Literatur

Mehr als Zertifikate:

Qualitätsmanagement in der KFO

Im vierten Teil der Artikelserie „Lean Transformation in der KFO“ erläutern Dr. Udo Windsheimer und Christian Dymek, wie QM im Alltag wirklich entlastet und Qualität sichtbar macht.



© Hrant Khachatryan – unsplash.com

Einleitung

Qualitätsmanagement (QM) hat in vielen Praxen ein Imageproblem. Es wird als Ordner, Bürokratie oder Pflichtprogramm wahrgenommen, das vor allem Zeit kostet. In der Realität ist ein gutes QM indes genau das Gegenteil: Es schafft Klarheit, reduziert Fehler, stabilisiert Abläufe und macht Qualität messbar. Gerade in kieferorthopädischen Praxen, in denen viele Personen, viele Schnittstellen und lange Behandlungsverläufe zusammenkommen, ist QM ein praktischer Hebel, um verlässlich zu arbeiten und gleichzeitig Kapazität zurückzugewinnen.

Der Leitfaden ISO 9001 beschreibt Qualitätsmanagement nicht als Dokumentationsprojekt, sondern als Managementsystem, das Prozesse steuert, Risiken beherrscht und kontinuierliche Verbesserungen sicherstellt.[3] Entscheidend ist daher nicht, ob ein Handbuch existiert, sondern ob Standards im Alltag tatsächlich gelebt werden.

Was Qualitätsmanagement in der KFO konkret bedeutet

In der KFO entsteht Qualität nicht in einem einzelnen Behandlungsschritt. Qualität entsteht über den gesamten Verlauf einer Behandlung und durch das Zusammenspiel vieler Beteiligter hinweg. Empfang, Assistenz, Behandler, Labor, Abrechnung und Kommunikation greifen ineinander. Genau an diesen Schnittstellen entstehen aber auch die typischen Qualitätsrisiken. Verursacht werden diese meist nicht durch medizinische Fehlentscheidungen, sondern durch Organisationsfehler. Fehlende Informationen, uneinheitliche Abläufe, unklare Verantwortlichkeiten und unklare Übergaben erzeugen Rückfragen, Suchzeiten, Nacharbeit und im schlimmsten Fall Fehler.

Ein hilfreiches Modell, um Qualität greifbar zu machen, ist die „Struktur-Prozess-Ergebnis-Logik“. Sie verdeutlicht, dass stabile Rahmenbedingungen und stabile Prozesse die Voraussetzung für zuverlässige Ergebnisse sind.[5] Ergänzend zeigen Übersichten zur Qualitätsmessung, dass wenige, gut ausgewählte Kennzahlen im Versorgungsalltag oft wirksamer sind als umfangreiche Messsysteme.[6]

Ein praxistaugliches QM beantwortet drei Fragen sehr konkret.

1. Was ist unser Standard?
2. Woran erkennen wir Abweichungen und Fehler frühzeitig?
3. Wie verbessern wir den Standard, ohne die Praxis zu überlasten?

Damit wird QM zu einem Führungs- und Steuerungssystem, nicht zu einer Sammlung von Dokumenten.[3]

Typische Fehlerquellen in KFO-Praxen und warum QM hier sofort wirkt

Viele Fehlerquellen sind in KFO-Praxen gut bekannt, werden aber im Alltag oft nicht systematisch adressiert. Beispiele sind doppelte Patientenakten oder uneinheitliche Ablageorte, eine unklare Terminlogik und dadurch falsche Terminarten oder fehlende Ressourcen. Bedeutsam sind auch Abrechnungsfehler durch eine unvollständige Dokumentation oder fehlende Freigaben. Nicht zuletzt erzeugen Medienbrüche zwischen Software, Papier und externen Systemen sowie unterschiedliche Arbeitsweisen verschiedener Personen Variabilität und Nacharbeit. Fehlerquellen sind auch Defizite in Hygiene und Aufbereitung, wenn diese nicht eindeutig standardisiert sind, sowie Kommunikationsfehler, weil Zuständigkeit und Rückmeldepflichten nicht klar sind.

Eine systematische Literaturübersicht zu Qualitätsmanagementinitiativen in Zahnarztpraxen zeigt, dass QM besonders dann wirksam wird, wenn es als konkrete, alltagsnahe Verbesserung umgesetzt und nicht als reine Dokumentationsaufgabe gesehen wird.[1] Genau das ist der entscheidende Punkt: QM muss entlasten, nicht zusätzlich belasten.

So wird QM lebendig: Ein schlankes Vorgehen in sechs Bausteinen

Baustein 1: Qualitätsziele definieren, die für die Praxis relevant sind

Qualitätsziele müssen im Praxisalltag spürbar sein. Nicht abstrakt, sondern konkret. Beispiele für diese Ziele sind weniger Rückfragen an Behandler/-in pro Behandlungstag, weniger Abrechnungsrückläufer und Korrekturen, weniger No-Shows durch klare Terminlogik und Kommunikation, kürzere Durchlaufzeiten von Erstberatung bis Start und nicht zuletzt auch stabile Hygienestandards ohne Sonderlösungen. ISO 9001 fordert Qualitätsziele und deren Überwachung, aber die Kunst bei deren Umsetzung liegt in der Praxisnähe.[3]

Baustein 2: Kernprozesse und kritische Schnittstellen definieren

QM startet nicht mit allen Abläufen, sondern mit den Kernprozessen. In der KFO sind das häufig der Abschnitt Erstkontakt bis Erstberatung, der Abschnitt Diagnostik bis Therapieentscheidung, der Start der Behandlung bis zu den Verlaufskontrollen, der Retention und Nachsorge. Kernprozesse sind auch die Abrechnung und die Dokumentation sowie Hygiene und Aufbereitung. Der Fokus liegt in allen Bereichen auf den Schnittstellen. Dort entstehen die meisten Rückfragen, die meisten Fehler und die meiste Nacharbeit.

Baustein 3: Standards als kurze Checklisten oder klare Abschlusskriterien formulieren

Standards müssen leicht anwendbar sein. In vielen Praxen reichen pro Prozessschritt zwei Dinge: eine kurze Checkliste und eine klare Definition, wann der Schritt abgeschlossen ist. Ein Beispiel: „Diagnostik abgeschlossen“ bedeutet, Scan, Fotos und falls nötig Röntgenaufnahmen sind vollständig, richtig benannt, richtig abgelegt und durch die zustän-

dige Person im Team freigegeben. Das reduziert Rückfragen unmittelbar.
Ein zentrales Element eines wirksamen Qualitätsmanagements in der Kieferorthopädie ist die Standardisierung klinischer Kernprozesse. Besonders die Anfangsdiagnostik ist eine kritische Schnittstelle, weil sie die Grundlage jeder Therapieentscheidung ist. Im Sinne eines prozessorientierten Qualitätsmanagements wird dieser Schritt deshalb nicht als individuelle Handlung verstanden, sondern als klar definierter, reproduzierbarer Ablauf mit Checklisten, eindeutigen Verantwortlichkeiten und einem klaren Abschlusskriterium. Der Prozess beginnt in der Erstberatung mit einer strukturierten klinischen Untersuchung. Ziel ist eine vollständige extraorale sowie intraorale Befunderhebung und nicht nur „Zähne anschauen". Dazu gehören unter anderem die Beurteilung von Symmetrie, Profil und Lippenkompetenz, die Analyse der Zahnbögen und Platzverhältnisse, die Erfassung sagittaler, vertikaler und transversaler Okklusionsmerkmale und die Einschätzung des parodontalen Ausgangsbefunds. Hinzu kommt ein kurzes funktionelles Screening, beispielsweise Atmung, Zungenfunktion, Schluckmuster und Habits. Diese klinische Untersuchung ist der primäre diagnostische Schritt. Digitale Unterlagen ergänzen ihn indikationsbezogen und ersetzen ihn nicht. Im nächsten Schritt werden die diagnostischen Anfangsunterlagen nach einem einheitlichen Standard erhoben. Dazu zählen je nach Indikation: der intraorale Scan mit digitalem Modell und Bissregistrat, eine standardisierte Fotoabfolge intraoral und extraoral sowie die radiologische Diagnostik. Die Fotodokumentation folgt dabei einem festen Schema, damit Vergleichbarkeit und Verlaufsauswertung möglich sind. Radiologisch gehören in vielen Fällen OPG und FRS zur Basis. Eine dreidimensionale Bildgebung wird indikationsbezogen eingesetzt, mit standardisierter Indikationsstellung und sauberer Dokumentation im Sinne von Qualität und Strahlenschutz.
Entscheidend für gelebtes QM ist nicht nur die Erhebung, sondern insbesondere die saubere Organisation der Daten. Alle Unterlagen werden strukturiert im Praxismanagementsystem abgelegt, eindeutig benannt, korrekt zugeordnet und durch eine dafür zuständige Person des Teams freigegeben. Erst wenn diese Kriterien erfüllt sind, gilt der Schritt als abgeschlossen.

Definition of Done:
Anfangsdiagnostik abgeschlossen
Die Anfangsdiagnostik gilt erst dann als abgeschlossen, wenn der klinische Befund dokumentiert ist, alle erforderlichen Unterlagen vollständig vorliegen und korrekt benannt und abgelegt sind. Die Indikation zur Bildgebung muss nachvollziehbar dokumentiert und die Datensätze müssen freigegeben sein. Dadurch sinken Rückfragen, Suchzeiten und Nacharbeit deutlich. Gleichzeitig steigt die diagnostische Qualität, weil Entscheidungen auf vollständigen und vergleichbaren Grundlagen getroffen werden. Dieses Beispiel zeigt, wie Qualitätsmanagement im klinischen Alltag funktioniert. Nicht als zusätzlicher Papieraufwand, sondern als Standard, der Diagnostik, Therapieentscheidung, Patientenkommunikation und Effizienz im Praxisalltag gleichermaßen verbessert.

Baustein 4: Risiken und Fehlerquellen systematisch betrachten, aber schlank
Damit Standards im Alltag zuverlässig wirken, müssen typische Fehlerquellen und Risiken systematisch mitgedacht werden. Genau hier setzt das risikobasierte Denken der ISO 9001 an. In der Praxis bedeutet das, dass man nicht nur fragt, was heute schiefgeht, sondern wo es grundsätzlich schiefgehen kann und welche einfache Barriere das verhindert.[3] Durch diese Betrachtung wird das QM proaktiv und nicht reaktiv. Beispiele für mögliche Fehlerquellen sind eine falsche gebuchte Terminart, fehlende Unterlagen vor dem Start der Behandlungsplanung, Abrechnung ohne eine einwandfreie Dokumentation.

Baustein 5: Kennzahlen minimal halten, aber konsequent nutzen
Ein lebendiges QM braucht wenige Kennzahlen, aber solche, die wirklich steuern. Zum Beispiel Abrechnungsrückläufer pro Monat, Korrekturen oder Nachträge in der Dokumentation, No-Show-Rate, aber getrennt nach Terminart, Rückfragenquote pro Prozessschritt, Hygieneabweichungen oder Nacharbeiten und nicht zuletzt die Erfassung der Patientenzufriedenheit über kurze Impulsfragen. Hier hilft die Logik aus „Struktur-Prozess-Ergebnis" und ergänzend dazu zusätzliche Messgrößen (Balancing Measures), um Nebenwirkungen zu erkennen. Ein Beispiel ist die Prüfung, ob eine Terminreduktion an anderer Stelle zu Belastung führt.[6]

Baustein 6: Regelroutinen etablieren, damit QM nicht versandet
QM lebt durch Routinen. Drei kleine Formate für Besprechungen reichen oft aus. Wöchentlich zehn Minuten, um ein Problem, eine Ursache, eine Maßnahme zu bewerten. Monatlich dreißig Minuten, um Kennzahlen, Abweichungen und Standards zu aktualisieren. Hinzukommen sollte quartalsweise ein kurzer Management Review: Dann gilt es, Ziele Risiken und Ressourcen zu prüfen. ISO 9001 beschreibt das als Management Review und kontinuierliche Verbesserung. Im Praxisalltag ist es ein kurzer Steuerungstermin.

QM erhöht Behandlungssicherheit und Effizienz

Ein Beispiel hierfür ist die Reduktion von Bracketverlusten und Notfallterminen durch standardisierte Abläufe, insbesondere durch eine frühzeitige Erkennung sowie eine darauf aufbauende klare Entscheidungslogik.
Ein Fall aus der Praxis: Eine KFO-Praxis stellt fest, dass sich im Verlauf von Multiband-Behandlungen ungeplante SOS-Termine häufen. Häufige Gründe sind gelöste Brackets, irritierende Drahtenden oder akute Schleimhautreizungen. Das Problem ist also nicht nur organisatorisch. Jede ungeplante Einbestellung stört jedoch den Praxisablauf, erzeugt Stress im Team und erhöht das Risiko, dass Folgeprozesse wie Dokumentation oder Materialnachbestellung nicht sauber laufen.

Schritt 1: Problem sichtbar machen.
Die Praxis startet mit zwei Kennzahlen: Die erste ist die Zahl der ungeplanten SOS-Termine pro 100 Multiband-Patienten pro Monat, die zweite Kennzahl ist der Zeitaufwand pro SOS-Termin in Minuten inklusive Dokumentation. Schon diese einfache Messung schafft Transparenz und zeigt, wo der größte Hebel liegt.[7]

Schritt 2: Standard und Verantwortlichkeiten festlegen.
Es wird definiert, wie die Praxis mit typischen SOS-Terminen umgeht. Was kann telefonisch oder digital geklärt werden. Was muss innerhalb von 24 bis 72 Stunden terminiert werden? Welche Fälle brauchen eine sofortige Einbestellung? Zusätzlich wird festgelegt, wer triagiert. In vielen Praxen ist das eine erfahrene Assistenz oder eine Koordinatorin, die nach Checkliste vorgeht. So entstehen klare Zuständigkeiten, und zufällige Entscheidungen werden vermieden.

Schritt 3: Fehlerbarrieren einbauen statt Nacharbeit.
Die Praxis etabliert kleine Ankerpunkte, die Fehler reduzieren. Bei jedem Kontrolltermin erfolgt darum ein kurzer Check der häufigsten Risikofaktoren (zum Beispiel Ligaturen, Drahtenden, Bracketsitz). Hinzu kommt eine standardisierte Instruktion der Patient/-innen, was bei kleinen Problemen zu tun ist. Definierte Reparaturslots im Terminbuch sind wichtig, damit SOS-Termine nicht das gesamte System stören.

Schritt 4: Rückkopplung und Verbesserung als Routine.
Einmal pro Monat sollte ein Termin für eine kurze Analyse eingeplant werden. Welche SOS-Termine waren wirklich unvermeidbar? Welche waren Prozessfehler (zum Beispiel fehlende Instruktion oder fehlender Check)? Welche Anpassung der Standards könnte die Wiederholung dieser Probleme vermeiden helfen?
Dies führt zu einer kontinuierlichen Verbesserung ohne Bürokratie, genau im Sinne eines lebendigen QM-Systems.[3,4]
Ergebnis: Die Praxis reduziert ungeplante SOS-Termine, gewinnt Terminruhe, senkt Nacharbeit und steigert die Behandlungsqualität, weil Risiken früher erkannt und systematisch adressiert werden.

Kernaussage

Qualitätsmanagement ist in der KFO dann wirksam, wenn es als schlankes Betriebssystem verstanden wird. Es definiert Standards, macht Abweichungen sichtbar, reduziert Risiken und verbessert Prozesse kontinuierlich. Ein Ordner allein bringt keine Qualität. Ein gelebter Standard schon.[1,3]

Ausblick auf Artikel 5: Unternehmertum als Erfolgsfaktor

Auch das beste QM-System wirkt nur dann, wenn die Praxis als Unternehmen geführt wird. Denn Qualität, Effizienz und Teamentlastung entstehen nicht zufällig, sondern durch klare Ziele, klare Rollen und eine konsequente Steuerung des Praxisalltags. Im nächsten Beitrag geht es deshalb um Unternehmertum in der KFO: Warum die Praxis als Wertschöpfungssystem verstanden werden muss und wie Praxisinhaber mit Lean Management, Prozessen und wenigen Kennzahlen echte Stabilität schaffen. Wir zeigen, welche Führungsroutinen und Steuerungshebel im Alltag den größten Effekt haben, ohne dass das Team einer Praxis mehr arbeiten muss.

Dr. Udo Windsheimer
Orthocenter – Fachzentrum für Kieferorthopädie
info@kfo-crailsheim.de
www.kfo-crailsheim.de



