

Qualitätsmanagement- systeme selbstbestimmt nutzen



Qualitätsmanagement (QM) dient der Sicherung und kontinuierlichen Weiterentwicklung der Qualität der Behandlung und der Praxisführung – zum Nutzen der Patientinnen und Patienten. Dem Gesetzgeber ist dies so wichtig, dass er alle Vertragszahnärzte verpflichtet hat, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (siehe § 135a Abs. 2 Ziff. 2 SGB V). Aber auch ohne diese gesetzliche Verpflichtung haben sich die Zahnärzte in ihrem Berufsrecht selbst zur regelmäßigen Fortbildung sowie zu Maßnahmen zur Qualitätssicherung verpflichtet (siehe §§ 5 und 6 der Musterberufsordnung der Zahnärzte).

Traditionell soll QM in erster Linie interne Praxisabläufe sichern und verbessern. Dazu gehören auch die Einhaltung der umfangreichen hygiene-rechtlichen Vorschriften. Eine aktuelle Untersuchung vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) und Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ) hat gezeigt, dass für die befragten Zahnärzte in Bezug auf ihr subjektives Qualitätsverständnis die Patientenzufriedenheit, die Qualität der Behandlung sowie ein kollegiales Miteinander aller Beschäftigten in der Praxis im Vordergrund stehen. Zugleich zeigte diese Befragung, dass zwischen diesem subjektiven Qualitätsverständnis auf der einen Seite und dem berichteten Nutzen von QM für das Praxismanagement auf der anderen Seite ein Spannungsverhältnis besteht.¹ Mit anderen Worten: Das positive Selbstkonzept in Bezug auf Qualität wird im QM nicht optimal abgebildet.

Ob die neue sektorenübergreifende QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) dazu beitragen kann, dieses Spannungsfeld aufzulösen, muss sich zeigen. Immerhin steht nach den aktuellen G-BA-Vorgaben „die Einleitung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (Plan-Do-Check-Act-Zyklus – Qualitätskreislauf), orientiert am Nutzen für die Patientinnen und Patienten“ im Zentrum von einrichtungsinternem QM. Auch QM muss also „patientenzentriert“ sein, wofür „eine patienten- und mitarbeiterorientierte einrichtungsinterne Unternehmenskultur maßgeblich ist“ (siehe § 2 Satz 2 der sektorenübergreifenden QM-Richtlinie des G-BA). Vor diesen Hintergründen sind die Kammern bei der Überarbeitung der von ihnen entwickelten und angebotenen QM-Systeme gefordert, gute Vorschläge zur Verbesserung der zahnärztlichen Zielvorstellungen mit den Inhalten des QM zu machen.

Gleichzeitig erleben wir durch die gesetzlichen Vorgaben zum Infektionsschutz und zur Aufbereitung von Medizinprodukten eine stete Zunahme an Bürokratie. Nach einer Erhebung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) im Auftrag des Nationalen Normenkontrollrates erfordern die Verwaltungsarbeiten zur Erfüllung der Informationspflichten im Bereich des QM inzwischen einen durchschnittlichen Aufwand von 13 Personentagen pro Praxis, die nicht für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen. Ein Großteil dieser Zeit muss für die Dokumentation der Aufbereitung von Medizinprodukten

verwendet werden. Deswegen bemühen wir uns darum, die Dokumentationspflichten in diesem Bereich zu verschlanken, indem auf fehlerhafte Prozesse der Aufbereitung fokussiert wird. Die neuen Vorgaben zur Pflegedokumentation standen hierfür Pate. Die Umsetzung kann allerdings nur gelingen, wenn die für die Umsetzung der Hygienevorgaben zuständigen Länder mitziehen.

Das eigene Qualitätsverständnis ist bei uns Zahnärzten gut entwickelt. Gesetzliche Vorgaben führen aber zu einem Spannungsverhältnis. Unsere Instrumente wie die QM-Systeme müssen wir selbstbestimmt nutzen, um auch weiterhin die praxisbezogene Definitionshoheit zu besitzen. Beim Thema QM bleibt also noch viel für die Kammern zu tun.

Quelle:

1 Kettler, Chenot, Jordan, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) (2015) 109, 695–703.

INFORMATION

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich

Vizepräsident der
Bundeszahnärztekammer

Infos zum Autor

