

# Beschluss



## des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Veröffentlichung des Berichts 2019 der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung gemäß Teil A § 7 der Qualitätsmanagement- Richtlinie a.F.

Vom 17. Dezember 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. Dezember 2020 beschlossen, den Bericht der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zum Umsetzungsstand von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement (QM) in der vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß Teil A § 7 Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) a.F. gemäß **Anlage** zu veröffentlichen.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 17. Dezember 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

KZBV - UNIVERSITÄTSSTRASSE 73 - 50931 KÖLN

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Herrn Prof. Josef Hecken  
Gutenbergstr. 13  
10587 Berlin

**VORSTAND**

Köln, 07.07.2020

» **Einrichtungsinernes Qualitätsmanagement (QM)  
Berichterstattung der KZVen und der KZBV gemäß Teil A § 7 Nr. 3 der QM-Richtlinie**

Sehr geehrter Herr Prof. Hecken,

» der Stand des einrichtungsinernen Qualitätsmanagements in den vertragszahnärztlichen Praxen wurde auch in diesem Jahr richtlinienkonform von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) erhoben. Dazu forderten die KZVen gemäß Teil A § 7 Nr. 3 QM-RL auf Basis der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen sektorenübergreifenden QM-RL mindestens 2,0 % zufällig ausgewählte Vertragszahnarztpraxen zur Vorlage einer schriftlichen Dokumentation für das Jahr 2019 auf. Die Ergebnisse haben die KZVen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) gemeldet und von ihr für das Jahr 2019 zusammengefasst, um den Gemeinsamen Bundesausschuss über den Umsetzungsstand des einrichtungsinernen Qualitätsmanagements in den zahnärztlichen Praxen zu informieren.

Den Bericht mit den detaillierten Ergebnissen der Stichprobe nach KZVen (Anlage 1) erhalten Sie termingerecht zum 31.07.2020 in der Anlage.

Bei der Stichprobenerhebung erhalten die zufällig ausgewählten Vertragszahnarztpraxen einen bundeseinheitlichen „Berichtsbogen“ entsprechend den Richtlinieninhalten mit einer „Erklärung gemäß Teil A § 7 Nr. 3 QM-Richtlinie“ und einem „Glossar zum Berichtsbogen“ (Anlagen 2 und 3) mit der Aufforderung, Berichtsbogen und Erklärung ausgefüllt bis zu einer festgesetzten Frist an die KZVen zurückzusenden. Mit der Unterschrift unter die Erklärung bestätigt die Vertragszahnarztpraxis verbindlich, dass sie ihre Verpflichtung zur Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinernen Qualitätsmanagements erfüllt. Mit dem Berichtsbogen und dem Glossar erhalten die Praxen gleichzeitig Anregungen für die inhaltliche Ausgestaltung ihres praxisinernen Qualitätsmanagements und Unterstützung bei ihrer Arbeit.

Nach § 5 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben die Vertragszahnärzte die Umsetzung und Weiterentwicklung ihres Qualitätsmanagements im Sinne einer Selbstbewertung regelmäßig zu überprüfen. Die Ergebnisse der Überprüfung sind für interne Zwecke zu dokumentieren.

Seite 2

Eine Kurzübersicht der Gesamtauswertung möchten wir bereits hier darstellen:

**Kurzübersicht zur Auswertung der Stichprobenziehung 2019**

| Entwicklung (PDCA-Zyklus)<br>in den Zahnarztpraxen | Praxen über 3 Jahre | Praxen unter 3 Jahren |
|--|---------------------|-----------------------|
| Mittelwert aller geplanten QM-Instrumente          | 7%                  | 16%                   |
| Mittelwert aller angewendeten QM-Instrumente       | 50%                 | 52%                   |
| Mittelwert aller ausgewerteten QM-Instrumente      | 10%                 | 8%                    |
| Mittelwert aller fortentwickelten QM-Instrumente   | 31%                 | 23%                   |
| Mittelwert Nichtanwendung                          | 2%                  | 1%                    |

*Note: Brackets in the original image group the first four rows. For 'Praxen über 3 Jahre', the sum of 7%, 50%, 10%, and 31% is 98%. For 'Praxen unter 3 Jahren', the sum of 16%, 52%, 8%, and 23% is 99%.*

Die Zahlen belegen, dass die Einführung und Umsetzung des QM sowohl bei den Praxen, die mehr als drei Jahre bestehen, als auch bei den Praxen, die weniger als drei Jahre bestehen flächendeckend erfolgt und im Vergleich zu den Vorjahren stabil ist. Insbesondere ist festzustellen, dass in allen Praxen der PDCA-Zyklus auf die eingesetzten QM-Instrumente in einem sehr hohen Maß (98-99 %) entweder angewendet, ausgewertet oder fortentwickelt bzw. die Umsetzung der QM-Instrumente geplant wird.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den beigefügten detaillierten Auswertungen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

ZA Martin Hendges  
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes

**Anlagen**

**Anlage 1:** Berichterstattung zur Umsetzung von Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung – Stichprobenerhebung im Jahr 2019 gem. Teil A § 7 Nr. 3 der QM-Richtlinie

**Anlage 2:** Berichtsbogen für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement

**Anlage 3:** Glossar zum Berichtsbogen für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement

**Berichterstattung**  
**zur Umsetzung von Qualitätsmanagement**  
**in der vertragszahnärztlichen Versorgung**  
**für das Jahr 2020**

**Stichprobenerhebung im Jahr 2019**

gem. Teil A § 7 Nr. 3 der QM-Richtlinie



## Inhalt

|  |    |
|--|----|
| 1. Einführung .....  | 5  |
| 2. Berichtsbogen und Glossar .....                           | 6  |
| 3. Stichprobenziehung und Rücklaufquote .....                | 7  |
| 4. Rücklauf aus den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ..... | 8  |
| 5. Fehlende Rückmeldung.....                                 | 9  |
| 6. Umsetzungsstand im PDCA-Zyklus .....                      | 10 |
| a. Praxis besteht über drei Jahre.....                       | 10 |
| b. Praxis besteht unter drei Jahren.....                     | 13 |
| 7. Fazit.....  | 15 |
| 8. Zusammenfassung .....                                     | 16 |

## Abbildungsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 1: Entwicklung der Rücklaufquoten bundesweit 2011-2019 .....   | 7  |
| Abbildung 2: Rücklauf aus den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen 2019 .....  | 8  |
| Abbildung 3: Rücklaufquoten in den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen 2016-2019 .....  | 8  |
| Abbildung 4: Gründe und Anzahl der fehlenden Rückmeldungen 2017-2019 .....   | 9  |
| Abbildung 5: Im PDCA-Zyklus befindliche vs. nichtangewendete QM-Instrumente 2019<br>(Praxen über drei Jahre) .....                   | 10 |
| Abbildung 6: Übersicht über den Stand im PDCA-Zyklus sowie Nichtanwendung je QM-<br>Instrument 2019 (Praxen über drei Jahre) .....   | 11 |
| Abbildung 7: Gründe für eine Nichtanwendung von QM-Instrumenten 2019 (Praxen über<br>drei Jahre) .....                               | 12 |
| Abbildung 8: Im PDCA-Zyklus befindliche vs. nichtangewendete QM-Instrumente 2019<br>(Praxen unter drei Jahren) .....                 | 13 |
| Abbildung 9: Übersicht über den Stand im PDCA-Zyklus sowie Nichtanwendung je QM-<br>Instrument 2019 (Praxen unter drei Jahren) ..... | 14 |
| Abbildung 10: Gründe für eine Nichtanwendung von QM-Instrumenten 2019 (Praxen unter<br>drei Jahre) .....                             | 14 |
| Abbildung 11: Entwicklung bezogen auf den PDCA-Zyklus 2019 (Praxen über drei Jahre vs.<br>unter drei Jahren) .....                   | 15 |

## 1. Einführung

Mit der am 16. November 2016 in Kraft getretenen Qualitätsmanagement-Richtlinie („Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser; QM-RL“) gilt eine Übergangsregelung gemäß Teil A § 7 Nr. 3.

Danach fordern die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) jährlich mindestens 2,0 % zufällig ausgewählte Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte zur Vorlage einer schriftlichen Dokumentation auf. Die Zahnarztpraxen berichten ihrer jeweils zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung zum aktuellen Umsetzungsgrad des Qualitätsmanagements.

Die Ergebnisse sind der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zu melden, die dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zweijährlich, erstmals für das Jahr 2017, jeweils bis zum 31. Juli des Folgejahres über den Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in den zahnärztlichen Praxen berichtet. Die dritte Erhebung nach den Anforderungen der neuen QM-RL durch die KZVen ist 2019 erfolgt. Die Ergebnisse sind in vorliegendem Bericht zusammengefasst.

Für Praxisneugründungen ist in der QM-Richtlinie eine Übergangszeit von drei Jahren ab Praxisgründung enthalten, die in der QM-Richtlinie genannten Instrumente und deren Anwendungsbereiche im Rahmen des praxisinternen QM einzuführen, zu überprüfen und dann weiterzuentwickeln. In Teil 6 dieses Berichtes werden daher die Ergebnisse der über drei Jahre und der unter drei Jahren bestehenden Praxen getrennt voneinander dargestellt.



## 2. Berichtsbogen und Glossar

Der im zahnärztlichen Sektor bislang eingesetzte Berichtsbogen zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement wurde aufgrund der Neufassung der Richtlinie überarbeitet und angepasst.

Der Berichtsbogen dient der zahnärztlichen Praxis zur Ist-Einschätzung des Stands des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements und als Berichtsgrundlage im Rahmen der nach der Richtlinie von den KZVen durchzuführenden Stichprobenerhebung. Er beinhaltet den Qualitätskreislauf, die QM-Methoden und -Grundelemente sowie die Instrumente des QM in Form von Aussagen, mit der Bitte um Angabe zum aktuellen Stand in der Praxis. Darüber hinaus dient der Berichtsbogen zusätzlich auch als interne Checkliste für die Praxis.

Um den Praxen im Rahmen der Stichprobenziehung ggf. bestehende Fragen zu erläutern, erhalten diese ein aktuelles Glossar, in dem Sinn und Zweck des Berichtsbogens sowie die Inhalte der QM-Richtlinie ausführlich erklärt und Ausfüllhinweise gegeben werden. Zum besseren Verständnis sind die Inhalte sowie die Anwendungsbereiche im Glossar praxisnah formuliert und anhand konkreter Beispiele aus dem Arbeitsalltag erläutert.

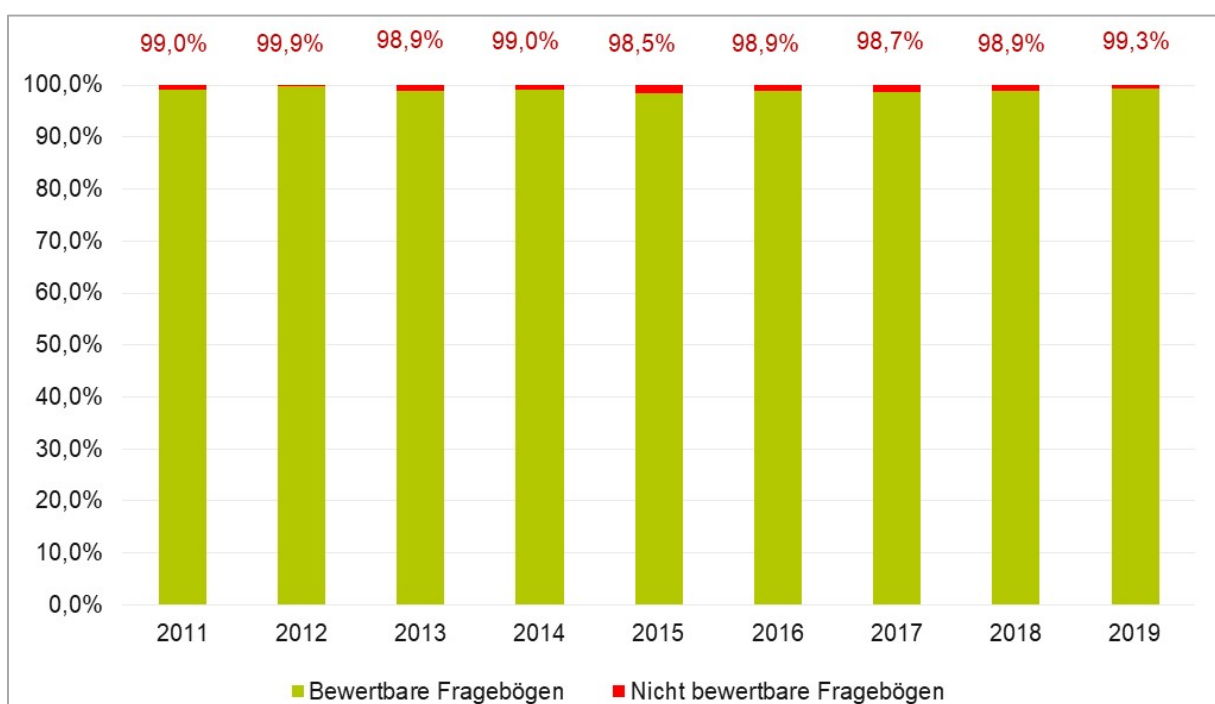
Die im Berichtsbogen aufgelisteten und im Glossar erläuterten Instrumente sind nach der neuen QM-Richtlinie bei den Vertragszahnärzten grundsätzlich alle anzuwenden. Für die Nichtanwendung soll ein Grund angegeben werden. Die Anwendung der QM-Instrumente Risiko-, Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme ist wie bisher Pflicht.

### 3. Stichprobenziehung und Rücklaufquote

Im Jahr 2019 gab es bundesweit 41.740 Vertragszahnarztpraxen (Grundgesamtheit). Die Anzahl ist in den letzten Jahren rückläufig. So lag die Anzahl der Vertragszahnarztpraxen im Jahr 2018 bei 42.795, 2017 bei 43.592 und im Jahr 2016 bei 44.318. Mit der abnehmenden Anzahl verringerte sich auch die Zahl der Stichprobenteilnehmer im Berichtsjahr.

Die KZVen haben richtliniengemäß im Jahr 2019 bundesweit per Stichprobe mindestens 2,0% aller Vertragszahnarztpraxen gezogen, insgesamt wurden 858 Praxen (2,06 %) gezogen. Der Sollwert bei einer Stichprobe von 2,0 % lag bei 835 Praxen.

852 Praxen haben auswertbare Rückmeldungen geliefert. Dies ergibt eine Rücklaufquote von 99,3 % und entspricht den Werten der Vorjahre (s. Abbildung 1). Die Rücklaufquote bleibt demnach auf einem sehr hohen Niveau von rund 99 % konstant.



**Abbildung 1: Entwicklung der Rücklaufquoten bundesweit 2011-2019**

## 4. Rücklauf aus den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

Abbildung 2 zeigt die Rückläufe nach KZV-Region in absoluten Zahlen und in Prozent für das Jahr 2019. Die prozentualen Unterschiede zwischen den einzelnen KZV-Bereichen sind auf die Größe der KZVen zurückzuführen: Je kleiner die KZV-Region ist, desto stärker wirken sich fehlende Rückmeldungen auf die Prozentzahl aus.

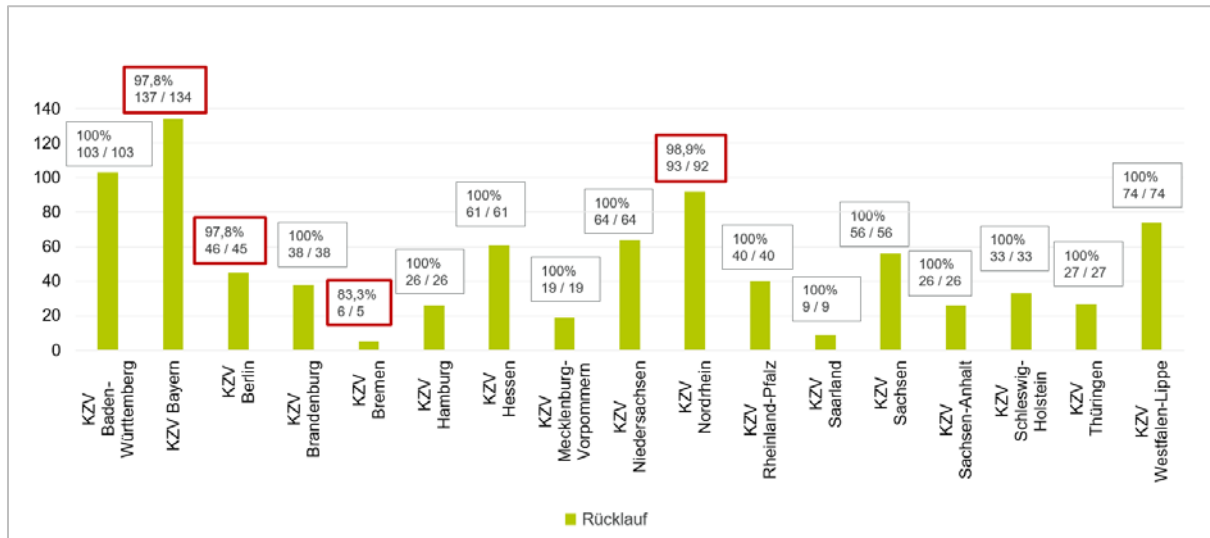


Abbildung 2: Rücklauf aus den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen 2019

Abbildung 3 vergleicht die Rücklaufquoten in den einzelnen KZV-Bereichen zwischen den Jahren 2016 und 2019. Wie in den Vorjahren betragen die Rücklaufquoten in allen Bundesländern nahezu 100 %.

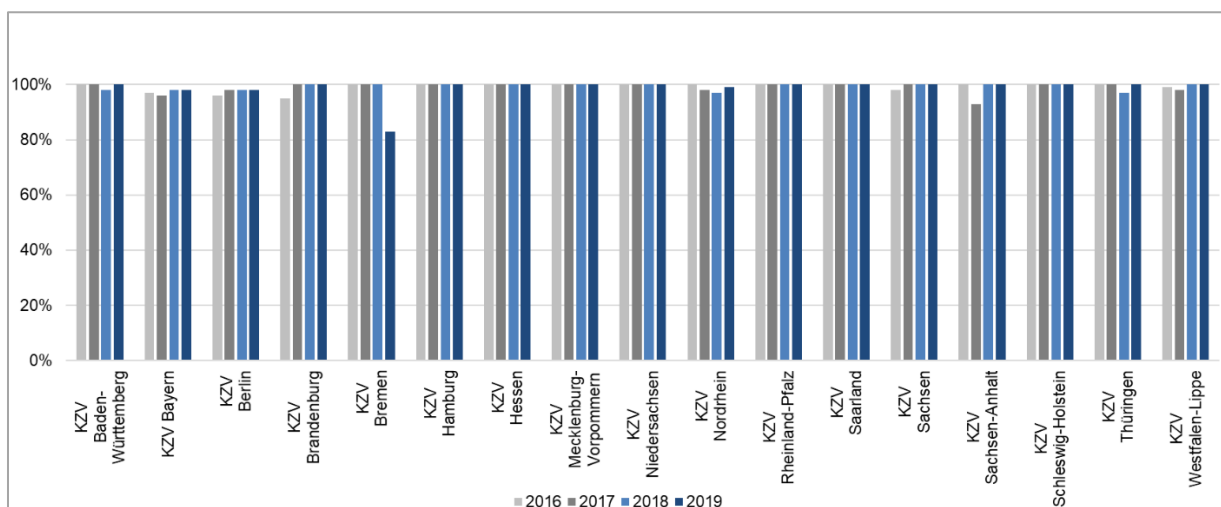


Abbildung 3: Rücklaufquoten in den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen 2016-2019

## 5. Fehlende Rückmeldung

Im Jahr 2019 sind bundesweit nur aus sechs Praxen keine Rückmeldungen erfolgt. Dies entspricht einem Anteil von 0,7 % an der Gesamtstichprobe (N = 858).

Bei fehlendem Rücklauf ist es in den KZVen üblich, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Folgende Maßnahmen werden abgestuft üblicherweise eingeleitet:

- telefonische Erinnerungen
- schriftliche Erinnerungen
- Mahnungen
- Beratungen
- Disziplinarmaßnahmen.

Abbildung 4 stellt die jeweiligen Begründungen der Vertragszahnarztpraxen zum fehlenden Rücklauf mit vergleichendem Blick auf die beiden Vorjahre dar.

Die Anzahl fehlender Rückmeldungen ist auch im Jahr 2019 sehr gering. Drei Praxisinhaber erklärten, ihre Praxis aufgegeben zu haben; ein Praxisinhaber konnte aus Krankheitsgründen nicht antworten, in einer Praxis ruhte zum Zeitpunkt der Abfrage die Zulassung. Lediglich ein Praxisinhaber sendete keine Rückmeldung mangels Compliance.

|                     |   |
|---------------------|---|
| Non-Compliance      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2019: 1</li> <li>• 2018: -</li> <li>• 2017: 2</li> </ul> |
| Praxisaufgabe       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2019: 3</li> <li>• 2018: 8</li> <li>• 2017: 5</li> </ul> |
| Krankheit           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2019: 1</li> <li>• 2018: 2</li> <li>• 2017: 3</li> </ul> |
| Ruhen der Zulassung | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2019: 1</li> <li>• 2018: -</li> <li>• 2017: -</li> </ul> |

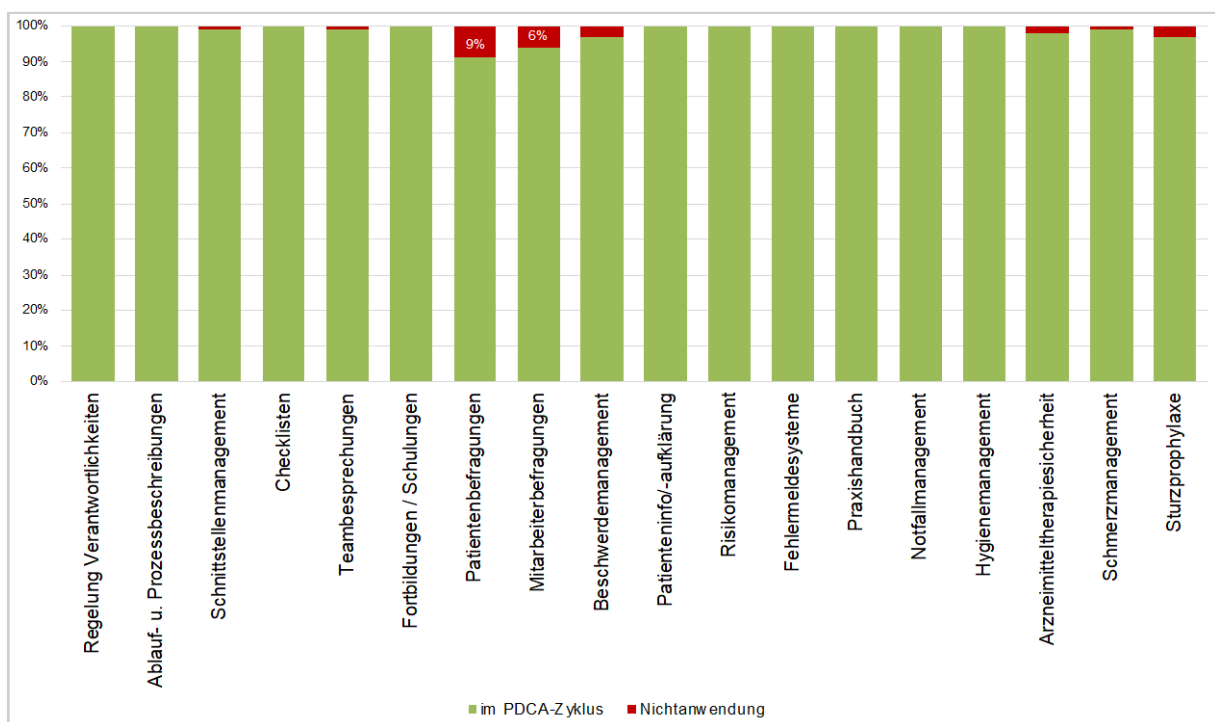
**Abbildung 4: Gründe und Anzahl der fehlenden Rückmeldungen 2017-2019**

## 6. Umsetzungsstand im PDCA-Zyklus

Von den 852 an der Auswertung beteiligten Zahnarztpraxen bestehen 778 Praxen länger als drei und 74 Praxen weniger als drei 3 Jahre. Die Ergebnisse zum PDCA-Zyklus (kontinuierliche Verbesserung durch Planung, Anwendung, Auswertung und Fortentwicklung) sind nachfolgend getrennt dargestellt.

### a. Praxis besteht über drei Jahre

Abbildungen 5 und 6 zeigen den Umsetzungsstand aller Methoden und Instrumente von QM in Prozent für Vertragszahnarztpraxen, die seit mehr als drei Jahren bestehen (n = 778).



**Abbildung 5: Im PDCA-Zyklus befindliche vs. nichtangewendete QM-Instrumente 2019 (Praxen über drei Jahre)**

In der Gesamtbetrachtung setzten nahezu alle der Vertragszahnarztpraxen, die seit mehr als drei Jahren bestehen, die in der QM- RL genannten Instrumente um (vgl. Abbildung 5).

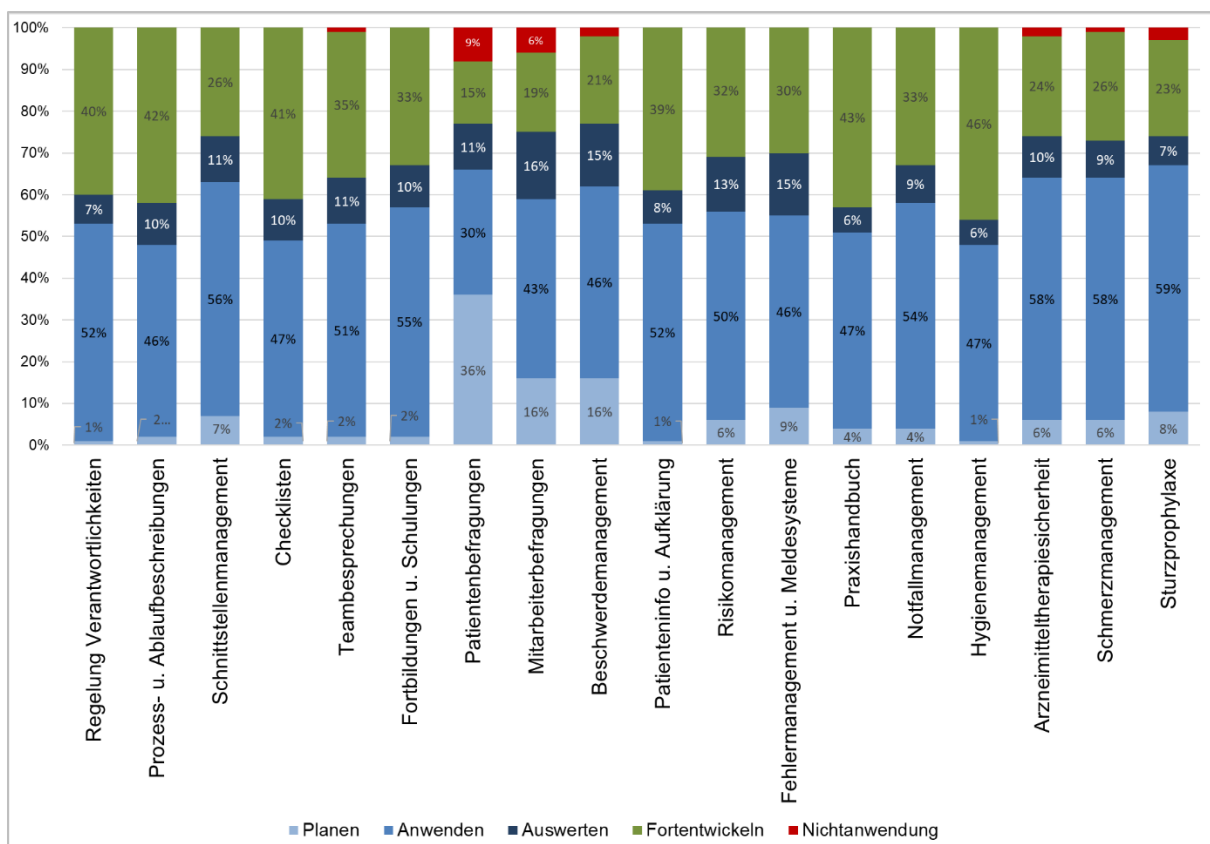
Relativ wenige Praxen gaben an, keine Patienten- oder Mitarbeiterbefragungen durchzuführen oder keine Regelungen zur Sturzprophylaxe oder zum Beschwerdemanagement getroffen zu haben. Ferner führen 9 % der Praxen (66 von 778) keine Patientenbefragungen durch. 6 % der Praxen gaben an, keine Mitarbeiterbefragungen durchzuführen (46 von 778). Bei der

Sturzprophylaxe sind es 3% der Praxen (26 von 778), die diese nicht umsetzen. Gründe für die Nicht-Anwendung der QM-Instrumente werden in Abbildung 7 dargestellt.

Bei Mitarbeiterbefragungen wurde eine Nicht-Anwendung z. B. wie folgt begründet: „Einzelpraxis“; „Praxis zu klein für anonyme Befragung“; „Austausch während der Pausen oder Probleme werden direkt angesprochen“ oder „Teamgespräche sind bevorzugt“. Das zeigt, dass es ggf. nachvollziehbare Gründe geben kann, bestimmte QM-Instrumente nicht oder nur zum Teil anzuwenden.

Differenziert nach dem Stand des PDCA-Zyklus wird deutlich (vgl. Abbildung 6), welche der QM-Instrumente noch in Planung sind, welche angewendet, welche ausgewertet oder welche bereits fortentwickelt werden.

In Planung befinden sich vor allem Patientenbefragungen: 36 % der Praxen gaben an, Patientenbefragungen zu planen. Auch Mitarbeiterbefragungen und der Aufbau eines Beschwerdemanagements gehören bei 16 % der Praxen noch zu Planungsaufgaben. Entsprechend weit im PDCA-Zyklus finden sich beispielsweise vor allem die Bereiche „Hygienemanagement“, „Fortschreibung des QM-Handbuchs“ oder „Fortschreibung von Checklisten“.



**Abbildung 6: Übersicht über den Stand im PDCA-Zyklus sowie Nichtanwendung je QM-Instrument 2019 (Praxen über drei Jahre)**

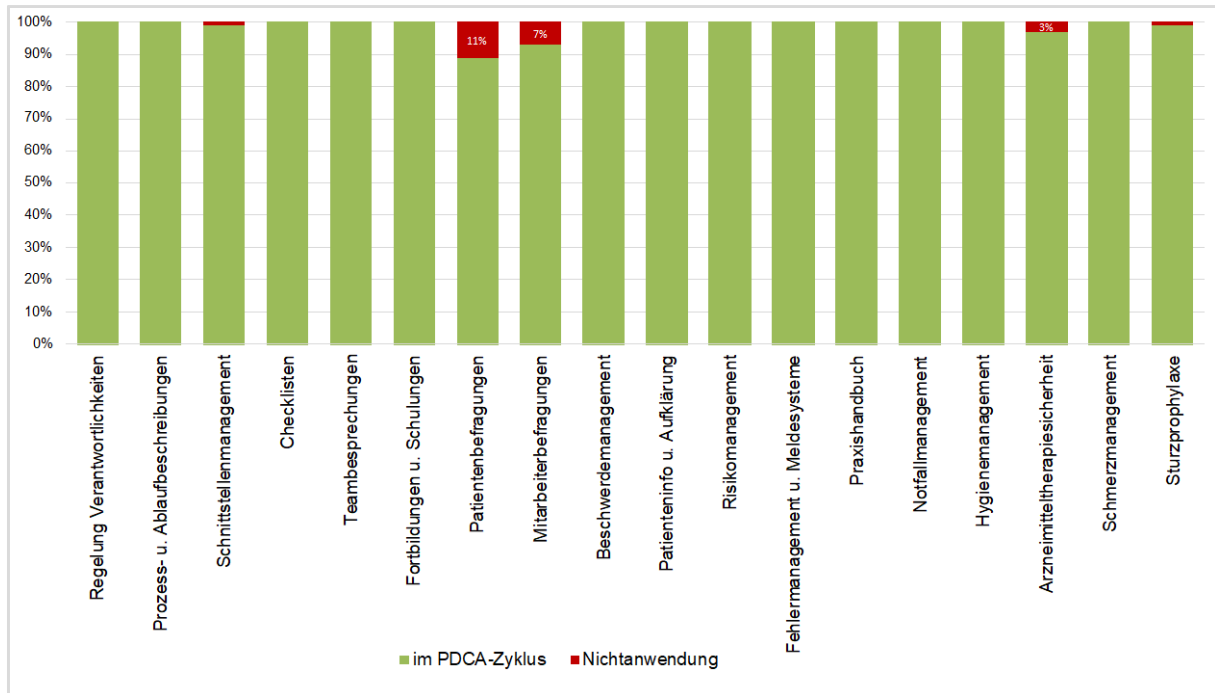
Als Gründe für die Nichtanwendung einzelner QM-Instrumente wurden u. a. genannt:

| QM-Instrument                     | Grund für Nichtanwendung in Praxen über 3 Jahre  |
|-----------------------------------|--|
| Regelung von Verantwortlichkeiten | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ keine Mitarbeiter</li> </ul>  |
| Teambesprechungen                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ keine Mitarbeiter bzw. nur ein Angestellter</li> </ul>  |
| Patientenbefragungen              | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Probleme werden unmittelbar gelöst / persönliche Gespräche werden bevorzugt, da kleiner Patientenstamm bzw. langjährige Patienten</li> <li>○ Patienten fühlen sich belästigt</li> <li>○ erfolgt mündlich und wird in Behandlungsablauf integriert</li> <li>○ Zeitmangel / Praxis durch Bürokratielast völlig ausgelastet</li> <li>○ Aussetzung wegen geringer Patientenbeteiligung</li> </ul> |
| Mitarbeiterbefragungen            | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einzelpraxis</li> <li>○ Praxis zu klein für anonyme Befragung</li> <li>○ Austausch während der Pausen</li> <li>○ Probleme werden direkt angesprochen</li> <li>○ Teamgespräche sind bevorzugt</li> </ul>   |
| Beschwerdemanagement              | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Probleme werden unmittelbar gelöst</li> <li>○ kleiner Patientenstamm und kaum Beschwerden</li> <li>○ keine Beschwerden</li> </ul>   |
| Praxishandbuch                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ keine Notwendigkeit, da kleine Praxis</li> </ul>  |
| Arzneimitteltherapiesicherheit    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ keine Medikamentenverschreibung</li> <li>○ KFO-Praxis ohne Anwendung von Medikamenten</li> <li>○ Patienten werden nach der Medikation befragt</li> <li>○ Patienten bringen Medikationsplan vom Hausarzt mit</li> </ul>  |
| Sturzprophylaxe                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Praxis barrierefrei</li> <li>○ Patienten werden bei Bedarf geführt und geleitet</li> <li>○ Praxis ebenerdig</li> <li>○ keine Schwellen</li> </ul>   |

**Abbildung 7: Gründe für eine Nichtanwendung von QM-Instrumenten 2019 (Praxen über drei Jahre)**

## b. Praxis besteht unter drei Jahren

Abbildungen 8 und 9 zeigen den Umsetzungsstand aller QM-Methoden und QM-Instrumente in Prozent für Vertragszahnarztpraxen, die seit weniger als drei Jahre bestehen (n = 74).



**Abbildung 8: Im PDCA-Zyklus befindliche vs. nichtangewendete QM-Instrumente 2019 (Praxen unter drei Jahren)**

Auch für Praxen, die weniger als drei Jahre existieren, stellt sich ein ähnliches Gesamtbild wie bei den „älteren“ Praxen dar. Aus Abbildungen 8 und 9 geht hervor, dass nahezu alle Praxen, die weniger als drei Jahre existieren, die QM-Instrumente bereits in der Gründungsphase weitgehend planen oder anwenden.

Wie bei den „älteren“ Praxen gibt es unter den Neugründungen vereinzelt Praxen, die keine Patienten- oder Mitarbeiterbefragungen durchführen. Die Begründungen für die Nicht-Durchführung bei neu gegründeten Praxen waren ähnlich wie bei Praxen, die mehr als drei Jahre bestehen (vgl. Abbildung 10).

Der Grad der Umsetzung (entsprechend des PDCA-Zyklus) ist bei den neu gegründeten Praxen noch nicht so fortgeschritten wie bei den schon länger bestehenden Praxen. So befinden sich beispielsweise rund 61 % der Praxen noch in der Planungsphase von Patientenbefragungen. Direkte praktische Unterstützung wie z. B. Checklisten oder Ablauf- und Prozessbeschreibungen werden regelhaft eingesetzt und vielfach weiterentwickelt.



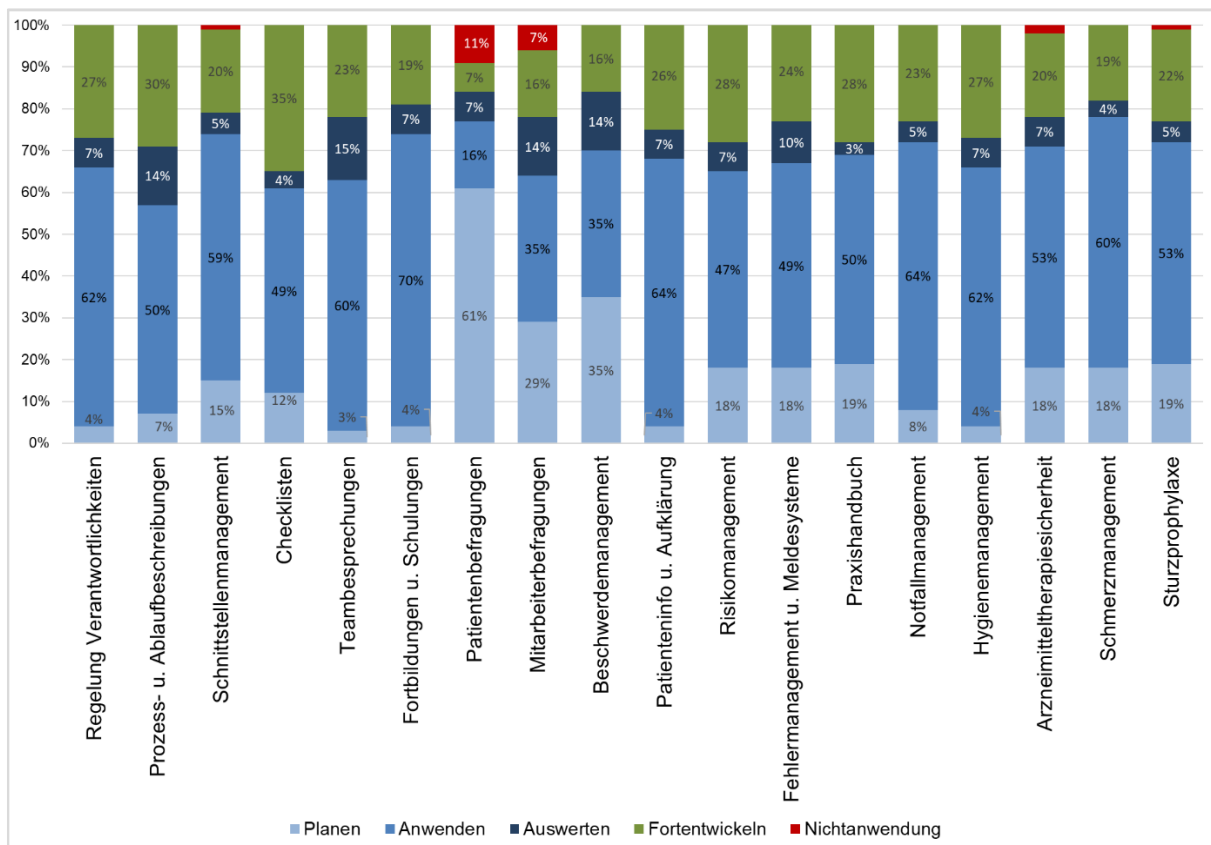


Abbildung 9: Übersicht über den Stand im PDCA-Zyklus sowie Nichtanwendung je QM-Instrument 2019 (Praxen unter drei Jahren)

Als Gründe für die Nichtanwendung von einzelnen QM-Instrumenten wurden genannt:

| QM-Instrument                  | Grund für Nichtanwendung in Praxen unter 3 Jahren   |
|--------------------------------|---|
| Patientenbefragungen           | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ persönliche Gespräche werden bevorzugt</li> <li>○ Zeitmangel</li> <li>○ Patienten lehnen Befragung ab</li> </ul>   |
| Mitarbeiterbefragungen         | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Praxis zu klein für anonyme Befragung</li> <li>○ Zeitraum der Zusammenarbeit mit dem Team ist noch zu kurz</li> <li>○ sofortige Klärung von Problemen</li> </ul> |
| Arzneimitteltherapiesicherheit | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ keine Medikamentenverschreibung</li> </ul>   |

Abbildung 10: Gründe für eine Nichtanwendung von QM-Instrumenten 2019 (Praxen unter drei Jahre)

## 7. Fazit

Als Fazit kann festgehalten werden, dass die QM-Instrumente in allen zahnärztlichen Praxen im Sinne des PDCA-Zyklus nahezu vollständig angewendet, ausgewertet und fortentwickelt werden oder ihre Umsetzung zumindest geplant ist (vgl. Abbildung 11). Der Mittelwert aller im PDCA-Zyklus befindlichen QM-Instrumente beträgt 98 % bzw. 99 % bei allen Praxen. Der Mittelwert der Nichtanwendung von QM-Instrumenten liegt in den beiden Gruppen bei nur 2 bzw. 1 %.

Erwartungsgemäß ist der Planungsgrad von QM-Instrumenten bei Praxen unter 3 Jahren höher als bei Praxen, die bereits länger bestehen (16% vs. 7 %). Rund ein Drittel der länger bestehenden Praxen sind bereits damit befasst, ihre QM-Instrumente fortzuentwickeln.

| Entwicklung (PDCA-Zyklus) in den Zahnarztpraxen  | Praxen über 3 Jahre | Praxen unter 3 Jahren |
|--|---------------------|-----------------------|
| Mittelwert aller geplanten QM-Instrumente        | 7%                  | 16%                   |
| Mittelwert aller angewendeten QM-Instrumente     | 50%                 | 52%                   |
| Mittelwert aller ausgewerteten QM-Instrumente    | 10%                 | 8%                    |
| Mittelwert aller fortentwickelten QM-Instrumente | 31%                 | 23%                   |
| Mittelwert Nichtanwendung                        | 2%                  | 1%                    |

*Note: In the original image, red brackets group the first four rows. For 'Praxen über 3 Jahre', the bracketed sum is 98%. For 'Praxen unter 3 Jahren', the bracketed sum is 99%.*

**Abbildung 11: Entwicklung bezogen auf den PDCA-Zyklus 2019 (Praxen über drei Jahre vs. unter drei Jahren)**

Insgesamt betrachtet lieferten alle in das Stichprobenverfahren einbezogenen Vertragszahnarztpraxen sehr gute Ergebnisse, die erneut belegen, dass das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement in den Vertragszahnarztpraxen flächendeckend eingesetzt und kontinuierlich weiterentwickelt wird.

## 8. Zusammenfassung

Im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements wurden seit 2011 bundesweit insgesamt neun Stichprobenziehungen durchgeführt und 8.157 Vertragszahnarztpraxen befragt.

2017 wurde auf Basis der neuen QM-Richtlinie ein neuer Berichtsbogen eingeführt, um den Transfer der QM-Richtlinie in den Praxisalltag zu unterstützen. So finden jährlich Stichprobenziehungen statt. Zweijährlich werden die Gesamtergebnisse gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss berichtet.

Das methodische Vorgehen ist für alle 17 KZVen gleich. Alle KZVen setzten für die Befragung der Zahnarztpraxen einen bundesweit einheitlichen Berichtsbogen ein. Des Weiteren erhielten die Zahnarztpraxen ein aktuelles Glossar, in dem Ausfüllhinweise für den Fragebogen gegeben wurden. Zum besseren Verständnis sind die QM-Instrumente sowie deren Anwendungsbereiche darin praxisnah beschrieben und anhand konkreter Beispiele aus dem Arbeitsalltag erläutert. Unabhängig von der Stichprobenziehung werden die Zahnarztpraxen durch Fortbildung, gezielte Beratung und Unterstützung seitens der KZVen gefördert.

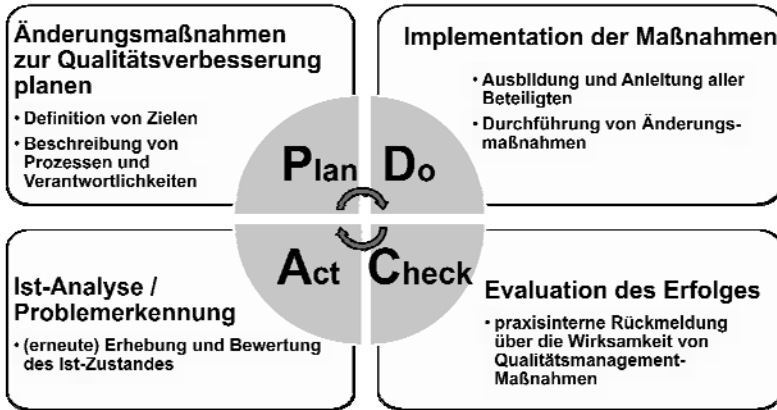
Alle KZV-Bereiche lieferten sehr gute Ergebnisse, welche belegen, dass sich das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement in den Vertragszahnarztpraxen gut etabliert hat. Es wird flächendeckend umgesetzt und weiterentwickelt.

## Berichtsbogen für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement (QM)

Abrechnungs-Nr. \_\_\_\_\_

Berichtsjahr \_\_\_\_\_

**Qualitätskreislauf / PDCA-Zyklus:**



**QM-Methoden:**

- P** Definition von Qualitätszielen
- D** Umsetzung der Pläne / Änderungen
- C** Messen und Bewerten des Erreichten im Hinblick auf die gesetzten Ziele
- A** Erhebung des Ist-Zustandes und Selbstbewertung

**QM-Grundelemente:**

- Patientenorientierung / -sicherheit
- Mitarbeiterorientierung / -sicherheit
- Prozessorientierung
- Kommunikation und Kooperation
- Informationssicherheit und Datenschutz
- Verantwortung und Führung

**Die Einrichtung wendet im Rahmen des QM die folgenden QM-Instrumente an:**

| QM-Instrumente und deren Anwendungsbereiche           | Aktueller Stand im PDCA-Zyklus |                          |                              |                               |                                       |
|---|--------------------------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
|   | Plan<br>ist<br>geplant         | Do<br>Wird<br>angewendet | Check<br>Wird<br>ausgewertet | Act<br>Wird<br>fortentwickelt | Nicht-<br>anwen-<br>dung <sup>1</sup> |
| Bitte ankreuzen:<br><b>(nur ein Kreuz pro Zeile)</b>  |                                |                          |                              |                               |                                       |
| Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten |                                |                          |                              |                               |                                       |
| Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen                    |                                |                          |                              |                               |                                       |
| Schnittstellenmanagement                              |                                |                          |                              |                               |                                       |
| Checklisten   |                                |                          |                              |                               |                                       |
| Teambesprechungen                                     |                                |                          |                              |                               |                                       |
| Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen                  |                                |                          |                              |                               |                                       |
| Patientenbefragungen                                  |                                |                          |                              |                               |                                       |
| Mitarbeiterbefragungen                                |                                |                          |                              |                               |                                       |
| Beschwerdemanagement                                  |                                |                          |                              |                               |                                       |
| Patienteninformation und -aufklärung                  |                                |                          |                              |                               |                                       |
| Risikomanagement                                      |                                |                          |                              |                               |                                       |
| Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme               |                                |                          |                              |                               |                                       |

| Bitte ankreuzen:<br><b>(nur ein Kreuz pro Zeile)</b> | Plan<br>ist<br>geplant | Do<br>Wird<br>angewendet | Check<br>Wird<br>ausgewertet | Act<br>Wird<br>fortentwickelt | Nicht-<br>anwen-<br>dung <sup>1</sup> |
|--|------------------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Praxishandbuch                                       |                        |                          |                              |                               |                                       |
| Notfallmanagement                                    |                        |                          |                              |                               |                                       |
| Hygienemanagement                                    |                        |                          |                              |                               |                                       |
| Arzneimitteltherapiesicherheit                       |                        |                          |                              |                               |                                       |
| Schmerzmanagement                                    |                        |                          |                              |                               |                                       |
| Sturzprophylaxe                                      |                        |                          |                              |                               |                                       |
| Sonstige   |                        |                          |                              |                               |                                       |

<sup>1</sup> Bei Kreuz in der Spalte „Nichtanwendung“ bitte Begründung angeben (ggf. auf gesondertem Blatt):

## Erklärung gemäß § 7 Nr. 3 der QM-Richtlinie

Ich erkläre, dass meine Einrichtung

- die in diesem Berichtsbogen angegebenen Instrumente des QM unter Anwendung des Qualitätskreislaufs und der QM-Methoden eingesetzt
- sowie sich bei ihren Qualitätszielen an den QM-Grundelementen orientiert hat.
- die Abläufe an den gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen, insbesondere
  - den Allgemeinen Behandlungsrichtlinien, IP-Richtlinien, FU-Richtlinien, ZE-Richtlinien, Festzuschuss-Richtlinien, Kfo-Richtlinien,
  - den Bundesmantelverträgen BMV-Z / EKV-Z,
  - der Röntgenverordnung und
  - den Vorgaben zur Einhaltung von Hygienemaßnahmen für Zahnarztpraxen ausgerichtet hat.

Eine Dokumentation zum QM liegt für interne Zwecke in der Einrichtung vor.

Die Einrichtung besteht seit mehr als drei Jahren:  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Name / Stempel

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **Glossar zum Berichtsbogen ab 2017 für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement**

Aufgrund der sektorenübergreifenden Neufassung der

**„Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL)“**

durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die am 16.11.2016 in Kraft getreten ist, wurde die Ihnen bisher bekannte QM-Richtlinie für die vertragszahnärztliche Versorgung abgelöst (<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2434/>). Der Ihnen bekannte Berichtsbogen zum QM wurde daher von der KZBV zusammen mit den KZVen überarbeitet und soweit wie nötig angepasst. In diesem Glossar erläutern wir Ihnen dazu aufbauend auf dem bisherigen Glossar in Form einer Neuauflage Sinn und Zweck sowie die Inhalte des aktuellen Berichtsbogens ausführlich und geben Hilfestellung zum Ausfüllen.

### **I. Allgemeine Erläuterungen**

Der Berichtsbogen dient der Ist-Einschätzung im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (QM).

Er beinhaltet den Qualitätskreislauf, die QM-Methoden und –Grundelemente sowie die Instrumente des QM in Form von Aussagen, mit der Bitte um Angabe zum aktuellen Stand in der Praxis. Der Berichtsbogen dient dabei auch als interne Checkliste. Zum besseren Verständnis werden die Inhalte sowie Anwendungsbereiche nachfolgend praxisnah formuliert und anhand konkreter Beispiele aus dem Arbeitsalltag erläutert.

In der QM-Richtlinie werden Sie angehalten, Ihr praxisinternes QM an konkreten Qualitätszielen auszurichten. Die Ziele sind für Ihre Praxis individuell zu entwickeln und sollen sich an den QM-Grundelementen orientieren. Dies sind Patientenorientierung und -sicherheit, Mitarbeiterorientierung und -sicherheit, Prozessorientierung, Kommunikation und Kooperation, Informationssicherheit und Datenschutz sowie Verantwortung und Führung.

Daher beschreibt der Berichtsbogen auch das Verfahren, Ihre selbst gesetzten Qualitätsziele zu erreichen, im sogenannten Qualitätskreislauf / PDCA-Zyklus, die Methoden des QM und nennt gleichzeitig Instrumente und Anwendungsbereiche zu deren Umsetzung sowie der Erreichung der Qualitätsziele.

Die im Berichtsbogen und nachfolgend aufgelisteten und erläuterten Instrumente sind nach der neuen QM-Richtlinie abhängig von der individuellen Praxisstruktur

grundsätzlich alle anzuwenden, es sei denn aufgrund der bei Ihnen bestehenden Rahmenbedingungen macht dies keinen Sinn und ein Grund für die Nichtanwendung wird angegeben (z.B. „Teambesprechungen“, - weil Sie bspw. keine Mitarbeiter beschäftigen). Die Anwendung der QM-Instrumente Risiko-, Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme ist Pflicht, die Nichtanwendung daher ausgeschlossen. Dies gilt ebenfalls für die Anwendung von OP-Checklisten, wenn die in der Richtlinie beschriebenen Voraussetzungen vorliegen.

Wenn Ihre Praxis noch nicht drei Jahre besteht, haben Sie drei Jahre ab Praxisgründung Zeit, die in der QM-Richtlinie genannten Instrumente und deren Anwendungsbereiche im Rahmen Ihres praxisinternen QM einzuführen, zu überprüfen und dann weiterzuentwickeln. Dabei ist jedoch von Ihnen zu beachten, ob Sie aufgrund anderer Vorschriften bestimmte Vorgaben und Instrumente zu beachten und einzusetzen haben.

Sie können auch Instrumente einsetzen, die in der Auflistung nicht enthalten sind. Diese sind unter „Sonstige“ ggf. auf einem gesonderten Blatt anzugeben.

Anhand Ihrer Angaben zu den Instrumenten können Sie den IST-Zustand Ihrer Praxis selbst bewerten und einschätzen, inwieweit Sie die in der QM-Richtlinie geforderten Grundelemente und genannten Instrumente des QM in Ihrer Einrichtung umgesetzt und Ihre selbst festgelegten Qualitätsziele erreicht haben.

Die zum jeweiligen Umsetzungsstand des von Ihnen gewählten Instruments möglichen Angaben im Berichtsbogen orientieren sich dabei an den Elementen des Qualitätskreislaufs / PDCA-Zyklus und den Methoden des QM. Es ist nur ein Kreuz je Zeile möglich. Sind Sie im Zweifel, wo Sie das eine Kreuz setzen, wählen Sie bitte der nachfolgenden Grafik entsprechend, die „weiteste“ Stufe.

#### PDCA steht für



Einzelne Instrumente können auf Basis Ihrer Ist-Analyse im Ausnahmefall als „ist geplant“ angegeben werden. Das bedeutet: ein durchgängiges Ankreuzen von "ist geplant" erfüllt nicht die notwendigen Anforderungen.

Falls es in Ihrer Praxis einen Grund für die Nichtanwendung eines Instrumentes im Rahmen Ihres praxisinternen QM gibt (z.B. „Teambesprechungen“, - weil Sie bspw. keine Mitarbeiter beschäftigen), kreuzen Sie bitte in der betreffenden Zeile „Nichtanwendung“ an. Dann bitten wir Sie, zusätzlich auch den Grund unterhalb der Tabelle zu erläutern (ggf. auf einem gesonderten Blatt). Einzelne Instrumente können also auf Basis Ihrer Ist-Analyse begründet im Ausnahmefall nicht zur Anwendung kom-

men. Das bedeutet: ein durchgängiges Ankreuzen von "Nichtanwendung" erfüllt nicht die notwendigen Anforderungen.

Die Anwendung der QM-Instrumente Risiko-, Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme ist Pflicht, die Nichtanwendung daher ausgeschlossen.

## **II. Erläuterungen zu den Instrumenten und Anwendungsbereichen**

### **Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten**

Es bietet sich an, dass Sie ihre Organisationsstruktur, Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen von Mitarbeitern schriftlich, beispielsweise durch eine Tabelle, Grafik oder ein Organigramm, festlegen. Besonders für alle sicherheitsrelevanten Prozesse ist es sinnvoll wesentliche Verantwortlichkeiten zu regeln.

### **Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen**

Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen sind auch ein Mittel zur Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten und können in vielen Bereichen eingesetzt werden (z.B. wesentliche Prozesse der Patientenversorgung und der Einrichtungsorganisation). Dies kann auch in Form von Tabellen oder Verfahrensanweisungen erfolgen.

Die Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen sollten allen in der Praxis leicht zugänglich und leicht verständlich sein, regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Es bietet sich an in dieser Form auch die Öffnungszeiten, Erreichbarkeit, Terminvergabe, Datenschutz und Datensicherheit sowie die beim vertragszahnärztlichen Gutachterwesen einzuhaltenden Abläufe zu regeln.

### **Schnittstellenmanagement**

Informationsverluste bedeuten grundsätzlich Missverständnisse und damit verbundenen Zeitaufwand oder auch höhere Kosten. Die Übermittlung und Übertragung relevanter Informationen an Schnittstellen sollte deshalb grundsätzlich standardisiert und strukturiert erfolgen. Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen sind auch hier ein Mittel. Wichtig sind aber überhaupt eine Kommunikation und die Kooperation mit anderen Versorgungsbereichen. Dazu gehört bei Zahnärzten vor allem die Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern wie niedergelassenen zahnärztlichen und ärztlichen Kollegen – z.B. Kieferorthopäde, MKG-Chirurg, Haus- und Facharzt – ggf. auch im stationären Bereich, Zahntechnikern, der KZV und der Landes Zahnärztekammer. Dies beinhaltet allgemeine Absprachen, grds. Anforderungen und Wünsche oder bezogen auf den einzelnen Patienten zur Patientensicherheit und –zufriedenheit.

### **Checklisten**

Checklisten legen fest, wie etwas und ggf. von wem (auch in der Einzelpraxis) durchgeführt wird. Die wichtigsten Aufgaben und Abläufe des Praxismanagements sind darin strukturiert und festgelegt.



Checklisten können bspw. für immer wiederkehrende Arbeiten, zur Kontrolle von Bereichen oder zur Vorbereitung von Maßnahmen eingesetzt werden, d.h. für den Vorgang erforderliche Einzelschritte festhalten, damit diese abgearbeitet werden können. Dadurch können Abläufe einfacher gestaltet und die Arbeit erleichtert werden. Checklisten dienen damit als Hilfestellung, Gedächtnisstütze und geben Sicherheit für alle Beteiligten, wie z.B. im Bereich der Hygiene. Auch können in Checklisten Abläufe zu zahnmedizinischen Vorgehensweisen beschrieben sein.

#### tätigkeitsbezogen:

Eine Beschreibung der Arbeitsabläufe gibt allen Beteiligten Sicherheit bei der Durchführung, minimiert Fehler in den Abläufen und sorgt für Transparenz.

#### personenbezogen:

Eine klare Zuordnung und Benennung von Verantwortlichkeiten gibt dem Praxisteam Sicherheit und Verbindlichkeit in der täglichen Arbeit. In einer Einzelpraxis sind die Aufgaben und Verantwortlichkeiten regelhaft dem Praxisinhaber zugeordnet.

Zur Darstellung können bspw. auch ein Organigramm, eine Aufgabenmatrix oder eine Stellenbeschreibung verwendet werden.

Bei der Vorbereitung und Durchführung von operativen Eingriffen bei denen z.B. bei Eingriffen unter Allgemeinanästhesie neben dem Zahnarzt ein Anästhesist mitbeteiligt ist (also mindestens zwei (Zahn-)Ärzte) oder bei Sedierung sind **OP-Checklisten** im Rahmen des QM vorgeschrieben. Sie können individuell ausgestaltet werden und helfen wichtige, immer wiederkehrende Einzelschritte festzuhalten, damit diese nicht vergessen werden und insbesondere die Patientenidentifikation beim anästhesierten Patienten sicherzustellen und Eingriffsverwechslungen auszuschließen.

### **Teambesprechungen**

Diese sind ein wesentliches QM-Instrument, um alle Mitarbeiter einzubinden, Informationen an alle zu geben, Anregungen zu erhalten, gemeinsam bestimmte Themen zu besprechen und Lösungen zu erarbeiten. Zur Gestaltung und Steuerung der internen Kommunikation sind regelmäßige und strukturierte Teambesprechungen daher ein sinnvolles Instrument. Häufigkeit, Art und Umfang der Team-Besprechungen sollten sich nach den fachlichen, organisatorischen und personellen Gegebenheiten in Ihrer Praxis richten. Es ist sinnvoll, dass die Ergebnisse der Besprechungen Ihrem Praxisteam zur Verfügung stehen.

Es bietet sich an, die Qualitätsziele für Ihre Praxis gemeinsam im Team zu entwickeln und festzulegen, um für alle eine Verbindlichkeit zu erreichen. Die konkreten Qualitätsziele sollten smart (spezifisch, messbar, aktionsorientiert, realistisch und terminiert) sein. Auch Checklisten und Prozessbeschreibungen können gemeinsam erstellt und festgehalten werden.

### **Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen**

Dies bedeutet eine Integration aktueller fachlicher und wissenschaftlich anerkannter Standards in den Behandlungsalltag, z.B. durch die Lektüre von Fachzeitschriften oder den Besuch von entsprechenden Fortbildungen (z.B. von Ihrer KZV, der Landes Zahnärztekammer oder Fachgesellschaften). Für nach den Leitsätzen von BZÄK, DGZMK und KZBV anerkannte Fortbildungen erhalten Sie Fortbildungspunkte. Eine Sammlung von aktuellen, wissenschaftlich begründeten Leitlinien findet man z.B. unter [www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de) oder [www.awmf.de](http://www.awmf.de).

Zu diesem Instrument zählen auch Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes von Mitarbeitern der Praxis. Die Berufsgenossenschaften bieten hier (kostenfreie) Angebote und zahlreiche Informationsmaterialien an (vgl. [bgw-online.de](http://bgw-online.de)). Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sind auch Elemente der Mitarbeiterorientierung. Insgesamt steht im Vordergrund, dass man mit seinem Wissen auf der Höhe der Zeit bleibt, also neue auch wissenschaftliche Entwicklungen mitbekommt. Gleichzeitig dienen sie der Wissensauffrischung und –vertiefung sowie der individuellen Weiterentwicklung.

### **Patientenbefragungen**

Sie werden am besten an Hand von Fragebögen, die man individuell ausgestalten kann, durchgeführt. Eine „valide“ Gestaltung bedeutet, dass die Befragung so konzipiert ist, dass sie das misst bzw. erfragt, was gemessen werden soll, also das was die Einrichtung in Erfahrung bringen möchte. Ergebnisse dieser Rückmeldungen geben der Praxis wertvolle Informationen über Wünsche der Patienten und Tipps zur Verbesserung.

### **Mitarbeiterbefragungen**

Mitarbeiterbefragungen geben ebenfalls wichtige Hinweise für die tägliche Arbeit. Wichtig ist es auch hier die Befragung auf die Einrichtung abzustimmen.

### **Beschwerdemanagement**

Ein wesentliches Ziel zahnärztlichen Handelns ist die Patientenzufriedenheit. Jede Beschwerde ist immer auch eine Chance, sich zu verbessern. Zum individuell ausgestalteten Beschwerdemanagement gehört daher u.a. das Erfassen, Bearbeiten und Auswerten von Beschwerden von Patienten, Mitarbeitern, Kollegen oder anderen. In der zahnärztlichen Praxis ist es zudem sinnvoll auch den Umgang mit eventuellen Mängelgutachten (z. B. individuelle Handhabung der Abläufe, Zusammenstellung und Vollständigkeit von relevanten Unterlagen) und den Ergebnissen daraus (z. B. Ableitung von eventuellen Verbesserungsmöglichkeiten) festzulegen.

### **Patienteninformation und -aufklärung**

Patienten werden in der zahnärztlichen Praxis beraten, sie können die Behandlung durch ihr Verhalten beeinflussen, zu deren Erfolg beitragen und können bei Entscheidungen mitwirken. Beratungen können z.B. zu Erkrankungen, Verhaltensweisen und präventiven Themen durchgeführt werden; es sind ggf. auch Hinweise auf Schulungen und andere Einrichtungen sinnvoll, ebenso die Weitergabe von Informationsma-

terialien je nach Anliegen und Beschwerden der Patienten. Gerade im zahnärztlichen Bereich spielt Prävention eine wesentliche Rolle.

Wichtig ist es Patienten in der zahnärztlichen Praxis über präventive, diagnostische und therapeutische Maßnahmen und Risiken sowie über ggf. entstehende Kosten zu informieren und aufzuklären. Bei der Besprechung von Therapieplänen sind Patienten über mögliche Behandlungsalternativen und damit für sie verbundene Kosten zu informieren. Wichtig ist es dabei auch Patienten auf die Bedeutung ihrer Compliance bei bestimmten Behandlungen hinzuweisen.

In diesem Zusammenhang dient eine umfassende Dokumentation nicht nur den vorgegebenen Voraussetzungen für die vertragszahnärztliche Tätigkeit; sie dient auch als Nachweis unter haftungsrechtlichen Aspekten. Die ausschließlich elektronische Dokumentation unterliegt besonderen Anforderungen. Darüber hinaus ist die Dokumentation sinnvoll um den Behandlungsverlauf für alle an der Versorgung Beteiligten, ggf. auch den Patienten, verständlich und nachvollziehbar zu machen.

### Risikomanagement

Risikomanagement ist Pflicht. Es bedeutet, in der Praxis die dort individuell bestehenden potentiellen Risiken gemeinsam im Team zu besprechen, zu identifizieren und zu analysieren. Bei der Ermittlung sollten alle Mitarbeiter einbezogen werden, um im Team die potentiellen Risiken zu bewerten und Lösungen zur Bewältigung und Steuerung festzulegen. Dabei ist auch zu bestimmen, wer für die Überwachung des jeweiligen Risikos verantwortlich ist. Risikomanagement ist ein kontinuierlicher Prozess. Die Gesamtverantwortung verbleibt beim Praxisinhaber, der auch evtl. erforderliche Schulungen veranlasst.

Beim Risikomanagement gelten die folgenden vom G-BA festgelegten Mindeststandards:

|   |
|---|
| • Risikostrategie festlegen und darlegen                              |
| • Risiken identifizieren und analysieren                              |
| • Einbeziehung aller, auch der Patientenperspektive                   |
| • Risiken bewerten  |
| • Risiken bewältigen, steuern und überwachen                          |
| • Verantwortlichkeiten festlegen                                      |
| • Führungsaufgabe   |
| • Schulung  |
| • Risikokommunikation   |
| • <i>Implementierung, Evaluation und ggf. Anpassung der Maßnahmen</i> |
| • <i>Dokumentation und Nachvollziehbarkeit der Maßnahmen</i>          |

### **Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme**

Die Anwendung dieses Instruments ist verpflichtend. Bei Fehlermanagement wird festgelegt, wie man mit Fehlern oder Beinahefehlern in den Abläufen umgeht. Diese können oft bereits im Vorfeld vermieden werden, z.B. dadurch, dass der Ablauf von wichtigen Behandlungen klar festgelegt ist. Geschehene Fehler können analysiert und genutzt werden, um Verbesserungen umzusetzen; bspw. bei organisatorischen Abläufen, in der Qualifikation des Praxisteamss oder in der Kommunikation miteinander im Team, aber auch mit dem Patienten. Hierzu gehören auch z.B. die Erläuterung zu Medikationen, die Vermeidung von Verwechslungen und Rezeptionsversehen sowie die Aufklärung allgemein und die Informationsweitergabe an den Weiterbehandler etc.

Im Rahmen des praxisinternen Fehlermanagements können Sie dazu auch ein Fehlermeldesystem einsetzen bzw. an einem bestehenden teilnehmen. Ein Fehlermeldesystem oder besser „Berichts- und Lernsystem“ ist ein wesentlicher Bestandteil eines wirksamen Fehlermanagements, das ein Lernen von anderen und deren Erfahrungen ermöglicht.

Die Mindestanforderungen des G-BA für den Einsatz und die Teilnahme an solchen einrichtungsübergreifenden Meldesystemen sind z.B. die Einhaltung von Anonymität und Sanktionsfreiheit bei der Meldung durch Mitarbeiter, ein niederschwelliger Zugang, die Freiwilligkeit der Teilnahme, entsprechende Schulungen der Mitarbeiter, die aktive Unterstützung durch Führungskräfte und die Ableitung von Präventionsmaßnahmen. Einrichtungsübergreifend relevante Meldungen werden darin in entsprechend bearbeiteter und anonymisierter Form veröffentlicht.

Beispiele für Fehlermeldesysteme sind z. B. die verschiedenen CIRS-Systeme oder „Jeder Fehler zählt“ für den ambulant-ärztlichen Bereich. Im Zahnärztlichen Bereich existiert das Berichts- und Lernsystem „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ unter [www.cirsdent-jzz.de](http://www.cirsdent-jzz.de). Die Registrierungsschlüssel dazu gibt es bei Ihrer KZV.

### **Praxishandbuch**

Dieses wird ggf. auch von Ihrer KZV oder Landes Zahnärztekammer als Muster zur Verfügung gestellt oder ist Bestandteil des bei Ihnen eingesetzten QM-Systems. Darin sind wichtige Regelungen für Ihre Praxis, als Buch oder EDV-gestützt enthalten. Es sollte immer auf dem neuesten Stand sein.

### **Notfallmanagement**

Ein auf Ihre Praxis zugeschnittenes Notfallmanagement ist ein ganz wesentliches Instrument, um auf plötzlich eintretende Notfälle angemessen reagieren zu können.

Um Sicherheit für Patienten und Mitarbeiter zu schaffen, sind klare Regelungen zur Notfallerkennung und –versorgung sowie ein aktuelles Wissen des Praxisteamss zu diesem Thema unumgänglich. Dazu sollten eine dem Patienten- und Leistungsspektrum entsprechende Notfallausstattung und Notfallkompetenz, die durch regelmäßiges Notfalltraining aktualisiert werden, vorgehalten und das Team im Erkennen von und Handeln bei Notfallsituationen geschult sein.

### **Hygienemanagement**

Grundlage dafür ist die Beachtung der aktuellen Vorschriften und Empfehlungen rund um das Thema „Hygiene“. Unter Hygienemanagement versteht man die individuelle Umsetzung in Ihrer Praxis bei allen relevanten Abläufen und Festlegung von Verantwortlichkeiten sowie den sachgerechten Umgang mit allen Hygiene-assoziierten Strukturen und Prozessen. Es dient insbesondere der Verhütung und Vorbeugung von Infektionen und Krankheiten. Dazu gehören z.B. auch der sachgerechte Einsatz antimikrobieller Substanzen sowie Maßnahmen gegen die Verbreitung multiresistenter Erreger.

Im Rahmen des Hygienemanagements sind u.a. die Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und der RKI-Empfehlungen zu beachten

### **Arzneimitteltherapiesicherheit**

Darunter versteht man die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für die Patientin und den Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Auch in der zahnärztlichen Praxis sollten bei der Verordnung und Verabreichung von Arzneimitteln vermeidbare Risiken, die im Rahmen der Arzneimitteltherapie entstehen, durch geeignete Maßnahmen identifiziert und sichergestellt werden, dass einschlägige Empfehlungen im Umgang mit Arzneimitteln bekannt sind und angemessene Maßnahmen ergriffen werden, um Risiken im Medikationsprozess zu minimieren.

Hilfreich ist hier ein ggf. vom Hausarzt dem Patienten zur Verfügung gestellter, patientenseitig verfügbarer, leicht aktualisierbarer Medikationsplan entsprechend den Spezifikationen der Arzneimittelkommission der Ärzte (AkdaÄ)

(<http://www.akdae.de/AMTS/Medikationsplan/index.html>). Fragen Sie Ihre Patienten ggf. danach.

### **Schmerzmanagement**

Schmerzmanagement bedeutet, bei Patientinnen und Patienten mit bestehenden sowie zu erwartenden Schmerzen, die Erfassung der Schmerzen, ihre Therapie, um ihrem Entstehen vorzubeugen, sie zu reduzieren oder zu beseitigen.

Es beinhaltet damit die individuelle Versorgung von Patienten aller Zielgruppen mit akuten oder chronischen Schmerzen. Der Begriff des Schmerzes umfasst dabei sowohl (sub-)akute, chronische und chronifizierte Schmerzen.

### **Sturzprophylaxe**

Sturzprophylaxe hat zum Ziel, Stürzen vorzubeugen und Sturzfolgen zu minimieren, indem Risiken und Gefahren erkannt und nach Möglichkeit beseitigt oder reduziert werden.

**Sonstige**

Die aufgezählten QM-Instrumente und Anwendungsbereiche sind nicht abschließend. Weitere Instrumente können z.B. aufgrund von Besonderheiten in ihrer Praxis zum Einsatz kommen. Listen Sie diese in der Zeile „Sonstiges“ auf und erläutern Sie die eingesetzten Instrumente ggf. auf einem Beiblatt.

**Dokumentation**

Zu den Instrumenten des QM gehört auch eine nachvollziehbare Dokumentation zu Ihrem QM, also Ihrer Qualitätsziele, der dazu von Ihnen ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen und die Überprüfung, ob Sie Ihre Ziele erreicht haben. In der Dokumentation kann dazu Ihre weitere Bewertung festgehalten werden,

- mit welchen Maßnahmen Sie die Qualitätsziele in Ihrer Praxis erreicht haben,
- inwieweit diese Maßnahmen geeignet waren, Ihr angestrebtes Ziel zu erreichen und
- was Sie fortentwickelt haben.