

## **QUALITY IN DENTISTRY**

### **Fragestellung: Wie kann das Thema Quality in Dentistry sinnvoll und nutzbringend in einer ERO-Arbeitsgruppe behandelt werden?**

Die ERO beschäftigt sich seit Jahren mit dem Thema Quality in Dentistry und hat dazu in den letzten 20 Jahren verschiedenen Arbeitsgruppen eingesetzt, die das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven behandelt haben. Da das Thema Quality in Dentistry jedoch äußerst komplex ist, gab es auch viele Schwierigkeiten, das Thema zu befriedigenden Ergebnissen zu führen. Dies liegt vor allem daran, dass unter Qualität in der Zahnmedizin sehr Unterschiedliches verstanden wird und die Implementierung von Qualitätsförderungsmaßnahmen stark vom jeweiligen Gesundheitssystem der Mitgliedsstaaten, dessen Finanzierung und vom Stand der Ausbildung, der Wissenschaft und der Technik beeinflusst wird. Außerdem wird das Thema auch und insbesondere dann, wenn Qualitätsmaßnahmen von der Politik, den Krankenversicherern oder von Patientenvertretern gefordert wird, von der Zahnärzteschaft mit Skepsis betrachtet.

Erstmals hat sich meines Wissens eine AG der ERO Anfang der 90er Jahre intensiv mit Quality in Dentistry beschäftigt, dazu wurden bei der ERO Sitzung in Budapest 1994 und ergänzt in Malta 1995 „Grundsätze zur Qualitätssicherung“ verabschiedet, die heute noch weitgehend aktuell sind und deren wichtige Aussage war, dass Qualitätssicherung in die Hand des Berufsstandes selbst gehört. Dann ruhte das Thema für längere Zeit, wurde dann Mitte der 00er Jahre in einer AG von Francisco Rodriguez Lozano wieder aufgegriffen. 2007 veröffentlichte Nermin Yamalik ihre beiden Übersichtsartikel zu „Quality Systems in Dentistry“, ein Project des Dental Practice Committees der FDI. Bei der ERO Vollversammlung in Moskau 2007 wurde ein „Workshop on Quality“ veranstaltet und eine neue AG unter der Leitung von Gerhard Seeberger eingesetzt. Die Ergebnisse aus einer Befragung zeigten, dass das Thema von vielen Mitgliedsverbänden für wichtig gehalten wird, dass bereits Regelungen zur Qualitätssicherung, sei es auf gesetzlicher Grundlage oder durch Verfahren der Zahnärzteverbände selbst, in mehreren Ländern vorhanden sind und dass der Austausch von good practice Modellen, die in einzelnen Ländern erfolgreich sind, gewünscht wird, wobei insbesondere „Quality Management“ ein wichtiges zukünftiges Thema sein sollte.

In Eriwan 2010 gab es dann mit Roland L'Herron einen Neustart der Arbeitsgruppe. Bei mehreren Treffen wurden die Arbeitsschwerpunkte diskutiert und ein umfassender Fragebogen konzipiert, der insbesondere auf die Gegebenheiten der Aus- und Fortbildung und der technischen Ausstattung der Praxen in den Mitgliedsländern fokussierte. Allerdings war der Rücklauf der Antworten enttäuschend. Die Ergebnisse wurden abschließend bei der ERO Vollversammlung 2013 in Potsdam vorgetragen. Als weitere Schritte wurde vorgeschlagen, einen Austausch von Methoden, Initiativen und Erfahrungen zu quality of care zu initiieren und es wurde die Frage gestellt, ob dieses weitere Vorgehen von der Generalversammlung befürwortet wird. Der neue ERO Vorstand beauftragte dann die Unterzeichnende, die bisherigen Ergebnisse aus den ERO Arbeitsgruppen zu Quality in Dentistry zusammen zu fassen und daraus einen Vorschlag für die weitere Arbeit einer ERO Arbeitsgruppe Quality zu unterbreiten.

## **Begriffsklärung: Was bedeutet Quality in Dentistry?**

Über das Konzept Qualität in der Gesundheitsversorgung gibt es inzwischen eine umfangreiche Literatur, das trifft aber nicht auf Qualität in der zahnmedizinischen Versorgung zu, hier ist die Literatur übersichtlich. Unter den Begriffen Qualität/ Qualitätsförderung/ Qualitätssicherung in healthcare werden sehr unterschiedliche Konzepte und Maßnahmen verstanden. Das Reflection Paper der Europäischen Kommission zu Quality of Healthcare stellt fest, „a review of the available literature reveals a multitude of definitions of quality of care (Version 2, 2010, 7). Ein aktueller Artikel im BDJ bestätigt dies insbesondere für die Zahnmedizin: „There is no agreed or unique definition of quality of care ... this applies more so to dental practice than to medical practice“ (Campell & Tickle, 2013, 135). Eine Verständigung auf eine Definition ist jedoch sinnvoll, damit überhaupt über Qualität gesprochen werden kann, um dann Qualitätsmaßnahmen und -instrumente vergleichen, konzipieren oder umsetzen zu können. Schon Donabedian stellte 1985 fest, „we cannot assess quality until we have decided with what meanings to invest the concept. A clear definition of quality is the foundation upon which everything is built“ (zitiert nach Campell & Tickle, 2013,135).

Wenn es auch keine allgemein akzeptierte Definition von Qualität gibt, besteht doch Einigkeit darüber, dass Qualität in der Gesundheitsversorgung ein komplexes, multidimensionales Konzept sein sollte, das sich auf verschiedene Ebenen, Dimensionen, Ziele und Maßnahmen bezieht. Bei den Ebenen wird unterschieden zwischen dem Gesundheitssystem bzw. der Bevölkerung (Makroebene), den Einrichtungen (Mesoebene), dem einzelnen health professional bzw. dem individuellen Patienten (Mikroebene). Auf diesen Ebenen kann sich das, was unter Qualität verstanden wird, unterschiedlich darstellen und sich auf verschiedene Aspekte beziehen. Die bekannte Dreiteilung von Donabedian unterscheidet Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Qualität in der Gesundheitsversorgung wird durch unterschiedliche Dimensionen bzw. Eigenschaften charakterisiert wie Patientensicherheit, Akzeptanz, Effektivität, Effizienz, Versorgungsgerechtigkeit, Zugangsmöglichkeit, Professionalität, Patientenorientierung, Patientenzufriedenheit. Qualitätsförderung in der Gesundheitsversorgung verfolgt verschiedene Ziele, die je nach der Perspektive der Akteure im Gesundheitswesen – Öffentlichkeit, Politik, Krankenkassen, Arzt, Patient - unterschiedliche Bedeutung haben: bessere Gesundheit für die gesamte Bevölkerung, beste Ergebnisse bei begrenzten verfügbaren Mitteln, Vermeidung von Über-, Unter-, Fehlversorgung, optimale individuelle Versorgung, professionelles Handeln auf der Grundlage des besten verfügbaren Wissens. Schließlich umfasst Qualitätsförderung oder Qualitätssicherung unterschiedliche Maßnahmen oder Instrumente, mit denen diese Ziele erreicht werden sollen: qualifizierte Ausbildung der health professionals, Spezialisierung und Continuous Professional Development, klinische Leitlinien, Qualitätsmanagementprozeduren für die Abläufe in den Gesundheitseinrichtungen und Praxen, Management von unerwünschten Ereignissen und Critical Incident Recording Systeme (CIRS), Dokumentation, Qualitätsindikatoren, Infektionskontrolle, Akkreditierungsprozeduren. Das European Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ), das das Reflection Paper, initiiert von der Europäischen Kommission, seit 2012 in einem auf drei Jahre angesetzten Projekt weiter bearbeitet, versteht unter high quality healthcare “Healthcare that is effective, safe and reponds

to the needs and preferences of patients” (PaSQ 2012). Diese Definition setzt mit dem Kriterium effective zu sehr auf Ergebnisqualität, und greift daher m.E. zu kurz, um einem komplexen Verständnis von Qualität in der Gesundheitsversorgung gerecht zu werden.

Da es keine allgemein akzeptierte Definition von Qualität in health care, erst recht nicht eine von quality in dental care, gibt, sollte sich eine Arbeitsgruppe der ERO sich der Komplexität des Qualitätsbegriffes bewusst sein, sich aber auf eine konkrete Fragestellung beschränken, die zunächst weniger bei Aspekten der Struktur- oder Ergebnisqualität ansetzt sondern bei Strategien zur Verbesserung der Prozessqualität. Bei Strukturqualität nicht, weil Strukturen in den Praxen von Land zu Land recht unterschiedlich sind oder auch schon erfasst wurden (wie z.B. Ausbildung oder technische Ausstattung in dem Fragebogen der AG von Roland L'Herron), bei Ergebnisqualität nicht, weil dafür die Akzeptanz im Berufsstand schwierig ist und nur wenige erprobte Instrumente, die mit großem Aufwand anwendbar bzw. auswertbar sind, zur Verfügung stehen, z.B. Erfassung der mundgesundheitslichen Lebensqualität.

### **Welche Qualitätsmaßnahmen werden in einzelnen Ländern durchgeführt?**

Die folgende kurze Zusammenstellung ist ein Versuch, durch desk research Informationen aus verschiedenen Ländern zu sammeln, sie sind unvollständig, da nur begrenzte Quellen zur Verfügung standen: das EU Manual of Dental Practice des CED in der Fassung von 2008/2009, in dem Qualitätsaktivitäten der Mitgliedsverbände nur mehr am Rande erfasst werden, Ergebnisse aus den beiden Fragebögen der ERO Arbeitsgruppen zu Qualität, und Informationen von den Websites der ERO Mitgliedsverbände, die wenn überhaupt das Suchwort Qualität auftaucht, nur kurze allgemeine Informationen geben, da für weitergehende Informationen ein Einlocken als Zahnarzt oder Verbandsmitglied erforderlich ist. Außerdem gibt es Sprachprobleme, da die Websites in der Landessprache verfasst sind.

In Österreich ist eine Qualitätssicherungsverordnung 2008 in Kraft getreten, verantwortlich ist die Zahnärztekammer, die für die Durchführung eine externe Einrichtung beauftragt hat. Es geht hierbei um eine Evaluierung der Praxis in Form einer Selbstevaluierung. In 15 Qualitätsbereiche gegliedert, müssen 51 Evaluierungsfragen beantwortet werden. Das Zertifikat, das dann erworben wird, gilt für 5 Jahre.

In Belgien ist seit 1998 ein freiwilliges Akkreditierungssystem zur Qualitätssicherung etabliert. Organisatorische Abläufe in den Zahnarztpraxen werden vom Institut National d'Assurance de Maladie reguliert.

In Dänemark gibt es ein Health Care Quality Assessment Programm auf freiwilliger Basis, eine Vision 2015 für alle Gesundheitseinrichtungen wurde entwickelt, bei der auch Qualität der Versorgung einbezogen ist.

In Deutschland wurde 2004 ein einrichtung internes Qualitätsmanagement auf gesetzlicher Grundlage für alle Zahnarztpraxen eingeführt. An der Richtlinie zur Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe waren die Zahnärzte beteiligt. Es geht dabei um die Optimierung von Praxisabläufen nach dem PDCA Zyklus. Die zahnärztlichen Organisationen haben Qualitätsmanagementsysteme entwickelt, die von nahezu allen Zahnärzten umgesetzt werden. Das von der hessischen Zahnärztekammer entwickelte Zahnärztliche

Qualitätsmanagementsystem (Z-QMS) wird von vielen Kammern angewandt: Es ist eine einfach anwendbare systematische Zusammenführung vieler qualitätssichernder Maßnahmen, die schon bisher in den Praxen angewendet wurden und erfüllt die gesetzlichen Anforderungen.

In Italien beteiligt sich ANDI an einem Projekt zur Qualität und Sicherheit in Parodontologie und Implantologie, das sich wohl auch auf Praxisabläufe bezieht.

In Lettland gibt es Standards für die Ausstattung und Arbeitsabläufe der Zahnarztpraxen, die auf evidenzbasierten Methoden und Techniken basieren. Qualität der Arbeit, z.B. Dokumentation, wird überprüft

In Litauen wird Qualitätsförderung und -sicherung mit verschiedenen Maßnahmen wie Fortbildung, Behandlungsstandards, Zertifizierungen von der Zahnärztekammer unterstützt.

In den Niederlanden ist ein „IQual“ Projekt seit 2004 eingeführt, das sich am PDCA Zyklus orientiert. Das Projekt wird von der NMT unterstützt durch Trainings, Module, Themenprogramme, Einschreibung in ein Qualitätsregister, Audits mit Visitationen u.a.; die Homepage der NMT informiert darüber ausführlicher.

In der Schweiz wurden von der SSO Qualitätsleitlinien erarbeitet und aktualisiert. Eine besteht eine externe Überprüfung von Praxisabläufen und -ausstattung z.B. bei Abfallentsorgung, Röntgengeräten, Sterilisation, Qualität der Leistungen. 2009 wurde vom Bundesrat die Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen verabschiedet, die wohl mehr auf stationäre Einrichtungen zielt, Qualitätsindikatoren für verschiedenen Krankheitsbilder erstellt und peer reviews als Maßnahme zur Qualitätsverbesserung einsetzt.

In Slowenien wird die Arbeit der Zahnarztpraxen durch Routinechecks der Kammer überprüft.

Im United Kingdom hat die BDA ein „Good Practice Scheme“ als das führende Qualitätssicherungsprogramm für Zahnarztpraxen entwickelt, dem die Zahnärzte beitreten können, um ihr Engagement für hohe Qualität in der zahnärztlichen Versorgung deutlich zu machen. Es geht hierbei um ein practice-self-assessment, das das gesamte Team befähigen soll, die Abläufe in der Praxis zu überprüfen um damit einen kontinuierlichen Lernzyklus in Gang zu setzen (ausführlichere Informationen dazu auf der Homepage der BDA).

Dieser kurze und mangels weiterer Informationen unvollständige Überblick zeigt jedoch schon, dass in vielen Mitgliedsländern das Thema Qualität in der zahnärztlichen Versorgung aktiv mit verschiedenen Maßnahmen und Methoden angegangen wird, insbesondere scheint neben dem Umgang mit Patientenbeschwerden (auf die ich hier nicht eingegangen bin, über die es im EU Manual of Dental Practice noch einige Informationen gibt) das Thema Qualitätssicherung der Praxis- und Behandlungsabläufe in mehreren Ländern wichtig zu sein, für das Instrumente und Maßnahmen entwickelt werden.

## **Wie kann das sehr umfangreiche Thema Quality in Dentistry sinnvoll eingegrenzt und bearbeitet werden?**

Die Ausführungen zeigen, dass das Thema Quality in Dentistry sehr umfangreich und komplex und die Bandbreite der Maßnahmen in den Mitgliedsländern recht groß ist. Aus den bisherigen Aktivitäten der beiden ERO Arbeitsgruppen in den letzten Jahren ergibt sich, dass ein Austausch von best practices bzw. von Methoden, Initiativen und Erfahrungen zu quality of care in dentistry vorgeschlagen wurde. Der Austausch von best practices von quality health care ist auch die Methode, die vom European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ) für den gesamten Bereich der Gesundheitsversorgung angestrebt wird. Da hierbei Quality in Dentistry nur eine untergeordnete Rolle spielen wird, wäre dieser Fokus eine sehr sinnvolle und informative Ergänzung, die auch die Arbeit des CED in dem Europäischen Netzwerk unterstützen würde und somit eine fruchtbare Zusammenarbeit zwischen ERO und CED bedeuten könnte.

## **Welche Qualitätsmaßnahmen sollten/ könnten in einer ERO WG untersucht und behandelt werden?**

Der Austausch von best practices sollte sich m.E. zunächst auf einige wenige Maßnahmen oder nur eine qualitätsfördernde Maßnahme beschränken, dafür diese Qualitätsmaßnahme aber tiefgehend beschreiben. Wie bereits ausgeführt, scheinen Maßnahmen, die sich auf Prozessqualität beziehen, dazu am besten geeignet. Ausschließen würde ich Qualitätsmaßnahmen in folgenden Bereichen, da sie bereits erfasst sind bzw. von anderen Arbeitsgruppen behandelt werden: Ausbildung und CPD, Praxishygiene, Umgang mit Medizinprodukten, Patientenbeschwerden, malpractice, sofern sie nicht Teil der allgemeinen Qualitätsmanagements einer Praxis sind. Mein Vorschlag wäre, zunächst Maßnahmen im Bereich Qualitätsmanagement in Zahnarztpraxen zu bearbeiten, da dazu Initiativen und Instrumente in mehreren Mitgliedsverbänden (Österreich, Belgien, Deutschland, Litauen, Niederlande, UK u.a.) entwickelt und eingesetzt werden. Der Wunsch, diesen Bereich durch die ERO weiter zu bearbeiten, war auch ein Ergebnis der Befragung der Mitgliedsverbände durch die Arbeitsgruppe von Gerhard Seeberger und wurde auch im Fragebogen der Arbeitsgruppe von Roland L'Herron angesprochen. Evtl. kämen noch für einen Austausch von best practices die Bereiche Qualitätsindikatoren, Fehlermanagement/CIRS oder klinische Leitlinien in Frage, hierzu sind jedoch noch weniger Informationen vorhanden.

## **Wie könnte eine ERO WG diese Qualitätsmaßnahmen untersuchen?**

Bei der Sammlung von best practices sollte m.E. nach den bisherigen Erfahrungen darauf verzichtet werden, wiederum einen allgemeinen, umfassenden Fragebogen zu formulieren, der an alle Mitgliedsverbände gesandt wird, aber geringen Rücklauf hat und spärliche relevante und zuverlässige Informationen erbringt. Demgegenüber erscheint es erfolgsversprechender, gezielt jene Mitgliedsverbände anzusprechen, die bereits entwickelte Maßnahmen durchführen, um diese strukturiert und ausführlicher zu beschreiben und zu dokumentieren, um dann diese Informationsplattform anderen Verbänden zur Verfügung zu stellen und mit ihnen zu diskutieren

## **Fazit: Vorschlag für Themen und Fragestellungen für eine ERO WG**

Aufgrund der Ausführungen halte ich eine Arbeitsgruppe der ERO mit ausgewählten Experten aus einigen Mitgliedsverbänden für sinnvoll, die einen Austausch von best practices im Bereich Qualitätsmanagement in Zahnarztpraxen einleiten. Diese Programme können dann dem Plenum vorgestellt und diskutiert werden und könnte evtl. Anregungen zur Einführung eigener Modelle in einem Mitgliedsverband geben.

Barbara Bergmann-Krauss, 14.01.2014

### Literatur

Campell, S. & Tickle, M.: What is quality primary dental care? BDJ (2013) 215, 135-139

Campell, S. & Tickle, M.: How do we measure quality in primary dental care? BDJ (2013) 215, 183-187

Campell, S. & Tickle, M.: How do we improve quality in primary dental care? BDJ (2013) 215, 239-243

CED: EU Manual of dental Practice, 2008/2009

European Commission: Quality of health care: Policy actions at EU level, Reflection Paper, Version 2, Feb 2010

European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ): Handbook of Standard Operating Procedures, 2011

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. IDJ (2007) 57, 338-346

Yamalik, N.: Quality systems in dentistry, Part 2. Quality assurance and improvement (QA/I) tools that have implications for dentistry. IDJ (2007) 57, 459-467