



Online verfügbar unter www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>



IM BLICKPUNKT

Subjektives Qualitätsverständnis von Vertragszahnärzten im Umgang mit Qualitätsmanagement – Ergebnisse eines bundesweiten Surveys



Health insurance dentists' subjective perceptions of quality when implementing quality management in practice – results from a nationwide survey

Nele Kettler^{a,*}, Regine Chenot^{b,1}, A. Rainer Jordan^a

^a Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln, Deutschland

^b Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ), Berlin, Deutschland

Eingegangen/submitted 8. Juli 2015; überarbeitet/revised 28. Oktober 2015; akzeptiert/accepted 28. Oktober 2015

SCHLÜSSELWÖRTER

Zahnärztliche Versorgung;
Qualitätsförderung;
Qualitätsmanagement;
Einstellungen;
Befragung

Zusammenfassung

Hintergrund: Vertragszahnärzte sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in ihrer Praxis verpflichtet. Qualitätsmanagement (QM) als Instrument der Praxisführung kann dabei dem eigenen Qualitätsverständnis und den spezifischen Bedürfnissen und Zielen entsprechend gestaltet werden. Es war daher das Ziel dieser repräsentativen Befragung von Vertragszahnärzten in Deutschland, Informationen zum subjektiven Qualitätsverständnis und der Selbsteinschätzung bezüglich der Umsetzung und des Nutzens von QM zu erhalten, um damit Anreize bzw. Barrieren bei der Umsetzung und Weiterentwicklung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements zu identifizieren.

Methoden: Im Rahmen einer bundesweiten Querschnittsstudie wurden 2.084 Vertragszahnärzte in einer Zufallsstichprobe gebeten, einen Fragebogen zum Qualitätsverständnis und QM zu beantworten. Die Ausschöpfungsquote betrug 40,3 % (n = 838). Primärer Studienendpunkt war die qualitative Beschreibung des subjektiven Qualitätsbegriffs der befragten Zahnärzte. Der sekundäre Studienendpunkt war die Einschätzung des Nutzens von QM bei der eigenen

* Korrespondenzadresse: Nele Kettler, Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Universitätsstraße 73, 50931 Köln
E-Mail: n.kettler@idz-koeln.de (N. Kettler).

¹ Beide Autoren haben zu gleichen Teilen zu dieser Arbeit beigetragen.

Praxisführung. Die offenen Fragen wurden einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Die statistische Auswertung der quantitativen Fragen erfolgte als deskriptive univariate Analyse.

Ergebnisse: Die Studie liefert Einblicke in die subjektiven Qualitätsvorstellungen deutscher Vertragszahnärzte im Zusammenhang mit den Erfahrungen mit QM. Im Hinblick auf das subjektive Qualitätsverständnis werden die Dimensionen Patient (von 31,4 % der Zahnärzte genannt), Qualität der Behandlung (29,5 %) und Mitarbeiter (14,8 %) als sehr bedeutsam genannt. Die Bewertung des Nutzens von QM bei der eigenen Praxisführung liegt in der guten Umsetzbarkeit der organisatorischen Instrumente des QM; vor allem das Notfallmanagement, Teambesprechungen und Checklisten für organisatorische Abläufe werden von je 82,3 %, 80,2 % und 79,9 % der Zahnärzte mit „eher gut umsetzbar“ oder „voll und ganz umsetzbar“ bewertet. Zwischen dem subjektiven Qualitätsverständnis und dem berichteten Nutzen von QM für das Praxismanagement besteht ein Spannungsverhältnis, da die subjektiven Qualitätsaspekte im QM nicht optimal zur Geltung kommen.

Schlussfolgerung: Die Einstellung der Vertragszahnärzte in Deutschland zum QM ist grundsätzlich positiv, aber von nicht eingelösten Erwartungen bei der Erfüllung der subjektiven Qualitätsvorstellungen hinsichtlich der Dimensionen Patienten, Qualität der Behandlung und Mitarbeiter geprägt. Die Instrumente von QM sollten in dieser Hinsicht überprüft werden, ob der Grad der Integration erleichtert werden kann. Das subjektive Qualitätsverständnis der Zahnärzte und ihre Einstellung zu QM sollten bei der Weiterentwicklung von QM berücksichtigt werden, damit QM gelebt werden kann.

KEYWORDS

Dentistry;
quality improvement;
continuous quality
management;
attitudes;
survey

Summary

Background: Statutory health insurance dentists working in private practice have a duty to maintain and improve the quality of dental care. An individual practice's approach to quality management (QM) can be made to reflect the practice's philosophy on quality and standards and can be adapted to the specific requirements of the practice setting they are meant to serve. This study set out to collect data on the subjective perceptions of quality that exist among German dentists, and to canvass their views on the process and benefits of implementing QM systems. In doing so, this study aimed to identify the incentives and obstacles that currently exist in relation to the implementation and further development of practice-based QM systems.

Methods: As part of a nationally representative cross-sectional study, a random sample of 2,084 dentists was asked to complete a questionnaire on perceptions of quality and QM. The response rate was 40.3 % (n = 838). The study's primary end point was defined as the surveyed dentists' interpretative description of quality. The study's secondary end point was defined as the dentists' subjective evaluations of the benefits of QM in the day-to-day management of their own practices. Responses to open-ended questions were analysed using content analysis, while quantitative questions were analysed using descriptive univariate analysis.

Results: When analysing respondents' subjective perceptions of quality (primary end point), the following dimensions were revealed as highly significant: patient (mentioned by 31.4 % of the responders), quality of treatment (29.5 %) and staff (14.8 %). As far as the benefits of QM in the day-to-day management of the respondent's own practices (secondary end point) were concerned, these appeared to be linked to the ease of implementation of the organizational tools offered by QM systems: managing emergencies, team meetings and procedural check lists were ranked as "can be implemented to a reasonable degree" and "can be fully implemented" by 82.3 %, 80.2 % and 79.9 % of respondents, respectively. There appeared to be a disconnect between the respondents' subjective perceptions of quality and the benefits of QM as part of day-to-day practice management, with QM systems failing to reflect the respondents' subjective views on quality.

Conclusions: The perceptions of QM among German statutory health insurance dentists are generally positive but marked by a disconnect between aspects of quality currently measured by QM systems and the dentists' views on what is required in order to assess quality standards in relation to the dimensions „patient“, „quality of treatment“ and „staff“. A targeted review of the tools offered by QM systems may lead to improved ease of implementation. If QM is to form an integral part of clinical practice, all future developments need to consider the dentists' subjective perceptions of quality and their attitudes towards QM.

Hintergrund

Vertragszahnärzte¹ sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Behandlung wie auch der Praxisführung verpflichtet. Neben regelmäßigen Fortbildungen ist insbesondere die Implementierung von Qualitätsmanagement (QM) eine kontinuierliche Aufgabe. Qualitätsmanagement als Instrument der Praxisführung kann nach dem eigenen Qualitätsverständnis [1] und den spezifischen Bedürfnissen und Zielen bei der Berufsausübung entsprechend gestaltet werden [2–4].

Aus der Forschung sind Ergebnisse zu einzelnen Aspekten des Qualitätsverständnisses im Hinblick auf QM verfügbar. Eine Interventionsstudie zur Effektivität von QM in zahnärztlichen Praxen hat nachgewiesen, dass die kontinuierliche Anwendung des Qualitätszyklus (*plan do check act*, PDCA) zu besseren Ergebnissen bei der Evaluation des QM führt [5]. Im Rahmen einer qualitativen Arbeit wurden Einschätzungen und Erfahrungen von Zahnärzten mit dem Qualitätsmanagement über qualitative Interviews erhoben [6]. Dabei stellte sich heraus, dass der Grad der Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungswartungsinternes Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung keinen oder nur wenig Einfluss auf das vorhandene Qualitätsverständnis in der zahnärztlichen Praxis hatte. Eine weitere Anwenderbefragung hat jedoch gezeigt, dass QM Optimierungspotenziale für Zahnarztpraxen hinsichtlich einer Verbesserung der Praxisorganisation, insbesondere verbesserter Arbeitssystematik und Kommunikation des Praxisteam bietet [7]. Aus berufssoziologischer Perspektive wird beschrieben, dass Zahnärzte großen Wert auf professionelle Autonomie und freiberufliche Berufsausübung legen; in Bezug auf die Qualität der Patientenversorgung sehen sie sich in hohem Maße selber in der Verantwortung [8,9].

Ein systematischer Zusammenhang zwischen dem subjektiven Qualitätsverständnis und der Anwendung bzw. Akzeptanz von Instrumenten des QM ist hingegen noch nicht erforscht [10]. Zur Ermittlung dieses strukturellen Wissens eignen sich Methoden der empirischen Sozialforschung. Sie vermögen den Einfluss von QM auf Praxisabläufe, auf Behandlungsabläufe und -ergebnisse im Sinne der Erstellung eines Qualitätsprofils zu erfassen, um in der Folge Instrumente der Qualitätsförderung weiter zu etablieren [11].

Um ein besseres Verständnis dafür zu bekommen, welche Einstellungen und welches Qualitätsverständnis Zahnärzte haben, wird in dieser Studie das Referenzsystem der teilnehmenden Zahnärzte in Bezug auf Qualität untersucht [10]. Im Rahmen der vorliegenden Querschnittsstudie wird daher eine „Momentaufnahme“ abgebildet. Es war das Ziel dieser repräsentativen Befragung von Vertragszahnärzten in Deutschland, Informationen zum subjektiven Qualitätsverständnis und der Selbsteinschätzung bezüglich der Umsetzung und des Nutzens von QM zu erhalten, um damit Anreize bzw. Barrieren bei der Umsetzung und

Weiterentwicklung eines einrichtungswartungsinternes Qualitätsmanagements zu identifizieren.

Studienteilnehmer und Methoden

Es handelt sich um eine bundesweite Querschnittsstudie in Form eines Fragebogensurveys, für die im September 2013 eine Stichprobe von Vertragszahnärzten aus dem Bundeszahnarztregister der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung gezogen wurde. Das Register setzt sich zusammen aus Informationen der Landesregister der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen), in denen ein Eintrag für vertragszahnärztlich tätige Zahnärzte verpflichtend ist. Das Studienprotokoll wurde einem Gutachterausschuss bestehend aus Vertretern des Geschäftsführenden Vorstands der Bundeszahnärztekammer und des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vorgelegt, um eine Freigabe des Bundeszahnarztregisters zur Stichprobenziehung vor dem Hintergrund der verpflichtenden Qualitätsförderung gemäß § 136 SGB V zu ermöglichen.

Fallzahl und Ziehungsprozedur

Die Ziehung der Studienteilnehmer erfolgte nach Clustering der Adressen in KZV-Bereiche durch Auswahl jedes 22. Zahnarztes, beginnend mit der ersten Registeradresse aus dem jeweiligen Bereich der 17 KZVen in alphabetischer Reihenfolge, wodurch sich ein Bruttoansatz von 2.084 Zahnärzten ergab (Abb. 1). Im Anschluss an die Bruttoadressenziehung erfolgte ein Abgleich der in der Stichprobe gezogenen Zahnärzte in Bezug auf die Alters-, Geschlechter- und Regionalverteilung um sicherzustellen, dass die Stichprobe bezüglich der soziodemografischen Merkmale repräsentativ im Hinblick auf die Grundgesamtheit war. Die Fragebögen wurden vor dem Versand mit einer fortlaufenden Paginierungsnummer versehen, um in jedem Recall gezielt die Non-Responder anschreiben zu können.

Maskierungsprozess und Datenschutz

Die Stichprobenziehung und -überprüfung wurde durch Mitarbeiter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung durchgeführt, die auch die Paginierung, Adressierung und den Versand der Fragebögen sowie die Rücklaufkontrolle der zurückgesandten Fragebögen zum Adressenabgleich für die Recalls sicherstellte. Die Auswertung der Daten erfolgte am Institut der Deutschen Zahnärzte. So wurde gewährleistet, dass keine Rückschlüsse personenbezogener Daten bei der Auswertung möglich waren und eine pseudonymisierte Analyse der Studiendaten garantiert.

Studienteilnehmer

Einschlusskriterium für eine Teilnahme an der Studie war ein Eintrag im Bundeszahnarztregister als vertragszahnärztlich tätiger Zahnarzt im September 2013. Ausgeschlossen wurden Zahnärzte mit Fachzahnarztkenntung, also Fachzahnärzte für Kieferorthopädie, Oralchirurgie, öffentliches Gesundheitswesen und Parodontologie. Eine überörtliche Zahnarztpraxis mit mehreren Niederlassungen in

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der männlichen und weiblichen Sprachform verzichtet. Gemeint sind immer, sofern nicht anders vermerkt, Frauen und Männer.

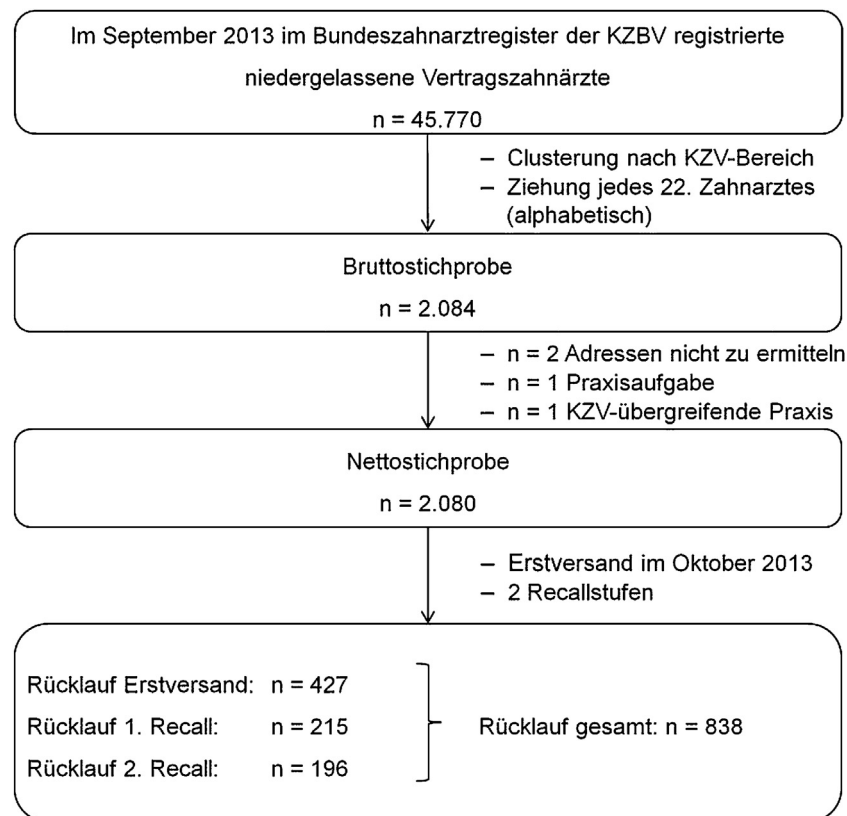


Abbildung 1 Flussdiagramm der ein- und ausgeschlossenen Studienteilnehmer im Verlauf (Stichprobenziehung und Rückläufe)

unterschiedlichen KZV-Bereichen wurde im Anschluss an die Ziehung aus der Stichprobe entfernt, um Dopplungen in der Studienteilnehmerauswahl zu vermeiden.

Studiensetting und Fragebogenkonzeption

Die nach oben beschriebener Methodik zufällig ausgewählten Zahnärzte wurden kontaktiert und gebeten, einen 13-seitigen Fragebogen mit 14 geschlossenen und vier offenen Fragen zum Qualitätsverständnis und Qualitätsmanagement sowie acht Fragen zur Soziodemografie zu beantworten. Der Fragebogen wurde mit Experten aus der empirischen Sozialforschung entwickelt und im Juli und August 2013 in einem Pretest auf Adäquanz, kognitionspsychologische Stimmigkeit und Suggestibilität überprüft, anschließend finalisiert und im Oktober 2013 an die in der Stichprobe generierten Adressen mit einem Anschreiben und voradressiertem Freirückumschlag versandt. Vier Wochen nach dem Erstversand erfolgte ein erster und weitere zwei Wochen später ein zweiter Recall. Der erste Recall enthielt erneut den Fragebogen in Papierform, während der zweite Recall sich auf ein Motivationsschreiben beschränkte. Alle bis zum 16. Dezember 2013 im Institut der Deutschen Zahnärzte eingegangenen Fragebögen wurden in die Studieneauswertung eingeschlossen.

Studienendpunkte

Primärer Studienendpunkt war **(a)** die qualitative Beschreibung des subjektiven Qualitätsbegriffs der befragten

Zahnärzte. Der sekundäre Studienendpunkt war **(b)** die Einschätzung des Nutzens von QM bei der eigenen Praxisführung.

Auswertungsstrategie und Statistik

Der primäre Endpunkt wurde anhand der Antworten zu einer offenen Frage nach dem subjektiven Qualitätsbegriff ausgewertet. Diese wurden von einem unabhängigen Mitarbeiter aus dem Bereich der qualitativen Sozialforschung, der ansonsten nicht in die Studie einbezogen war, erfasst und einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [12] unterzogen. Dabei wurde das Ausgangsmaterial gebündelt und in einem Verallgemeinerungsprozess induktiv Kategorien definiert (Codierungsplan). Die Kategorien wurden abschließend nach Häufigkeit der genannten Themen bewertet sowie inhaltlich interpretiert. Durch diese Analyse wurden die Aspekte des Qualitätsbegriffs dargestellt, die den befragten Zahnärzten besonders wichtig waren. Für den sekundären Endpunkt wurde zunächst überprüft, ob die Aspekte, die sich in der qualitativen Analyse als am Wichtigsten herausgestellt hatten, durch das QM praktisch umsetzbar sind. In einem nächsten Schritt wurde ermittelt, wie sich die Durchführung des verpflichtenden QM auf Prozesse in der Praxis auswirkt, die diese wichtigsten Aspekte beinhalten. Dafür wurden zwei quantitative Fragen zur Umsetzbarkeit (mit 14 Unterkategorien) und zu den Auswirkungen (mit 8 Unterkategorien) von Qualitätsmanagement in der Praxis einer deskriptiven univariaten Analyse unterzogen.

Tabelle 1 Soziodemografische Angaben der Studienteilnehmer.

	%	n
Gesamt		838
Geschlecht		
Frauen	41,1	344
Männer	58,1	487
keine Angabe	0,8	7
Alter		
unter 35 Jahre	4,8	40
35 – 55 Jahre	58,5	490
über 55 Jahre	35,9	301
keine Angabe	0,8	7
Praxisart		
Einzelpraxis	62,5	524
Berufsausübungsgemeinschaft	28,8	241
Sonstige Organisationsformen	8,1	68
keine Angabe	0,6	5

Ergebnisse

Von 2.084 angeschriebenen Zahnärzten wurden 2.080 erreicht (Abb. 1). Der Erstversand des Fragebogens ergab einen Rücklauf von 20,5 %, der erste Recall von 10,3 % und der zweite Recall von 9,4 %, die Gesamtausschöpfungsrate betrug 40,3 %. Die soziodemografischen Merkmale der Teilnehmer sind Tabelle 1 zu entnehmen. In die Auswertung des primären Studienendpunktes wurden alle 691 (82,5 %) teilnehmenden Zahnärzte, die auf die offen gestellte Frage „Was bedeutet Qualität für Sie ganz persönlich in Ihrer Praxis?“ eine Antwort gaben, eingeschlossen (Tab. 2). Für die Auswertung des sekundären Studienendpunktes kamen grundsätzlich alle Studienteilnehmer in Frage (n = 838). Die mehrteiligen Fragen zur praktischen Umsetzbarkeit von QM-Maßnahmen wurden von 14 bis 37 Zahnärzten nicht beantwortet (Tab. 3), die Fragen zu den Auswirkungen von QM auf konkrete Arbeitsprozesse in der Praxis beantworteten 5 bis 8 der Teilnehmer nicht (Tab. 4).

Primärer Studienendpunkt (a): Qualitative Beschreibung des subjektiven Qualitätsbegriffs

Auf die Frage nach der subjektiven Bedeutung von Qualität in der Praxis steht bei den Studienteilnehmern der Patient im Mittelpunkt (Tab. 2): „Patientenzufriedenheit“, „Jeden Patienten mit seinen Belangen ernst zu nehmen“, die „Rehabilitation des Patienten mit individuellem Optimum und nach den persönlichen Bedürfnissen“ sowie eine „optimale Versorgung und Zufriedenheit des Patienten“ werden als wichtigste Aspekte in Bezug auf Qualität gesehen. Das zweitwichtigste Qualitätsmerkmal ist die Qualität der Behandlung als eine „Bemühung um qualitativ hochwertige Behandlungsergebnisse“ und „Nachhaltigkeit der erbrachten Leistung“. Im Bezug auf Qualität haben die Mitarbeiter, ein „kollegiales Miteinander aller Beschäftigten in einer Praxis“, „Hand in Hand arbeiten mit den Angestellten“ und die „Zufriedenheit der Mitarbeiter“ für die befragten Zahnärzte den dritthöchsten Stellenwert. Qualität wird auch über die eigene Person definiert, sowie über Ausstattung und Materialien. Leitlinien und Dokumentation werden genannt, haben jedoch eine deutlich

Tabelle 2 Offene Antworten auf die Frage: „Was bedeutet Qualität für Sie ganz persönlich in Ihrer Praxis? Was ist aus Ihrer Sicht bzw. aus Ihrer eigenen Berufserfahrung das Allerwichtigste?“

	%	n
Antworten gesamt		1905
<i>Dimensionen</i>		
Patient	31,4	599
Zufriedenheit/Wohlbefinden des Patienten		
Vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Patienten		
Respektvoller Umgang mit Patienten		
Patientenindividuelle Behandlung		
Treue der Patienten		
Bezahlbarkeit für den Patienten/faire Preise		
Qualität der Behandlung	29,5	562
Qualitativ hochwertige Behandlung/Qualitätsbewusstsein		
Optimaler Behandlungserfolg		
Langfristiger Behandlungserfolg		
Strukturiertes/detailliertes Arbeiten		
Fehlerfreies Arbeiten		
Aufrechterhaltung eines gleichbleibend hochwertigen Niveaus		
Mitarbeiter	14,8	282
Vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Mitarbeitern		
Zufriedenheit der Mitarbeiter		
Ständige Fortbildung (Behandler/Mitarbeiter)		
Kompetentes/gut geschultes Praxisteam		
Gute und schnelle Erreichbarkeit der Praxis		
Praxismarketing		
Persönlichkeit des Behandlers	10,7	204
Standard von Hygiene und Materialien	6,9	131
Leitlinien und Dokumentation	4,0	75
Sonstiges	2,7	52

geringere Signifikanz. Qualität bedeutet für Zahnärzte vor allem „eine Versorgung auf hohem Standard, bei der sich sowohl der Zahnarzt als auch das Personal und der Patient gut und zufrieden fühlen“.

Sekundärer Studienendpunkt (b): Nutzen von QM bei der eigenen Praxisführung

Die Umsetzung des verpflichtenden QM gestaltet sich vor allem in organisatorischen Bereichen des Praxismanagements als gut durchführbar. Besonders gut bewertet werden die Umsetzbarkeit des Notfallmanagements, der Teambesprechungen und der Checklisten für organisatorische Abläufe. Weitere Bereiche des QM werden von den Studienteilnehmern überwiegend als „eher gut umsetzbar“ und „voll und ganz umsetzbar“ beschrieben. Lediglich der

Tabelle 3 Verteilung der Antworten auf die Frage: „Wie schätzen Sie die praktische Umsetzbarkeit der genannten Maßnahmen in Ihrer Praxis ein?“

zu bewertendes Item	gar nicht umsetzbar		eher schlecht umsetzbar		eher gut umsetzbar		voll und ganz umsetzbar			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
Gesamt	838									
Checklisten für organisatorische Arbeitsabläufe	824	2,3	19	17,8	147	61,7	508	18,2	150	
Praxishandbuch	821	3,0	25	26,6	218	59,0	484	11,4	94	
Fehlermanagement	817	2,7	22	26,7	218	61,0	498	9,7	79	
Notfallmanagement	814	2,1	17	15,6	127	63,6	518	18,7	152	
Orientierung am Stand der Wissenschaft	810	3,2	26	26,8	217	58,6	475	11,4	92	
Koordinierung zahnärztlicher und zahntechnischer Maßnahmen	809	4,8	39	22,2	180	58,5	473	14,5	117	
Fachliche Fortbildung der Zahnärzte	812	5,3	43	15,4	125	56,2	456	23,2	188	
Fortbildung, Weiterbildung des Teams	810	3,5	28	17,7	143	60,9	493	18,0	146	
Teambesprechungen	814	3,2	26	16,6	135	55,0	448	25,2	205	
Patienteninformation, -aufklärung, -beratung	811	4,4	36	18,0	146	59,8	485	17,8	144	
Förderung der Patientenmitwirkung, Patientenselbsthilfe	802	10,7	86	47,4	380	37,2	298	4,7	38	
Öffnungszeiten, Erreichbarkeit, Terminvergabe	806	6,5	52	23,0	185	53,5	431	17,1	138	
Beschwerdemanagement	811	5,5	45	28,4	230	56,6	459	9,5	77	
Kooperation mit Partnern im Gesundheitswesen	801	11,2	90	33,3	267	47,6	381	7,9	63	

von der Eigeninitiative der Patienten abhängige und somit nur indirekt im Einflussbereich des Zahnarztes liegende Bereich der Förderung der Patientenmitwirkung und Patientenselbsthilfe wird in der Umsetzbarkeit weniger gut bewertet (Tab. 3).

Die gute Umsetzbarkeit der organisatorischen Bereiche des QM spiegelt sich in der praktischen Anwendung wider,

nach Angaben der Mehrzahl der Studienteilnehmer haben sich Dokumentationsprozesse und auch Maßnahmen zur Fehlervermeidung durch die Einführung des QM verbessert. Überraschenderweise scheinen gerade die Bereiche, die im qualitativen Selbstverständnis der Zahnärzte besonders hoch bewertet werden – die Dimensionen Patient, Qualität der Behandlung sowie Mitarbeiter – durch die Einführung

Tabelle 4 Verteilung der Antworten auf die Frage: „Wenn Sie sich jetzt einmal Ihr alltägliches Behandlungsgeschehen vorstellen: Wie wirkt sich QM auf konkrete Arbeitsprozesse in Ihrer Praxis aus?“

zu bewertendes Item	deutlich verschlechtert		verschlechtert		keinen Einfluss		verbessert		deutlich verbessert	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gesamt	838									
Interne Dokumentation	833	1,0	8	2,9	24	33,7	281	53,1	442	9,4
Patientenbezogene Prozesse	833	0,5	4	1,1	9	70,3	586	24,4	203	3,7
Diagnose und Behandlung	830	0,6	5	1,3	11	75,1	623	20,0	166	3,0
Externe Prozesse	832	0,4	3	2,8	23	68,1	567	24,9	207	3,8
Maßnahmen zur Fehlervermeidung	832	0,6	5	1,3	11	44,7	372	47,5	395	5,9
Interne Kommunikation	833	0,2	2	3,2	27	49,1	409	41,4	345	6,0
Patienteninformation und -aufklärung, Patientenberatung	832	0,4	3	1,3	11	64,9	540	29,1	242	4,3
Qualität des Behandlungsprozesses	832	0,4	3	0,8	7	70,9	590	25,1	209	2,8

des QM nicht berührt zu werden. Auf konkrete Arbeitsprozesse in diesen Bereichen (patientenbezogene Prozesse, Patienteninformation und -aufklärung, Diagnose und Behandlung, Qualität des Behandlungsprozesses und interne Kommunikation) hat das verpflichtende QM nach Angaben der Studienteilnehmer keinen großen Einfluss (Tab. 4).

Diskussion

Die vorliegende Studie liefert Einblicke in die subjektiven Qualitätsvorstellungen deutscher Vertragszahnärzte im Zusammenhang mit den Erfahrungen mit QM. Im Hinblick auf den primären Endpunkt – das subjektive Qualitätsverständnis – werden die Dimensionen Patient, Qualität der Behandlung und Mitarbeiter als sehr bedeutsam genannt. Die Bewertung des Nutzens von QM bei der eigenen Praxisführung liegt in der guten Umsetzbarkeit der organisatorischen Instrumente des QM. Zwischen dem subjektiven Qualitätsverständnis und dem berichteten Nutzen von QM für das Praxismanagement besteht ein Spannungsverhältnis, da die subjektiven Qualitätsaspekte im QM nicht optimal zur Geltung kommen. Das positive Selbstkonzept in Bezug auf Qualität wird im QM nicht optimal gelebt.

Vergleich mit der Literatur

Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen im Wesentlichen die Daten von Stellfeldt, die zeigen, dass die persönlichen Einschätzungen bzw. Erwartungen an QM und die Umsetzung divergieren können [7]. Ein statistischer Zusammenhang zwischen der Zielerreichung nach Einführung von QM und der Zufriedenheit des Praxisteams fand sich in der Studie nicht. In einer weiteren qualitativen Studie konnte Kolbe bei der Auswertung von leitfadengestützten Interviews drei Kategorien von Qualität ermitteln: (i) Patientenzufriedenheit, Schmerzfreiheit und zahnärztliche/zahntechnische Behandlungsergebnisse, (ii) Fortbildungsteilnahme und (iii) reibungslose Praxisabläufe [6]. Diese Kategorien koinzidieren mit den in der vorliegenden Studie genannten Dimensionen Patient (i), Qualität der Behandlung (i, ii) und Mitarbeiter (iii).

In einer Studie von Micheelis et al. zum Rollenverständnis von Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung wurde an erster Stelle die fachliche Fortbildung als positive Unterstützung zahnärztlicher Tätigkeit bei QM genannt, die von praktisch allen befragten Zahnärzten angegeben worden war und den in der vorliegenden Studie hohen Stellenwert der Qualität der Behandlung bestätigt. Gleiches gilt für die Bedeutsamkeit der Dimension „Mitarbeiter“, bei Micheelis et al. hatte die Fortbildung der Praxismitarbeiter mit 78 % gleichfalls einen hohen Stellenwert [9].

Eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Qualitätsmanagement-Richtlinie Vertragszahnärztliche Versorgung (§ 135 a Abs. 2 Nr. 2 SGB V) bestimmt die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungswartendes QM im Sinne grundlegender Mindestanforderungen, wonach die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlichen Einrichtungen seit 2011 verpflichtet sind, ein einrichtungswartendes QM einzuführen und weiterzuentwickeln. In der Richtlinie sind die Bereiche Patientenorientierung, Diagnose- und Behandlungsprozesse

sowie Mitarbeiterorientierung grundsätzlich bestimmt. Die Umsetzung von QM soll an einrichtungsspezifische Gegebenheiten und Bedingungen in den einzelnen Praxen ausgerichtet sein, wobei die subjektiven Erwartungen an das QM in der vorliegenden Studie dennoch nicht erfüllt werden. Die QM-Richtlinie ermöglicht andererseits, dass Vertragszahnärzte das Qualitätsmanagement für ihre Praxis individuell entwickeln.

Bedeutung der Ergebnisse

Unsere Studie zeigt, dass QM dann als nützlich für die eigene Praxisführung bewertet wird, wenn konkrete Arbeitsprozesse verbessert werden. Insbesondere sieht eine Mehrheit der Teilnehmer jedoch keinen Einfluss des QM auf Diagnose und Behandlung (75,1 %) und die Qualität des Behandlungsprozesses (70,9 %). Im subjektiven Qualitätsverständnis spielt die Qualität der Behandlung jedoch eine große Rolle (29,5 %). Dies steht der Akzeptanz von QM entgegen. Bereits 2005 wiesen Bergmann-Krauss und Boehme darauf hin, dass klinische Leitlinien Diagnose- und Behandlungsprozesse unterstützen würden, im einrichtungswartenden QM jedoch häufig ausgeklammert sind, da sich QM mehr auf die nicht-therapiebedingten Abläufe der Praxis bezieht [4]. Götz et al. beschrieben für die Wirkung von QM auf das klinische Outcome ein Forschungsdefizit und regten hierzu weitere Studien an [5]. In einem narrativen Review wurden die subjektive Wahrnehmung oder Einstellungen („perceptions or attitudes“) als wichtige Kontext-Faktoren bei der Qualitätsförderung identifiziert [10].

Die Sozialpsychologie konnte zeigen, dass nicht übereinstimmende kognitive Elemente (Wissenseinheiten, Meinungen, Überzeugungen) einen als unangenehm erlebten Zustand hervorrufen, der aus widersprüchlichen Erfahrungselementen in Bezug auf einen Gegenstand hervorgeht. Diese sogenannte kognitive Dissonanz wird zum Anlass, eine Änderung des als spannungsreich empfundenen Zustandes einzuleiten, beispielsweise durch die Suche nach neuer Information, Einstellungsänderungen oder Veränderung der Situationsbewertung [13]. Ferner können weiche Faktoren im Sinne der Theorie der kognitiven Dissonanz der effektiven Nutzung von QM im Wege stehen [2]. Es entspricht dem reflexiven Berufsrollenverständnis der Zahnärzte, die beschriebenen Einstellungen im Hinblick auf die Berufspraxis zu reflektieren und so Kohärenz herzustellen [14,15]. Aufgrund der Dissonanz zwischen den Ansprüchen an QM-Systeme einerseits, die aus dem Selbstverständnis von Qualität heraus bewusst oder unbewusst gestellt werden, und den nicht erfüllten Erwartungen bei der Nutzung der QM-Systeme andererseits entsteht eine kritische Haltung gegenüber den Möglichkeiten, die das QM für die eigene Praxis bietet. In der Folge kann die Dissonanz durch selektive Wahrnehmung vor allem der Enttäuschungen in den Bereichen des QM-Systems, die die gestellten Anforderungen nicht erfüllen konnten, zu einer überspitzten Kritik an dem QM-System als Ganzes führen. Ein Lösungsansatz im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung könnte die Verbesserung der Qualitätsmanagementsysteme gerade in den Bereichen der Diagnose- und Behandlungs-, sowie der patientenbezogenen Prozesse sein.

Stärken und Schwächen der Studie

Unseres Wissens ist dies die erste Studie, für die ein Fragebogen zu Einstellungen und Umsetzung des QM in Deutschland entwickelt wurde, der eine Bezugnahme auf das subjektive Qualitätsverständnis von Zahnärzten erlaubt.

Bei postalischen Fragebogensurveys sind eine Reihe von systematischen Verzerrungen bekannt, die die Verallgemeinerung der Ergebnisse der Studie beeinflussen können. Bei einer postalischen Befragung ist beispielsweise zu erwarten, dass von den angeschriebenen Personen eher diejenigen antworten, die sich für das Thema QM besonders interessieren, sei es zustimmend oder ablehnend. Dies kann die Ausschöpfungsquote und auch die Ergebnislage beeinflussen. Ein Vergleich der Responder mit der angeschriebenen Stichprobe hinsichtlich Geschlecht, Alter und regionaler Zugehörigkeit zu einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung ergab jedoch keine signifikanten Unterschiede im Bezug auf die Grundgesamtheit. Auch kann nicht ausgeschlossen werden, dass bei dieser Art von Befragung sozial erwünschte Antworten entstehen, wenn auch in geringerem Maße als bei Interviews oder Telefonbefragungen. Im Wissen um diese potenzielle Verzerrung sind besondere Anstrengungen bei der Anonymisierung – hier die strikte Trennung von Versand bzw. Recall und Datenauswertung – zu unternehmen und die Teilnehmer im Anschreiben darüber aufzuklären, dass sie nicht zu identifizieren sind. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich um eine Querschnittsstudie handelt, die einen Status quo abbildet. Gerade bei Themenfeldern, die wie QM noch sehr im Fluss sind, da es bei der Implementierung unterschiedliche Möglichkeiten im Hinblick auf die eigenen Ziele und Praxisbedürfnisse gibt, kann dies eine Limitation der Ergebnisreichweite bedeuten.

Schlussfolgerungen

Die Einstellung niedergelassener Vertragszahnärzte in Deutschland zu QM ist grundsätzlich positiv, aber von nicht eingelösten Erwartungen bei der Erfüllung der subjektiven Qualitätsvorstellungen hinsichtlich der Dimensionen Patient (z. B. Zufriedenheit/Wohlbefinden des Patienten, vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Patienten), Qualität der Behandlung (z. B. qualitativ hochwertige Behandlung, optimaler Behandlungserfolg) und Mitarbeiter (z. B. vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Mitarbeitern, Zufriedenheit der Mitarbeiter) geprägt. Die Instrumente von QM sollten in dieser Hinsicht überprüft werden, ob der Grad der Akzeptanz erleichtert werden kann. Systematisch gewonnene Erkenntnis über die Effektivität von QM hinsichtlich der Kongruenz mit den subjektiven Qualitätsvorstellungen könnte die systematische Anwendung von QM fördern. Diese Aspekte, insbesondere aber auch der Wunsch nach Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit im Zusammenhang mit QM sollten in die QM-Fortbildungen der Kammern und KZVen Eingang finden, die den Ansprüchen ihrer Nutzer damit weiter gerecht werden könnten.

Andererseits ist zu bedenken, dass eine Qualitätsmanagement-Richtlinie, die in erster Linie der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Praxisorganisation dient, nicht alle Aspekte eines subjektiven

Qualitätsverständnisses abbilden kann. Der Zahnarzt muss sich daher über den Stellenwert des QM-Systems in seinem persönlichen Qualitätsverständnis bewusst werden und ist in der Konsequenz gefordert, über die gesetzlich verpflichtenden Bereiche des QM weitere Instrumente zu implementieren, die der Förderung von Qualität in Bereichen dienen, die nicht oder nur in geringem Maße durch die Richtlinie berücksichtigt werden. So würde beispielsweise im Bereich „Patient“ die Interaktion in der Arzt-Patientenbeziehung zusätzliche Maßnahmen verlangen, um die Compiiancesicherung im Rahmen der Prozessqualität sicherzustellen.

Das subjektive Qualitätsverständnis der Zahnärzte und ihre Einstellung zu QM sollten dennoch in stärkerem Maße bei der Weiterentwicklung von QM berücksichtigt werden, damit QM gelebt werden kann. Motivierung und Akzeptanz können durch nutzerorientierte Fortbildungen, die mit dem subjektiven Qualitätsverständnis arbeiten, gefördert werden.

Danksagungen

Die Autoren bedanken sich bei Herrn Dr. Dipl.-Sozw. Wolfgang Micheelis für die Methodenberatung und viele wertvolle Hinweise, bei Herrn Jörg Schmidt, Institut für Marktforschung im Gesundheitswesen, für die detaillierte Auswertung der offenen Fragen sowie bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und ihren Mitarbeitern, namentlich Frau Susanne Hein und Frau Brigitte Vilshöfer, für die Kooperation bei der Stichprobenziehung und dem Versand.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Literatur

- [1] Campbell S, Tickle M. What is quality primary dental care? *Br Dent J* 2013;215(3):135–9.
- [2] Yamalik N. Quality systems in dentistry. Part 1. The increasing pressure for quality and implementation of quality assurance and improvement (QA/I) models in health care. *Int Dent J* 2007;57(5):338–46.
- [3] Yamalik N. Quality systems in dentistry. Part 2. Quality Assurance and Improvement (QA/I) tools that have implications for dentistry. *Int Dent J* 2007;57(6):459–67.
- [4] Bergmann-Krauss B, Boehme P. Qualitätsmanagement-Systeme für die Zahnarztpraxis. Köln: IDZ [Institut der Deutschen Zahnärzte]; 2005.
- [5] Goetz K, Campbell SM, Broge B, Brodowski M, Wensing M, Szecsenyi J. Effectiveness of a quality management program in dental care practices. *BMC Oral Health* 2014;14(4):41.
- [6] Kolbe K. Qualitätsmanagement in Zahnarztpraxen. In: Eine qualitative Interviewstudie mit Hamburger Zahnärzten zur kritischen Reflexion der Qualitätsmanagement-Richtlinie. Bachelorarbeit im Studiengang Gesundheitswissenschaften. Hamburg: Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg; 2011.
- [7] Stellfeldt S. Effektivität von Qualitätsmanagement. In: Eine empirische Untersuchung in Zahnarztpraxen. 1. Aufl. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller; 2007.
- [8] Bader JD. Challenges in quality assessment of dental care. *J Am Dent Assoc* 2009;140(12):1456–64.

- [9] Micheelis W, Bergmann-Krauss B, Reich E. Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. Köln: IDZ [Institut der Deutschen Zahnärzte]; 2010.
- [10] Wilkinson J, Powell A, Davies H. Evidence: Are clinicians engaged in quality improvement? A review of the literature on healthcare professionals' views on quality improvement initiatives. London: The Health Foundation; 2011.
- [11] Campbell S, Tickle M. How do we improve quality in primary dental care? Br Dent J 2013;215(5):239–43.
- [12] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Aufl. ed. Weinheim: Beltz Verlag; 2003.
- [13] Festinger L. Theorie der kognitiven Dissonanz. 2. Aufl. Bern: Hans Huber; 2012.
- [14] Schön DA. The Reflective Practitioner. How Professionals Think In Action. New York: Basic Books; 1983.
- [15] BZÄK/KZBV, [Bundeszahnärztekammer/Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung]. Agenda Qualitätsförderung. Grundsätze und Handlungsempfehlungen der Qualitätsförderung in der zahnmedizinischen Versorgung. Berlin: Bundeszahnärztekammer/Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung; 2014.

Neue Kurzinformation zum Thema „Lebererkrankungen“ erschienen: Erhöhte Leberwerte – was bedeutet das?

ZEFQ-SERVICE: TIPP

Die Leber ist ein Organ mit vielen lebenswichtigen Aufgaben. Zum Beispiel speichert sie Nährstoffe, baut Schadstoffe ab oder produziert wichtige Stoffe für die Blutgerinnung. Arbeitet die Leber nicht mehr richtig, kann dies schwerwiegende Folgen für den gesamten Körper haben.

Die sogenannten Leberwerte werden aus dem Blut bestimmt. Sie zeigen an, ob die Leber gesund ist und normal funktioniert. Veränderte Leberwerte können darauf hindeuten, dass Leberzellen geschädigt sind. Häufige Ursachen für Leberschäden sind: Alkohol, Überernährung und Fettleibigkeit, Diabetes mellitus, Bewegungsmangel, Medikamente und Viren. Die Leber kann sich von Schäden gut erholen, wenn die Ursache rechtzeitig behoben wird.

In der Kurzinformation „Erhöhte Leberwerte – was bedeutet das?“ erfahren Sie mehr über die Bedeutung der Leberwerte und die häufigsten Lebererkrankungen. Und Sie erhalten Hinweise, was Sie selbst für eine gesunde Leber tun können. Die Reihe „Kurzinformationen für Patienten (KiP)“ entwickelt das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer (BÄK). Das ÄZQ erstellt dafür doppelseitige Dokumente im DIN-A4-Format, die als PDF-Download zum Ausdrucken bereit stehen.

Die Kurzinformation „Erhöhte Leberwerte – was bedeutet das?“ sowie Informationen zu über 50 weiteren Themen können Sie abrufen unter:

- [Kurzinformation für Patienten „Erhöhte Leberwerte – was bedeutet das?“](#)
- [Methodik und Quellen](#)
- [Kurzinformationen für Patienten auf Patienten-Information.de](#)

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Lydia Bothe
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Bereich Patientenbeteiligung/
Patienteninformation
Ärztliches Zentrum für Qualität in
der Medizin (ÄZQ)
Gemeinsames Institut von BÄK
und KBV
TiergartenTower, Straße des
17. Juni 106-108,
10623 Berlin
Tel: 030-4005-2504,
Fax: 030-4005-2555
E-Mail: patienteninformation@azq.de