

Agenda

Qualitätsförderung

Grundsätze und Handlungsempfehlungen
der Qualitätsförderung in der
zahnmedizinischen Versorgung



Inhalt

Grundsätze der Qualitätsförderung in der zahnmedizinischen Versorgung	6
Präambel	7
Bestandsaufnahme	8
Zahnärztliches Konzept der Qualitätsförderung	11
Strategien und Handlungsempfehlungen der Qualitätsförderung	12
Allgemeine Strategien	12
Strukturebene	13
Prozessebene	15
Ergebnisebene	19
Mitglieder der Arbeitsgruppe	22

Grundsätze der Qualitätsförderung in der zahnmedizinischen Versorgung

- Förderung und Sicherung von Qualität sind wesentliche Voraussetzungen für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem.
- Qualitätsförderung ist zentrale Aufgabe des zahnärztlichen Berufsstandes. Als freier Beruf konzipiert und fördert er eigenständig Konzepte zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung.
- Es entspricht dem Selbstverständnis der Zahnärzte¹, ihre Patienten qualitativ hochwertig zu versorgen. Die Berufsvertretung der Zahnärzteschaft fördert daher ein reflexives zahnärztliches Berufsrollenverständnis und unterstützt Projekte zur Optimierung der Versorgungsqualität. Zwang und Kontrolle sind der Qualitätsförderung abträglich.
- Die präventive Ausrichtung zahnmedizinischen Handelns ist ein wesentlicher Beitrag zur Qualitätsförderung. Ziel ist der Erhalt bzw. die Verbesserung der Mundgesundheit von Geburt an bis ins hohe Alter.
- Therapiefreiheit ist der Schlüssel zum Therapieerfolg. Dabei gewährleistet nur ein patientenbezogener Ansatz die Individualität der Behandlungsplanung. Leitlinien können diesen Prozess unterstützen.
- Die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung hängt wesentlich von der aktiven Mitarbeit des Patienten ab. Die umfassende Mitarbeit des Patienten und die Stärkung der Eigenverantwortung für seine Mundgesundheit sind im Rahmen der Qualitätsförderung in der Zahnmedizin unabdingbar.
- Qualitätsförderung bedarf angemessener personeller und organisatorischer Strukturen sowie einer entsprechenden Vergütung. Die Rationierung von Mitteln ist der Qualitätsförderung abträglich.
- Eine an den medizinischen Erkenntnissen und dem Patientenwohl orientierte Aus- und Fortbildung ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine hohe Qualität der zahnmedizinischen Versorgung.
- Zahnärztliche Qualitätsförderung sollte in erster Linie sektorbezogen erfolgen und den Besonderheiten in der Zahnmedizin Rechnung tragen.
- Die Versorgungsforschung kann einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Qualität in der zahnmedizinischen Versorgung leisten und muss von zahnärztlicher Seite gestärkt werden. Sie sollte hierbei dem Leitbild einer „lernenden Versorgung“ entsprechen und gleichermaßen der Qualität, den Patienten und der Förderung der Arbeitsbedingungen des zahnärztlichen Teams verpflichtet sein.

¹ Zur besseren Lesbarkeit werden im gesamten Dokument die Begriffe „Zahnarzt“ und „Patient“ verwendet. Gemeint sind mit diesen Begriffen immer beide Geschlechter.

Präambel

Begriffe wie „Qualität“ und „Effizienz“ in der medizinischen Versorgung prägen nicht nur die gesundheitspolitische sondern zunehmend auch die gesellschaftspolitische Diskussion.

Die Agenda ist mit dem Begriff „Qualitätsförderung“ beschrieben. Als umfassender Ansatz geht Qualitätsförderung über Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement hinaus. Eine umfassende Qualitätsförderung setzt vor allem auf freiwillige Initiative und nicht allein auf gesetzliche Vorgaben.

Für die Zahnärzteschaft ist die Selbstverpflichtung zur Qualität eine immanente, aus ihrem freiberuflichen Selbstverständnis entwickelte Aufgabe. Dabei prägt nicht allein das Ergebnis medizinischen Handelns die Qualität der Versorgung. Nach allgemeinem Verständnis ist gute Qualität in der Regel ein Ergebnis des Zusammenwirkens sinnvoller Strukturen, koordinierter Prozesse und eines kontinuierlichen Nachjustierens, um gute Ergebnisse zu erzielen. Diese Bedingungen entstehen nicht von allein. Sie sind das Ergebnis oft schwieriger und langwieriger Verfahren, in denen um die besten Bedingungen gerungen wird. Der damit verbundene Zuwachs an Erfahrungen bringt für alle Beteiligten neue Perspektiven und Anregungen, die zu einer Verbesserung der Abläufe beitragen. Gute Qualität kann nur in enger Zusammenarbeit und im Dialog mit dem Patienten erzielt werden. Förderung und Sicherung von Qualität verbunden mit Transparenz sind wesentliche Voraussetzungen für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem, in dem die Patienten im Mittelpunkt stehen. Qualitätsförderung ist eine zentrale Aufgabe des zahnärztlichen Berufsstandes.

Der Berufsstand setzt sich für eine qualitativ hochwertige flächendeckende zahnmedizinische Versorgung ein, die jedem Patienten in seinem unmittelbaren Umfeld zur Verfügung steht.

Mit dieser Agenda legen Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) ihre überarbeiteten Positionen zur Qualitätsförderung in der Zahnmedizin vor und knüpfen dabei an die gemeinsame Agenda Qualitätsförderung aus dem Jahr 2004 an. Mit der vorliegenden Agenda Qualitätsförderung führen BZÄK und KZBV die Aufgabe der Qualitätsförderung in der zahnmedizinischen Versorgung fort und zeigen Perspektiven für die Weiterentwicklung durch den Berufsstand und Forderungen an die Gesundheitspolitik für die kommenden Jahre auf.

Die Ziele und Handlungsempfehlungen der Agenda beziehen sich sowohl auf die Patienten als auch auf die in der Versorgung tätigen Zahnärzte und alle in der zahnärztlichen Versorgung Beschäftigten. Leitbild ist eine Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient, die von Vertrauen geprägt ist. Die Zahnärzteschaft legt deswegen besonderen Wert darauf, dass Patient und Zahnarzt sich in einem partnerschaftlichen Verhältnis gegenüberstehen und ihre jeweilige Verantwortung für eine qualitativ hochwertige Versorgung wahrnehmen. Dafür ist es insbesondere erforderlich, die Autonomie des Patienten zu respektieren. Dies wird durch die Patientenberatungsstellen der zahnärztlichen Körperschaften unterstützt.

Grundvoraussetzungen für Qualität und damit auch Qualitätsförderung in der zahnmedizinischen Versorgung sind angemessene Rahmenbedingungen. Hierzu zählen neben den notwendigen personellen und organisatorischen Strukturen auch die damit verbundenen finanziellen Ressourcen. Für die Umsetzung unserer Agenda Qualitätsförderung werben wir auf politischer Ebene für eine nachhaltige Unterstützung. Zusätzliche bürokratische Lasten und Kontrollen sind der falsche Weg. Es gilt, das freiwillige Engagement der Zahnärzte für eine qualitativ hochwertige Versorgung zu stärken, zu fördern und Wege dafür aufzuzeigen.

Bestandsaufnahme

BZÄK und KZBV haben 1988 das erste Grundsatzpapier zur Qualitätsförderung vorgelegt. Die Diskussion um die Qualitätsförderung in Medizin und Zahnmedizin hat sich seither intensiviert und weiterentwickelt. Gesetzliche Maßnahmen und wissenschaftlicher Fortschritt haben die jüngere Vergangenheit ebenso geprägt wie Qualitätsinitiativen des Berufsstandes. Die Zahnärzteschaft hat effektive Wege zur Unterstützung der Praxen aufgezeigt, um Versorgungsprozesse zu optimieren, Qualitätsziele zu erreichen und gesetzliche Bestimmungen umzusetzen. Mittlerweile gehört der selbstverständliche Umgang mit Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Leitlinien zum festen Bestandteil in der zahnärztlichen Praxis.

Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung

Die zahnmedizinische Versorgung ist durch folgende Besonderheiten gekennzeichnet:

- Für eine Befundsituation liegen oft mehrere wissenschaftlich abgesicherte Therapiealternativen vor.
- In jedem Einzelfall verständigen sich Patient und Zahnarzt über die individuell geeignete und bevorzugte klinische Lösung in einem kontinuierlichen interaktiven Prozess.
- Die zahnärztliche Versorgung hat weder mit der ambulanten-ärztlichen noch mit der stationären Versorgung nennenswerte Schnittmengen. Patienten werden in der Regel innerhalb des zahnärztlichen Sektors behandelt.
- Arzneimittelverordnungen und veranlasste Leistungen werden nur in eingeschränktem Maße vorgenommen.

Zahnärztliche Qualitätsförderung muss daher in erster Linie sektorbezogen erfolgen, wenn sie zur Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung beitragen soll. Entsprechend besteht eine Fülle von spezifischen Regelungen zur Förderung der Qualität der zahnmedizinischen Versorgung.

Oberstes Ziel: Prävention

Die präventive Ausrichtung ist der Kernbeitrag zahnmedizinischen Handelns zur Qualitätsförderung. Dieser präventive Ansatz beginnt bereits im frühen Kindesalter.

Zielsetzung ist die Verbesserung der individuellen Mundgesundheit und der Erhalt der eigenen Zähne bis ins hohe Alter. Im internationalen Vergleich hat Deutschland bei der Mundgesundheit in den letzten Jahren nachweislich einen Spitzenplatz erreicht. Die Deutschen Mundgesundheitsstudien (DMS I bis V) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zeigen einen hohen Versorgungsgrad. An dieser Entwicklung können einige Risikogruppen noch nicht partizipieren. Deshalb haben BZÄK und KZBV entsprechende Versorgungskonzepte entwickelt und arbeiten an deren Umsetzung². Die Verbesserung der Mundgesundheit trägt unmittelbar zur Verbesserung der Allgemeingesundheit und damit der Lebensqualität bei.

Freiwillige qualitätsfördernde Aktivitäten

Die zahnärztlichen Berufsorganisationen haben in den letzten Jahren zahlreiche Initiativen für die Weiterentwicklung der Qualitätsförderung im zahnmedizinischen Sektor ergriffen, um ihren Mitgliedern eine eigenständig konzipierte Qualitätsförderung zu ermöglichen und um sie bei der Umsetzung gesetzlicher Bestimmungen zu unterstützen. Bei den freiwilligen Maßnahmen sind insbesondere die zahnärztlichen Qualitätszirkel zu nennen. Ferner sind Fortbildungsprogramme entstanden, die sich speziell mit Entwicklungsoptionen in Richtung einer besseren Versorgung beschäftigen.

Diese freiwilligen Aktivitäten gehen deutlich über verpflichtende, datengestützte, vergleichende Qualitätssicherungsverfahren hinaus.

Eine weitere Initiative zur Verbesserung der Versorgung ist die flächendeckende Patientenberatung durch die zahnärztlichen Körperschaften. Patienten haben die Option, fachkundige Beratung zu erhalten oder das „Zweitmeinungsmodell“ in Anspruch zu nehmen. Ratsuchende Patienten können diese neutralen Beratungsangebote für sich kostenfrei in Anspruch nehmen und erhalten eine individuelle Beratung von hoher Qualität. Die Körperschaften sichern ihrerseits die Qualität der Beratung beispielsweise durch intensive Schulung der Berater.

Zahnärztliches Gutachterwesen

Eine lange Tradition hat im zahnärztlichen Sektor das Gutachterwesen. Dies ist eine Besonderheit der zahnärztlichen Qualitätsförderung.

Besonders bewährt hat sich seit Jahren das Gutachterwesen in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Das Gutachterverfahren ist in Verträgen mit den Krankenkassen geregelt. Die Gutachter werden einvernehmlich von Krankenkassen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) bestellt. Gutachten können vor und nach der Behandlung erstellt werden. In einem Planungsgutachten vor der Behandlung beurteilt der Gutachter, ob die geplante Therapie fachlich angemessen ist und von der Krankenkasse bezuschusst werden kann. Bei einer Beschwerde des Patienten nach abgeschlossener Behandlung wird in einem Mängelgutachten die Berechtigung der Beschwerde des Patienten beurteilt. Die Zahlen der vergangenen Jahre zeigen, dass der Anteil der gutachterlich beanstandeten Therapien an der Gesamtzahl der durchgeführten Zahnersatzbehandlungen im Promillebereich lag. Dies kann als Indikator für eine insgesamt qualitativ hochwertige Zahnersatzversorgung dienen³. Der weit überwiegende Teil der Gutachten sind Planungsgutachten. Neben der qualitätsfördernden Begutachtung von Behandlungsplänen im Vorfeld der Behandlung gewährleistet dieses System bei Beanstandungen der Versorgung nach der durchgeführten Behandlung den Patienten eine zeitnahe und in der Regel abschließende Beurteilung.

Das zahnärztliche Gutachterwesen genießt bei allen Beteiligten eine hohe Akzeptanz. Es dient der Überprüfung und Sicherung der Behandlungsqualität und stellt für die Patienten ein anerkanntes Verfahren dar.

Darüber hinaus leisten die Kammern mit ihrem anerkannten Gerichtsgutachterwesen einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung der Rechtsprechung. Gerichte beauftragen von den Kammern benannte Zahnärzte mit der Begutachtung in Rechtsstreitigkeiten. Diese unterstützen als Gerichtsgutachter das Gericht mit ihrem Fachwissen bei der Entscheidungsfindung. An alle Gutachter werden stets hohe Qualitätsanforderungen gestellt. Sie bilden sich regelmäßig fort.

Regelwerke und ihre Weiterentwicklung

Qualitätsförderung in der zahnmedizinischen Versorgung besteht seit Jahrzehnten in gewachsenen Strukturen und Regelwerken. Diese werden von der Zahnärzteschaft ständig weiterentwickelt und in die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eingebracht: So existieren neben den bereits seit 1993 bestehenden Regelungen für die Gewährleistung bei Füllungen und beim Zahnersatz eine Vielzahl einzelner qualitätssichernder Vorgaben, die für den zahnmedizinischen Sektor gelten. Diese sind enthalten in

- den Allgemeinen Behandlungsrichtlinien für die vertragszahnärztliche Versorgung,
- den Zahnersatzrichtlinien,
- den Kieferorthopädischen Richtlinien (KFO-Richtlinien),
- dem vereinbarten Gutachterverfahren in den Bundesmantelverträgen für Zahnärzte und den Gesamtverträgen auf Landesebene,
- der Röntgenverordnung und
- den Hygienevorschriften.

Zur Umsetzung dieser Regelungen betreiben die Körperschaften spezielle Stellen wie z. B. die Röntgenstellen zur Überprüfung der Röntgeneinrichtungen in den Praxen sowie eine betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Zahnarztpraxen (BuS-Dienst) bei den Zahnärztekammern.

Zur Förderung der Qualität in der Versorgung ist ferner eine Richtlinie zum Qualitätsmanagement bei Zahnärzten erlassen worden.

Die §§ 136 und 137 SGB V sowie die Kammer- und Heilberufegesetze der Länder bilden die gesetzliche Grundlage für weitere qualitätssichernde Regelungen.

³ KZBV (Hrsg.): Geschäftsbericht 2012/2013, 2013, S. 39 ff.

Wissenschaftliche Beiträge der Zahnärzteschaft

Fortschritte in der (Zahn-)Medizin basieren auf Forschung, wissenschaftlichen Erkenntnissen und Expertise aus der Praxis. Als Fundamente sind hier die Hochschulforschung ebenso zu nennen wie die wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Zur aktiven Qualitätsförderung unterhalten BZÄK und KZBV das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) mit dem Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ). Besonders in der Versorgungsepidemiologie, der Gesundheitsökonomie wie auch der Professionsforschung hat sich das IDZ versorgungsrelevanten Forschungsfragen gewidmet und mit dem ZZQ auch der Qualitätsforschung und -förderung besondere Impulse gegeben. Die Deutschen Mundgesundheitsstudien des IDZ

erfassen regelmäßig in hoher methodischer Qualität den Mundgesundheitszustand der Bevölkerung und tragen so zur Entwicklung bedarfsgerechter zahnmedizinischer Versorgungskonzepte der Zahnärzteschaft bei. Das ZZQ hat seit Jahren eine zentrale Position bei der Koordinierung der von den Fachgesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) fachlich betreuten Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien in der zahnmedizinischen Versorgungslandschaft und bei der Erstellung leitliniengestützter Patienteninformationen.

Diese Arbeit belegt, dass die Zahnärzteschaft Qualitätsförderung als eine kontinuierliche innerprofessionelle und dem Gemeinwohl verpflichtete Aufgabe versteht.

Zahnärztliches Konzept der Qualitätsförderung

In der zahnärztlichen Versorgung ist die Förderung der Qualität auf die Erhaltung und Wiederherstellung oraler Strukturen der Patienten ausgerichtet. Qualitätsförderung dient somit dem Ziel, die Mundgesundheit und die Patientenzufriedenheit zu verbessern, wobei die Erwartungen der Patienten und ihre Mitarbeit (Compliance) eine zentrale Rolle spielen.

Ziele der Qualitätsförderung sind die kontinuierliche Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung und damit der Mundgesundheit der Bevölkerung durch wirksame präventive und therapeutische Maßnahmen sowie die Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität. Dies wird in der Praxis erreicht durch

- eine durchgehend präventionsorientierte zahnmedizinische Gesundheitsversorgung durch Verknüpfung von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention,
- durch eine seit Jahrzehnten erfolgreich praktizierte Gruppen- und Individualprophylaxe,
- umfassende Diagnostik und Dokumentation,
- Information des Patienten über den Befund und die individuellen Behandlungsmöglichkeiten und ihre Prognose,
- Einbeziehung des aufgeklärten Patienten in die therapeutische Entscheidungsfindung für ein optimales Behandlungsergebnis,
- Patientenzufriedenheit.

Neben der Patientenzufriedenheit ist der Nutzen ein wichtiger Aspekt bei der Beurteilung von Qualität. Medizinischer Nutzen wird dabei als erkennbarer positiver Effekt einer Behandlung im Sinne einer Verbesserung des Krankheitsverlaufs oder der -symptomatik verstanden, die insbesondere auch die Lebensqualität des Patienten einschließt. Die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung ist daher nicht absolut im Sinne einer isolierten Betrachtung der Ergebnisqualität, sondern immer bezogen auf das erreichbare Optimum in der jeweiligen individuellen Patientensituation zu sehen. Es gibt daher keine Standardqualität, die bei jedem Patienten in identischer Art und Weise erreicht werden kann und muss.

Die Durchführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements dient der kontinu-

ierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung und der Praxisorganisation. Qualitätsmanagement muss dazu individuell auf die spezifischen und aktuellen Gegebenheiten und Bedürfnisse der Patienten, der Praxisleitung und der Praxismitarbeiter bezogen und für sie nützlich, hilfreich und unbürokratisch sein. Dann trägt es wesentlich dazu bei, die Zufriedenheit der am Prozess Beteiligten, insbesondere der Patienten zu erhöhen.

Die Ziele des Qualitätsmanagements werden erreicht, indem der Ist-Zustand analysiert wird, gegebenenfalls Änderungsmaßnahmen geplant, implementiert und in geeigneten Zeitabständen überprüft werden. Diese Schritte liegen beim zahnärztlichen Qualitätsmanagement jeder qualitätsfördernden Maßnahme zugrunde und werden als Qualitätskreislauf (Plan-Do-Check-Act – „PDCA“-Zyklus) beschrieben.

Grundelemente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind:

- Erhebung und Bewertung des Ist-Zustandes,
- Definition von Zielen,
- Beschreibung von Prozessen und Verantwortlichkeiten,
- Ausbildung und Anleitung aller Beteiligten,
- Durchführung von Änderungsmaßnahmen,
- erneute Erhebung des Ist-Zustandes,
- praxisinterne Rückmeldung über die Wirksamkeit von Qualitätsmanagement-Maßnahmen.

Grundsätzlich müssen die Zielsetzungen und Instrumente der Qualitätsförderung regelmäßig auf ihre Effektivität hin überprüft und ggf. weiterentwickelt werden. Eine ständige Prozessreflexion ist unentbehrlich, um den Anforderungen des Qualitätskreislaufs (PDCA-Zyklus) gerecht zu werden. Die Arbeitsschritte Problemidentifikation, Konzeption einer Lösung, Umsetzung der Lösung und Überprüfung der Lösung werden heute in den versorgungsrelevanten Bereichen angewandt.

Die Zahnärzteschaft stellt sich damit der Herausforderung, das eigene Wissen zu erweitern und in die Versorgung einfließen zu lassen.

Strategien und Handlungsempfehlungen der Qualitätsförderung

Strategien und Handlungsempfehlungen werden unterschieden in solche, die sich übergreifend auf alle Ebenen der Qualitätsförderung beziehen und auf diejenigen, die sich den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zuordnen lassen⁴. So können die unterschiedlichen Handlungsfelder der zahnärztlichen Qualitätsförderung verdeutlicht werden.

Allgemeine Strategien

Geeignete Qualitätsindikatoren weiterentwickeln

Basis aller Maßnahmen der Bewertung und Beurteilung von Qualität sind Kennzahlen, deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen der Versorgung ermöglichen. Qualitätsindikatoren sind Hilfsgrößen, die eine bestimmte Qualität durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt abbilden.

Sie sind folglich Messgrößen, die angewendet werden, um Eigenschaften der medizinischen Versorgung zu messen. Sie werden zur Einschätzung von Strukturen und Prozessen wie auch zur Analyse von Ergebnissen der Behandlung eingesetzt. Zur Beurteilung von Behandlungsergebnissen muss auf Bedürfnisse und Nutzen der Patienten abgestellt werden, sogenannte patientenbezogene Endpunkte.

Die so gemessene Versorgungsqualität beschränkt sich nicht auf eine eng gefasste Ergebnisqualität. Die Anwendung von Qualitätsindikatoren eignet sich für die vergleichende Darstellung von Praxisergebnissen, kann Grundlage einer gezielten Praxisentwicklung sein und auch zur Implementierung von Innovationen im Rahmen der Versorgungsprozesse herangezogen werden. Auf diese Weise dienen Qualitätsindikatoren dazu, die allgemeinen Qualitätsziele der Versorgung zu erreichen und die individuelle Umsetzung in der Praxis zu fördern. Bezogen auf die einzelne Praxis sind dabei Informationen zu Risikofaktoren (z. B. Alter, sozialer Hintergrund, Erkrankungen oder andere patientenseitige Risikofaktoren) zu berücksichtigen.

› Handlungsempfehlung

Die Zahnärzteschaft sieht in der Entwicklung von Qualitätsindikatoren einen Beitrag, Versorgungsqualität transparent zu machen und dem einzelnen Zahnarzt Impulse und Richtmaße zur Weiterentwicklung seiner Praxis zu bieten. Entsprechend unterstützen BZÄK und KZBV die zahnmedizinische Forschung in ihrem Bemühen, für die verschiedenen Gebiete der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde valide und reliable Beurteilungskriterien zu entwickeln. In diesem Zusammenhang ist es besonders wichtig, dass Qualitätsförderung nicht als rein technisch-mechanistische Qualitätskontrolle der Therapieergebnisse anhand von Kennzahlen und Indikatoren zu verstehen ist und darauf reduziert wird.

Qualitätsindikatoren können nur sinnvoll angewendet werden, wenn sie mit dem Berufsstand abgestimmt sind und akzeptiert werden. Es empfiehlt sich, im zahnärztlichen Sektor aussagefähige Qualitätsindikatoren vor allem auf der Prozessebene anzusiedeln. Neben der Struktur beeinflusst vor allem die Prozessqualität die Qualität der Versorgung entscheidend. Ob der zahnmedizinische Eingriff erfolgreich verläuft, hängt davon ab, inwieweit es dem Zahnarzt gelingt,

- den Patienten in die Entscheidungsfindung einzubeziehen,
- ihn zu überzeugen, aktiv mitzuarbeiten,
- den Eingriff auf eine langfristige Zielsetzung auszurichten,
- eine nachhaltige und effiziente Nachsorge umzusetzen.

Diese Strategien lassen sich in Prozessindikatoren auflösen und als solche im Detail beschreiben und beobachten.

Hilfreich können auch berufsinterne Vergleiche mit anderen Praxen sein. „Benchmarking“ bedeutet Lernen von guten Ideen und Lösungen. Das Lernen erfolgt durch die Prüfung der Übertragbarkeit auf die eigene zahnärztliche Handlung. Der Vergleich dient allein der Handlungsorientierung, nicht dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn. Er muss in einer kollegialen Umgebung stattfinden.

Strukturebene

Gesetzliche Rahmenbedingungen verbessern

Sektorspezifische Regelungen im Bereich der Qualitätssicherung ausbauen und fördern

Die Eigenständigkeit des Sektors und die Besonderheiten in der zahnmedizinischen Versorgung müssen sich auch im gesetzgeberischen Handeln zur Förderung und Sicherung der Qualität und in den Richtlinien des G-BA niederschlagen. Deshalb ist der zahnärztliche Bereich im G-BA als ein eigener Sektor anerkannt.

Nur wenige Themen der zahnärztlichen Qualitätsförderung enthalten sektorenübergreifende Fragestellungen an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Im Zuge einer zahnmedizinischen Behandlung werden die Sektorengrenzen in der Regel nicht überschritten. Der Gesetzgeber trägt dieser Tatsache bislang nur insofern Rechnung, als vom Grundsatz der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung dann abgewichen werden soll, wenn die Qualität der Behandlung nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden kann.

Allerdings wird zunehmend deutlich, dass die vom Gesetzgeber vorgegebenen und vom G-BA stringent verfolgten Ansätze der vereinheitlichenden einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung über die Sektorengrenzen hinweg zu erheblichen Problemen führen, die die Umsetzung qualitätsfördernder Regelungen verzögern oder unmöglich machen. Insbesondere die vorrangig politisch intendierte Vereinheitlichung von Qualitätsmanagement über alle Sektoren hinweg verkennt die einrichtungs- und sektorspezifischen Besonderheiten. Für die Umsetzung in der Praxis ist es erforderlich, dass alle Beteiligten den Sinn und Zweck der Regelungen verstehen, nachvollziehen können und mit entsprechendem Engagement daran mitwirken.

› Handlungsempfehlung

Die Zahnärzteschaft fordert, dass den Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung in der Gesetzgebung Rechnung getragen wird und insbesondere im Bereich der Qualitätssicherung sektorenübergreifende Regelungen nur dann das Mittel der Wahl sind, wenn sie einer sinnvollen

Verzahnung der verschiedenen Sektoren geschuldet sind und nicht nur einer bloßen Vereinheitlichung dienen. Sinnvolle sektorspezifische Ansätze dürfen nicht ohne sachlichen Grund dem bloßen Ziel sektorenübergreifender Regelungen untergeordnet werden. Vielmehr führt dies nur zu Regelungen auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner und behindert die Zahnärzteschaft in ihrem Bestreben nach einer den individuellen Bedürfnissen der Patienten entsprechenden Qualitätsförderung.

Qualitäts- und präventionsorientierte Versorgung angemessen vergüten

Eine angemessene Vergütungsstruktur für zahnärztliche Leistungen ist die wesentliche Voraussetzung einer auf Qualität ausgerichteten präventionsorientierten Versorgung. Neue Anforderungen an die Praxis und der stetig steigende Aufwand für eine qualitätsorientierte, bedarfsgerechte, innovative Versorgung sind nur so zu erfüllen. Die Praxen müssen in der Lage sein, Investitionen, die der Verbesserung der Versorgung und der Stärkung der Patientensicherheit dienen, betriebswirtschaftlich leisten zu können. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Patienten am medizinischen und technischen Fortschritt teilhaben können.

Eine qualitäts- und präventionsorientierte Versorgung setzt eine angemessene Vergütung voraus. Konzepte, die eine Verbesserung der Qualität der Versorgung mithilfe finanzieller Anreize ermöglichen, konnten bislang nicht überzeugen. Dazu zählen Modelle einer qualitätsorientierten Vergütung (pay for performance/ P4P). Positive Effekte von P4P-Projekten konnten nicht nachgewiesen werden. Offenkundig sind jedoch negative Auswirkungen wie beispielsweise Patienten- und Risikoselektion sowie Fokussierung auf bestimmte Leistungen. Bestrebungen, mit solchen Anreizmodellen sowohl die Qualität der Versorgung zu steigern als auch gleichzeitig, zumindest mittelfristig, die Kosten dämpfen zu können, gehen ins Leere. Eine Verknüpfung von Vergütungsanreizen und Qualität ist der falsche Weg. Er fördert die Risikovermeidung und erschwert die zahnmedizinische Versorgung von schwerkranken Patienten.

› Handlungsempfehlung

Qualitätsförderung setzt eine angemessene Honorierung der zahnärztlichen Leistungen voraus. Bei der Implementierung neuer, die Versorgungsqualität verbessernde Behandlungsmethoden sind immer auch die betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen der zahnärztlichen Praxis zu berücksichtigen. Verpflichtende Investitionen dürfen nicht allein den zahnärztlichen Praxen aufgebürdet werden, sondern müssen vollständig gegenfinanziert werden.

Reduzierung des bürokratischen Aufwandes

Die Zunahme von Bürokratie belastet die Versorgung. Daher darf das Streben nach mehr Qualität keinen unnötigen bürokratischen Aufwand mit sich bringen.

› Handlungsempfehlung

Die vielfältigen gesetzlichen Vorschriften und Verordnungen für die Zahnarztpraxis müssen auf ein administratives Mindestmaß reduziert werden, um gezielt und transparent umgesetzt werden zu können. BZÄK und KZBV fordern den Abbau von Überreglementierungen und Bürokratielasten, die dazu führen, dass dem Zahnarzt die Zeit für die Behandlung der Patienten fehlt.

Monitoring

Auf der Ebene des Gesundheitssystems haben sich die nationalen Mundgesundheitsstudien (DMS I bis IV) des IDZ seit 1989 als Monitoringinstrument der oralen Krankheitslasten und des zahnärztlichen Versorgungsgrades in der Bevölkerung hervorragend bewährt. Die 2013 gestartete Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) soll wie die Vorgängerstudie aktuelle Ergebnisgrößen auf Befund- und Verhaltensebene liefern, wobei auch medizinische und soziodemografische Entwicklungen und Trends über die letzten Jahre dargestellt werden.

› Handlungsempfehlung

Die Versorgungsforschung kann einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Qualität in der zahnmedizinischen Versorgung leisten und muss gestärkt werden. Sie sollte hierbei dem Leitbild einer „lernenden Versorgung“ entsprechen und gleichermaßen der Qualität, den Patienten und der Förderung der Arbeitsbedingungen des zahnärztlichen

Teams verpflichtet sein. Die Versorgungsforschung zur oralen Epidemiologie in Deutschland liegt seit vielen Jahren fast ausschließlich in den Händen der Zahnärzteschaft. Die Arbeit soll fortgesetzt werden, wobei neue Fragestellungen aufgenommen werden müssen, die durch den gesellschaftlichen Wandel entstehen werden.

Qualifizierung in Aus- und Fortbildung fördern

Zahnärztliche Ausbildung

Die Zahnärzte wollen eine präventionsorientierte Ausbildung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Neue Grundlagen- und Querschnittsfächer und eine problemorientierte Vermittlung des Stoffes in geeigneten didaktischen Settings sollen Eingang in das Curriculum finden. Dadurch kann eine engere Verzahnung mit der Medizin erreicht werden. Hierzu bedarf es dringend einer Überarbeitung bzw. Neufassung der seit dem Jahr 1955 bestehenden Approbationsordnung für Zahnärzte. Ein wichtiger Baustein im Zusammenhang mit der Einführung der neuen zahnärztlichen Approbationsordnung ist der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ). Diese Initiative des Medizinischen Fakultätentages soll vor allem zu einer besseren Vernetzung zwischen zahnärztlicher Ausbildung und beruflicher Weiterqualifizierung führen und spricht insofern direkt den qualitätsfördernden Charakter eines lebenslangen Lernens im zahnmedizinischen Berufsfeld an. In Arbeitsgruppen werden regelmäßig Entwürfe für die Inhalte und Lernziele der verschiedenen Kompetenzfelder und Teilbereiche der zahnmedizinischen Ausbildung erarbeitet.

› Handlungsempfehlung

BZÄK und KZBV fordern die Umsetzung der neuen Approbationsordnung für Zahnärzte und setzen sich dafür ein, die Erfahrungen aus der zahnärztlichen Praxis als Baustein für eine praxisgerechte Ausbildung einzubringen.

Zahnärztliche Fortbildung

Eine kontinuierliche Fortbildung ist für die Zahnärzteschaft selbstverständlich. Die Fortbildungsbereitschaft der Zahnärzte ist hoch und stellt sich als tragendes Element der zahnärztlichen Qualitätsförderung dar. Die zahnärzt-

lichen Körperschaften, aber auch Fachgesellschaften und von Zahnärzten geführte Berufsverbände bieten Fortbildung und Kompetenzentwicklung in hoher Qualität. Es besteht bereits ein umfassendes Angebot an Themen und Fortbildungsformen wie z.B. die systematischen Curricula.

Seit 2004 ist der Nachweis zertifizierter Fortbildungsveranstaltungen, dokumentiert durch Fortbildungsnachweise über die erlangten Fortbildungspunkte, für niedergelassene Vertragszahnärzte verpflichtend. Ein bundesweit geltendes System zur Anerkennung von Fortbildungsangeboten und ein einheitliches Punktesystem werden vom Beirat Fortbildung der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) betreut und stetig weiterentwickelt. Dieses Anerkennungssystem sichert die Qualität der Fortbildung.

Eine kontinuierliche, am Patientenwohl und dem medizinischen Fortschritt orientierte Fortbildung ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine gleichbleibend hohe Qualität der zahnmedizinischen Versorgung. Gleiches gilt für die qualitativ hochwertige dreijährige Weiterbildung zum Fachzahnarzt, die immer unter der Aufsicht der zuständigen Zahnärztekammer steht und damit ebenfalls ein Garant für zahnmedizinische Qualität und damit Patientensicherheit ist.

› Handlungsempfehlung

Die zahnärztliche Fortbildung auf dem Stand der aktuellen medizinischen Erkenntnisse soll auf die Bedürfnisse des Praxisalltags ausgerichtet sein und an das Wissen und die Erfahrung des praktisch tätigen Zahnarztes anknüpfen. Zugleich soll eine Kultur des kollegialen Austausches geschaffen werden.

Neue Bildungsformate gehen weit über die kognitive Vermittlung von Wissen hinaus und unterstützen den einzelnen Teilnehmer dabei, bestehende Praxisabläufe zu überprüfen, ggf. anzupassen oder neue zu generieren und in den Praxisalltag zu implementieren. Sie haben eine positive Auswirkung auf die Versorgung und sollen gefördert werden.

Prozessebene

Zahnärztliches Qualitätsmanagement

Zahnärztliches Qualitätsmanagement lebt in ganz besonderem Maße von der Akzeptanz seiner Anwender. Daher sind von der Zahnärzteschaft entwickelte Ansätze zu fördern und auszubauen.

Die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Praxisorganisation und der Patientenversorgung. Sie hängt entscheidend von den einrichtungsspezifischen Gegebenheiten und Bedingungen in den einzelnen Praxen ab. In den Ländern haben entweder die Zahnärztekammer, die Kassenzahnärztliche Vereinigung oder beide gemeinsam Qualitätsmanagement-Systeme entwickelt, die sie den Zahnarztpraxen zur Verfügung stellen. Hierzu werden kontinuierlich Fortbildungsmaßnahmen angeboten.

Professionsinternes Feedback schafft Motivation für weitere qualitätsfördernde Aktivitäten. Wichtig ist die Motivation aller am Qualitätsmanagement Beteiligten. In der Praxis gelebtes Qualitätsmanagement führt zu Verbesserungen und auf Dauer zum gewünschten Erfolg.

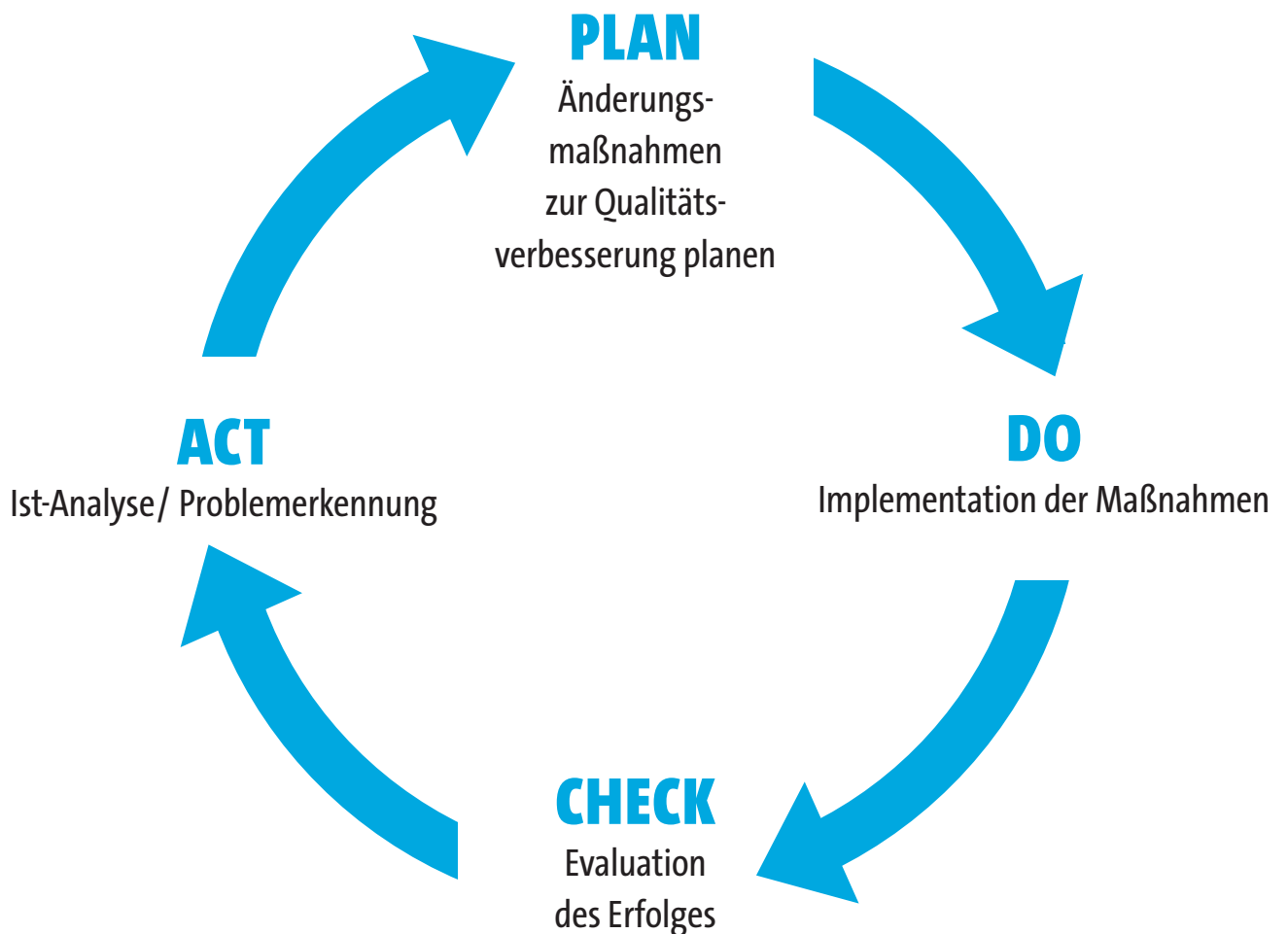
Die vom G-BA beschlossene Qualitätsmanagement-Richtlinie Vertragszahnärztliche Versorgung trägt den Besonderheiten des zahnärztlichen Sektors Rechnung. Die Richtlinie basiert auf der gesetzlichen Verpflichtung für Vertragszahnärzte, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Auch die Vorgaben in der Richtlinie beschränken sich auf grundlegende Mindestanforderungen, weil die Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagement-Systemen gemäß einrichtungsspezifischer Gegebenheiten und Bedingungen (z. B. Qualifikationsstruktur der Mitarbeiter/innen, Geräteausstattung) in den Zahnarztpraxen gestaltet werden kann. Auf dieser Grundlage haben die Vertragszahnärzte – wie die Qualitätsberichte der KZBV an den G-BA seit 2012 belegen – das Qualitätsmanagement für ihre Praxis individuell entwickelt und eingeführt.

Durch die Anwendung des Qualitätskreislaufs/PDCA-Zyklus werden alle Instrumente des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements regelmäßig weiterentwickelt.

Die zahnärztlichen Körperschaften haben sich hohe Kompetenz darin erworben, die Praxen beim Aufbau eines Qualitätsmanagements zu unterstützen. Es wurden zahlreiche Instrumente entwickelt, um Praxisstrukturen transparent und leistungsfähig zu machen.

› Handlungsempfehlung

Diese Arbeit muss fortgesetzt und an die sich wandelnden Bedingungen angepasst werden. Zur Erhöhung der Patientensicherheit ist die bestehende Fehlervermeidungskultur weiterzuentwickeln. Der personenbezogene Umgang mit unerwünschten Ereignissen, an die sich der Vorwurf individuellen Fehlverhaltens knüpft, ist durch eine systembezogene Herangehensweise zu ersetzen. Hierbei wird das unerwünschte Ereignis als Lernchance begriffen⁵. Der offene Umgang mit unerwünschten Ereignissen, ihre systematische Analyse und fachliche Aufarbeitung ohne Schuldzuweisungen sowie eine Verbesserung der Kommunikationsstruktur sind hierbei hilfreich.



Leitlinien entwickeln und fortschreiben

Leitlinien bündeln externes Wissen aus klinischen Studien und bieten damit eine Entscheidungshilfe. Sie werden nach bestimmten formalen Vorgaben und einem vereinbarten Ablaufschema zur Leitlinienentwicklung in Konsensus-Prozessen entwickelt. Die Leitlinienempfehlungen müssen mit der klinischen Erfahrung des Zahnarztes und der individuellen Patientensituation verknüpft werden. Aufgrund ihres Empfehlungscharakters haben Leitlinien damit weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung. In regelmäßigen Abständen werden sie aktualisiert. Leitlinien sind national und international anerkannte Instrumente der Qualitätsförderung.

› Handlungsempfehlung

BZÄK, KZBV und DGZMK koordinieren und fördern die Leitlinienentwicklung von Anfang an und beteiligen sich aktiv an der Erstellung von Leitlinien. Dabei hat die Praxistauglichkeit der Leitlinien einen hohen Stellenwert. Die Implementierung der Leitlinien soll evaluiert werden. Leitlinien sind im Sinne des PDCA-Zyklus ständig auf ihren wissenschaftlichen Gehalt und Nutzen für den Praxisalltag zu überprüfen.

Wissenschaftliche Begründung des zahnärztlichen Handelns

Medizinisches Wissen bedarf grundsätzlich der fortwährenden Überprüfung. Die Wissenschaft steht deswegen in der Verantwortung, die Folgen des medizinischen Eingriffs zu analysieren, damit sein potentieller Nutzen abschätzbar und das mit ihm verbundene Risiko bekannt ist. Die hierbei einzusetzenden wissenschaftlichen Methoden sind von der jeweils vorliegenden Problemstellung abhängig. Die auf diese Weise angestrebte Evidenz in Bezug auf das klinische Handeln ist für die Weiterentwicklung jedes wissenschaftlichen Fachgebietes – so auch der Zahnmedizin – unabdingbar.

Evidenzbasierte Medizin wurde beschrieben als die Integration von individueller klinischer Expertise und bester externer Evidenz aus systematischer Forschung im Hinblick auf die Versorgung individueller Patienten⁶. In Bezug

auf die „beste externe Evidenz“ wurde ein System zur Bewertung wissenschaftlicher Aussagen entwickelt⁷, das eine hierarchische Einteilung in Evidenz von guter und minderer Qualität einführt. Hierbei wird die Art der zu bewertenden Studie als Kriterium herangezogen. Dieses „Prinzip der besten Evidenz“ fand Eingang in die Richtlinien offizieller Entscheidungsgremien, ohne dass seine Tauglichkeit in Bezug auf das alltägliche Versorgungsgeschehen geprüft oder diskutiert wurde.

Im gegenwärtigen Diskurs über die klinische Evidenz wird u.a. diskutiert, in welcher Form die beiden Wissensdomänen „individuelle klinische Expertise“ und „beste externe Evidenz“ zusammenwirken sollen. Die Verfechter des Prinzips der besten Evidenz haben dies nicht konkretisiert⁸. „Gute Evidenz“ wird nur solchem Wissen zugeordnet, das in klinischen Studien mit hohem methodischem Anspruch gewonnen wird. Eine entsprechend ausgestattete „Evidenz“ kann sich jedoch nur auf Leistungsbereiche beziehen, in denen die Akquise von Fällen mit gleichen Ausgangsbedingungen möglich ist und in denen die Methodik der Randomisierung und der prospektiven Beobachtung einsetzbar sind. Das Prinzip der „besten verfügbaren Evidenz“ gründet somit auf den Annahmen, dass sich klinische Praxis auf Entscheidungsvorgänge reduzieren lässt, die durch ein statisches Krankheitsmodell und eine zweiwertige Logik darstellbar sind⁹. Ferner wird vorausgesetzt, dass sich die in beobachteten Populationen gewonnene Evidenz auf Entscheidungen im klinischen Einzelfall übertragen lässt¹⁰. Diese Annahmen gelten für zahnmedizinische Behandlungsfälle in aller Regel nicht. Der Verlauf einer zahnärztlichen Versorgung stellt sich vielmehr als ständiges Interagieren von Patient und Zahnarzt dar. Eine auf Wahrscheinlichkeitsaussagen gründende Nutzen-Risiko-Abwägung bedingt jedoch einen eindeutig definierten und durch eine statische Befundkonstellation ausgewiesenen Entscheidungszeitpunkt. In Versorgungsfällen, die unter diesen Kautelen zu entscheiden sind, bewährt sich dieses Prinzip. In der zahnärztlichen Praxis ist die genannte Bedingung jedoch zumeist nicht erfüllt. Somit sind auch die Voraussetzungen für die Anwendung rein funktional abgeleiteter (parametrisierter) Entscheidungsgründe aus randomisierten Studien nur in wenigen spezifischen Bereichen der zahnmedizinischen Versorgung erfüllt.

⁶ Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., Richardson, W. S.: Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996, 312(13): 71–72.

⁷ Clancy, C.M.: Ensuring health care quality: an AHCPR perspective. *Agency for Health Care Policy and Research. Clin Ther* 1997, 19: 1564-71.

⁸ Braude, H. D.: Clinical intuition versus statistics: different modes of tacit knowledge in clinical epidemiology and evidence-based medicine. *Theor Med Bioeth* 2009, 30(3): 181-198.

⁹ Mannebach, H.: Die Struktur des ärztlichen Handelns und Denkens – ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Medizin. Weinheim London 1997.

¹⁰ Greenhalgh, T.: Why do we always end up here? Evidence-based medicine's conceptual cul-de-sacs and some off-road alternative routes. *J Prim Health Care* 2012; 4(2):92-97.

Aus diesem Grund kommt der individuellen klinischen Expertise ein besonderer Stellenwert zu. Ihre Darlegung und systematische Betrachtung hat für die zahnärztliche Profession eine besondere Bedeutung.

Die isolierte Anwendung des Prinzips der „besten verfügbaren Evidenz“ führt nicht zur Lösung aller Entscheidungsprobleme der zahnmedizinischen Versorgung. Es ist daher zu fordern, dass klinische Handlungsempfehlungen beispielsweise in Form von Leitlinien der klinischen Expertise des individuellen Behandlers und auch den Präferenzen und Wünschen eines individuellen Patienten ausreichend Raum lassen. Eine Leitlinie beschreibt einen Handlungskorridor, der Zahnarzt und Patient eine Orientierung über diejenigen Therapieoptionen bietet, die im individuellen Fall verantwortlich sind, um für und mit dem Patienten gemeinsam die für seine Lebenssituation richtige und angemessene Therapieform in der Behandlungsplanung zu wählen.

› Handlungsempfehlung

Die zahnärztliche Versorgung braucht Methoden des Nutzensnachweises, die adäquate Kriterien zur Bewertung von Leistungen heranziehen. Diese sind neben den in der Forschung angewandten solche Methoden, die den Patienten und den Zahnarzt einbeziehen.

Die zahnärztliche Profession fördert Konzepte, die über das im Moment vorherrschende Prinzip der „besten verfügbaren Evidenz“ hinausgehen. Das Konzept der „Confidence-based Medicine“¹¹ kennt neben den Dimensionen „Wirkung“ und „Kosten“ auch die Dimensionen „Wirksamkeit“, „Wert“ und „Nutzen“. Die Konzeption von Bewertungsalternativen zum gegenwärtigen Bewertungsstandard der „besten verfügbaren Evidenz“ ist eine Aufgabe, die sich sowohl der zahnmedizinischen Wissenschaft als auch der zahnärztlichen Praxis stellt.

Der individuellen klinischen Expertise Rechnung tragend sieht die Zahnärzteschaft in der Therapiefreiheit einen zentralen Schlüssel zum Therapieerfolg. Dabei gewährleistet nur ein patientenbezogener Ansatz die Individualität der Behandlungsplanung. Leitlinien unterstützen diesen Prozess.

Patientenmitarbeit fördern

Einen weiteren Schlüssel zum Therapieerfolg stellt, wie mehrfach ausgeführt, die Mitarbeit des Patienten dar. Der Patient trägt durch sein Verhalten maßgeblich zum Behandlungserfolg bei. Aber auch individuelle Lebensumstände wie Pflegebedürftigkeit beeinflussen den gesamten Versorgungsprozess. Transparenz, Aufklärung und Beratung ermöglichen den Patienten, an der Behandlung mitzuwirken und das Ergebnis mitzugestalten. BZÄK und KZBV halten eine umfassende Patientenmitarbeit (Compliance) und die Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten (Empowerment) für äußerst wichtige Faktoren für die Erhaltung der Mundgesundheit und die Behandlungsplanung und -durchführung.

› Handlungsempfehlung

Die Zahnärzteschaft unterstützt als Prinzip der Patientenbeteiligung die sogenannte „Partizipative Entscheidungsfindung“ (shared decision making), bei der Zahnarzt und Patient in einem partnerschaftlichen Verhältnis zusammenarbeiten, um ein gutes Ergebnis zu erzielen. Um dieses partnerschaftliche Verhältnis zu fördern, werden den Patienten umfassende Informationen und Beratungsangebote zur Verfügung gestellt. Diese Angebote gilt es weiterzuentwickeln. Einen wesentlichen Baustein hierfür bilden neutrale Patienteninformationen, deren Erstellung und Verbreitung unterstützt wird.

Zahnärztliche Patientenberatung weiterentwickeln

Ergänzend zur individuellen Beratung und Aufklärung der Patienten durch die behandelnden Zahnärzte wird die seit vielen Jahren bestehende Patientenberatung der Zahnärzteschaft weiterentwickelt. Ziel ist es, die Patienten in ihrem Anliegen nach Beratung und Information noch besser zu unterstützen, um die Patientensouveränität zu stärken, die partizipative Entscheidungsfindung zu fördern und die Patientenzufriedenheit zu erhöhen.

› Handlungsempfehlung

Die zahnärztlichen Körperschaften entwickeln ihre Patientenberatung durch fachkundige Berater ständig weiter. Die Berater sollen auf ihre Beratungstätigkeit gezielt vor-

bereitet werden und besser miteinander vernetzt werden. Das Beratungsgeschehen der zahnärztlichen Patientenberatungsstellen sollen nach einer einheitlichen und wissenschaftlich abgesicherten Methodik erfasst und ausgewertet werden. Ziel ist es, aus der zahnärztlichen Patientenberatung Verbesserungspotenziale für die zahnmedizinische Versorgung zu identifizieren und ein lernendes System zu etablieren.

Zahnärztliches Gutachterwesen

Im zahnärztlichen Sektor hat das Gutachterwesen eine lange Tradition und stellt eine Besonderheit der zahnärztlichen Qualitätsförderung dar. Das Gutachterwesen dient der Überprüfung und Sicherung der Behandlungsqualität und stellt für die Patienten ein anerkanntes Verfahren dar. Es genießt bei allen Beteiligten eine hohe Akzeptanz und hat eine große Bedeutung in der Arbeit der Kammern und KZVen. Die Gutachter bilden sich regelmäßig fort, beispielsweise durch spezielles Training oder die Arbeit in Qualitätszirkeln.

Vor diesem Hintergrund sind die Verfahren der zahnärztlichen Begutachtung etabliert und vom Gesetzgeber besonders hervorgehoben worden.

› Handlungsempfehlung

Das zahnärztliche Gutachterwesen ist als besondere Form einer praxisgerechten Qualitätssicherung im Interesse der Patienten weiterzuentwickeln.

Ergebnisebene

Neue Versorgungsforschungsansätze entwickeln

Versorgungsforschung beschreibt, analysiert und interpretiert die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung unter Alltagsbedingungen. Sie versteht sich als Teil eines Wissenschaftskontinuums, das mit der Grundlagenforschung beginnt, sich über die Labor- und klinische Forschung entwickelt bis hin zur sogenannten letzten Meile des Gesundheitssystems, der Kranken- und Gesundheitsversorgung in der Praxis.

Leitziel der Versorgungsforschung ist, die Gesundheitsversorgung als ein lernendes System zu entwickeln, das kontinuierlich an der Verbesserung der Patientenorientierung und der Wirtschaftlichkeit ausgerichtet ist. Mit ihren Methoden und Ergebnissen trägt die Versorgungsforschung wesentlich zur Förderung von Qualität bei. Keinesfalls ist sie einseitig wirtschaftlichen Betrachtungen verpflichtet. Konzeptioneller Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass die medizinische Versorgung unter Alltagsbedingungen eine andere Wirksamkeit hat als unter klinischen Studienbedingungen.

› Handlungsempfehlung

Um dem Leitbild einer lernenden Versorgung gerecht zu werden, unterstützen die zahnärztlichen Organisationen die Stärkung der Versorgungsforschung in der Zahnmedizin. Deren Forschungsergebnisse sollten generalisierbare und versorgungsrelevante Aussagen erlauben. Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung bekennen sich mit dem IDZ und dem ZZQ ausdrücklich zu einer praxisrelevanten und qualitätsorientierten Forschung für die Zahnärzteschaft. Neben den Schwerpunkten der Versorgungsepidemiologie, der Gesundheitsökonomie, der Professionsforschung und der Qualitätsforschung sollen versorgungsrelevante Querschnittsthemen, wie die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Mundgesundheit oder die Versorgung von Menschen im hohen Lebensalter und mit Behinderungen bearbeitet werden und Projekte zur Patientenorientierung gefördert werden. Im Rahmen der grundlagenorientierten Versorgungsforschung sind grundsätzliche sektorspezifische Fragestellungen für die Zahnmedizin zu formulieren und forschungsmethodische Ansätze zu entwickeln.

Mitglieder der Arbeitsgruppe

An der Erstellung des Konzeptes haben mitgewirkt:

Dr./RO Eric Banthien	Vorsitzender der KZV Hamburg*
Prof. Dr. Christoph Benz	Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer**
Dipl.-Volksw. Christoph Besters	Stellv. Vorsitzender der KZV Baden-Württemberg*
Dr. Stefan Böhm	Stellv. Vorsitzender der KZV Bayerns*
Dr. Günther Buchholz	Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZBV
Dr. Regine Chenot	Leiterin des Zentrums Zahnärztliche Qualität
Ass. jur. Petra Corvin	Leiterin der Abteilung Qualitätsförderung der KZBV
Dr. Norbert Engel	QM-Referent der LZK und der KZV Baden-Württemberg
Dr. Peter Engel	Präsident der Bundeszahnärztekammer
Dr. Wolfgang Eßer	Vorsitzender des Vorstandes der KZBV
Dr. Jürgen Fedderwitz	Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZBV
Dr. Michael Frank	Präsident der Landes Zahnärztekammer Hessen**
ZA Martin Hendges	Stellv. Vorsitzender der KZV Nordrhein*
Dr. Jörg-Peter Husemann	Vorsitzender der KZV Berlin*
Priv.-Doz. Dr. A. Rainer Jordan, MSc.	Wissenschaftlicher Leiter des Instituts der Deutschen Zahnärzte
Dr. Peter Kriett	Vorstandsvorsitzender der KZV Schleswig-Holstein*
Dr. Udo Lenke	Präsident der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg**
ZA Michael Matthes	Stellv. Vorsitzender der KZV Hessen*
Dr. Wolfgang Menke	Präsident der Zahnärztekammer Bremen**
Dr. Wolfgang Micheelis	Wissenschaftlicher Leiter des Instituts der Deutschen Zahnärzte i.R.
ZA Christian Neubarth	Mitglied des Vorstandes der KZV Niedersachsen*
Prof. Dr. Dietmar Oesterreich	Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer
Dr. Bernhard Reilmann	Vorsitzender der KZV Westfalen-Lippe*
Dr. Michael Reinhard	Stellv. Vorsitzender der KZV Rheinland-Pfalz*
Dipl.-Volksw. Elfi Schmidt-Garreht	Leiterin der Berliner Vertretung der KZBV
Dr. Johannes Szafraniak	Präsident der Zahnärztekammer Nordrhein**
Ass. jur. Sven Tschoepe, LL.M.	Leiter Abteilung Versorgung und Qualität der BZÄK
Prof. Dr. Winfried Walther	Direktor Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Dr. Holger Weißig	Vorstandsvorsitzender der KZV Sachsen*

Impressum

Herausgeber

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Gestaltung

atelier wieneritsch

Foto

Monkey Business / Fotolia

Berlin, Juli 2014

