mitarbeiterorientierung	Kommunikation (sprechende Zahnheilkunde)	Leitbild der Praxis
				Betriebswirtschaftliche Kostenrechnung	Führungsgrundsätze/-verantwortung	
		Praxisorganisation		Ressourcen-Management	Patientenerwartungen/-zufriedenheit	

Die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe hat auf der Basis des Rohkonzeptes das Z-PMS weiter ausgestaltet und umgesetzt. Andere Kammern haben ebenfalls in Anlehnung an das Rohkonzept des Z-PMS Umsetzungen vorgenommen. Hier ist insbesondere die Landeszahnärztekammer Hessen zu nennen, die in einer Projektstudie die Praxistauglichkeit des Z-PMS untersucht hat (vgl. Schulte und Klenner, 2005). Im Folgenden wird das Z-PMS der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe dargestellt; Autoren: Gerhardus Kreyenborg/Laer, Hendrik Schlegel/Münster.

3.1.2 Ziele

Ziele des Z-PMS sind:

- Selbstqualifikation des Zahnarztes und seines Teams
- Abwehr von fremdgesteuerten, externen Auflagen
- Praxen vor unnötigen finanziellen Belastungen bewahren
- Verbesserung der Organisationsstruktur
- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Optimierung von Kosten und Ressourcen
- Vermeidung wiederkehrender Fehler
- Ausrichtung von Prozessen
- Kontinuierliche Verbesserung
- Wettbewerbsvorteile

3.1.3 Kernelemente

Gegenstand des Z-PMS ist nicht die fachliche Ausübung der Zahnheilkunde. Das Modell bezieht sich auf Fragen des Praxismanagements und der Praxisorganisation. Es endet an den Schnittstellen zur Ausübung der Zahnheilkunde.

3.1.4 Methoden und Instrumente

Z-PMS verzichtet bewusst auf:

- Zertifizierungen und Rezertifizierungen
- Visitationen
- Kontrollen durch Dritte und
- kostentreibende Bürokratie

Z-PMS bezieht sich auf:

- Fortbildungsmodule
- Kompetenzzirkelsitzungen
- Handbuch
- Softwareprogramme

Z-PMS besteht aus sieben Modulen für Zahnärzte sowie vier auditorengestützten Kompetenzzirkelsitzungen. Das Z-PMS beinhaltet weiterhin fünf Module für Mitarbeiterinnen und eine Kompetenzzirkelsitzung.

Überblick über die Module:

- Einführung (Rahmenbedingungen, Grundzüge des Z-PMS, andere QM-Systeme, Benchmarking)
- Arbeitssicherheit (Sicherheitstechnische und betriebsärztliche Betreuung)
- Betriebswirtschaft (strategische Praxisführung, betriebswirtschaftliche Basisparameter, Finanz-, Rechnungs-, Kreditwesen)
- Organisation und Verwaltung (Praxis-Prozesse, Personalwesen, Auftragswesen, Anmeldung, Behandlung, Abrechnung)
- Patient und Umwelt (MPG, Notfälle, Hygiene)
- Recht (Steuer-, Berufs-, Arbeitsrecht, Haftung)
- Kommunikation (Praxisdarstellung, interne/externe Kommunikation)

Kompetenzzirkel wurden in Anlehnung an Qualitätszirkel eingerichtet als Zusammenschluss von 10-12 Zahnärzten. Die Sitzungen werden von einem Moderator strukturiert. Die Praxisinhaber erarbeiten in den Zirkelsitzungen das praktische Rüstzeug zur Umsetzung des Z-PMS in die Praxis, die Anwendung von QM-Werkzeugen wird aktiv eingeübt (z. B. Brainstorming, QFD-Matrix, Pareto-Diagramm, Kano-Modell, Ursachen-/Wirkungsdiagramm usw.).

In Kompetenzzirkelsitzungen werden folgende Themen bearbeitet:

- Erarbeitung von Praxisphilosophie und -zielen
- Ergebnisse der Patienten- und Mitarbeiterbefragung
- Grundlagen des Personalmanagements, Personalentwicklung
- Erfolgreiches Finanzmanagement
- Ermittlung von Fehlern, Fehlerursachen und -beseitigung
- Entwicklung eines praxisspezifischen Prozessmodells
- Erarbeitung von Kern-, Führungs- und Unterstützungsprozessen
- Entwicklung eines Kennzahlensystems für die Praxis
- Durchführung von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen
- Inhalte und Gestaltung des Praxishandbuchs

Eine Kompetenzzirkelsitzung wird speziell für Helferinnen durchgeführt. Hier werden ein Prozessmodell für die Praxis und Prozess-Schrittlisten in einem moderierten Workshop erarbeitet.

Benchmarking wurde 2004 als ergänzender Baustein zur Fortführung des Z-PMS eingeführt mit Patientenbefragung, Mitarbeiterbefragung und Befragung des Praxisinhabers. Es werden erfolgsrelevante Indikatoren (benchmarks) erfragt mit externem Rating für jede Praxis.

3.1.5 Zeitlicher, personeller und finanzieller Aufwand

Zeitaufwand

- Module: etwa 40 Zeitstunden
- Kompetenzzirkelsitzungen: 12 Zeitstunden
- Implementierungsaufwand: je nach Organisationsgrad der Praxis

Kostenaufwand

- 2.348,-- € inkl. Einschreibegebühr (30,-- €) und MwSt. im Jahr 2004/2005

Leistungen

- 7 Module für Zahnärzte, 5 Module für Helferinnen
- Handbuch
- Patienten- und Teambefragung und Erstellung eines individuellen Praxisprofils
- Teilnahme einer Helferin (jede weitere: 250,-- € zusätzlich)
- 4 Kompetenzzirkelsitzungen Zahnarzt
- 1 Kompetenzzirkelsitzung Helferinnen
- Permanente Betreuung durch die Verwaltung

Gemeinschaftspraxen/Praxisgemeinschaften: Bei Teilnahme beider Behandler wird die Einschreibegebühr (300,-- €) nur einmal berechnet.

3.1.6 Anwendungserfahrung, Umsetzung

Z-PMS als praxisbewährtes QM von Zahnärzten für Zahnärzte lief im Jahr 2004 bereits im 3. Zyklus:

1. Zyklus 15.02.2003-10.05.2003
Evaluation und Anpassung des Konzeptes
 2. Zyklus 06.12.2003-14.02.2004
Evaluation und Feinschliff am Konzept
 3. Zyklus 09.10.2004-11.12.2004
- Inklusive des 3. Zyklus nahmen am Z-PMS etwa 140 Praxen mit annähernd 200 Mitarbeiterinnen teil
 - Die ZÄK Bremen hat einen erfolgreichen Zyklus im Februar 2004 gestartet und durchgeführt. Weitere Länder haben ihr Interesse bekundet.

Z-PMS ist keine Utopie oder eine unerprobte Idee, keine Adaption von ärztlichen Systemen auf zahnärztliche Belange, sondern ein speziell von Zahnärzten für Zahnärzte entwickeltes, praxisbewährtes System in der Anwendung.

3.1.7 Stärken/Verbesserungspotentiale

Stärken

- Vollflexibles Modulsystem mit 7 Modulen für den Praxisinhaber, 5 Modulen für die Mitarbeiterin, 4 Kompetenzzirkelsitzungen für den Praxisinhaber und 1 Kompetenzzirkelsitzung für Mitarbeiterinnen
- Permanente Begleitung und Unterstützung durch die Verwaltung
- Bewusster Verzicht auf Zertifizierung und Visitation
- Integration bestehender Systeme (BuS-Dienst)
- Kompetenzgewinn des Teams durch Schulung
- Praxiszentrierung statt Bürokratisierung
- Selbstlernendes System mit permanenter Verbesserung unter Beteiligung der Kollegen
- QM-Handbuch inkl.
- Individuelles Praxisprofil durch Auswertung von Mitarbeiter- und Patientenbefragung inkl.
- Passende Software über Drittanbieter erhältlich
- Kompatibel zu bestehenden QM-Systemen auf dem Markt
- Kostengünstig, weil nicht kommerziell orientiert

Verbesserungspotentiale

- Benchmarking
- Zeitliche Verkürzung des Zyklus

Z-PMS ist aufgrund seiner Flexibilität allen zukünftigen Herausforderungen gewachsen.

3.2 Europäisches Praxisassessment Zahnmedizin

3.2.1 Vorgeschichte, Entstehung des Projektes

Das Europäische Praxisassessment Zahnmedizin beruht auf dem Konzept des „European Practice Assessment“ (EPA), das im Jahr 2000 für Allgemeinärzte von einer Gruppe von Qualitätsexperten aus sechs europäischen Ländern (Belgien, Deutschland, Frankreich, Niederlande, Schweiz und Vereinigtes Königreich) entwickelt wurde. Vorbild war das niederländische Visitatie-Modell. EPA ist ein gemeinsames Projekt von der European Task Force on Practice Assessment, Leiter Richard Grol/ Nijmegen, und der Bertelsmann-Stiftung. Die Durchführung des Projektes in Deutsch-

land hat das AQUA-Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen/Göttingen, Leiter Joachim Szecsenyi, übernommen.

Seit April 2004 wird EPA für die allgemeinärztliche Praxis angeboten. Auf Initiative der an der Entwicklung beteiligten Gruppen wurde eine unabhängige Stiftung gegründet, über die eine Zertifizierung der Praxen mit abgeschlossenem EPA-Verfahren möglich ist (Stiftung Praxissiegel).

In den Jahren 2004 und 2005 wurde EPA in mehreren Entwicklungsschritten auf Zahnarztpraxen übertragen. Die beteiligten Arbeitsgruppen wurden von der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe geleitet. In die Entwicklungsarbeit flossen Erfahrungen des qualitätsfördernden Kurskonzeptes „Praxisforum Zahnärztliche Qualitätsförderung“ ein, das von der Karlsruher Akademie 2003 vorgestellt wurde. Im folgenden wird EPA-Zahnmedizin vorgestellt; Autor: Winfried Walther/Karlsruhe.

3.2.2 Ziele

Mit EPA-Zahnmedizin soll ein einfaches, praktikables QM-Verfahren geschaffen werden, das leicht umsetzbar ist und den Praxisablauf kaum beeinträchtigt. Die Ausgangsfragestellung dabei ist, wie eine effektive Implementation von Veränderungen in der Patientenversorgung erreicht und wie Versorgungsroutinen erfolgreich verändert werden können.

Das Verfahren geht davon aus, dass QM in der Praxis erfolgreich sein kann,

- wenn der Praxis effiziente Instrumente an die Hand gegeben werden, die eigenen Stärken und Schwächen zu erkennen,
- wenn die eingesetzten Verfahren das Prinzip des Qualitätskreislaufes und die spezifische zahnärztliche Arbeitsweise berücksichtigen,
- wenn Bereiche der Praxisroutine angesprochen werden, die für Qualität und Erfolg einer Praxis wesentlich sind,
- wenn das ganze Praxisteam einbezogen wird,
- wenn die Patientenorientierung gefördert wird,
- wenn der einzelne Zahnarzt eine effiziente Unterstützung beim Überdenken des Ist-Zustandes und der Einleitung konkreter Schritte zur Qualitätsverbesserung erfährt,
- wenn der Zahnarzt autonom über die individuell geeigneten Maßnahmen zur Weiterentwicklung der eigenen Praxis entscheiden kann.

Das Grundkonzept von EPA-Zahnmedizin basiert auf den folgenden sechs Merkmalen:

- indikatorengestützt durch eindeutige und valide Messgrößen für verschiedene Bereiche/Domänen der Praxis
- wissenschaftlich abgesichert und systematisch weiterentwickelt durch Pilot-Studien
- transparent (durch Benchmarking)
- international als länderübergreifendes Konzept mit ähnlichen Indikatoren
- praktikabel durch gute Aufwand-Nutzen-Relation für die Praxis
- evaluiert durch Überprüfung, inwieweit Konzept tatsächlich zu veränderten Prozessen und Ergebnissen führt.

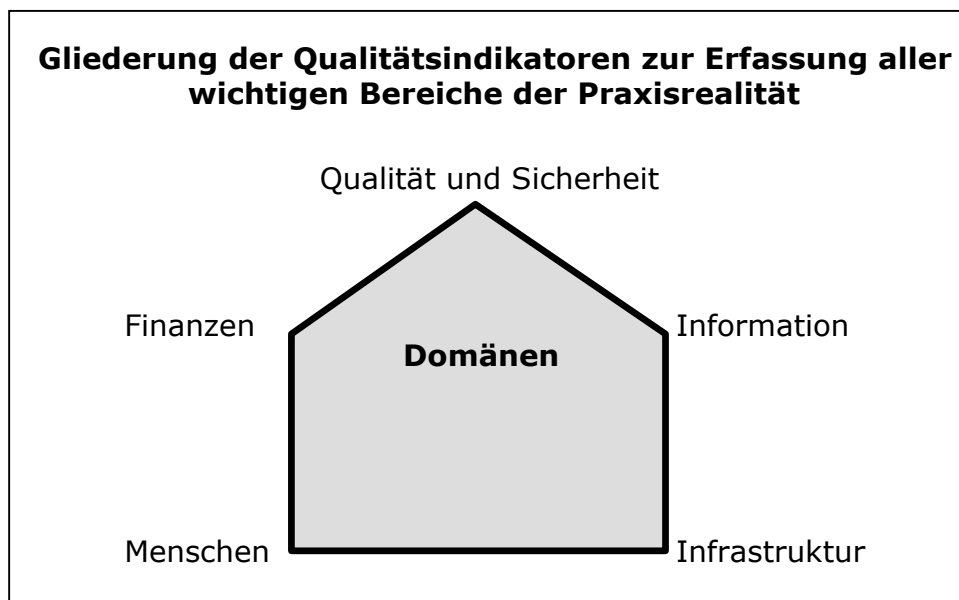
3.2.3 Kernelemente

In EPA werden fünf Themenbereiche bzw. Domänen unterschieden, die alle wichtigen Bereiche der Praxisrealität erfassen sollen:

Infrastruktur, Information, Menschen, Finanzen sowie Qualität und Sicherheit.

Jede Domäne wird durch mehrere Dimensionen beschrieben, insgesamt gibt es 26 Unterthemen. Diese Dimensionen werden durch verschiedene Indikatoren dargestellt bzw. heruntergebrochen, es gibt insgesamt ca. 170 Indikatoren. Die Indikatoren werden durch Items, die als Frage formuliert sind, operationalisiert, es gibt ca. 400 Items inklusive der administrativen Fragen. Dies soll an einem Beispiel erläutert werden:

Die Domäne Menschen hat fünf Dimensionen: Arbeitsbedingungen, Aus- und Weiterbildung, Mitarbeiter, Perspektive der Patienten, Team; die Dimension Mitarbeiter ist wieder in mehrere Indikatoren unterteilt, z. B. regelmäßiges Personalgespräch für jeden Mitarbeiter, regelmäßiger Besuch von Fortbildung. Die Fragen/Items können dann z. B. sein: Haben alle Helferinnen im letzten Jahr eine Fortbildung besucht?



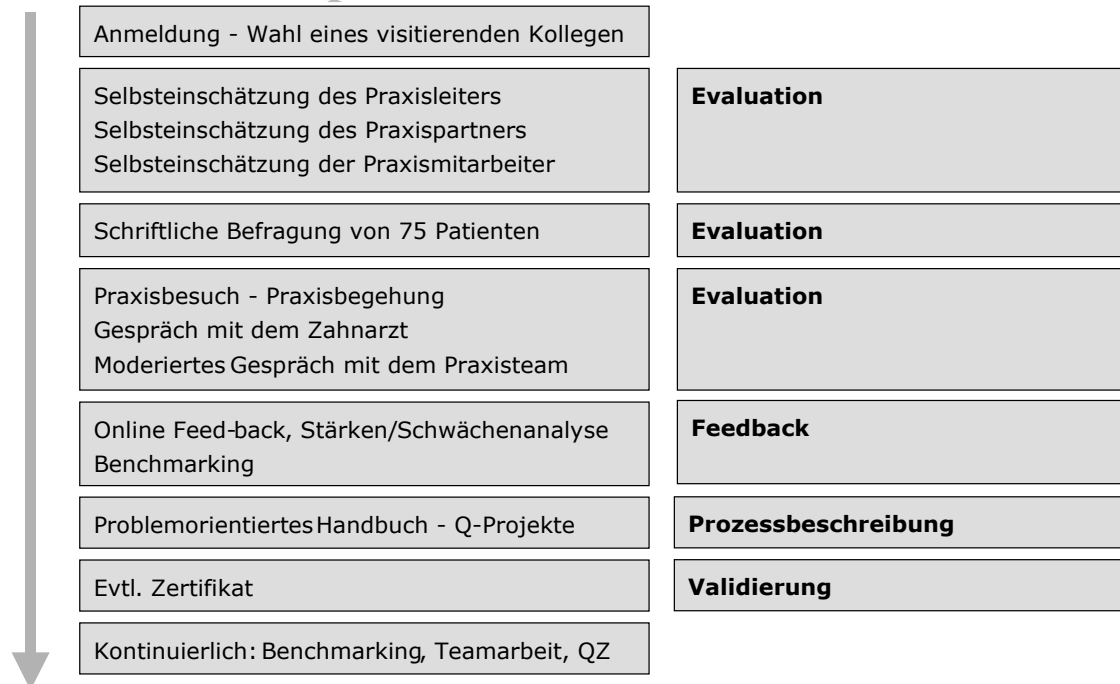
3.2.4 Methoden und Instrumente

Selbsteinschätzung, Befragung von Zahnärzten, Mitarbeiterinnen und Patienten, Praxisbesuch, Handbuch, Zertifikat und Benchmarking sind die Methoden von EPA-Zahnmedizin. Die einzelnen Schritte sind wie folgt:

Durch Selbsteinschätzung des Praxisleiters sowie der Praxispartner und des Praxisteams, schriftliche Befragung der Patienten und Praxisbesuch bzw. -begehung wird das Praxisgeschehen analysiert und bewertet. Eine sachgerechte Evaluation identifiziert durch die Festlegung von Qualitätsindikatoren jene Arbeitsbereiche, die verbesserungswürdig und auch verbesserungsfähig sind. Dabei gilt, dass das, was gut läuft, nicht noch verbessert werden muss. Eine Stärken-/Schwächenanalyse und ein umfangreiches Benchmarking werden eingesetzt, um deutlich zu machen, wo die eigene Praxis im Vergleich zu einer größeren Gruppe von Praxen steht; auch dadurch werden Verbesserungspotentiale herausgefiltert. Nach der Praxisvisitation erfolgt ein schriftlicher Feedback-Bericht an die Praxis in Form eines problemorientierten Hand

buches, in dem die Ergebnisse der Evaluation transparent gemacht werden und eine Struktur zur Dokumentation eigener Qualitätsprojekte angeboten wird. Auch hier gilt wieder, dass das, was ohnehin gut läuft, nicht extra beschrieben werden muss. Schließlich kann durch den Erwerb eines Zertifikates der gesamte Prozess des eingeführten QM nach außen bekräftigt und offengelegt werden.

European Practice Assessment - Ablauf



3.2.5 Zeitlicher, personeller und finanzieller Rahmen

Voraussetzung für die Akzeptanz und Einführung eines QM-Modells in Zahnarztpraxen, die in der Regel als Einzel- oder Zweiergemeinschaft organisiert sind, ist ein tragbares Kosten-Nutzen-Verhältnis. Dieses wird von EPA-Zahnmedizin realisiert.

Es besteht die Möglichkeit der Ergänzung des EPA-Verfahrens durch einen eintägigen Workshop mit den Themen Qualitätsmanagement, Selbsteinschätzung, Mitarbeiterführung, patientenzentrierte Zahnheilkunde.

Die direkten Kosten durch das Verfahren selbst, also Selbsteinschätzungsunterlagen, Mitarbeiterfragebögen, Patientenfragebögen, Praxisbesuch durch Visitator mit anschließenden Gesprächen, schriftliches Feedback, Handbuch, Zugang zur Benchmarking-Datenbank von AQUA betragen ca. 2000,-- €. Dazu kommen noch Kosten für die evtl. Vergabe des Zertifikats, das unabhängig von der Stiftung Praxis-siegel vergeben wird.

Indirekte Kosten entstehen durch die Umsetzung des Verfahrens, insbesondere die benötigte Arbeitszeit des Zahnarztes und seiner Mitarbeiter. Zu den indirekten Kosten zählt auch der Praxisausfall während der Praxisvisitation, der jedoch gering angesetzt werden kann, ca. vier Stunden in einer Einzelpraxis für Inhaber und alle Mitarbeiter.

3.2.6 Anwendungserfahrung, Umsetzung

Erfahrungen mit EPA für Allgemeinärzte gibt es seit 2003 (europäische Pilotstudie). Da EPA wiederum auf dem holländischen Visitation-Modell beruht, gibt es sogar langfristige Erfahrungen seit 1988. EPA ist eine auf europäischer Ebene validierte Methode. Im EPA werden validierte und gut evaluierte Instrumente zur Patientenbefragung und zur Mitarbeiterbefragung eingesetzt. Die Ergebnisse des Entwicklungsprozesses von EPA sowie die Ergebnisse einer internationalen Vergleichsstudie mit 300 Praxen aus 10 europäischen Ländern sind veröffentlicht (Engels et al., 2005).

Zu EPA-Zahnmedizin wurde im Juni 2005 eine Pilotstudie mit 35 Praxen abgeschlossen, in der u. a. auch die für die Zahnarztpraxis ausgewählten Indikatoren überprüft wurden.

3.2.7 Stärken/Verbesserungspotentiale

Folgende Vorteile kennzeichnen EPA-Zahnmedizin

- Anstoß zur Selbsthilfe durch Reflexion der eigenen Arbeitsroutinen
- Umfangreiche Ist-Analyse aus mehreren Perspektiven zur strategischen Ausrichtung eigener Qualitätsentwicklungsprojekte
- Anknüpfung an bewährte Methoden des Feedback zur Qualitätsentwicklung
- Überschaubarer zeitlicher Aufwand (Fragebogen: 1 Stunde, Patientenbefragung: 1 Stunde, Praxisbesuch: ½ Arbeitstag, Organisation QM-Projekte: nach Bedarf)
- Kombinierbar mit anderen Qualitätsmodellen

3.3 Das Konzept der KBV: Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) (Autor: Bernhard Gibis, Berlin)

3.3.1 Vorgeschichte, Entstehung des Projektes

Mit den Beschlüssen der Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahr 1999 wurde deutlich, dass das Thema Qualitätsmanagement mittelfristig auch auf die ambulante Versorgung zukommt. Der Vorstand der KBV hat deshalb Ende 2002 beschlossen, ein modulares, spezifisch auf die Anforderungen der Vertragsärzte zugeschnittenes System, entwickeln zu lassen. Dabei war dem Vorstand wichtig, dass sämtliche Schritte von der Einführung bis hin zur Zertifizierung durch das System abgedeckt werden. Zur Entwicklung kommen sollte ein System, das aus der Selbstverwaltung heraus unter nichtkommerziellen Gesichtspunkten für Vertragsärzte und Psychotherapeuten entwickelt wird. Dabei sollten die bestehenden Systeme analysiert und auf ihren Anwendbarkeitsgrad für die ambulante Versorgung hin überprüft werden.

Die Erarbeitung des Systems erfolgte schließlich durch systematische Sichtung und Auswertung der bestehenden Systeme (z.B. ISO 9001:2000, EFQM, KTQ (stationär), australisches System, Joint Commission). Die Arbeitsgruppe setzte sich zusammen aus niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, Sachverständigen, Mitarbeitern von KVen und hinzugezogenen Einzelexperten.

3.3.2 Ziele

Als Oberziele der Entwicklung des Systems wurden folgende vier Ziele definiert:

- Die Qualität der ambulanten vertragszahnärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung ist gesichert und wird kontinuierlich weiterentwickelt.

- Die Arbeitszufriedenheit der Ärzte und Psychotherapeuten sowie der Mitarbeiter wird verbessert.
- Die wirtschaftliche Leistungserbringung ist langfristig gesichert – auch unter sich verändernden Rahmenbedingungen.
- Die Qualität der Leistungserbringung wird in der Öffentlichkeit dargestellt.

Als Projektziel wurde festgelegt: Es liegt ein spezifisch auf den Bedarf und die Bedürfnisse der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zugeschnittenes Qualitätsmanagementverfahren vor.

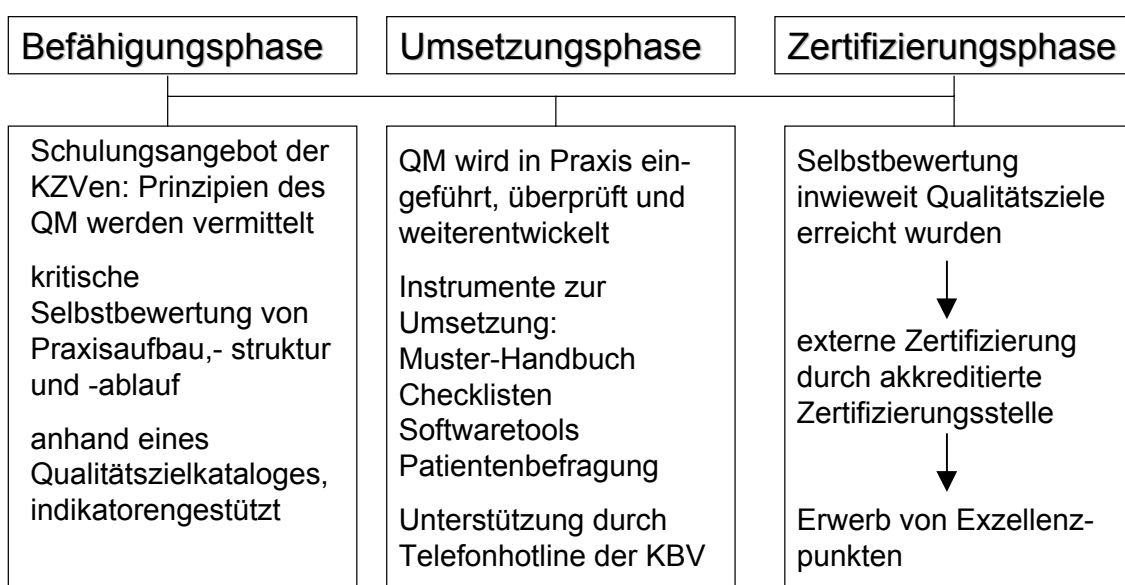
Die Zielgruppen sind hierbei niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie deren Mitarbeiter, aber auch Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigungen.

3.3.3 Methoden und Instrumente

Das nunmehr vorliegende System beinhaltet entsprechend der Einführung eines internen Qualitätsmanagements in Praxen drei relevante Schritte. Die Einführung eines internen Qualitätsmanagements beginnt in der Befähigungsphase, in der der Praxisinhaber zusammen mit seinem Team Praxisaufbau, -struktur und -ablauf kritisch hinterfragt. Diesem Schritt dient ein Qualitätszielkatalog, der in fünf Kapiteln gegliedert alle relevanten Bereiche einer Praxis abbildet. Je nach Praxisgröße, Ausrichtung und Leistungsspektrum können einzelne Teile des Qualitätszielkataloges ggf. außer Acht gelassen werden.

Nach dieser Selbsteinschätzung werden die Ziele zunächst in Angriff genommen, die aus der Sicht der Praxisführung am relevantesten sind. Für die Umsetzung dieser Ziele stehen Unterstützungstools, wie Checklisten, Musterabläufe sowie auch ein Softwaretool zur Verfügung. Begleitet wird diese Phase durch ein Dienstleistungskonzept der KVen, die Schulungen und ggf. eine Telefonhotline anbieten.

Bausteine von QEP



Nach Abschluss dieser Umsetzungsphase steht die Zertifizierungsphase an. Diese besteht zunächst aus einer Selbstbewertung, die nach transparenten Kriterien vorgenommen werden kann. Durch Offenlegen der Entscheidungskriterien sowie Erläuterung derselben kann der Praxisinhaber selbst beurteilen, ob er die relevanten Kernpunkte erfüllt hat. Sollte dies der Fall sein, so kann eine externe Zertifizierung durch eine akkreditierte Zertifizierungsstelle vorgenommen werden.

Über die Zertifizierung hinaus ist es möglich, auch sogenannte Exzellenzpunkte zu erzielen in denjenigen Bereichen, wo zusätzliche Anstrengungen zur Verbesserung der Qualität unternommen wurden. Damit ergibt sich eine zusätzliche Möglichkeit der Differenzierung hinsichtlich des Qualitätsaufwandes, der in Praxen betrieben wird.

3.3.4 Anwendungserfahrung, Umsetzung

Nach Abschluss der Systementwicklung wurde eine Pilotphase eingeleitet, in der 61 Praxen aus unterschiedlichen Fachgebieten unter Berücksichtigung bereits vorhandener Kenntnis (20 Praxen ohne, 20 Praxen mit geringer Erfahrung und 20 Praxen mit Zertifizierung eines anderen Systems) das System auf Herz und Nieren überprüft haben. Diese Pilotphase wurde begleitet durch das Tübinger IMI-Institut (Hans-Konrad Selbmann), um durch externe Evaluation den Nutzen und Mehrwert beurteilen zu können. Die ersten Zwischenauswertungen liegen vor und bestätigen die Grundausrichtung des Systems, die abschließende Bewertung wird in die Überarbeitung des Systems einfließen. Die Evaluation bezog sich insbesondere auf die Zusammenstellung des Qualitätszielkatalogs (Aufwand und Relevanz der Qualitätsziele) sowie auf die Unterstützungstools.

Die Zertifizierung der Praxen wird erst dann probeweise im Jahr 2005 vorgenommen, wenn das System als solches seine Tauglichkeit und seinen Mehrwert nach Abschluss der Evaluation belegt hat. Es wurde als nicht sinnvoll angesehen, mit der Erstversion schon sogenannte Zertifizierungen auszustellen.

3.3.5 Zeitlicher, personeller und finanzieller Rahmen

Die Zeit- und Kostendimension wurde in der Evaluation erhoben, liegt jedoch noch nicht abschließend vor. Aus der Erfahrung derjenigen Ärzte heraus, die schon Zertifizierungen anderer Systeme durchlaufen haben, wird diese als vergleichbar bis leicht reduziert angesehen. Im Hinblick auf das Verhältnis von Aufwand zu Mehrwert gaben die 60 Praxen an, dass für den Großteil der Kernziele ein entsprechender Nutzen vorliegt. Diejenigen Kernziele, für die dies nicht gilt, werden derzeit überarbeitet und ggf. aus dem Katalog herausgenommen. Eine vollständige kostenökonomische Analyse des Aufwandes wurde nicht vorgenommen, dies würde insbesondere den Zeitaufwand betreffen, der innerhalb der Praxis einzuräumen ist. Die Einführung und Umsetzung eines internen Qualitätsmanagements wird ohne entsprechendes Zeitkontingent der beteiligten Arzthelferinnen und auch der Praxisführung selbst nicht möglich sein oder zumindest nicht dauerhaft möglich sein. Entsprechend detaillierte Kostenanalysen sind allerdings auch nicht für andere Systeme bekannt.

3.3.6 Stärken/Verbesserungspotentiale

Mit dem vorgelegten System liegt eine evaluierte Definition von Qualitätszielen für ambulante vertragsärztliche und psychotherapeutische Einrichtungen vor. Hinsichtlich der Relevanz und Umsetzbarkeit dieser Qualitätsziele wurde durch eine Evaluation bei 60 Pilotpraxen eine empirische Basis geschaffen, die dann als Standard für spätere Zertifizierungen dienen wird. Hinsichtlich der Differenzierung für die verschiedenen Fachgruppen steht die Bearbeitung noch aus: hier wird in Kooperation mit Berufsverbänden fachspezifisches Know-how mit in die Qualitätszieldefinition einfließen.

Als kontinuierliches Verbesserungspotential ist die grundsätzlich weitere Erstellung und Bearbeitung von Checklisten und Unterstützungsmaterialien zu sehen. Auch das Angebot von Schulungen ist weiterhin zu optimieren und flächendeckend anzubieten. Erfahrungen über den langfristigen Einsatz des Systems liegen noch nicht vor. Es wird als eine der Schwierigkeiten angesehen, nach anfänglicher Einführung eines Qualitätsmanagementsystems dieses Niveau auch zu halten. Hierfür werden noch entsprechende Unterstützungshilfen und auch didaktische Ansätze erarbeitet werden müssen.

3.4 Projekt Qualitätssicherung des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde

(Autor: Eberhard Riedel, München)

3.4.1 Vorgeschichte, Entstehung des Projektes

Im Herbst des Jahres 2001, d. h. lange vor Bekanntwerden schärferer gesetzlicher Auflagen zum Thema „internes Qualitätsmanagement“ begann ein kleiner Kreis von Zahnärztinnen und Zahnärzten im Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) mit der Entwicklung konkreter Ideen, um nach Jahren theoretischer Qualitätsdiskussionen innerhalb und außerhalb des Verbandes ein Qualitätssicherungskonzept im Sinne einer „angewandten Qualitätssicherung“ in den Praxisalltag zu integrieren. Dabei wurde auf verschiedene Ansätze zur Qualitätssicherung, die über die letzten 25 Jahre von Mitgliedern des DAZ entwickelt und erprobt worden waren, zurückgegriffen, insbesondere auf die Arbeit in Qualitätszirkeln, die kollegialen Praxisbesuche sowie Praxis-Fragebogenaktionen. Die gesammelten Erfahrungen hieraus bildeten den Grundstock des entstehenden Projektes.

Im Februar 2004 wurde das Projekt der Öffentlichkeit vorgestellt. Seit Juni 2004 lief es in 54 bundesweit verteilten Praxen in einer Pilotphase. Nach kleineren Anpassungen aufgrund der ersten Erfahrungen ist das Projekt inzwischen für jeden interessierten Zahnarzt freigegeben.

3.4.2 Ziele

Ziel allen Qualitätsmanagements soll die Verbesserung der Ergebnisqualität in Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung und die Zufriedenheit des Patienten sein. Ein gutes Qualitätsmanagement wird dabei zugleich als das beste Praxismarketing angesehen. Internes Qualitätsmanagement wird jedoch da den gesetzlichen Auftrag verfehlen, wo es auf ein reines Praxismarketinginstrument reduziert wird. Das wünschenswerte Ziel einer Verbesserung der betriebswirtschaftlichen Situation der teilnehmenden Praxis muss durch glaubwürdige Qualitätssicherung erst erarbeitet werden.

Auch bei der Entwicklung des DAZ-Konzeptes mussten verschiedene, teilweise divergierende grundlegende Zielvorstellungen koordiniert werden. So galt es, ein Maximum an qualitätsfördernden Effekten mit einem Minimum an Umsetzungsaufwand und Kosten in den Praxen zu kombinieren, um angesichts des vorhandenen zahnärztlichen Misstrauens die größtmögliche Akzeptanz und Compliance der Kollegenschaft zu erreichen.

3.4.3 Kernelemente

Das „Projekt Qualitätssicherung“ des DAZ legt das Schwergewicht auf die Ergebnisqualität. Dieses bedeutet, dass für diesen QM-Ansatz die Einrichtung und instrumentelle Ausstattung der Praxis und das Maß des Betreuungsaufwandes für die Patienten zwar wichtig sind, letztlich aber weniger bedeutsam erscheinen als die Behandlungsergebnisse in objektiver und wirtschaftlicher Hinsicht sowie aus Patientensicht. Aus der Erkenntnis heraus, dass die vorhandene Therapiefreiheit (nicht zu verwechseln mit Therapiebeliebigkeit) erhalten bleibt, lag es dabei fern, die zahnärztliche Behandlung (etwa im Sinne von Therapieschrittlisten) unnötig einzuengen und die Praxis mit ihren lebenden und sinnvoll gewachsenen Strukturen in ein starres Fremdkonzept zu zwingen. Vielmehr war wichtig, Wege zu finden, dem einzelnen Praxisinhaber etwa vorhandene Defizite bei Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufzuzeigen, um ihm dann die Möglichkeit zur Beseitigung dieser Defizite in eigener Regie zu geben.

Auf den Aspekt der Praxisvisitationen durch speziell geschultes nichtmedizinisches Hilfspersonal wurde wegen des gering einzuschätzenden Einflusses auf die Ergebnisqualität, letztlich aber auch wegen der geringen zu erwartenden Kollegenakzeptanz, des großen Organisationsaufwandes und der unverhältnismäßig hohen Kosten verzichtet. Gegenseitige kollegiale Praxisbesuche sollen hingegen Teil des Qualitätsmanagements werden. Das Projekt Qualitätssicherung des DAZ setzt zusätzlich auf subjektive Patientenangaben als Kontrollparameter für Praxisdefizite aller Art, wobei die edukatorischen Einflüsse auf die einzelne Praxis streng problemorientiert erfolgen. Hierbei kommt es auf einen sensiblen Umgang mit der bereits vorhandenen Professionalität des Behandlers an, um diese nicht in Zweifel zu ziehen oder gar zu schwächen.

3.4.4 Methoden und Instrumente

Die Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sich dem „Projekt Qualitätssicherung“ ohne weitere Vorbedingungen anschließen, verpflichten sich per Unterschrift unter eine Selbstverpflichtungserklärung zu den Kernelementen des Projektes. Diese sind:

- Der Behandler anerkennt seine ethische Verantwortung im Umgang mit dem Patienten, dessen individuelle Bedürfnisse er in den Mittelpunkt stellt und für dessen Behandlung er bestmögliche Rahmenbedingungen schafft. Dazu gehören
 - ein freundlicher, persönlicher Umgangsstil,
 - eine angenehme Praxisatmosphäre,
 - planbare Behandlungszeiten,
 - ausreichend lange Behandlungsdauer,
 - die Einhaltung aller Abrechnungsbestimmungen,
 - ein durchgängiges Hygienekonzept,
 - ein verantwortliches Delegieren zahnärztlicher Hilfsarbeiten,

- die Förderung der Einholung einer Zweitmeinung, falls vom Patienten gewünscht,
- die Beschränkung der Behandlung auf das erforderliche Maß bei gleichzeitiger Unterlassung von Marketingstrategien ausschließlich zur Schaffung eines künstlichen Behandlungsbedarfs und damit zur Steigerung der Patientennachfrage sowie
- die Schaffung von Kostentransparenz.

Die 5 Kernelemente des Projektes

1. Ethische Verantwortung: Der Patient im Mittelpunkt
2. Längere Verweildauer zahnärztlicher Arbeiten – Gewährleistung
3. Fortlaufende Patientenbefragungen – Beratungsgremium
4. Servicetelefon – Beratungsgremium
5. Regelmäßige überprüfte Fortbildung

- Der Behandler strebt bei Füllungsleistungen und prothetischen Arbeiten eine Mindestverweildauer der Arbeit von bestimmter Länge an, die mit dem Patienten auch vertraglich vereinbart werden kann. Die bekannte GKV-Gewährleistungsfrist von zwei Jahren wird dabei um das zwei- bis dreifache übertroffen.
- Der Behandler führt laufend eine Patientenbefragung durch (ein Fragebogen pro Tag an einen Zufallspatienten). Der Behandler stellt sich gleichzeitig der Beratung eines kollegialen Gremiums mit dem Ziel, geeignete Maßnahmen gegen gehäuft vorkommende schlechte Fragebogenbewertungen seitens seiner Patienten zu ergreifen.
- Der Behandler verpflichtet sich, für fachliche Beratungen und kulante Regelungen zum Nutzen des Patienten offen zu sein, die sich als Folge einer Patientenbeschwerde o. ä. über das Service-Telefon des Projektes ergeben. Er unterstützt eine ggf. notwendig werdende Nachuntersuchung des Patienten.
- Der Behandler verpflichtet sich zu regelmäßiger Fortbildung, die praxisnahe Schwerpunkte haben soll, den Umfang der Kammerfortbildung um 20 % überschreitet und alle zwei Jahre von ihm offen gelegt wird. Die Neugründung von Qualitätszirkeln wird gefördert.

Als wichtiges Merkmal ist herauszustellen, dass diese Selbstverpflichtungen nicht nur im Bewusstsein des jeweiligen Behandlers existieren, sondern auch allen Patienten in leicht verständlicher Weise durch ausliegende Praxisbroschüren bekannt gemacht werden. Dieses erhöht das Maß der Verpflichtung und Ernsthaftigkeit des Behandlers und hilft, Missverständnisse zwischen Patient und Behandler zu vermeiden.

3.4.5 Zeitlicher, personeller und finanzieller Aufwand

Jede Zahnärztin/jeder Zahnarzt die/der sich zur Teilnahme entschließt, leistet einen jährlichen Beitrag von (derzeit) € 500,-- (DAZ-Mitglieder € 250,--). Für diesen Betrag erhält jeder Teilnehmer

- sämtliche Materialien zur Durchführung (Praxisbroschüren, Infomaterial, Fragebögen, Antwortumschläge etc.),
- die Auswertung der für seine Praxis zentral eingehenden Fragebögen inkl. der Portokostenübernahme,
- halbjährliche Auswertungsergebnisse der Fragebögen und ggf. Beratungen durch das Gremium. Mit Hilfe der Auswertungen ist jeder Behandler in der Lage, durch Einzelnoten für die Bereiche Praxiserscheinung, Patientenbetreuung sowie Untersuchungs- und Behandlungsqualität (aus Patientensicht) seine Leistung zu beurteilen sowie sich am Durchschnitt aller teilnehmenden Praxen zu messen,
- einen eigenen Zugang zum Servicetelefon bei Problemen mit Patienten
- Fortbildungsempfehlungen
- das Projektlogo mit einer Gültigkeit von zwei Jahren bei Erfüllung der Mindestanforderungen. Dieses Logo ist Zeichen einer fortdauernden Rezertifizierung und dient zur Anbringung am Praxisschild und zum Führen auf dem Praxisbriefpapier.

Die indirekten Kosten durch den Zeitaufwand zur Information des Patienten und zur Vergabe der Fragebögen sind fast zu vernachlässigen. Der Zeitaufwand bei der Umsetzung der erkannten Praxisdefizite oder für erforderlich werdende externe Beratungsgespräche dürfte individuell sehr verschieden sein und lässt sich heute noch nicht abschätzen.

3.4.6 Anwendungserfahrung, Umsetzung

Das „Projekt Qualitätssicherung“ das DAZ ist als kontinuierliches Qualitätsmanagement-Programm für jede teilnehmende Praxis gedacht. Durch die laufende Fragebogenvergabe, aber auch durch das regelmäßige Feedback der Ergebnisse, bleiben die Inhalte der Selbstverpflichtung ständig im Bewusstsein der Beteiligten. Aufgrund der bislang kurzen Zeitspanne und der demzufolge nur schlaglichtartigen Übersicht über die Praxisbewertungen sind verlässliche Ergebnisse noch nicht verfügbar. Der Rücklauf der Fragebögen, der ein Hinweis auf die Akzeptanz durch die Patienten gibt, zeichnet sich hochgerechnet bei über 60 % ab, was ein sehr guter Wert ist. Bei der Frage bezüglich der Praxisräumlichkeiten und deren Ausstrahlung erhielten immerhin 95 % der bewerteten Praxen die Noten 1 oder 2, allerdings 32 Mal (knapp 1 %) unter allen Antworten gab es die Note 5 oder 6. Rein statistisch betrachtet ist dieses eine zu vernachlässigende Größe, für den einzelnen Praxisinhaber, der diese Antwort seiner Einzelpraxisauswertung entnehmen kann, aber doch ein wichtiger Hinweis.

Immerhin gab es bisher 63 Patienten, die die Frage: „Hatten Sie jemals den Eindruck, gegen Ihre erklärte Überzeugung zu einer Behandlung überredet worden zu sein?“ bejahten und 88 Patienten, die Ja sagten bei der Frage: „Hatten Sie jemals den Eindruck, Ihre Zahnärztin/Ihr Zahnarzt hat Sie in erster Linie zum eigenen wirtschaftlichen Vorteil beraten und behandelt?“. Statistisch betrachtet ist auch dieses nicht signifikant, für die einzelne Praxis jedoch, zumal wenn mehrfach genannt, ein zu korrigierendes Verhalten.

3.4.7 Stärken/Verbesserungspotentiale

Die Stärke des „Projekts Qualitätssicherung“ liegt in der Vielfalt der qualitätsfördernden Komponenten bei gleichzeitiger Einfachheit der dauerhaften Integration in den Praxisalltag und den geringen Kosten. Verbesserungspotentiale liegen in der Ausgestaltung weiterer Kontrollstrukturen und einer Präzisierung des Fragenkatalogs mit noch zielgerichteter Fragestellung, auch zur Beurteilung von zahnärztlichen Fachrichtungen. Dabei ermöglicht der Fragebogen an sich keine frühzeitigere bzw. vorbeugende Erkennung von Behandlungsdefiziten.

Das beste Qualitätsmanagement setzt freilich ganz am Anfang an, nämlich bei der Approbationsordnung und der Auswahl der Studienanfänger, aber auch bei den grundlegenden Rahmenbedingungen des Berufes, in denen keine Notwendigkeiten für schnelles und schlechtes Arbeiten existieren sollten. Internes Qualitätsmanagement allein kann daher zum jetzigen Zeitpunkt nur einen kleinen Teil der bestehenden Qualitätsdefizite verringern.

3.5 DIN EN ISO-Zertifizierung, QM 21 e. V.

3.5.1 Vorgeschichte, Entstehung des Projektes

Aus der Industrie kommend, wurden die ISO-Normen 9000, 9001-9004 auf Einrichtungen des Gesundheitswesens angewandt. Es wurden spezielle Normen zum Qualitätsmanagement und für Dienstleistungsbetriebe entwickelt (insbesondere ISO 9004). Dabei ist die Zertifizierung von Gesundheitseinrichtungen fester Bestandteil und Ziel der Anwendung der ISO Normen. Die Tendenz zum Vergleich der Einrichtungen ist die treibende Kraft der Verbreitung von ISO-zertifizierten QM-Systemen; eine Tendenz, die insbesondere von kommerziellen Beratungs- und Zertifizierungsunternehmen wegen der guten Erlössituation in diesem Bereich forciert wird. Durch eine Zertifizierung sollen die „besten ambulanten Versorgungseinrichtungen, die die effizientesten, produktivsten und patientenfreundlichsten Behandlungsstrukturen aufweisen“, öffentlich gemacht werden (vgl. Ollenschläger, 2000, S. 647).

Die Normen der ISO-Reihe sind bewusst abstrakt gehalten, um ihre Anwendung in unterschiedlichen Bereichen zu ermöglichen. Die Übertragung der abstrakten Normen auf Zahnarztpraxen bedarf daher noch vieler Umsetzungsarbeit und Adaptierung an die Gegebenheiten und Bedürfnisse der einzelnen konkreten Zahnarztpraxis. Erste DIN EN ISO-Zertifizierungen von Zahnarztpraxen wurden Mitte der 90er-Jahre durchgeführt. Hier wird das QM-Gruppenmodell „QM 21 e. V.“; Autoren: Michael Sonntag/Bochum, Wilfried Werkmeister/Beckum, dargestellt.

Dieses Gruppenmodell wurde im Jahr 2000 von einer Gruppe westfälischer Zahnärzte etabliert. 13 Zahnarztpraxen begannen mit einer Seminarreihe und erwarben anschließend ihre Zertifikate; diese Gruppe erhielt den Qualitätspreis NRW 2001. Weitere Praxen schlossen sich an. Heute wird dieses QM-System von 48 Zahnarztpraxen mit 80 Behandlern in fünf Gruppen aus vier Kammerbereichen praktiziert, wobei sich noch weitere Gruppen formieren.

3.5.2 Ziele

Ziel von QM 21 e. V. war und ist die Verbindung von Erfüllung der gesetzlichen Forderungen nach Qualitätsmanagement mit einem größtmöglichen Nutzen für das eigene Praxismanagement und die Behandlungsqualität. Dabei werden die Synergien, die sich aus freiwilliger, jedoch verbindlicher Gruppenarbeit ergeben, genutzt. Um

eine objektive Überprüfbarkeit des erreichten Standes zu dokumentieren, ist eine fortwährende Zertifizierung des Qualitätsmanagement-Systems (QMS) entsprechend DIN EN ISO 9001:2000 implementiert.

3.5.3 Kernelemente

Entscheidend für Nutzen und Praxistauglichkeit ist die Einbeziehung sämtlicher wichtiger Aspekte der Tätigkeit in einer modernen Zahnarztpraxis in das QMS, weshalb ein jeweils gruppenverbindliches QM-Handbuch neben Leitlinien und Checklisten für das Praxismanagement auch solche für die Patientenbehandlung und deren Selbsteinschätzung enthält.

3.5.4 Methoden und Instrumente

Instrumente des Gruppenmodells sind:

- gemeinsames Praxishandbuch (allgemeiner, verbindlicher und praxisspezifischer, variabler Teil)
- gegenseitige Praxisbegehungen (interne Audits)
- gemeinsame Zertifizierung (externe Audits)
- weiterführende gemeinsame Aktivitäten (Organisierung von Fortbildungsveranstaltungen, Außendarstellung)

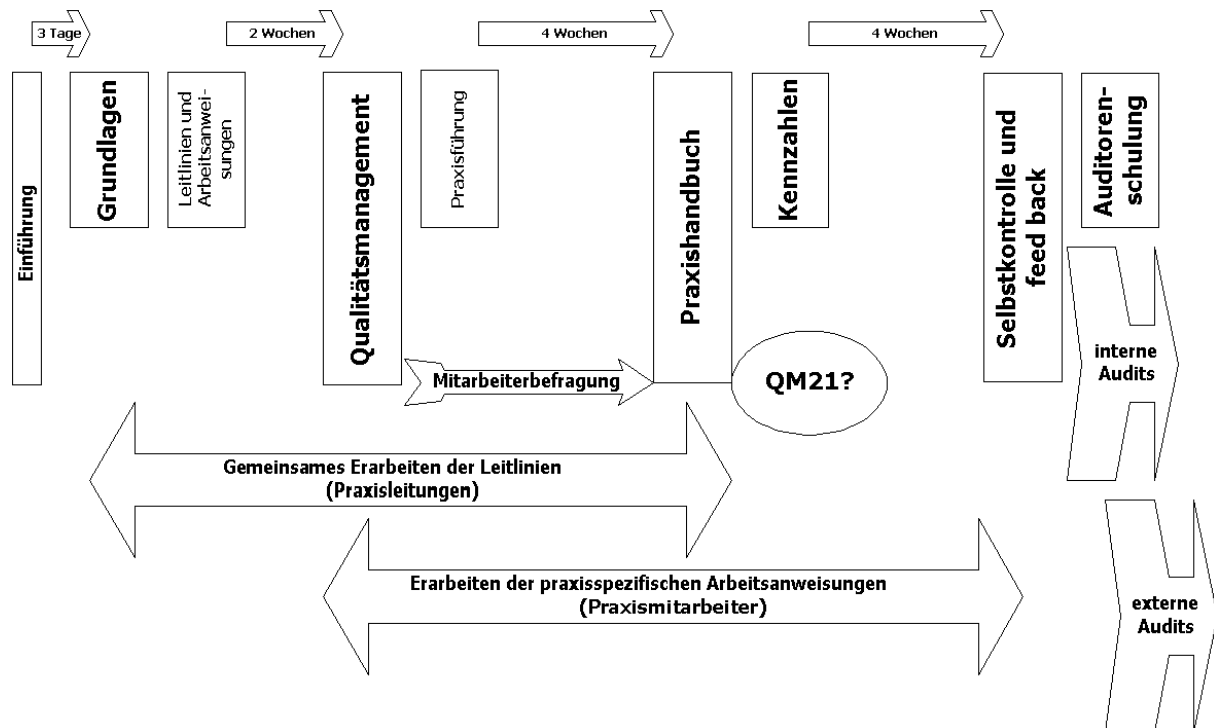
Das Praxishandbuch beschreibt die Themenbereiche:

- Philosophie, Leitbild der Praxis
- Praxisleitung, Vertragsgrundlagen, betriebswirtschaftliche Grundlagen
- Organisationsbeschreibungen in Form von verbindlichen Verfahrensregeln für Rezeption, Patientenservice, Logistik und QM
- Arbeitsanweisungen für das Praxisteam für praxisspezifische Abläufe für alle Behandlungsgebiete einschließlich Behandlungs- und Therapieorganisation, Hygiene, Röntgen und Notfallorganisation

Das Praxishandbuch wird von jeder Gruppe bei Beitritt zu QM 21 im Rahmen mehrerer Workshops unter Anleitung (Peer-Modell) erarbeitet, wobei die verbindlichen Leitlinien von den einzelnen Praxen mit individuellen Arbeitsanweisungen nach eigenem Bedarf unterlegt werden. Der Umfang der ISO-QM-Dokumentation beträgt insgesamt 26 Seiten (drei Seiten Inhaltsverzeichnis, eine Seite Organigramm der Praxis, sechs Seiten Prozess-Beschreibungen und 16 Seiten Beschreibungen des Praxismanagement-Systems mit Checklisten, Arbeitsanweisungen, Praxisanweisungen, Gebrauchsanweisungen, Definition der Verantwortung und Befugnisse).

Ein weiteres, und für die Motivation besonders wichtiges Element sind die gegenseitigen Visitationen der teilnehmenden Praxen, die fortwährend zu Anregungen und Verbesserungen in den einzelnen Praxen führen und deren jährliches Stattfinden Voraussetzung für die Teilnahme an der sog. Matrixzertifizierung ist. Durch das Matrixverfahren wird die für Erteilung und Aufrechterhaltung des offiziellen Zertifikates notwendige individuelle Praxisbegehung durch eine externe, unabhängige autorisierte Gesellschaft (TÜV o. ä.) nur alle drei Jahre notwendig. Das folgende Schaubild zeigt den Ablauf eines Einführungs- bzw. Initialkurses mit vier Workshopteilen.

Ablauf eines Initialkurses



Inzwischen gibt es eine zweite, rein EDV-gestützte Version eines QM-Systems. Diese wurde 1997 entwickelt und wird im Kreis Warendorf seit drei Jahren mit Erfolg in acht Praxen angewendet. Eine Zertifizierung bzw. Rezertifizierung der Gruppe ZM-QM 1 wird seitdem durch einen anerkannten Zertifizierer durchgeführt.

3.5.5 Zeitlicher, personeller und finanzieller Aufwand

Die zur Einführung des QM-Systems und Erarbeitung des Handbuchs notwendigen Workshops umfassen vier Zwei-Tages-Veranstaltungen (Fr/Sa) für die Praxisinhaber bzw. Mitbehandler sowie drei Parallelveranstaltungen (Fr) für die Praxismitarbeiter. Der Gesamtzeitraum dieser Einführung sollte 4-5 Monate betragen. Für die jährlichen Visitationen sowie für die externe Begehung sind jeweils ca. vier Stunden bei laufendem Betrieb in der visitierten Praxis zu veranschlagen. Hinzu kommen jährlich zwei Mitgliederversammlungen des Vereins und vereinsinterne freiwillige Fortbildungen. Die Kosten für die Workshopreihe belaufen sich auf 4000,-- € pro Praxis, die jährlichen Zertifizierungskosten auf 450,-- € und der Mitgliedsbeitrag auf 200,-- € pro Jahr.

3.5.6 Anwendungserfahrung, Umsetzung

Für DIN EN ISO-Zertifizierungen in Zahnarztpraxen gibt es eine 10-jährige Anwendungserfahrung. QM 21 e. V. gibt es seit fünf Jahren mit zunehmender Teilnehmerzahl.

3.5.7 Stärken/Verbesserungspotentiale

Der Nutzen des Modells, unabhängig von der Zertifizierung, liegt in der Strukturierung der Praxis und ihrer Abläufe, was nicht zuletzt durch die erhöhte Transparenz

für alle Mitarbeiter zu entspannteren Arbeitsbedingungen führt. Die Kommunikation innerhalb der Praxis wird verbessert. Die Betonung des Aspektes „Patientenzufriedenheit“ als sog. Normvorgabe trägt ebenfalls zur Motivation des gesamten Praxisteams bei. Die Kommunikation innerhalb der Praxengruppe führt zu einer Erhöhung der gefühlten Sicherheit in der Praxisführung und bei der Patientenbehandlung.

Das Erlangen und die Aufrechterhaltung des Zertifikates nach DIN EN ISO 9001:2000 ermöglicht zwar mittelbar die Außendarstellung der praxisinternen aufgewandten Anstrengungen, ist aber neben einer nicht zu unterschätzenden Motivation für das Praxisteam vor allem als nachhaltiger Schutz vor weitergehenden (zukünftigen) Forderungen von Gesetzgebern (s. „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ – RKI, 2001) oder gar Krankenkassen oder Krankenversicherungen anzusehen. Außerdem ermöglicht ein solches Zertifikat die Reduzierung bestimmter Versicherungsbeiträge (z. B. BGW).

Trotz der vereinsüblichen kleineren Reibungen (unterschiedliche Dynamik, differierende Charaktere, kein hauptamtliches Management) zeigt QM 21 sowohl durch sein Mitgliederwachstum als auch durch die ständige Aktualisierung seines QM-Handbuches und dessen Umsetzung in den beteiligten Praxen, dass freiwilliges, eigenverantwortliches Engagement misstrauische Gängelei in sinnvolle Ergebnisse ummünzen kann.

3.6 European Foundation for Quality Management (EFQM), Dental Excellence

3.6.1 Vorgeschichte, Entstehung des Projektes

Vierzehn führende Unternehmen aus verschiedenen Branchen gründeten 1988 die Europäische Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM) als gemeinnützige Organisation. Ziel war es, nachhaltig Exzellenz in Europa zu fördern, damit europäische Organisationen eine führende Stelle einnehmen. Die EFQM ist Eigentümerin des EFQM-Modells und verleiht den Europäischen Qualitätspreis (European Quality Award).

Um die Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen einer Organisation zu bewerten, bietet das EFQM-Modell einen systematischen Rahmen allgemeingültiger Kriterien, die auf jede Organisation oder Teile einer Organisation anwendbar sind. Zahlreiche Organisationen in Europa arbeiten nach dem EFQM-Modell, z. B. Unternehmen, Schulen, Gesundheitsorganisationen, Polizei, Versorgungseinrichtungen oder Verwaltungen des öffentlichen Dienstes. Auch Zahnarztpraxen haben seit Mitte der 90er-Jahre das EFQM-Modell angewandt.

EFQM basiert auf Elementen des ISO-Systems, die jedoch bei EFQM weiterentwickelt und zum Total-Quality-Management (TQM) erweitert wurden, wobei besonders auf die Elemente Menschen und Umwelt fokussiert wird. Einige Gruppen qualitätsorientierter Zahnärzte haben vor knapp 10 Jahren in Deutschland und der Schweiz (vgl. Harr, 2001) mit der Übertragung des EFQM-Modells auf Zahnarztpraxen begonnen. Im Folgenden wird das Dental Excellence-Konzept (Autor: Volker Scholz/Lindau) dargestellt.

3.6.2 Ziele

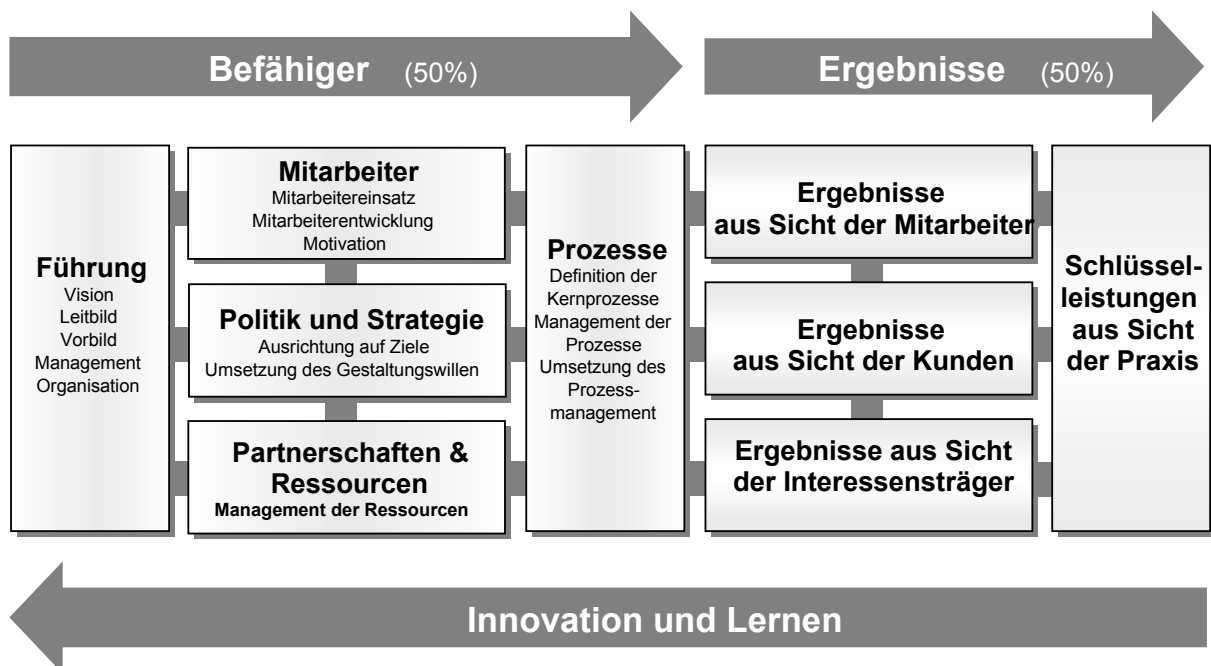
Zahnärzte sollen durch Qualitätsmanagement mehr Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit erreichen und gleichzeitig durch Ergebnis-Controlling den betriebswirtschaftlichen Erfolg und die Gesunderhaltung der Patienten messbar darstellen können. Aus diesen Komponenten wird ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess angetrieben, der durch Benchmark-Workshops eine Kultur des „Lernens vom Besten“ schaffen und fördern soll. Im Mittelpunkt des Konzeptes stehen Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, effiziente Praxisorganisation und die nachhaltige Sicherung des Praxiserfolgs. Dabei wird die Gesunderhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten als Gradmesser für die Qualität und den Erfolg der zahnärztlichen Praxis verstanden.

3.6.3 Kernelemente

Qualität wird nicht nur technisch begriffen, sondern bezieht die gesamte Praxis ein: die handelnden Menschen, die Organisation, die sie sich schaffen und die Kultur, in der sie leben.

Das EFQM-Modell beruht auf der Prämisse, dass exzellente Ergebnisse im Hinblick auf Leistung, Patienten, Mitarbeiter und Gesellschaft durch eine Führung erzielt werden, die Politik und Strategie, Mitarbeiter, Ressourcen und Prozesse auf ein hohes Niveau hebt. Damit unterscheidet das EFQM-Modell neun Kriterien:

Die 9 Elemente des EFQM-Modells



(1) Führung, (2) Mitarbeiter, (3) Politik und Strategie, (4) Ressourcen, (5) Prozesse, (6) Patientenzufriedenheit, (7) Mitarbeiterzufriedenheit, (8) gesellschaftliche Verantwortung und (9) Ergebnisse der Zahnarztpraxis. Die Kriterien 1-5 werden als „Befähigerkriterien“, die Kriterien 6-9 als „Ergebniskriterien“ bezeichnet.

Die Bedeutung der Kriterien wird unterschiedlich gewichtet, wobei die Patientenzufriedenheit die höchste Bedeutung erhält. Bei jedem Kriterium kann durch „Assessment“ bzw. Messung durch Benchmarking der erreichte Erfolg bewertet werden.

3.6.4 Methoden und Instrumente

Die Partnerpraxen in Dental Excellence verpflichten sich zu

- regelmäßiger Selbstbewertung nach EFQM und Dental Excellence-Standards,
- kontinuierlicher Entwicklung und Verbesserung der Prophylaxe und Dokumentation der Ergebnisse
- Ermittlung und Offenlegung von Kennziffern im Erfolg bezogen auf die Gesunderhaltung der Patienten und auf Betriebswirtschaft
- Patienten- und Mitarbeiterbefragungen (Analyse durch Dental Excellence)
- Teilnahme an jährlich stattfindenden Benchmarking-Workshops.

Der EFQM-Ansatz ist auf kritisch-konstruktive Selbstbewertung der Praxisleitung und des Praxisteam sowie kontinuierliche Verbesserung durch konkrete Maßnahmen fokussiert. Damit wird der Grundgedanke des „totally“ im TQM als „Qualität in allem, was wir tun“ aufgenommen.

Es geht nicht um starre Regeln und die Überprüfung von deren Einhaltung, sondern um die Entwicklung zielgerichteter, schlüssiger Konzepte und deren wirkungsvolle Umsetzung. Es geht auch nicht um aufwändige Prüfverfahren und Fehlerdokumentationen, sondern um eine offene, nach vorn gerichtete Kultur des Lernens und der stetigen Entwicklung.

Ziel ist es, das Verständnis für die konkreten Erfolgsfaktoren der individuellen Zahnarztpraxis zu entwickeln und eine Unternehmenskultur zu schaffen, in der jeder an seinem Platz das Richtige tut und dass das, was er tut, gleich richtig tut (und zwar beim ersten Mal). So sollen Fehler vermieden werden, den Mitarbeitern soll Arbeit Freude machen, weil sie Sinn macht, die Patienten sollen besser verstanden und ihre Zufriedenheit und ihre Bindung an die Praxis erhöht werden.

Der Weg zu Excellence beginnt mit einer Selbstverpflichtung der Praxis, die sich auf die Durchführung einer Selbstbewertung (nach Dental Excellence-Standard, von der EFQM anerkannt), die Durchführung regelmäßiger Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, die Teilnahme am Benchmarking sowie die Abgabe einer Ethik-Erklärung bezieht. Für die Validierung sind die Ergebnisse aus der Selbstbewertung und die daraus abgeleiteten Projekte dem externen Validator nachzuweisen. Es wird geprüft, ob innerhalb von 6-9 Monaten messbar positive Ergebnisse in wenigstens drei Projekten gezeigt werden können.

Die mit der Validierung verbundene Anerkennung „Committed to Excellence“ durch die European Foundation for Qualitymanagement dokumentiert, dass die Praxen QM wirkungsvoll implementiert und durch konkrete Projekte kontinuierliche Verbesserungen umgesetzt haben. Sie erfüllen damit zwei wesentliche Anforderungen des SGB V, ein internes QM eingeführt und an einem übergeordneten QM teilgenommen zu haben und damit Qualitätsentwicklung nachweisen zu können.

3.6.5 Zeitlicher, personeller und finanzieller Aufwand

Eine allgemeine Bewertung in Bezug auf den zeitlichen und finanziellen Aufwand ist schlecht möglich, da beides in hohem Maße vom Organisationsgrad etc. der jeweiligen Praxis abhängt. Mit den inzwischen in Dental Excellence erarbeiteten Unterlagen

und Hilfsmitteln sowie den mehrfach durchgeführten Workshops durch entsprechend geschulte Trainer kann Folgendes gesagt werden:

Aufbau des QM-Systems Dental Excellence:

- Teilnahme des Praxisteams an mindestens zwei Workshops über jeweils 1,5 Tage
- Erledigung der „Hausaufgaben“ aus diesen Workshops innerhalb der normalen Teamsitzungen und Aufgaben der Praxismitarbeiter
- Durchführung der Praxis- und Mitarbeiterbefragung (Auswertung erfolgt anonym und zentral außerhalb der Praxis)
- Implementierung der Software OHManager und TOWER

Kosten hierfür inklusive aller Unterlagen und Analysen: ca. 4.300,-- €

Pflege des QM-Systems:

Analysen und Teilnahme am jährlichen Benchmark-Meeting: ca. 2.400,-- €

Validierung und Urkunde „Committed to Excellence“:

Kosten für die Validierung (gültig 2 Jahre) inkl. Gebühren 2.900,-- €

3.6.6 Aufwendungserfahrung, Umsetzung

In den letzten Jahren gab es eine intensive Diskussion zum QM im Gesundheitswesen und die Angebote zu TQM, ISO oder andere sprossen wie Pilze aus dem Boden. Aus Sicht der EFQM-Zahnärzte hat sich im Gesundheitswesen der Ansatz der EFQM einschließlich der aus ihm weiter entwickelten Modifikationen wie KTQ und ProCum-Zert in Krankenhäusern oder Dental Excellence in der Zahnmedizin durchgesetzt, weil nach dem EFQM-Ansatz QM niemals Selbstzweck sein darf, sondern QM sollte als Managementfunktion verstanden und wahrgenommen werden. Es geht beim einrichtungsinternen QM nicht darum, nur ein QM-Handbuch zu schreiben, das einen externen Prüfer zufrieden stellt.

Diesen durch die ISO-Zertifizierung vordefinierten Weg haben die meisten Dental Excellence-Partnerpraxen in einer Gruppenzertifizierung durch den TÜV vorher erfolgreich absolviert. Nach Erkenntnis der Nachteile einer ISO-Zertifizierung wurde jedoch dieser Weg abgebrochen und ausschließlich durch den EFQM-Ansatz nach Dental Excellence ersetzt. Antrieb für die ISO-Zertifizierung war lediglich der Wunsch nach einer Urkunde, die damals die EFQM noch nicht vergeben hat.

Seit die „Committed to Excellence“-Validierung mit Beurkundung zur Verfügung steht, verzichten alle Praxen, die sich an EFQM beteiligen, auf Elemente, die lediglich der Erfüllung der DIN-Normen dienen und auf das ISO-Zertifikat.

Alle an EFQM beteiligten Praxen haben diesen Weg als Methodik erkannt, die Erreichung der eigenen Praxisziele zu sichern, Schwachstellen und Wirkungsverluste in der Organisation aufzudecken und bei alledem den Patienten und seine berechtigten Anforderungen in den Mittelpunkt zu stellen.

3.6.7 Stärken/Verbesserungspotentiale

Qualitätsmanagement muss nicht bürokratisch sein, es geht auch anders. Ein gutes QM-System bringt nachweisbaren Nutzen im Sinne einer Praxisperformance. Das Dental Excellence-Konzept ist praxiserprobt und führt schrittweise aber konsequent zu einem qualitätsorientierten Praxismanagement. Durch Selbstbewertung und Benchmarking werden Verbesserungsimpulse gewonnen und eine Kultur des Lernens geschaffen. Dies wird durch überregionale Workshops unterstützt. Die Aner

kennung „Committed to Excellence“ durch EFQM ist die Bestätigung für gelebtes QM in der Zahnarztpraxis auf europäischem Niveau.

Inzwischen wurden als Verbesserungsoption seitens Dental Excellence den Dental Excellence-Partnern zwei Software-Programme nahe gelegt. Diese wurden zunächst auf Praktikabilität überprüft und werden künftig zur Erfüllung der Prüfungsanforderungen durch Gesundheits- und Gewerbeaufsichtsämter den Dental Excellence-Partnern inklusive Anwenderschulung zu Vorzugskonditionen zugänglich gemacht. Es handelt sich hierbei um ORGAdent zur optimalen Steuerung papierloser QM-Maßnahmen und DIOS MP zur Erfüllung der Nachweisführung und Rückverfolgbarkeit von Sterilisationsvorgängen und Materialeinsatz. So entwickelt sich auch Dental Excellence als gemeinsamer Standard für die Partnerpraxen kontinuierlich weiter, ganz im Sinne der EFQM.

3.7 Sonstige Projekte

In den Kapiteln 3.1 bis 3.6 wurden unterschiedliche Typen von QM-Systemen dargestellt, die in Zahnarztpraxen angewendet werden. Es gibt selbstverständlich noch eine Reihe weiterer Systeme für Zahnarztpraxen, hierbei handelt es sich um Abwandlungen, Kombinationen von Elementen verschiedener Systeme oder Weiterentwicklung bestimmter Bereiche der hier vorgestellten QM-Systeme. Hier sollen noch einige Modelle, die von Kammern (vgl. Engel, 2004, Brand, 2001) oder KZVen (vgl. Hermann, 2005) gefördert werden, in Kurzform dargestellt werden.

3.7.1 Projekt „Qualitätsmanagement in der Zahnarztpraxis“ der LZK Baden-Württemberg

Es handelt sich um ein dreistufiges Ausbildungsangebot im modularen Aufbau mit dem Ziel, ein international anerkanntes QM-System in Zahnarztpraxen einzuführen. Das Modell basiert auf DIN ISO und EFQM. Es wurde 2003 als Pilotprojekt der Bezirkszahnärztekammer Karlsruhe eingeführt, Partner ist die Deutsche Gesellschaft für Qualität e. V. (DGQ).

1. Stufe: Einführungsveranstaltung zur Information über Grundlagen von QM
2. Stufe: Drei zweitägige Workshops, dazwischen Phasen zur Anwendung des Gelernten in der eigenen Praxis. Lernziel ist es, die Teilnehmer zu befähigen, sich an qualitätssichernden Maßnahmen in der Praxis zu beteiligen bzw. diese zu initiieren. Nach Abschluss dieser Stufe kann ein Teilnehmer die DGQ-Prüfung zum QM-Koordinator in der Zahnarztpraxis ablegen.
3. Stufe: Fünf zweitägige Workshops mit dazwischen liegenden Praxisphasen. Ein praxisindividuelles QM-Handbuch wird erarbeitet. Nach Abschluss gibt es unterschiedliche Möglichkeiten zur Anerkennung des QM-Systems, wie Selbsterklärung, internes Audit, Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2000, Assessment nach EFQM, Teilnahme am Ludwig-Erhard-Preis u. a.

Ergänzend dazu wird für Praxismitarbeiter ein eintägiges Modul angeboten, in dem über Aufgaben und Ziele des QM informiert wird. Der zeitliche Aufwand beträgt 17 Tages-Kurse und dazwischen erfolgt die Umsetzung in der eigenen Praxis. Erfahrungen bestehen seit 2003, im März 2005 hatten 56 Teilnehmer Stufe 3 abgeschlossen, 50 Teilnehmer Stufe 2, 356 Teilnehmer Stufe 1. Es besteht eine Warteliste für alle Kursangebote. Die Beurteilung der Kurse durch die Teilnehmer ist insgesamt sehr gut.

3.7.2 ZQM – Zahnärztliches Qualitätsmanagement der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Es handelt sich um ein modular aufgebautes, elektronisch unterstütztes QM-System, das 2001 in fünf Pilotpraxen in Schleswig-Holstein von der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein mit Unterstützung der Gesellschaft für zahnmedizinisches Qualitätsmanagement (GZQM) entwickelt wurde. Ziel von ZQM ist es, Praxisabläufe effizient und effektiv zu gestalten. ZQM bezieht sich auf eine klar strukturierte Praxisorganisation, die zahnärztliche Behandlung ist nicht Gegenstand von ZQM.

Grundlage von ZQM ist ISO 9001, jedoch speziell für Zahnarztpraxen modifiziert. Mit Hilfe eines allgemein anwendbaren Qualitätsmanagement-Handbuchs können individuell Aufbau- und Ablauforganisation und das QM-System für die eigene Praxis beschrieben werden. Das Musterhandbuch steht als CD allen Zahnärzten in Schleswig-Holstein kostenlos zur Verfügung; Kursreihen zur Unterstützung bei der Umsetzung in die eigene Praxis werden von der Kammer angeboten. Die nach dem Musterhandbuch individuell für die eigene Praxis erarbeitete Dokumentation ist offen für eine Selbstbewertung, für ein internes Audit oder für eine externe Zertifizierung. Die Anwendung von ZQM soll – so wird berichtet (vgl. Brandt, 2001) – zunächst einen hohen Aufwand bedeuten, sei aber für die Praxis lohnend.

4 Bewertung der QM-Systeme, Zusammenfassung

Einrichtungsinternes Praxismanagement in Zahnarztpraxen soll helfen, die Versorgungsqualität zu verbessern, die Gesundheit des Patienten und seine Zufriedenheit in den Mittelpunkt des Handelns zu stellen und den Praxiserfolg zu sichern.

Zur Zeit werden eine Vielzahl unterschiedlicher Qualitätsmanagementsysteme angeboten. Einige von ihnen, die ihre Erprobungsphase in Arzt- oder Zahnarztpraxen bereits hinter sich haben, wurden auf den vorhergehenden Seiten dargestellt. Da kein System bis zum heutigen Tage seine Überlegenheit gegenüber anderen Systemen mit wissenschaftlichen Methoden beweisen kann (vgl. Simoes et al., 2005), soll nun der Versuch gemacht werden, eine vergleichende Bewertung durchzuführen.

Dabei ist den Autoren bewusst, dass es nicht „ein“ Qualitätsmanagementsystem gibt, welches für jede Praxis geeignet ist. Den Zahnärztinnen und Zahnärzten wird daher empfohlen, die auf dem Markt angebotenen Systeme nach den Kriterien

- Nutzen für den Patienten
- Nutzen für die eigene Praxis
- Kosten
- Organisationsaufwand
- Anwendungserfahrung in anderen Praxen
- Grad der Fremdbestimmung

zu überprüfen, bevor sie sich für ein System entscheiden.

Das **Z-PMS** ist ein Baustein-System, das von Zahnärztekammern und der Bundeszahnärztekammer unter Federführung der ZÄK-WL entwickelt wurde. Es wird seit 2003 in einigen Zahnärztekammern erfolgreich umgesetzt. Kernelemente des Konzeptes sind nur Praxismanagement und Praxisorganisation, fachliche Fragen bleiben außen vor. Es erfolgt keine Visitation der Praxis, keine Zertifizierung, eine Kontrolle durch Dritte wird abgelehnt. Das Praxisteam ist einbezogen, andere bereits bestehende Verpflichtungen wie z. B. der BuS-Dienst werden integriert. Neben dem Implementationsaufwand für die Praxis fallen 40 Kursstunden für den Zahnarzt sowie

12 Stunden Kompetenzzirkelarbeit an. Die Kurskosten bei der ZÄK-WL betrugen im Jahr 2004/2005 ca. 2400,-- €.

Zu den Stärken des Z-PMS zählen das Modulsystem, die Selbstqualifikation des Teams, das Vermeiden von unnötigen finanziellen Belastungen und das Eingehen auf ein individuelles Praxisprofil ebenso wie das ständige Verbessern der Kursserien mit den Erfahrungen der Teilnehmer aus den Vorjahren.

Zu den Schwächen zählt die wenig ausgeprägte Vergleichsmöglichkeit mit anderen Praxen. Hier wird z. Z. an der Einführung eines Benchmarking-Systems gearbeitet.

EPA-Zahnmedizin ist abgeleitet von einem europäischen Praxis-Management-System für Allgemeinärzte, das seit 2000 besteht. Die Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe hat das Konzept für Zahnarztpraxen anwendbar gemacht. Zum Datenvergleich steht die Datenbank des AQUA-Instituts in Göttingen zur Verfügung. Eine Pilotstudie in 35 Zahnarztpraxen wurde im Juni 2005 abgeschlossen. Zu den Kernelementen zählen 5 Themenbereiche, 26 Unterthemen und insgesamt ca. 170 Qualitätsindikatoren, die sich auf Praxisinfrastruktur, Information, Menschen, Finanzen, Qualität und Sicherheit beziehen. Das Konzept beruht auf Selbsteinschätzung, Befragung von Zahnärzten, Mitarbeitern und Patienten, Praxisvisitation, Zertifizierung, Benchmarking, Stärken-Schwächen-Analyse. Der zeitliche Aufwand ist überschaubar. Die Kosten belaufen sich ohne die Zertifizierung auf ca. 2000,-- €.

Zu den Stärken von EPA-Zahnmedizin zählen die wissenschaftliche Absicherung, die umfangreiche Ist-Analyse, valide Messgrößen, der überschaubare Aufwand und das Benchmarking. Zu den Schwächen, die aber durch den Einstieg in das Programm überwindbar scheinen, gehören die komplizierte Gliederung in Domänen, Dimensionen und ca. 170 Qualitätsindikatoren sowie die im zahnärztlichen Bereich noch sehr kurze Erfahrung mit EPA-Zahnmedizin.

Das **QEP** ist das Konzept der Vertragsärzte (KBV). Es ist auf die Anforderungen der vertragsärztlichen Praxen zugeschnitten, soll die Arbeitszufriedenheit erhöhen, die wirtschaftliche Leistungserbringung sichern und deren Qualität in der Öffentlichkeit positiv darstellen. Das Konzept gliedert sich in eine Befähigungsphase mit Selbsteinschätzung (Erarbeitung eines Qualitätszielkatalogs, Kurse bei der KV), eine Umsetzungsphase mit Muster-Handbuch und Checklisten und eine Zertifizierungsphase (Selbstbewertung, Zertifizierung, Erwerb von Exzellenzpunkten).

Die Pilotphase wurde 2004 abgeschlossen, eine wissenschaftliche Evaluierung ist in Arbeit. Über Zeit- und Kostenaufwand liegen noch keine Angaben vor.

Zu den Stärken des Konzeptes könnte der Versuch zählen, von Ärzten für Ärzte Qualitätsziele für die vertragsärztliche Praxis zu definieren. Auch die wissenschaftliche Unterstützung zählt dazu. Zu den Schwächen zählt, dass noch keine ausreichenden Erfahrungen vorliegen, das Angebot an Kursen noch nicht ausreicht und keine entsprechende Differenzierung für verschiedene Facharztpraxen vorhanden ist. Für Zahnarztpraxen kommt das Konzept wohl weniger in Frage.

Das **DAZ**-Projekt Qualitätssicherung stammt vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde, wurde seit Herbst 2001 entwickelt und der Öffentlichkeit im Februar 2004 vorgestellt. Eine Pilotphase in 54 Praxen war erfolgreich. Das Projekt zielt auf die Verbesserung der Ergebnisqualität im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung und Zufriedenheit der Patienten. Kernelemente sind ein schriftliches Bekenntnis des Zahnarztes zu seiner ethischen Verantwortung, eine freiwillige Verlängerung der vertragszahnärztlichen Gewährleistungsfristen für Füllungen und Zahnersatz, tägli

che Patientenbefragungen mit Auswertung der Fragebögen durch ein Beratergremium, ein Servicetelefon und die Verpflichtung zu einer überdurchschnittlichen Fortbildung. Eine Praxisvisitation findet nicht statt. Es erfolgt ein Benchmarking durch das Beratergremium. Der Zeitaufwand in der Praxis ist minimal, weil die Verbesserung von Prozessabläufen nicht Gegenstand des Projektes ist. Die Kosten sind mit 500,-- € p. a. für Nichtmitglieder und 250,-- € p.a. für Mitglieder sehr niedrig.

Zu den Stärken des Projektes zählen die Einfachheit seiner Integration in den Praxisalltag und die geringen Kosten. Zu den Schwächen zählt, dass das Projekt nur beim Ergebnis ansetzt und keine Hilfen gibt zur Verbesserung von Struktur- und Prozessqualität. Es entspricht daher nicht dem von weiten Teilen der Zahnärzteschaft eher favorisierten Konzept einer voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung. Da es eine Erfolgsgarantie in der Medizin nicht geben kann, ist auch die freiwillige Verlängerung der vertragszahnärztlichen Gewährleistung nicht konsensfähig.

Das **DIN EN ISO**-Modell baut auf speziellen Normen für Dienstleistungsbetriebe auf (insbes. ISO 9004), deren Übertragung auf Zahnarztpraxen mit großer Umsetzungsarbeit verbunden war. Das Gruppenmodell QM 21 besteht seit 2000 in Westfalen-Lippe und umfasst heute ca. 50 Praxen. Ziele des Konzeptes sind die Erfüllung gesetzlicher Forderungen, der größtmögliche Nutzen für die Praxis und eine fortlaufende Zertifizierung. Sämtliche Bereiche der zahnärztlichen Tätigkeit vom Praxismanagement bis zur Patientenbehandlung werden in das Konzept einbezogen. Ein gemeinsames Praxishandbuch wird erarbeitet, jährlich erfolgen gegenseitige Praxisbegehungen, alle drei Jahre eine externe Zertifizierung (TÜV o. ä.).

Der Aufwand umfasst 4 Zweitagesveranstaltungen für Zahnärzte, 3 parallele Eintagesveranstaltungen für Mitarbeiterinnen und jährlich 4 Stunden für die Praxisbegehung bei laufendem Betrieb. Die Kosten für die Workshopreihe betragen 4000,-- € und für die jährliche Zertifizierung 450,-- €. Außerdem ist ein Mitgliedsbeitrag von 250,-- € p. a. zu zahlen.

Die Stärken des Konzeptes liegen in der besseren Strukturierung der Praxis und ihrer Abläufe, der besseren Kommunikation und größerer Patientenzufriedenheit. Das Zertifikat bietet Vorteile in der Außendarstellung.

Als Schwäche müssen der hohe Arbeitsaufwand und die relativ hohen Kosten angesehen werden.

Das **EFQM**-Modell „Dental Excellence“ ist ein Modell der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement. Es basiert auf ISO-Normen, die zum totalen Qualitätsmanagement (TQM) weiterentwickelt wurden. Erfahrungen bestehen seit etwa 10 Jahren. Ziel des Konzeptes ist es, mehr Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit zu erreichen. Bewertet werden die Kriterien: Führung, Mitarbeiter, Politik und Strategie, Ressourcen, Prozesse, Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, gesellschaftliche Verantwortung und Ergebnisse. Instrumente sind Selbstbewertung, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, Offenlegung der Ergebnisse und jährliche Benchmarking-Workshops. Es erfolgt eine externe Validierung und die Verleihung der Anerkennung „Committed to Excellence“ der EFQM. Der Aufwand beträgt mindestens 2 Workshops für das Praxisteam über je 1,5 Tage mit Kosten von ca. 4300,-- €, ein Benchmarking-Meeting p. a. 2400,-- €, Validierung und Urkunde (gültig für 2 Jahre) 2900,-- €.

Zu den Stärken des Konzeptes zählt die Verbesserung der Praxisperformance nach innen und außen durch Selbstbewertung und Benchmarking. Die Urkunde „Committed to Excellence“ hebt das Ansehen der Praxis auf ein europäisches Niveau.

Nachteilig sind die sehr hohen Kosten des Systems und seine Kompliziertheit. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass schon durch die Wahl anderer Begriffe wie „performance“ und „excellence“ hier etwas ganz Besonderes verkauft werden soll.

Die übrigen auf dem Markt befindlichen Praxismanagementkonzepte reihen sich alle mehr oder weniger in die vorgestellten Modelle ein. Vor einer Entscheidung pro oder contra sollten sie nach den am Anfang dieser Zusammenfassung genannten Kriterien geprüft werden. Die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale der hier besprochenen Modelle werden in der Tabelle noch einmal zusammengefasst.

Es gibt unterschiedliche Fokussierungen in diesen QM-Systemen, teils stehen mehr die organisatorischen Abläufe im Vordergrund, teils auch die Behandlungsabläufe. Eine strikte Trennung zwischen diesen Bereichen ist jedoch nicht möglich, da der eine Bereich in den anderen übergeht. Systematische Fehleranalyse, Selbstkontrolle und Korrekturmaßnahmen im Sinne des Qualitätskreislaufs sind in beiden Bereichen sinnvoll und bergen meist auch eine Reihe von Verbesserungspotentialen. Dabei kann die Mitarbeit in Qualitätszirkeln sehr hilfreich sein (vgl. Micheelis, Walter und Szecsenyi, 1998). Qualitätszirkel sind in die vorgestellten QM-Systeme unterschiedlich eingebaut.

Gewährleistung als Instrument eines QM-Systems ist aus rechtlichen Gründen problematisch. Vernünftige Kulanzregeln dagegen können als vertrauensbildende Maßnahmen in ein QM-System eingebaut werden.

Im Einsatz des Instruments Visitationen (Praxisbesuch, „Peer review“) unterscheiden sich die QM-Systeme. Jeder Zahnarzt muss selbst entscheiden, ob er Visitationen akzeptieren kann. Voraussetzung dafür ist Vertrauen in die Qualifikation und Beratungsfähigkeit des Visitors.

Auch bei der Zertifizierung/Audit/Validierung/ Überprüfung durch Dritte gibt es deutliche Unterschiede zwischen den QM-Systemen. Dieses Instrument ist entweder integrierter Bestandteil des Systems oder es wird ausdrücklich abgelehnt. Bei einigen Systemen steht es optional zur Verfügung.

Konturen des gesetzlich vorgeschriebenen einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zeichnen sich z. Z. noch nicht ab. Wenn man sich auf den Internetseiten des Bundesgesundheitsministeriums die Kernanforderungen dafür anschaut, so wird klar, dass alle hier dargestellten QM-Systeme sie erfüllen werden, vielleicht mit minimalen Ergänzungen. Im Übrigen ist die Forderung des Gesetzgebers nach Einführung eines Qualitätsmanagements in der ärztlichen/zahnärztlichen Praxis ein Postulat ohne wissenschaftliche Basis, da wissenschaftliche Ergebnisse über dessen Wert bisher nur fragmentarisch vorhanden sind.

Qualitätsmanagement bedeutet mehr Arbeit und zusätzliche Kosten für die Praxis. Qualitätsmanagement erhöht aber nach Aussage aller beteiligten Zahnärzte auch die Freude am Beruf und die Zufriedenheit von Patienten und Mitarbeitern. Qualitätsmanagement kann die Grundlage für ein positives, patientenorientiertes Marketing sein.

QM-Modelle im Vergleich						
Vergleichsmerkmale	Z-PMS	EPA-ZM	QEP	DAZ	DIN ISO QM 21	Dental Excellence
1. Inhalte						
Praxisleitbild	+	+	+	+	+	+
Handbuch	+	+	+	+	+	+
Aufbau- und Ablauforganisation	+	+	+	o	+	+
Behandlungsabläufe	o	+	o	o	+	+
Ergebnisqualität	o	o	o	+	o	+
Gewährleistung	o	o	o	+	o	o
2. Instrumente						
Visitation	o	+	o	o	+	+
Zertifizierung	o	+	+	o	+	+
Benchmarking	im Aufbau	+	o	+	o	+
Patienten- u. Mitarbeiterbefragung	+	+	+	+	+	+
Fortbildung	+	+	+	+	+	+
Beratergremium/ Servicetelefon	o	o	+	+	o	o
3. Bewertung						
Zeitaufwand	++	++	++	+	+++	+++
Kosten	++	++	+	+	+++	+++
Komplexität	++	+++	++	+	+++	+++
Marketing	+	+++	+	++	+++	+++
Eignung für Zahnarztpraxen	+++	+++	o	+	+++	++

Qualitätsmanagement ist eine Aufgabe, die Zahnärzte und Zahnärztinnen in eigener Verantwortung betreiben müssen. Dabei macht es Sinn, sich im Kollegenkreis und in den Qualitätszirkeln nach den Erfahrungen anderer umzuhören und darauf aufzubauen.

Die Zahnärztekammern können wichtige Hilfestellung leisten, indem sie die Fortbildung fördern und über Nutzen und Wirkungsweise von Qualitätsmanagementsystemen sachlich informieren, um auf diese Weise dem kommerziellen Missbrauch der gesetzlichen Vorschriften zum Nachteil der Kollegen vorzubeugen.

Das beste Qualitätsmanagement beginnt natürlich schon bei der Ausbildung an den Hochschulen, bei der Auswahl geeigneter Studienanfänger, mit einer modernisierten Approbationsordnung und der Schaffung von angemessenen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Praxis. Qualität bedeutet auch mehr Zeit und Zuwendung für den Patienten.

Diese Überlegungen machen aber keinesfalls die Aufgabe überflüssig, den zahnärztlichen Berufsalltag effizient und effektiv zu organisieren. Wir sind der festen Überzeugung, dass dabei das Praxismanagement helfen kann, wenn es individuell auf die Praxis zugeschnitten wird und sinnvoll zum Einsatz kommt.

5 Literatur

Amon, U. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Arztpraxis, 2. Aufl., Springer, Berlin-Heidelberg 2004

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.): Kompendium Q-M-A, Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2003

Böttger-Linck, Yagubogly, Kasten: Der Patient als Kunde. In: Amon, U. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Arztpraxis, 2. Aufl., Springer, Berlin/Heidelberg, 2004, S. 49-78

Brandt, M.: QM-Pilotphase verlief erfolgreich. Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein 12/2001, S. 9

BZÄK/KZBV (Bundeszahnärztekammer, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Agenda Qualitätsförderung – Grundsatzpapier. ZM 17, 2004, S. 16-21

Diel, F., Gibis, B.: Qualitätsmanagement – Mehrwert für die Arztpraxis. Deutsches Ärzteblatt, Heft 10 2004, S. 504 – 506

Engel, N.: Pilotprojekt: Qualitätsmanagement für die Zahnarztpraxis. ZBW 8/2004, S. 10-12

Engels, Y. et al.: Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. Family Practice 2005; 22:215-222

Gerlach, F. M.: Qualitätsförderung in Praxis und Klinik. Thieme, Stuttgart/New York, 2001

Harr, R.: Management-Systeme in der Zahnmedizin. Schweiz Monatsschr Zahnmed, Vol. 111, 7/2001, S. 879-883

Hermann, G.: QM in der Zahnarztpraxis konkret. Weka, Kissing 2005

Knon, D., Ibel, H.: Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Hanser Verlag München/Wien, 2005

Micheelis, W., Walther, W., Szecsenyi, J.: Zahnärztliche Qualitätszirkel. Grundlagen und Ergebnisse eines Modellversuchs. IDZ-Materialienreihe Band 18, Deutscher Ärzte-Verlag Köln, 2. Aufl., 1998

Nüllen, H., Noppeney, T.: Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Arztpraxis, Entwicklung und Einführung eines QMS, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2003

Ollenschläger, G.: Gedanken zur Zertifizierung in der ambulanten Versorgung – dargestellt am Beispiel DIN EN ISO-Zertifizierung. Z.ärztl.Fortbild.Qual.sich (Zae FQ) 2000, 645-649

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. II Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Gutachten 2000/2001. Bonn 2000, S. 115-127

Prchala, G.: Qualitätsmanagement – Der Schlüssel zur Professionalisierung. ZM 20, 2004, S. 30-40

Schulte, M., Klenner, W.: Vorsorge statt Nachsorge, Hessische Studie zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement für Zahnärzte. ZM Nr. 14 2005, S. 18 – 21

Simoes, E. et al.: Indikatoren im Rahmen des internen Qualitätsmanagements in Arztpraxen. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed.40, 7, 2005, S. 398-409

Wölker, T.: Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. 3. Auflage Ärzte-Zeitung, Neulenburg 2002