



Hochschule Neubrandenburg  
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management  
Studiengang Gesundheitswissenschaften

# **VERGLEICH DER ANFORDERUNGEN AN DAS QUALITÄTSMANAGEMENT EINER VERTRAGSZAHNARZTPRAXIS**

**B a c h e l o r a r b e i t**

zur

Erlangung des akademischen Grades

**Bachelor of Science (B.Sc.)**

Vorgelegt von: Marie Ulrich

Betreuer: Prof. Dr. rer. pol. Bernhard Langer

Zweitbetreuer: Prof. Dr. rer. cur. Roman F. Oppermann

Tag der Einreichung: 29.04.2021

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2021-0312-0

## **Inhaltsverzeichnis**

1. Einleitung.....	1
2. Methodik.....	2
3. Theoretischer Hintergrund .....	4
4. Anforderungen an das QM im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung .....	9
4.1 Allgemeine Besonderheiten des QM in einer ZAP.....	9
4.2 Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA.....	12
4.3 Agenda Qualitätsförderung der BZÄK und KZBV .....	19
5. Anforderungen an das QM aus Qualitätsmanagementsystemen .....	22
5.1 DIN EN ISO 9001:2015.....	22
5.2 ZQMS .....	27
5.3 Zertifizierung der Systeme .....	31
6. Diskussion .....	33
7. Fazit.....	39
Literaturverzeichnis.....	41
Eidesstattliche Erklärung .....	47

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Prozessmodell des QM der DIN EN ISO 9001:2015 .....	24
Abbildung 2: ZQMS-Kompass Stand 2021.....	28

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Ergebnisse der Literaturrecherche .....	3
Tabelle 2: Gegenüberstellung der Anforderungskataloge .....	34

## **Abkürzungsverzeichnis**

BZÄK – Bundeszahnärztekammer

DIN – Deutsche Institut für Normung e.V.

EN – Europäische Norm

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss

GW – Gesundheitswesen

IDZ – Institut der Deutschen Zahnärzte

ISO – International Organization for Standardization

KVP – Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

KZBV – Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

KZV – Kassenzahnärztliche Vereinigung

LZK – Landeszahnärztekammer

LZKH – Landeszahnärztekammer Hessen

MA – Mitarbeiter\*innen

PDCA – Plan-Do-Check-Act

QF – Qualitätsförderung

QM – Qualitätsmanagement

QM-RL – Qualitätsmanagement-Richtlinie

QMS – Qualitätsmanagementsystem

RL – Richtlinie

VZAP – Vertragszahnarztpraxis

ZÄ – Zahnärzt\*innen

ZÄK – Zahnärztekammer

ZAP – Zahnarztpraxis

ZM – Zahnmedizin

ZQMS – Zahnärztliches Qualitätsmanagementsystem

ZZQ – Zentrum Zahnärztliche Qualität

## **Abstract**

Qualitätsmanagement stellt in der Gesundheitsversorgung einen zunehmend bedeutenden Faktor dar. Ziel dieser Arbeit ist es, die Anforderungen an das Qualitätsmanagement einer Vertragszahnarztpraxis, basierend auf verschiedenen Anforderungskatalogen, zu identifizieren, zusammenfassend darzustellen und diese zu vergleichen. Betrachtet werden dabei die Anforderungen resultierend aus der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Agenda Qualitätsförderung der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der DIN EN ISO 9001 als wichtigster Norm im Bereich Qualitätsmanagement und des Zahnärztlichen Qualitätsmanagementsystems der Landes Zahnärztekammer Hessen. Die Auswahl dieser Anforderungskataloge beruht dabei auf einer Literaturrecherche zum Thema Qualitätsmanagement in Zahnarztpraxen. Der Vergleich zeigt, dass die Anforderungen zu überwiegenden Teilen konform zueinander sind, jedoch vor allem die DIN EN ISO 9001 den Besonderheiten des zahnmedizinischen Sektors nicht vollends gerecht werden kann. Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem hingegen bildet optimale Voraussetzungen, nicht nur um den allgemeinen, sondern auch den Anforderungen mit Gesetzescharakter in Form der Qualitätsmanagement-Richtlinie gerecht werden zu können. Dadurch wird die Relevanz eines an die Besonderheiten der Zahnmedizin angepassten Qualitätsmanagements und dementsprechend auch sektorenspezifischer Richtlinien deutlich, sodass sich von der Tendenz der sektorenübergreifenden Regelungen auch perspektivisch zu distanzieren ist.

**Schlagwörter:** Qualitätsmanagement, Vertragszahnarztpraxis, Qualitätsmanagement-Richtlinie, DIN EN ISO 9001, ZQMS

## 1. Einleitung

Das Gesundheitswesen stellt mit über vier Millionen Beschäftigten einen zunehmend wirtschaftlich relevanten Sektor dar. Der demografische Wandel wirkt dabei verstärkend und führt zu einem erhöhten Versorgungsbedarf, wodurch eine effektive und effiziente Versorgung an Bedeutung gewinnt (vgl. Bart 2020, S. 7ff.). Dies geht einher mit dem Bestreben die Qualität zunehmend transparenter, objektiv messbar und somit vergleichbar zu machen (vgl. Petzina/Wehkamp 2019, S. 2). Der Einsatz von Qualitätsmanagement ist dabei von Relevanz, wobei anzumerken ist, dass die Objektivierbarkeit und Messbarkeit einer Gesundheitsleistung aufgrund ihrer Charakteristik nur bedingt möglich ist (vgl. Bart 2020, S. 7f.; Wever 2020, S. 917). Die Arbeit fokussiert sich dabei auf vertragszahnärztliche Praxen, welche den überwiegenden Teil der zahnärztlichen Versorgung darstellen (vgl. KZBV 2020b, S. 172; BZÄK/KZBV 2021, S. 15). Dabei ist erwähnenswert, dass sich die folgenden Ausführungen nicht schwerpunktmäßig auf die Steuerung der Qualität der zahnärztlichen Behandlung als solche beziehen, sondern die organisatorischen und strukturellen Anforderungen während des gesamten Behandlungsprozesses unter dem Aspekt des QM im Fokus stehen. Dies ist mit dem Standardisierungsproblem einer Gesundheitsleistung zu begründen, wodurch die Leistungserstellung stets individuell und nicht reproduzierbar ist (vgl. Matusiewicz 2019, S. 11f.). Daher ist es im Rahmen des QM das Ziel möglichst konstante Abläufe und Prozesse sicherzustellen, um eine optimale Basis für die Erstellung der Gesundheitsleistung zu schaffen (vgl. Frodl 2016, S. 319f.). Das Thema Qualitätsmanagement bietet eine Vielzahl von Modellen und Systemen, jedoch wird im Folgenden auf Basis einer Literaturrecherche auf die relevanten Anforderungen für eine vertragszahnärztliche Praxis eingegangen. Zielstellung dieser Arbeit ist es dabei, die Besonderheiten und charakteristischen Anforderungen, resultierend aus verschiedensten Anforderungskatalogen an das QM einer VZAP zu identifizieren, diese zusammenfassend darzustellen und zu vergleichen. Dazu werden im Anschluss an die Beschreibung der Methodik und dem theoretischen Hintergrund die Anforderungen an das Qualitätsmanagement einer VZAP aus verschiedenen Perspektiven betrachtet. Dies beinhaltet die allgemeinen Besonderheiten im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung, die

Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA mit Gesetzescharakter und Handlungsempfehlungen auf Basis der Agenda Qualitätsförderung der Landesorganisationen BZÄK und KZBV. Anschließend werden die Anforderungen identifiziert, welche sich aus zwei exemplarischen Qualitätsmanagementsystemen ergeben. Betrachtet wird dabei zum einen die branchenneutrale Norm DIN EN ISO 9001 und zum anderen das körperschaftsgeführte Qualitätsmanagementsystem der Landeszahnärztekammer Hessen ZQMS. Darüber hinaus wird aufgrund der Zertifizierungsmöglichkeit der beiden Systeme der Nutzen eines Zertifikats kritisch hinterfragt. Im Anschluss erfolgt eine Diskussion zum Vergleich der Anforderungskataloge hinsichtlich der Berücksichtigung der Besonderheiten des Qualitätsmanagements einer Zahnarztpraxis.

## **2. Methodik**

Die folgenden Ausführungen beruhen auf einer Literaturrecherche zum Thema Qualitätsmanagement in Zahnarztpraxen. Es wurden dafür die Schlagworte „Qualitätsmanagement“, „Qualitätsmanagement Zahnarzt“ und „Qualitätsmanagement Zahnmedizin“ verwendet. Basierend auf dem Schneeballsystem (vgl. Döring/Bortz 2016, S. 160) wurden im weiteren Verlauf Begriffe, resultierend aus den Ergebnissen der Schlagworte, wie „ZQMS“ und „Zertifizierung“ ergänzend aufgenommen. Die Recherche erfolgte dabei über den Bibliothekskatalog der Hochschulbibliothek Neubrandenburg, Volltextdatenbanken, welche auch elektronische Fachzeitschriften beinhalteten und die Onlinearchive relevanter Akteure und Institutionen des zahnmedizinischen Sektors. Die folgende Tabelle stellt sowohl die gesamten, als auch die davon verwertbaren Treffer der Schlagworte dar, welche in den folgenden Ausführungen der Arbeit genutzt werden. Anzumerken ist, dass die relevanten Treffer teilweise die gleichen Dokumente umfassen und somit Mehrfachnennungen möglich sind.

Tabelle 1: Ergebnisse der Literaturrecherche

Datenbank	Schlagwort	Treffer insgesamt	verwertbare Treffer
Bibliothekskatalog HSB NB	QM (ab 2018)	52	1
	QM ZA	9	1
	QM ZM	6	1
<b>Volltextdatenbanken</b>			
SpringerLink (inkl. verschiedener elektronischer Zeitschriften)	QM (ab 2018)	4.303	-
	QM ZA	175	10
	QM ZM	83	-
utb.elibrary	QM	26	-
	QM ZA	0	-
	QM ZM	0	-
ProQuest Ebook Central	QM	266	1
	QM ZA	55	-
	QM ZM	30	-
Content-Select	QM (ab 2018)	28	-
	QM ZA	1	-
Hogrefe	QM	49	-
	QM ZA	29	-
	QM ZM	17	-
DE GRUYTER	QM (Kategorie Medizin)	63	-
	QM ZA	4	-
	QM ZM	1	-
Vandenhoeck und Ruprecht eLibrary	QM (ab 2018)	101	-
	QM ZA	4	-
	QM ZM	2	-
<b>Akteure/Institutionen</b>			
IDZ	QM	10	2
	QM ZA	10	1
	QM ZM	10	1
ZZQ	Veröffentlichungen	17	2
Stiftung Gesundheit	QM	20	-
	QM ZA	20	-
	QM ZM	2	-
BZÄK	QM	91	2
KZBV	QM	16	2

Die Recherche bezüglich des Schlagwortes „ZQMS“ brachte nur eine geringe Anzahl verwertbarer Dokumente hervor, welche zudem für den inhaltlichen Schwerpunkt der Identifizierung von Anforderungen nicht ausreichend waren. Auch durch die direkte Anfrage bei der LZK Hessen konnte neben den bereits durch die Literaturrecherche gefundenen Dokumenten nur ein weiterer Artikel der DHZ, dem Mitgliedermagazin für hessische Zahnärztinnen und Zahnärzte, generiert werden. Darüber hinaus wird das System jährlich aktualisiert (vgl. Chenot 2019, S. 9), sodass sich die Module stets

geringfügig verändern. Um den aktuellen Stand 2021 abbilden zu können, wurden daher die Informationen vorrangig durch die direkte Nutzung des ZQMS-Portals generiert, um neben der Aktualität auch den bestmöglichen Vergleich der Anforderungskataloge gewährleisten zu können.

### **3. Theoretischer Hintergrund**

Im Folgenden werden grundlegende Begriffe definiert, welche für die weiteren Ausführungen bedeutend sind. Aufgrund dessen, dass es teilweise keine eindeutigen bzw. unterschiedliche Definitionen gibt, ist die Abgrenzung mancher Begrifflichkeiten schwierig. Daher soll folgend ein Eindruck vermittelt werden und als richtungsweisende Grundlage für diese Arbeit dienen.

Der Begriff Qualität leitet sich von dem lat. Wort „qualitas“ ab und beschreibt lediglich die Beschaffenheit der zu betrachtenden Einheit oder gar Dienstleistung (vgl. Hensen 2019, S. 13). Qualität ist somit zunächst wertneutral und kann sich sowohl auf materielle, als auch immaterielle Einheiten beziehen und bringt einige Besonderheiten und uneinheitliche Begriffsdeutungen mit sich. Die Autoren Brüggemann und Bremer definieren Qualität als „keine physikalische Größe, sie ist also nicht messbar. Messbar ist andernfalls der Grad der Erfüllung von Einzelanforderungen.“ (2020, S. 4) Dieser Ansatz deckt sich sowohl mit dem Verständnis von Qualität der DIN EN ISO 9000 (vgl. Brüggemann/Bremer 2020, S. 3), als auch mit der im Gesundheitswesen 1966 durch Donabedian geprägten Definition (vgl. Mertens 2020, S. 23). Qualität geht demnach in der Anwendung als Fachbegriff über die reine Beschreibung der Beschaffenheit hinaus und setzt einen Maßstab voraus (vgl. Hensen 2019, S. 18). Dies ist besonders im Gesundheitswesen herausfordernd, da Leistungen subjektiv geprägt sind und somit zu uneinheitlichen Bedeutungen führen können. Der Versuch der Objektivierung erfolgt daher durch die Festlegung bestimmter messbarer Qualitätsmerkmale (vgl. Petzina/Wehkamp 2019, S. 1). Eine Aussage über die Qualität kann somit durch einen Soll-Ist-Vergleich, also durch die Gegenüberstellung der gemessenen Merkmale und festgelegten Anforderungen erfolgen (vgl. Hensen 2019, S. 18).

Qualitätsmanagement umfasst sämtliche Maßnahmen, welche auf das Organisieren und Strukturieren von Prozessen, Strukturen, Produkten bzw. Dienstleistungen abzielt, um die Qualität dieser zu beeinflussen, sicherzustellen und zu verbessern (vgl. Brüggemann/Bremer 2020, S. 124; Petzina/Wehkamp 2019, S. 1f.). Ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess wird durch die Anwendung des PDCA-Zyklus angestrebt und

ist darüber hinaus nicht nur als Instrument zur Planung, Gestaltung und Kontrolle von Qualität anzusehen, sondern geht einher mit einer bestimmten Grundeinstellung, Philosophie und Selbstanspruch (vgl. Petzina/Wehkamp 2019, S. 2). Besonders im Gesundheitswesen spielt QM eine übergeordnete Rolle, da es dazu beiträgt Behandlungsfehler und Risiken zu minimieren oder gar zu vermeiden und zugleich die begrenzten Ressourcen so effizient wie möglich einzusetzen. Im Zuge des demografischen Wandels und dem damit einhergehenden steigenden Versorgungsbedarf gewinnt auch das QM zunehmend an Bedeutung (vgl. Bart 2020, S. 7). Es wird deutlich, dass sich QM besonders im GW nicht nur auf die Messung von medizinischer Qualität bezieht, sondern auch auf Qualität abzielende Managementprozesse (vgl. Thielscher 2019, S. 15). Im Rahmen dessen ist auch die Qualitätssicherung ein wichtiger Teilbereich, welcher bspw. durch die Autoren Sander und Müller wie folgt definiert wird: „Qualitätssicherung bzw. Qualitätskontrolle ist die Summe aller Maßnahmen, mit denen konstante Produkt-, Prozess- oder Leistungsqualität sichergestellt werden soll. Man unterscheidet dabei die Sicherung durch Eigen- und Fremdüberwachung. Die Qualitätssicherung ist ein Teil des QM-Systems.“ (2018, S. 176) Dabei wird deutlich, dass Qualitätssicherung im Gegensatz zum übergeordneten QM nicht mit einer Qualitätssteigerung einher geht (vgl. Frodl 2016, S. 320).

Die bereits angesprochene Philosophie und der Selbstanspruch spielt eine zentrale Rolle in Bezug auf eine erfolgreiche, hilfreiche und somit nutzbringende Umsetzung von QM. Es ist vielfach zu beobachten, dass der QM-Gedanke falsch interpretiert wird und an Stelle der Implementierung der Maßnahmen im Praxisalltag somit als eine reine Dokumentationsarbeit ausgelegt wird. Besonders die Haltung der obersten Leitung ist daher ein maßgeblicher Faktor für den Erfolg oder Misserfolg des QM (vgl. Kugler 2019, S. 31).

In den genannten Definitionen sind darüber hinaus die Grundsätze des QM erkennbar, welche die Kundenorientierung, Führung, Mitarbeiterorientierung, Prozessorientierung, Verbesserung, faktenbasierte Entscheidungsfindung und Beziehungsmanagement umfassen. Die Kundenorientierung zielt auf die Zufriedenheit der Kund\*innen ab, indem die Arbeitsweise des Unternehmens nach deren Bedürfnissen ausgerichtet wird. Die Rahmenbedingungen, bspw. in Form der Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen, werden maßgeblich von der Führung geprägt. Um die Effektivität und Effizienz zu fördern ist die Mitarbeiterorientierung, d.h. sowohl deren Bedürfnisse zu

berücksichtigen, als auch das Wissen und die Erfahrung der MA zu nutzen, ein wichtiger Aspekt. Durch die Prozessorientierung werden die gesamten Prozesse optimiert, sodass unter anderem Wartezeiten verkürzt werden können, was wiederum dem Gedanken der Patientenorientierung entspricht. Dies geht einher mit dem Aspekt der Verbesserung, bei dem ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess angestrebt wird, indem die eingesetzten Methoden stetig hinterfragt und auf die Wirksamkeit hin geprüft werden. Bei Bedarf werden Veränderungsmaßnahmen generiert und angewendet, um das Leistungsniveau zu halten und nach Möglichkeit zu verbessern. Die faktenbasierte Entscheidungsfindung beruht auf der Analyse von bspw. sämtlichen Wirkungen und Risiken, um eine transparente Entscheidung fällen zu können. Als letztes Grundelement ist das Beziehungsmanagement zu nennen, welches darauf abzielt, Beziehungen zu mit dem Unternehmen kooperierenden Akteuren zu fördern und somit Schnittstellen zu optimieren (vgl. Hensen 2019, S. 56ff.).

Die Definition eines Qualitätsmanagementsystems fällt in der Literatur heterogen aus. Eine umfassende Definition stammt bspw. von der Autorin Chenot: „Ein QM-System bedeutet das systematische, geplante und aufeinander abgestimmte Zusammenwirken der verschiedenen Bausteine des QM in einem sich ständig weiterentwickelnden Prozess, der zu einer Qualitätssteigerung im Sinne des reibungslosen und wirksamen Ablaufs aller Prozesse, zu guten Arbeitsergebnissen und zu höherer Zufriedenheit von Patienten, Praxismitarbeitern und Praxisinhabern führen soll.“ (2019, S. 3) Hierbei sind deutlich die drei Perspektiven, Patient\*innen, Mitarbeiter\*innen und Leitung zu erkennen, welche jedoch erweitert werden können, bspw. um andere relevante interessierte Parteien, wie es im Prozessmodell der DIN EN ISO 9001 (folgend auch als ISO 9001 bezeichnet) dargestellt wird (vgl. DIN 2015, S. 13). Zusammenfassend lässt sich jedoch sagen, dass ein QMS sämtliche auf Qualität abzielende Maßnahmen systematisch darstellt und der Erfüllung von selbst gesetzten oder gesetzlich verankerten Qualitätsanforderungen und -zielen dient. Um diese Qualitätsziele zu erreichen, umfasst das System organisatorische Aspekte, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, legt die Unternehmensphilosophie, Strukturen und Prozesse sowie geeignete Maßnahmen im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses und der Qualitätssicherung dar. (vgl. Petzina/Wehkamp 2019, S. 3; Hensen 2019, S. 107). Unklar ist hingegen die Abgrenzung von Modellen und Normen, was besonders deutlich bei der Einordnung der DIN EN ISO 9001 wird. Diese wird zum Teil als QMS betitelt, welches bestimmte Standards vorgibt (vgl. Sander/Müller 2018, S. 176). Teilweise wird wiederum die Bezeichnung

Qualitätsmanagementmodell genutzt, welches Vorgaben zu den Qualitätsansprüche an ein QMS geben kann, wohingegen das QMS selbst jedoch nur Ansprüche an das Management der Qualität formulieren kann (vgl. Petzina/Wehkamp 2019, S. 5; Thielscher 2019, S. 15). Der Autor Hensen sieht den Unterschied darin, dass ein QMS den Ist-Zustand abbildet und ein Qualitätsmanagementmodell hingegen den Soll-Zustand und Mindestanforderungen aufzeigt (vgl. 2019, S. 114). Im Rahmen dieser Arbeit wird die DIN EN ISO 9001 jedoch der Begrifflichkeit eines QMS zugeordnet.

Die Qualitätsförderung wird als Grundvoraussetzung für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem gesehen. Sie umfasst die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement als wichtige Säulen und geht dabei über die gesetzlichen Anforderungen hinaus. Hierbei ist die Haltung und der eigene Qualitätsanspruch von grundlegender Bedeutung (vgl. BZÄK/KZBV 2014, S. 6f.; KZBV 2021).

Im Gesundheitswesen und speziell auch in der Medizin hat sich das Anfang der 1960er Jahre von Donabedian entwickelte Qualitätsmodell etabliert. Dieses wird bis heute angewendet und gliedert sich in die drei Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. Hensen 2019, S. 32). Die Strukturqualität befasst sich aus betriebswirtschaftlicher Sicht mit den Inputvariablen, welche im GW die strukturellen Rahmenbedingungen der Leistungserbringung darstellen, d.h. welche personellen, materiellen, infrastrukturellen und finanziellen Ressourcen und Voraussetzungen gegeben sind. Konkret kann das die Anzahl, aber auch Qualifikation der Mitarbeitenden oder die Anzahl an Behandlungszimmern sein. Die Prozessqualität umfasst sämtliche relevante Vorgänge und Abläufe vor, während und nach der Erbringung der Gesundheitsleistung. Dabei wird die Ablauforganisation hinsichtlich ärztlicher und administrativer Aspekte inspiziert und bspw. die Verknüpfung, Dauer und Umsetzung der Prozessschritte betrachtet. Exemplarisch ist hierbei die Wartezeit der Patient\*innen zu nennen. Die Ergebnisqualität spiegelt im Gesundheitswesen nicht das Output, sondern das Outcome wider, da es sich nicht um eine Produktionsleistung handelt, sondern das Erreichen des Ziels der erbrachten Leistung im Fokus steht. Dies ist in der Regel die Veränderung des Gesundheitszustandes und somit steht das Behandlungsergebnis mit den Patient\*innen im Mittelpunkt. Dies deckt sich mit den Vorgaben der QM-RL (vgl. Bart 2020, S. 9; Petzina/Wehkamp 2019, S. 2, Hensen 2019, S. 32f.). Der Aufbau dieses Modells impliziert eine kausale Beziehung der drei Ebenen, was sich jedoch nicht allgemeingültig behaupten lässt. Eine gute Strukturqualität kann zwar optimale Voraussetzungen für die Gewährleistung oder

Förderung einer guten Prozessqualität schaffen, dies ist dennoch nicht gleichzusetzen mit einer optimalen Ergebnisqualität sowie einem optimalen Behandlungsergebnis. Ebenso kann bei einer nicht erfolgreichen Behandlung bzw. dem Eintreten von unerwünschten Ergebnissen nicht zwingend der Rückschluss zu einer mangelhaften Struktur- oder Prozessqualität gezogen werden. Diese Besonderheit, nicht von einer strikten Linearität ausgehen zu können, beruht in der Medizin auf der Gegebenheit zusätzlicher externer Faktoren. Die Compliance bzw. Adhärenz (vgl. Matusiewicz 2019, S. 12), Vorerkrankungen sowie weitere Umweltfaktoren beeinflussen das Ergebnis erheblich, welches in der Medizin darüber hinaus meist ohnehin erst langfristig und retrospektiv zu beurteilen ist (vgl. Hensen 2019, S. 34f.; Petzina/Wehkamp 2019, S. 2).

Das zentrale Kernelement des QM stellt ein Kreislaufmodell, der sogenannte PDCA-Zyklus, dar (vgl. Bart 2020, S. 10). Dieses Konzept hat seinen Ursprung Mitte des 20. Jahrhunderts durch Walter A. Shewhart. William E. Deming griff diesen Ansatz auf und entwickelte ihn weiter zum Plan-Do-Study-Act-Cycle, welcher heutzutage als Plan-Do-Check-Act-Cycle bekannt ist. Dieses zyklische Modell beginnt mit der Definition einer Problemsituation und mündet in einer Verbesserungsphase. Diese Prozessoptimierung teilt sich in vier sich stetig wiederholende Schritte. Im ersten Schritt „Plan“ wird dabei der Ist-Zustand analysiert, Probleme identifiziert und möglichst objektive und somit messbare Merkmale festgelegt auf deren Grundlage die Verbesserungsmaßnahmen geplant werden. In der Phase „Do“ werden die geplanten Maßnahmen strukturiert durchgeführt, wobei dies vorerst auch im kleineren Rahmen als Probedurchlauf geschehen kann, da anschließend in der Phase „Check“ zunächst überprüft wird, anhand der festgelegten messbaren Merkmale, ob die gewünschte Wirkung eingetreten ist. Die vierte Phase „Act“, stellt nicht die letzte dar, da diese erneut in die erste mündet. In dieser Verbesserungsphase wird in Abhängigkeit von den in der vorherigen Phase erhobenen Werten ein Résumé gezogen und bei Erreichung der gewünschten Effekte die Maßnahme implementiert oder andernfalls Anpassungen vorgenommen und der Zyklus erneut durchlaufen. Dieses Modell stellt wichtige Denk- und Handlungsgrundlagen im Sinne eines KVP dar, welche bedarfsgerecht angepasst werden können (vgl. Hensen 2019, S. 86f.).

#### **4. Anforderungen an das QM im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung**

Anforderungen an das Qualitätsmanagement einer Vertragszahnarztpraxis können von verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen gestellt werden und somit unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte beinhalten. Im folgenden werden zunächst die allgemeinen Besonderheiten dargestellt, welche sich aus den spezifischen Gegebenheiten einer ZAP ergeben. Anschließend rücken die Anforderungen mit Gesetzescharakter, welche in der Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA formuliert werden, sowie Anforderungen in Form von Handlungsempfehlungen resultierend aus der Agenda Qualitätsförderung der BZÄK und KZBV in den Fokus.

##### **4.1 Allgemeine Besonderheiten des QM in einer ZAP**

Übergeordnetes Ziel des einrichtungsinternen QM ist die Sicherung der Patientenzufriedenheit. Dies machte auch der Präsident der BZÄK Dr. Peter Engel deutlich: „Es geht uns beim QM nicht darum, Zertifikate und Siegel in die Praxis zu hängen. Wir konzentrieren uns lieber darauf, unsere QM-Systeme für die direkte Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung und den unmittelbaren Nutzen für die Patientinnen und Patienten immer weiter zu entwickeln und zu leben.“ (Benz et al. 2020, S. 15) Diese Einstellung wird auch dadurch deutlich, dass eine Behandlung in der Zahnmedizin als gelungen gilt, wenn der\*die Patient\*in die Möglichkeit einer partizipativen Entscheidungsfindung hat und dieser zu aktiver Mitarbeit motiviert wird (vgl. BZÄK/KZBV 2014, S. 12). Dabei ist auf das hohe Potential der Prävention im Bereich der Mundgesundheit hinzuweisen (vgl. Hensen 2019, S. 119). Dies stellt auch eine der Besonderheiten der Zahnmedizin dar, welche Auswirkungen auf die Anforderungen an das QM in diesem Bereich haben und somit bei den geplanten Maßnahmen Berücksichtigung finden müssen. Die Prüfung und Sicherstellung der Qualität einer Leistungserstellung im Gesundheitswesen unterscheidet sich wesentlich von der Herstellung materieller Produkte. Begründet durch die Immaterialität der Gesundheitsleistung, erfolgt die Erstellung nach dem Uno-Actu-Prinzip, welches besagt, dass die Gesundheitsleistung im Moment der Produktion zeitgleich konsumiert wird, sodass die Qualität vorab nicht geprüft werden kann (vgl. Frodl 2016, S. 319). Darüber hinaus kann überwiegend lediglich die Struktur- und Prozessqualität durch die Patient\*innen beurteilt werden (vgl. Matusiewicz 2019, S. 11). Dies führt dazu, dass die Gestaltung der Rahmenbedingungen und die grundlegende Haltung und Qualitätsansprüche der Beteiligten umso bedeutender sind. Jede personenbezogene

Leistungserstellung ist individuell und nicht reproduzierbar, die Abläufe hingegen schon, weshalb das Ziel ist, alle beeinflussbaren Faktoren auf einem konstanten Niveau zu halten und bei Bedarf kontinuierlich anzupassen, um somit potentielle Fehlerquellen zu vermeiden (vgl. Frodl 2016, S. 320). Weitere Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung im Vergleich zu anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung sind, dass es oftmals mehrere Therapiealternativen, kaum Schnittstellen zu anderen Sektoren und vergleichbar wenig Arzneimittelverordnungen gibt (vgl. KZBV 2017).

Die Anforderungen an das Qualitätsmanagement einer ZAP haben daraus resultierend gewisse Schwerpunkte und legen den Fokus auf die Patientenzufriedenheit. Der Autor Frodl definiert dabei sechs wesentliche Elemente des QM in einer ZAP. Dies inkludiert auch die erwähnte Patientenorientierung, da diese wesentlich zum Praxiserfolg beitragen kann. Einerseits kehren die Patient\*innen wieder und andererseits wird ein\*e zufriedene\*r Patient\*in auch in seinem Umfeld für den\*die Zahnärzt\*in werben, wodurch zusätzliche Patient\*innen akquiriert werden können. Dies hat nicht zuletzt auch wirtschaftliche bzw. finanzielle positive Effekte. Dies hat auch die Konsequenz, dass das reine zahnmedizinische Handeln, wie das Durchführen einer Wurzelkanalbehandlung nicht im Fokus steht und aus genannten Gründen die Optimierung der Struktur- und Prozessqualität zentral für die Erzielung der Patientenzufriedenheit ist. Zudem wird die qualitative Fachversorgung durch die Kompetenz der Ärzt\*innen überwiegend durch die Patient\*innen vorausgesetzt (vgl. Kugler 2019, S. 31).

Auch die bereits erwähnte Haltung der Leitung gegenüber QM wird als wichtiges Element in Form von Transparenz erwähnt. Diese soll durch klare Anweisungen und Vorstellungen seitens der obersten Leitung erfolgen. Die Prozessoptimierung als nächstes Element zielt schlussendlich erneut auf das übergeordnete Ziel der Patientenzufriedenheit ab, indem diese durch kontinuierliche Verbesserung der Abläufe positiv beeinflusst wird. Das nächste zentrale Element stellt die Mitarbeiterbeteiligung dar, welche einhergehen sollte mit der Beteiligung der Leitung. Nur dadurch ist es möglich, Probleme offen und angstfrei zu kommunizieren und gemeinsam passende Lösungen und Maßnahmen zu erarbeiten und umzusetzen. Dies führt zu dem nächsten Element der Flexibilität. Die Maßnahmen des QM und somit das QMS sollten stets individuell an die aktuellen Gegebenheiten angepasst werden, um gesetzte Ziele erreichen zu können und einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu erzielen.

Der letzte Teilbereich laut Frodl stellt der Informationsfluss dar. Für die Beteiligung und Einbeziehung aller, ist die Sicherstellung und Zugänglichkeit von Informationen in Form von schriftlichen Dokumentationen, aber auch persönlichen Gesprächen unabdingbar. Diese Elemente des QM im zahnmedizinischen Bereich machen deutlich, dass die Qualität auf einem Zusammenspiel von organisatorischen Abläufen, dentaltechnischem und menschlichem Handeln beruht (vgl. Frodl 2016, S. 318). Der Autor Hensen konkretisiert dies, indem er neben der Formulierung allgemeiner Anforderungen an das QM einer ZAP auch erforderliche QM-Instrumente benennt, um diese zu erfüllen, wobei ebenfalls die Rolle der Patient\*innen deutlich wird. Darüber hinaus wird jedoch auch der Anspruch gestellt, dass die Maßnahmen des QM sowohl für die Praxisleitung als auch Mitarbeiter\*innen und Patient\*innen möglichst nutzbringend, handhabbar und unbürokratisch sind, um Effektivität und Effizienz zu erzielen. Um dies gewährleisten zu können, ist eine an die Institution angepasste ausreichende Bereitstellung von personellen und finanziellen Ressourcen seitens der Leitung unabdingbar. Die Umsetzung und Auswahl der QM-Instrumente sollte dabei frei wählbar sein, was sich mit den Anforderungen des Autors Frodl deckt. Dabei müssen jedoch die benannten Grundsätze des QM stets verankert sein.

An Zahnarztpraxen mit mehreren praktizierenden ZÄ wird darüber hinaus die Anforderung gestellt, eine\*n QM-Verantwortliche\*n zu benennen und eine\*n Mitarbeiter\*in mit der Koordinierung zu beauftragen. Hierbei wird erneut deutlich, dass nicht nur die Einbeziehung der Leitung, sondern auch der MA wichtig und vor allem sinnvoll bei der Erstellung von praxisinternen Handlungsrichtlinien und Prozessbeschreibungen sind. Weitere Anforderungen an eine ZAP sind verschiedene vertragliche Rahmenbedingungen wie bspw. die Zahnersatz-Richtlinie, welche im Kapitel 4.3 nochmals aufgegriffen werden. Trotz geringer sektorenübergreifender Schnittstellen wird das Schnittstellenmanagement als relevanter Bereich gesehen. Der Frage, wie mit Problemen umgegangen wird, soll durch das Beschwerdemanagement nachgegangen werden. Teambesprechungen im spezifisch angepassten Maße und mit jederzeit abrufbarer Dokumentation gelten ebenfalls als wichtiges Instrument. Darüber hinaus wird ein aktuelles Praxishandbuch in digitaler oder physischer Form als sinnvoll erachtet (vgl. Hensen 2019, S. 118f.).

## 4.2 Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA

Seit 2010 gilt das einrichtungsinterne QM für vertragszahnärztliche Praxen als verpflichtend, wobei dies im § 135a SGB V geregelt wird und bei Nichteinhaltung Maßnahmen wie Vergütungsabschläge erfolgen können (vgl. Hensen 2019, 65ff.).

„Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag [...] besteht, sind [...] verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“ (§ 135a SGB V).

Die Anforderungen für das nach § 135a SGB V verpflichtende einrichtungsinterne QM werden durch die sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA, auf Grundlage der ZÄQM-RL aus dem Jahr 2006, welche am 16.11.2016 in Kraft getreten ist, formuliert (vgl. Chenot 2019, S. 3). „Mit der vorliegenden Richtlinie bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 92 i. V. m. § 136 Absatz 1 Nummer 1 SGB V die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, wozu auch wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit gehören.“ (G-BA 2020, S. 4) Der G-BA, als bedeutendstes Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung (vgl. BMG 2021), ist somit legitimiert die Anforderungen im Auftrag des Gesetzgebers zu definieren.

Die Richtlinie besteht aus zwei Hauptteilen, wobei Teil A in den §§ 1 bis 7 sektorenübergreifende Bestimmungen darlegt und Teil B sektorspezifische Bestimmungen, wie bspw. unter III. für die vertragszahnärztliche Versorgung enthält. Darüber hinaus enthält der Anhang sektorspezifische Berichtsbögen zur Ermittlung des aktuellen Umsetzungsstandes, auf den im späteren ebenfalls eingegangen wird. Im Präambel, wird das Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der Patientenversorgung betont und gleichzeitig die Relation der Maßnahmen in Abhängigkeit zu den spezifischen Voraussetzungen verdeutlicht.

„Dabei hat der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis insbesondere zur personellen und strukturellen Ausstattung zu stehen. Die konkrete Ausgestaltung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements erfolgt spezifisch in jeder Einrichtung.“ (G-BA 2020, S. 4)

Somit ist ein großer Handlungsspielraum gegeben, welcher sowohl positive als auch negative Effekte erzielen kann. Grundsätzlich ist es sinnvoll die Maßnahmen an die Gegebenheiten, Bedürfnisse und Strukturen anzupassen, da jede ZAP individuell zu betrachten ist und allein Faktoren wie die Anzahl der behandelnden ZÄ zu erheblichen Unterschieden führen und somit schwieriger verallgemeinert werden kann. Andererseits kann das Fehlen finanzieller oder auch personeller Ressourcen als Legitimierung genutzt werden, weniger Maßnahmen und Instrumente umzusetzen. Um dem entgegenzuwirken und ein absolutes Mindestmaß zu sichern, gibt es zum Teil Ausnahmen wie bspw. das Risikomanagement, auf welches auch nicht in begründeten Fällen verzichtet werden darf (vgl. G-BA 2020, S. 6).

Die sektorenübergreifenden Rahmenbestimmungen werden wie erwähnt in Teil A der Richtlinie erläutert und unterteilen sich in sieben Paragraphen. Die Ziele und die grundlegende Methodik des QM werden in § 1 und 2 beschrieben, wobei zunächst QM definiert wird.

„Unter Qualitätsmanagement ist die systematische und kontinuierliche Durchführung von Aktivitäten zu verstehen, mit denen eine anhaltende Qualitätsförderung im Rahmen der Patientenversorgung erreicht werden soll.“ (G-BA 2020, S. 5)

Die Verknüpfung zur Qualitätsförderung und Qualitätssicherung, welche in Kapitel 4.3 enthalten sind, ist hierbei deutlich zu erkennen. In den weiteren Ausführungen ist darüber hinaus der PDCA-Zyklus, interne Audits, die Orientierung an fachlichen Leitlinien und das Qualitätsmodell nach Donabedian zu erkennen. Die Patient\*innen und deren Zufriedenheit wird in den Fokus gerückt, wobei die Maßnahmen des QM nicht nur auf Patientenebene positive Effekte hervorbringen soll, sondern auch für die MA und die Leitung. Die Beteiligung und Haltung derer bzw. das Wissen um das Potential des QM ist darüber hinaus bedeutend für die erfolgreiche Umsetzung. Die grundlegende Verantwortung für das QM obliegt der Leitung und stellt somit eine Führungsaufgabe dar. Durch ein effektives und effizientes QM soll zudem die Sicherheitskultur gefördert werden. Das Vertrauen in eine zuverlässig gute Qualität basiert auf gefestigten und konstanten Strukturen, wobei dies nicht bedeutet, dass

diese stets gleichbleibend sind. Eine kontinuierliche Überprüfung der Wirksamkeit und die bei Bedarf daraus resultierenden Änderungen sind von großer Bedeutung. Dies geht einher mit der Möglichkeit, die Ziele und Maßnahmen auf die aktuellen Gegebenheiten anzupassen. Das dafür verwendete QMS ist dabei seitens der RL frei gestaltbar. Die Anwendung von bestehenden Systemen, wie das ZQMS oder DIN EN ISO 9001 ist ebenfalls möglich. Die ZAP soll eigene Qualitätsziele festlegen und die Erfüllung dieser mittels Kennzahlen und valider Qualitätsindikatoren kontinuierlich überprüfen. Anonyme Vergleiche bspw. in Form von Benchmarking gelten dabei als geeignete Mittel. Die Grundelemente und die zur Umsetzung notwendigen Methoden und Instrumente werden in § 3 und 4 benannt (vgl. G-BA 2020, S. 5f.).

Die in der QM-RL definierten Grundelemente des QM sind folgende:

- ⇒ „Patientenorientierung einschließlich Patientensicherheit
- ⇒ Mitarbeiterorientierung einschließlich Arbeitssicherheit
- ⇒ Prozessorientierung
- ⇒ Kommunikation und Kooperation
- ⇒ Informationssicherheit und Datenschutz
- ⇒ Verantwortung und Führung“ (G-BA 2020, S. 6)

Die Methoden und Instrumente sowie Anwendungsbereiche, welche als etabliert und praxisbezogen gelten, werden in § 4 dargelegt, wobei diese verpflichtend sind. In begründeten Fällen kann auf die vorgegebenen Mindestanforderungen in der ZAP verzichtet werden, jedoch nicht auf Fehlermanagement und -systeme, Risikomanagement und auf die „Nutzung von Checklisten bei operativen Eingriffen, die unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärzten bzw. Ärztinnen oder die unter Sedierung erfolgen.“ (G-BA 2020, S. 6) Die in diesem Paragraphen aufgelisteten 14 Methoden und Instrumente stellen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Dies gewährleistet den Praxen die Option, weitere, für sie als sinnvoll erachtete, Instrumente anzuwenden. Dies setzt jedoch QM-Kenntnissen und Engagement voraus.

Es sollen unter Berücksichtigung der in § 3 genannten Grundelemente Qualitätsziele definiert, der Erfüllungsgrad erhoben, regelmäßig ausgewertet und bei Bedarf Änderungsmaßnahmen generiert werden („Messen und Bewerten von Qualitätszielen“). Das Vorgehen nach dem PDCA-Zyklus ist hierbei deutlich erkennbar. Zudem soll bei der Zielüberprüfung der Ist-Zustand erhoben und bspw. interne Audits durchgeführt werden („Erhebung des Ist-Zustandes und Selbstbewertung“). Der Punkt

„Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten“, beinhaltet die schriftliche Darlegung der „Organisationsstruktur, Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen“ (G-BA 2020, S. 6). Mit Orientierung an fachlichen Standards, wie diversen Leitlinien, sollen „[d]ie wesentlichen Prozesse der Patientenversorgung und der Einrichtungsorganisation [...] einrichtungsspezifisch identifiziert, geregelt und beispielsweise in Form von Tabellen, Flussdiagrammen oder Verfahrensanweisungen dargestellt [werden].“ (G-BA 2020, S. 6) Besondere Berücksichtigung im Rahmen der „Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen“ erfährt dabei die Dokumentation der Verantwortlichkeiten für sicherheitsrelevante Prozesse (vgl. G-BA 2020, S. 6f.). Durch die Bereitstellung und Zugänglichkeit dieser Informationen ist es den MA möglich, eigene Aufgabenbereiche zu entnehmen, wodurch die Mitarbeit und die Identifizierung mit dem Team und der Praxis gestärkt werden kann. Auch wenn die Schnittstellen des zahnmedizinischen Sektors mit anderen Sektoren gering sind, stellt „Schnittstellenmanagement“ dennoch ein nicht zu vernachlässigendes Instrument dar. Der Fokus richtet sich in diesem Falle eher auf die strukturierte und gezielte Kommunikation innerhalb des Sektors, wie bspw. mit Dentallaboren. Die Erstellung von „Checklisten“ ist ebenfalls in Bezug auf sicherheitsrelevante Prozesse von Bedeutung, da hierbei die Umsetzung von Einzelaspekten durch deren Auflistung und Überprüfung gewährleistet werden kann. Risiken können dadurch erkannt und deren Eintreten vermieden werden. Als nächster Aspekt werden „Teambesprechungen“ genannt, welche allen MA regelmäßig die Möglichkeit bieten sollen, Probleme anzusprechen. Darüber hinaus sollen sie regelmäßige tätigkeitsbezogene „Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen“ erhalten, wobei die Art und der Umfang mit der Leitung abzustimmen ist. Das nächste zentrale Element stellen „Mitarbeiterbefragungen“ und „Patientenbefragungen“ dar. Die regelmäßige Befragung letzterer kann dabei die Patientenzufriedenheit und die Versorgungsqualität aus Sicht der Patient\*innen abbilden, aus denen bei Bedarf geeignete Maßnahmen abgeleitet werden können. Bei Befragungen der Mitarbeiter\*innen stellt die Wahrung der Anonymität die höchste Priorität dar, um möglichst unverzerrte Informationen aus deren Perspektive zu erhalten. Besonders in Kleinstbetrieben kann dies problematisch werden, da meist Rückschlüsse auf die jeweilige Person gezogen werden könnten. Im Rahmen des „Beschwerdemanagements“ sollen Patient\*innen die Chance haben, persönlich oder anonym Beschwerden zu äußern, wobei der Umgang damit klar geregelt sein sollte. Ähnlich wie bei einer Patientenbefragung können nach der Analyse und Bewertung Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet werden. Im Sinne der Patientenorientierung

kann der Beschwerdeführende über die eingeleiteten Maßnahmen in Kenntnis gesetzt werden. Der Punkt „Patienteninformation und -aufklärung“, welcher stets zu den sektorenübergreifenden Rahmenbedingungen zählt, hat jedoch besonders im zahnmedizinischen Sektor eine große Bedeutung, da die Aufklärung der Patient\*innen auf eine aktive Beteiligung dieser abzielen kann und somit präventives Handeln fördern kann, dessen Relevanz bereits dargelegt wurde. Die bereitgestellten Informationen müssen für die Patient\*innen jedoch verständlich formuliert sein, um ihr Wirkpotential entfalten zu können. Die letzten zwei Methoden und Instrumente stellen das „Risikomanagement“ und das „Fehlermanagement/-systeme“ dar, welche zu den bereits erwähnten unverzichtbaren Elementen gehören. Durch das Risikomanagement sollen Risiken kontinuierlich und systematisch erkannt, bewertet und überwunden werden und darüber hinaus zukünftige unerwünschte Ereignisse vermieden werden. Die Identifizierung dieser kann dabei sowohl aus der Perspektive der MA als auch aus der der Patient\*innen erfolgen. Dies geht einher mit dem Fehlermanagement bzw. der Nutzung eines Fehlermeldesystems, welches einen Teilbereich des Risikomanagements darstellt (vgl. G-BA 2020, S. 6ff.). Im zahnmedizinischen Bereich hilft dabei das System „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“. Um aus Fehlern lernen zu können werden diese anonym und sanktionsfrei gemeldet, von einem Fachgremium evaluiert und Handlungsempfehlungen abgeleitet (vgl. KZBV 2017). Die Umsetzung und Überprüfung der Wirksamkeit erfolgt wiederum im Rahmen des Risikomanagements (vgl. G-BA 2020, S. 8).

In § 4 Absatz 2 werden anschließend sechs Anwendungsbereiche dargelegt. Im Bereich „Notfallmanagement“ ist die Ausstattung und Kompetenz an die Leitungen anzupassen und das sichere Agieren der Mitarbeiter\*innen durch regelmäßiges Training sicherzustellen. Das „Hygienemanagement“ dient dem Infektionsschutz und „umfasst den sachgerechten Umgang mit allen Hygiene- assoziierten Strukturen und Prozessen einer Einrichtung und dient der Verhütung und Vorbeugung von Infektionen und Krankheiten.“ (G-BA 2020, S. 8) Maßnahmen zur Vermeidung von Medikationsfehlern dienen der „Arzneimitteltherapiesicherheit“, welche Risiken minimieren sollen. Um dies gewährleisten zu können, müssen vermeidbare Risiken zunächst identifiziert und die Kenntnis über die Anwendungsempfehlung des Arzneimittels, sowie geeignete Maßnahmen zur Risikominimierung sichergestellt werden. Potentielle Schmerzen sollen im Rahmen des „Schmerzmanagements“ vorgebeugt, reduziert oder beseitigt werden. Dafür ist die geeignete Therapie zu ermitteln und der\*die Patient\*in aktiv mit einzubeziehen. Die „Maßnahmen zur

Vermeidung von Stürzen bzw. Sturzfolgen“ geschehen durch vorherige Risikoeinschätzung, wodurch eine gezielte Sturzprophylaxe erfolgen kann. Der letzte Anwendungsbereich ist die „Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt“. Dabei steht vor allem der Schutz vulnerabler Patientengruppen, wie Kinder und Jugendliche im Zentrum der Aufmerksamkeit, sodass Missbrauch erkannt und bedarfsgerecht interveniert werden kann (vgl. G-BA 2020, S. 8f.).

Der § 5 befasst sich mit der „Dokumentation“ und stellt die Selbstbewertung und deren interne Dokumentation in den Fokus, um eine kontinuierliche Verbesserung des QM anstreben zu können. Die „Erhebung und Darlegung des Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement“ wird in § 6 geregelt. Der Umsetzungsstand wird dabei durch eine Befragung überprüft und eine repräsentative Stichprobe durch die KZV in einem Turnus von zwei Jahren erhoben und dem G-BA berichtet, auf welche im späteren Verlauf des Kapitels eingegangen wird. Der letzte Paragraf des sektorenübergreifenden Teil A ist für ZAP irrelevant, da dieser Übergangsregelungen für Krankenhäuser beinhaltet (vgl. G-BA 2020, S. 10f.).

Teil B befasst sich in Abschnitt III. speziell mit der vertragszahnärztlichen Versorgung und geht über die bereits dargelegten Rahmenbestimmungen hinaus. In § 1 wird dabei die „Umsetzung der Anforderungen von Qualitätsmanagement“ konkretisiert. Dieses sollte effizient und effektiv umgesetzt werden und gleichzeitig lediglich ein Mindestmaß an Bürokratie enthalten, nutzbringend und hilfreich für alle drei Perspektiven, Mitarbeiter\*innen, Leitung und Patient\*innen, sein. Um selbstgesetzte Qualitätsziele erreichen zu können ist die Bereitstellung notwendiger personeller sowie finanzieller Ressourcen unabdingbar, jedoch ist der Bedarf stets abhängig von den Gegebenheiten. Dies lässt wie bereits erwähnt einen Handlungsspielraum zu, welcher ebenfalls bei der Wahl und Reihenfolge der Umsetzung und Instrumente gegeben ist. Für Zahnarztpraxen mit mehreren Zahnarzt\*innen, ist zudem die Benennung eines\*einer für das QM zuständigen Zahnarzt\*in, sowie einer für die Koordinierung zuständigen Person vorgesehen. Für die Umsetzung der Anforderungen wird in § 2 ein zeitlicher Rahmen von drei Jahren mit Beginn der Zulassung der ZAP gesetzt. Anschließend werden zu den aus Teil A in § 4 genannten Methoden und Instrumenten vertiefende Hinweise mit besonderer Relevanz für die vertragszahnärztliche Praxis gegeben, sowie auf die gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen wie bspw. die Individualprophylaxe-Richtlinie hingewiesen. Zu den „Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen“ wird ergänzt, dass bspw. die Regelungen zur Terminvergabe,

aber auch dem vertragszahnärztlichen Gutachterwesen mit inbegriffen sind. Zum „Schnittstellenmanagement“ wird wie bereits erwähnt auf die besondere Relevanz innerhalb des Sektors hingewiesen, da es nur geringe Schnittstellen mit anderen Sektoren gibt. Zu „Teambesprechungen“ wird hinzugefügt, dass die Anzahl der MA die Häufigkeit und den Umfang bestimmt. Der Umgang mit Mängelgutachten sollte im Rahmen des „Beschwerdemanagements“ klar geregelt sein. Auch die besondere Bedeutung der Prävention wird nochmals dargelegt und soll mittels geeigneter „Patienteninformation und -aufklärung“ ihr Potential ausschöpfen. Als letzter Aspekt wird das Praxishandbuch benannt, welches als einziges nicht in den sektorenübergreifenden Methoden und Instrumenten genannt wurde. Diese kann in physischer oder elektronisch-basierter Version vorliegen und dient der stets aktuellen Dokumentation grundlegender Regelungen (vgl. G-BA 2020, S. 15f.).

Wie bereits erwähnt werden jährlich mindestens 2 % der Vertragszahnärzte zufällig durch die KZV zur Überprüfung des Umsetzungsstandes der RL mittels eines Berichtsbogens ausgewählt. Dabei wird unterteilt in Praxen, welche kürzer oder länger als drei Jahre bestehen, da wie bereits dargelegt wurde, in Teil B Abschnitt III. § 2 dieser Zeitrahmen für die Umsetzung ab der Zulassung einer Praxis gewährt wird. Somit besteht bei Praxen, welche unter drei Jahren bestehen, nicht der Anspruch auf die vollständige Umsetzung aller Methoden und Instrumente. Die letzte Berichterstattung stammt aus dem Jahr 2020, wobei die Stichprobenerhebung 2019 erfolgte. Insgesamt gab es zu diesem Zeitpunkt 41.740 VZAP von denen eine Stichprobe von 2,06 % erhoben wurde und die response rate 99,3 % betrug. Es werden im Berichtsbogen alle erwähnten Methoden und Instrumente hinsichtlich der Durchführung des PDCA-Zyklus abgefragt, um den genauen Umsetzungsstand ermitteln zu können. Dabei zeigt sich insgesamt ein sehr gutes Ergebnis.

Die Top drei der nicht angewendeten Instrumente sind bei den Praxen, welche über drei Jahre bestehen die Patientenbefragung (9 %), die Mitarbeiterbefragung (6 %) und die Sturzprophylaxe (3 %). Dies stellt zwar keinen besonders hohen Anteil dar, jedoch ist darüber hinaus erwähnenswert, dass die Patientenbefragung mit 36 % und die Mitarbeiterbefragung mit 16 % ebenfalls den höchsten Prozentsatz der sich noch in Planung befindlichen Instrumente darstellt. Die benannten Gründe für die Nichtanwendung der Patientenbefragung sind unter anderem, dass die Patient\*innen sich belästigt fühlen würden, Probleme würden direkt kommuniziert und gelöst werden, aber auch Zeitmangel. Die Mitarbeiterbefragungen werden laut Angaben nicht

durchgeführt, wenn die Praxen zu klein sind und somit die Anonymität nicht gewahrt werden kann oder weil bspw. Teambesprechungen bevorzugt werden. Im Bereich der Sturzprophylaxe wurden Gründe wie die Barrierefreiheit der Praxis oder die Begleitung von Patient\*innen bei Bedarf als Grund der Nichtdurchführung genannt. Somit ist der Anteil der Nichtdurchführung nicht zwingend als negativ zu werten. Ein ähnliches Bild zeichnete sich auch bei den Praxen unter drei Jahren seit Zulassung ab. Die Top drei sind dabei die Patientenbefragung (11 %), die Mitarbeiterbefragung (7 %) und die Arzneimitteltherapiesicherheit (3 %), welche sehr ähnlich begründet werden und letzteres damit, dass keine Medikamente verschrieben werden. Unterschiede lassen sich jedoch bei der Betrachtung des Umsetzungsstandes innerhalb des PDCA-Zyklus erkennen. Der Anteil, der sich in der Planung befindlichen Instrumenten ist bedeutend höher, so liegt dieser bei der Patientenbefragung bspw. bei 61 % (vgl. KZBV 2020a, S. 5ff.).

### **4.3 Agenda Qualitätsförderung der BZÄK und KZBV**

Die Agenda Qualitätsförderung ist im Kontext des zahnmedizinischen Sektors als Grundsatzpapier zur Qualitätsförderung einzustufen und wurde von den zahnmedizinischen Landesorganisationen BZÄK und KZBV 2014 veröffentlicht (vgl. Chenot 2019, S. 7). Sie enthält Grundsätze zur Qualitätsförderung in der zahnmedizinischen Versorgung, sowie Strategien und Handlungsempfehlungen. Diese folgen dem Qualitätsmodell von Donabedian und beinhalten die Anwendung des PDCA-Zyklus. Die Agenda hat keinen Gesetzescharakter, sie ist als Positionierung zu sehen und zeigt bspw. auch der Gesundheitspolitik perspektivische Forderungen auf. Der Fokus liegt dabei auf freiwilligem Engagement der Zahnärzteschaft und stellt damit einen Kontrast zur QM-RL her, welche lediglich zur Sicherung von Mindestanforderungen dienen kann (vgl. Kugler 2019, S. 32). „Zusätzliche bürokratische Lasten und Kontrollen sind der falsche Weg. Es gilt, das freiwillige Engagement der Zahnärzte für eine qualitativ hochwertige Versorgung zu stärken, zu fördern und Wege dafür aufzuzeigen.“ (BZÄK/KZBV 2014, S. 7)

In der Agenda werden eingangs die Grundsätze der QF dargelegt. Um ein leistungsfähiges Gesundheitssystem gewährleisten zu können, werden Qualitätssicherung und -förderung als zentrale Elemente benannt, wobei Zwang, bspw. durch gesetzliche Anforderungen, als abträglich gesehen wird. Darüber hinaus wird der Zahnärzteschaft die Sicherstellung einer optimalen Behandlungsqualität nachgesagt

und als selbstverständlicher Anspruch der Berufsgruppe gesehen. Nicht nur die ZÄ stehen hierbei jedoch in der Verantwortung, durch die Prävention als Bestandteil der QF werden auch die Patient\*innen im Sinne der Stärkung der Eigenverantwortung mit einbezogen. Als ein weiterer Grundsatz für die QF wird das Vorhandensein von „angemessene[n] personelle[n] und organisatorische[n] Strukturen sowie einer entsprechenden Vergütung [gesehen]. Die Rationierung von Mitteln ist der Qualitätsförderung abträglich.“ (BZÄK/KZBV 2014, S. 6)

Evidenzbasiertes Handeln und eine stetige Fort- und Weiterbildung wird als wichtiges Element für eine hohe Qualität betitelt. Zudem ist aufgrund der Besonderheiten in der ZM eine sektorenbezogene QF unabdingbar. In der ZM bestehen bspw. oftmals mehrere evidenzbasierte Therapiealternativen, weshalb eine enge Zusammenarbeit mit den Patient\*innen zur Bestimmung des Therapiebedarfs von enormer Bedeutung ist. Darüber hinaus werden auch die bereits erwähnten geringfügigen Schnittstellen mit benannt. Das Ziel der QF ist ein stetiger Verbesserungsprozess der zahnmedizinischen Versorgung und der Mundgesundheit und zielt somit auf Prävention ab, welche unter anderem durch die Verbesserung der Patientenzufriedenheit und des Nutzens erzielt werden soll. Der Nutzen sollte und kann dabei nicht das theoretische Maximum darstellen, sondern den optimalen Nutzen für den\*die Patient\*in, weshalb der Einbezug wie bereits erwähnt maßgeblich ist. Durch Maßnahmen des QM soll die Zufriedenheit erhöht werden, wobei gleichzeitig wichtig ist, dass es an die Gegebenheiten der ZAP angepasst ist und möglichst unbürokratisch und dennoch hilfreich erfolgt. Wichtige Regelwerke für die zahnärztliche QF stellen diverse Richtlinien und Verordnungen dar, wie die Zahnersatzrichtlinie oder Röntgenverordnung (vgl. BZÄK/KZBV 2014, S. 6ff.). Das Gutachterwesen ist diesen Richtlinien ebenfalls zuzuordnen, welches die Beurteilung von Behandlungen übernimmt, wenn es im Rahmen der Versorgung zu Beanstandungen kommt. Die geringe Anzahl der notwendigen Gutachten spricht dabei für eine gute Versorgungsqualität. Tritt dennoch ein unerwünschtes Ereignis ein, so können Fehlermeldesysteme hilfreich sein, um für die Zukunft zu lernen und diese Ereignisse zu verhindern und diesen vorbeugen zu können (vgl. KZBV 2017). Für die Erstellung von aktuellen Leitlinien in der zahnmedizinischen Versorgung sind die Forschung und wissenschaftliche Erkenntnisse ein wesentliches Fundament (vgl. BZÄK/KZBV 2014, S. 9f.).

Dem einrichtungsinternen QM werden folgende Grundelemente zugeordnet:

- ⇒ „Erhebung und Bewertung des Ist-Zustandes
- ⇒ Definition von Zielen
- ⇒ Beschreibung von Prozessen und Verantwortlichkeiten
- ⇒ Ausbildung und Anleitung aller Beteiligten
- ⇒ Durchführung von Änderungsmaßnahmen
- ⇒ erneute Erhebung des Ist-Zustands
- ⇒ praxisinterne Rückmeldung über die Wirksamkeit von Qualitätsmanagement-Maßnahmen“ (BZÄK/KZBV 2014, S. 11)

Die eingesetzten Instrumente und angestrebten Ziele sollen kontinuierlich hinterfragt und nach der Vorgehensweise des PDCA-Zyklus kontrolliert und bei Bedarf verbessert werden (vgl. BZÄK/KZBV 2014, S. 11).

Die Agenda zeigt im Anschluss die sich auf die QF auswirkenden Strategien und passenden Handlungsempfehlungen auf. Dabei wird sowohl in allgemeine als auch in die drei Qualitätsebenen nach Donabedian unterteilt. Die Inhalte werden im folgenden nicht vollständig dargestellt, sondern lediglich die Elemente, welche in Bezug auf das QM und die Verbesserung der Patientenzufriedenheit relevant sind. Unter den allgemeinen Strategien wird der Punkt „Geeignete Qualitätsindikatoren weiterentwickeln“ aufgeführt. Dabei sollen Kenngrößen festgelegt werden, um die Qualität auf den verschiedenen Ebenen messbar und vergleichbar zu machen. Von besonderer Bedeutung für die Verbesserung der Versorgungsqualität wird dabei die Struktur- und Prozessebene benannt. Um einen geeigneten Maßstab zu ermitteln, wird das Benchmarking als probates Mittel benannt. Wichtig hierbei ist erneut die Haltung gegenüber der QF, da es nicht nur um die Erfüllung von technischen Messwerten geht. Übergeordnetes Ziel ist die Versorgungsqualität und somit der\*die Patient\*in im Mittelpunkt des Handelns (vgl. BZÄK/KZBV 2014, S. 12).

Auf der Strukturebene wird die Notwendigkeit von sektorenspezifischen Anforderungen, sowie einer angemessenen Vergütungsstruktur aufgezeigt. Diese soll auf eine sich stetig verbessernde Qualität ausgerichtete Versorgung ermöglichen, da diese einher geht mit zunehmenden Anforderungen und dafür benötigten Ressourcen. Dabei sollte die Bürokratie auf ein Mindestmaß reduziert werden, um erneut die Möglichkeit zu bieten, den\*die Patient\*in in den Fokus zu rücken und somit letztlich die Zufriedenheit zu verbessern (vgl. BZÄK/KZBV 2014, S. 13f.).

Das zahnärztliche QM wird explizit innerhalb der Prozessebene benannt, wobei die Akzeptanz und Haltung dem gegenüber aller Beteiligten besonders betont wird. Dies geht einher mit der Forderung besonders Ansätze, welche von der Zahnärzteschaft entwickelt wurden, zu fördern, um den besonderen Anforderungen gerecht zu werden. Exemplarisch ist hierbei das ZQMS zu nennen. Als Ziel des QM wird auch in der Agenda der KVP benannt, sowie das Anpassen der Maßnahmen an die spezifischen Gegebenheiten der Praxen. Perspektivisch sollte besonders das Fehlermanagement tiefgreifender angewendet werden, um aus unerwünschten Ereignissen zu lernen und einen Nutzen für die Praxis und die Patient\*innen zu generieren. Auch die Rolle der umfassenden Aufklärung, Beratung und Einbeziehung der Patient\*innen in die Therapieplanung in Hinblick auf den Therapieerfolg wird betont (vgl. BZÄK/KZBV 2014, S. 15ff.).

Unter dem Punkt der Ergebnisebene wird abschließend lediglich die Relevanz der Entwicklung neuer Versorgungsforschungsansätze thematisiert. Diese hat nicht nur das Potential sich nach wirtschaftlichen Interessen auszurichten, sondern kann auch patientenorientiert erfolgen und ebenfalls in diesem Bereich von Nutzen sein (vgl. BZÄK/KZBV 2014, S. 19).

## **5. Anforderungen an das QM aus Qualitätsmanagementsystemen**

Im Folgenden werden die Anforderungen an das QM einer ZAP resultierend aus zwei exemplarisch gewählten QMS betrachtet. Hierbei steht somit nicht die konkrete Anwendung des Systems, sondern die Kompatibilität hinsichtlich der in Kapitel 4 genannten Anforderungen an das QM im Fokus. Eine Gemeinsamkeit der Systeme liegt darin, dass diese zertifiziert werden können, weshalb im Anschluss an die inhaltliche Darstellung der Anforderungen der Systeme der Nutzen einer Zertifizierung kontrovers betrachtet wird.

### **5.1 DIN EN ISO 9001:2015**

Die DIN EN ISO 9001:2015 ist die weltweit wichtigste Norm im Bereich des QM und stellt eine branchenneutrale Zertifizierungsnorm dar, welche sich mit dem QMS befasst und im Gesundheitswesen seit Mitte der 1990er Jahre angewendet wird. Durch eine neutrale akkreditierte Organisation kann die Erfüllung der Anforderungen der Norm mit einer Gültigkeitsdauer von drei Jahren zertifiziert werden (vgl. Codrin 2018, S. 25). Die Abkürzung DIN steht für das Deutsche Institut für Normung e.V., ISO für die

International Organization for Standardization und das Kürzel EN für die Europäische Norm. Die DIN EN ISO 9001:2015 ist demzufolge eine europäische Norm in der deutschen Version, welche identisch zu der international gültigen Norm ist. Sie ist Teil der Normreihe 9000ff., welche ihren Ursprung in der Fertigungsindustrie hat und bedeutende Normen im Bereich QM darstellen (vgl. Hensen 2019, S. 123f.). Die 9000 befasst sich mit den Grundlagen des QM und definiert die wesentlichen Begrifflichkeiten. Die Kenntnis dieser Grundlagen gilt als Anwendungsvoraussetzung für die 9001 (vgl. Mertens 2020, S. 25), welche die Anforderungen und die Umsetzung des QMS beschreibt. Die 9004 hat als Basis das QMS der 9001 und befasst sich mit der daraus resultierenden kontinuierlichen Verbesserung (vgl. Thielscher 2019, S. 19). Dabei unterlag die Norm zuletzt 2015 einer Revision mit dem Ziel der besseren Umsetzbarkeit, in dem auch die High-Level-Structure eingeführt wurde. Diese ist eine Struktur des Managements und soll die Kompatibilität mit anderen Managementsystemen ermöglichen, indem sie auf der selben Grundlage beruhen und gemeinsame Begrifflichkeiten verwenden (vgl. Mertens 2020, S. 24). Die darin enthaltenen Anforderungen sind nicht gesetzlich verpflichtend, vielmehr sind sie als Empfehlung bzw. als Anforderungen für eine Zertifizierung des QMS zu sehen (vgl. Hensen 2019, S. 123). Sie geben darüber hinaus nicht vor, wie die Produktqualität zu sein hat, sondern welche Fähigkeiten das Unternehmen grundsätzlich besitzen muss, um Qualität erzeugen zu können (vgl. Brüggemann/Bremer 2020, S. 127).

Die Norm basiert auf den in Kapitel 3 erläuterten Grundsätzen des QM, beruht auf dem Vorgehen des PDCA-Zyklus und verfolgt das risikobasierte Denken, um unerwünschte Ereignisse durch gezielte Maßnahmen zu verhindern und vorzubeugen und somit den maximalen Nutzen zu erzielen (vgl. DIN 2015, S. 9f.). Der potentielle Nutzen äußert sich dabei laut Norm in der „Fähigkeit, beständig Produkte und Dienstleistungen zu liefern, die die Kundenanforderungen und zutreffende gesetzliche und behördliche Anforderungen erfüllen; [...] das Eröffnen von Chancen zur Erhöhung der Kundenzufriedenheit; [...] die Behandlung von Risiken und Chancen im Zusammenhang mit ihrem Kontext und ihren Zielen; und [...] die Fähigkeit, Konformität mit festgelegten Anforderungen des Qualitätsmanagements nachzuweisen.“ (DIN 2015, S. 8) In insgesamt 10 Kapiteln werden zunächst der Anwendungsbereich, die Zielgruppe und normative Verweisungen gegeben und anschließend die Anforderungen an das QMS dargelegt. Dabei werden die Teilbereiche des Prozessmodells genauer betrachtet und erläutert. Dieses Modell besteht aus einem äußeren und einem inneren Regelkreis, welche eng miteinander verflochten sind.

Dabei wird die Stellung der Kund\*innen, welche im GW den Patient\*innen entspricht besonders deutlich, da deren Anforderungen direkte Auswirkungen auf die Gestaltung des QMS haben. Der innere Regelkreis folgt dem Aufbau des PDCA-Zyklus und strukturiert die innerbetrieblichen Anforderungen. Der äußere Regelkreis betrachtet die Erwartungen, welche von extern an das Unternehmen gestellt werden. Dabei wird hier ebenfalls der obersten Leitung, welche der Führung entspricht, eine zentrale Rolle zugeschrieben, da diese die Verantwortung für die Identifizierung dieser Erwartungen trägt und darauf basierend die Anforderungen an die Leistungserstellung festlegen, welche im inneren Regelkreis berücksichtigt werden müssen. Darüber hinaus ist die Führung ebenso richtungsweisend für die Teilbereiche des inneren Kreislaufes und somit relevant für die Erzielung einer kontinuierlichen Verbesserung (vgl. Hensen 2019, S. 125f.).

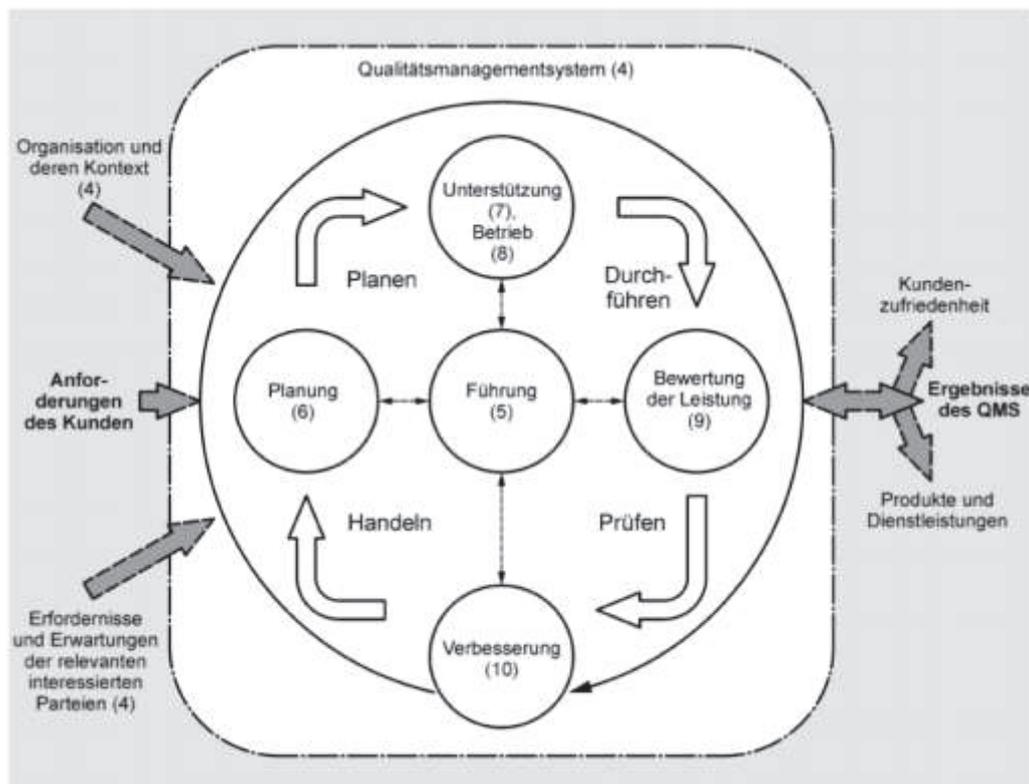


Abbildung 1: Prozessmodell des QM der DIN EN ISO 9001:2015 (DIN 2015, S. 13)

Kapitel 1 legt dar, in welchen Fällen die Anwendung der Norm sinnvoll ist. Dies ist laut Norm der Fall „wenn eine Organisation [...] ihre Fähigkeit darlegen muss, beständig Produkte und Dienstleistungen bereitstellen zu können, die die Anforderungen der Kunden und die zutreffenden gesetzlichen und behördlichen Anforderungen erfüllen, und [...] danach strebt, die Kundenzufriedenheit durch wirksame Anwendung des

Systems zu erhöhen, einschließlich der Prozesse zur Verbesserung des Systems und der Zusicherung der Einhaltung von Anforderungen der Kunden und von zutreffenden gesetzlichen und behördlichen Anforderungen.“ (DIN 2015, S. 17) Diese Wertschätzung der Kund\*innen bzw. Patient\*innen gegenüber ist besonders im GW ein wichtiger Grundpfeiler für die enge Zusammenarbeit und die Vertrauensbasis zwischen Patient\*innen und Zahnärzt\*in, um eine zufriedenstellende Leistungserbringung für alle Beteiligten zu erzielen.

In Kapitel 4 wird der Kontext der Organisation betrachtet und dabei unter anderem die notwendigen Methoden und Instrumente des QMS deutlich. Die Beschreibung von Prozessen und Abläufen, samt Betrachtung von möglichen Wechselwirkungen, Einschätzung von Chancen und Risiken und den erwarteten Ergebnissen wird dabei benannt. Für die planmäßige Umsetzung der Prozesse und der damit einhergehenden angestrebten Verbesserung ist die Bereitstellung der benötigten Ressourcen unabdingbar. Um valide messen zu können, ob die Verbesserung tatsächlich erzielt wurde, müssen dafür geeignete Überwachungsverfahren und Kenngrößen festgelegt werden. Wurden die Ziele nicht erreicht, sind nach dem Vorgehen des PDCA-Zyklus Veränderungsmaßnahmen abzuleiten und umzusetzen. Für die erfolgreiche Umsetzung der beschriebenen Prozesse ist darüber hinaus eine klare Regelung der Verantwortlichkeiten und Befugnisse notwendig. Die stets aktuelle und zugängliche Dokumentation der Prozesse im erforderlichen Umfang soll dabei unterstützend wirken (vgl. DIN 2015, S. 20).

Kapitel 5 der Norm befasst sich mit der Führung, welcher wie bereits erwähnt und in Abbildung 1 erkennbar ist, eine besondere Bedeutung zugewiesen wird. Sie trägt nicht nur die Verantwortung, sondern legt die Qualitätspolitik, darauf aufbauende Qualitätsziele fest und sorgt für die passende strategische Ausrichtung. Die gewählte Qualitätspolitik muss dabei offen kommuniziert und von allen Beteiligten verinnerlicht und umgesetzt werden. Das risikobasierte Denken, der prozessorientierte Ansatz und das Wissen um den Nutzen des QM und die damit einhergehende Haltung werden dabei erneut betont. Dabei ist jedoch die Einbindung von weiteren Personen notwendig für die Wirksamkeit (vgl. DIN 2015, S. 21f.).

Die in Kapitel 6 bis 10 beschriebenen Inhalte gehen einher mit den Schritten „Plan“, „Do“, „Check“ und „Act“ und konkretisieren die Anforderungen. Bei der Planung sind die zentralen Elemente die Bestimmung von Chancen und Risiken und von messbaren Qualitätszielen unter Berücksichtigung der Qualitätspolitik. Um dies erfolgreich

Umsetzen zu können, definiert Kapitel 7 die fünf wesentlichen unterstützenden Faktoren „Ressourcen“, „Kompetenz“, „Bewusstsein“, „Kommunikation“ und „dokumentierte Informationen“. Der Bereich „Ressourcen“ umfasst dabei personell und infrastrukturelle Faktoren sowie Anforderungen an die Prozessumgebung, an das Wissen der Organisation und an die Mess- und Überwachungsmethoden. Der Punkt „Kompetenz“ umfasst unter anderem Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen des Personals. Die in der QM-RL und in den Anforderungen der Landesorganisationen angesprochene Haltung und das Wissen über den potentiellen Nutzen des QM findet sich in der ISO 9001 unter dem Gesichtspunkt des „Bewusstseins“ wieder. Dies gilt jedoch nicht nur für allgemeines Wissen über QM, sondern beinhaltet auch das Wissen, um die im Unternehmen herrschende Qualitätspolitik und die darauf aufbauenden Qualitätsziele, für deren Erfüllung das Bewusstsein der Beteiligten maßgebend ist. Um dies gewährleisten zu können spielt sowohl die Kommunikation intern sowie extern des Unternehmens, als auch die Dokumentation eine Rolle, um aktuelle Informationen stets zugänglich für die Beteiligten zu machen (vgl. DIN 2015, S. 23ff.).

Für die Umsetzung der Planung gibt es des Weiteren auch Anforderungen an den Betrieb in Form von betrieblicher Planung und Steuerung aber auch bei der Bestimmung der „Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen“, welche im Sinne des PDCA-Zyklus kontinuierlich zu bestimmen, zu überprüfen und anzupassen sind, wobei die Kund\*innen erneut in den Fokus rücken. Die Kommunikation dient dabei unter anderem zur Aufklärung bzw. Information des\*der Kund\*in und der Erlangung von Feedback und umfasst auch den Umgang mit Beschwerden. In Bezug auf das GW entspricht das der Patienteninformation und -aufklärung und der Implementierung eines Beschwerdemanagements. Die Kommunikation ist dabei auch in Form einer Patientenbefragung denkbar. Die Ansätze des Fehlermanagements und des Schnittstellenmanagements, welche in der QM-RL enthalten sind, werden innerhalb der Norm in dem Kapitel 8 „Betrieb“ ebenfalls erkennbar. Im Kapitel 8.6 „Freigabe von Produkten und Dienstleistungen“ wird der industrielle Ursprung der Norm deutlich und somit gewisse Diskrepanzen bzw. Schwierigkeiten bei der Übertragung der Norm in das GW. Die Forderung die Produkte und Dienstleistungen zunächst nach einer Überprüfung der Anforderungen freizugeben ist aufgrund der Immaterialität einer Gesundheitsleistung und dem Uno-Actu-Prinzip (vgl. Matusiewicz 2019, S. 11) kaum umsetzbar. Daher ist es nur begrenzt möglich bspw. durch die Überprüfung der Bereitstellung von ausreichend Material oder Instrumenten bei einer Behandlung.

Hierbei sind Checklisten hilfreich, auch wenn diese in der Norm im Zuge dessen nicht explizit gefordert werden (vgl. DIN 2015, S. 31ff.).

Den Schritt „Check“ des Zyklus greift Kapitel 9 „Bewertung der Leistung“ auf, wobei die Kundenzufriedenheit bspw. durch Befragungen überprüft werden kann. Eine weitere, ebenfalls den Anforderungen der QM-RL entsprechende Methode ist die Selbstbewertung in Form eines internen Audits (vgl. DIN 2015, S. 44f.). Resultierend daraus folgt der ggf. zunächst letzte Schritt des Zyklus, welcher mit Kapitel 10 „Verbesserung“ einhergeht. Dabei muss „[d]ie Organisation [...] Chancen zur Verbesserung bestimmen und auswählen und jegliche notwendigen Maßnahmen einleiten, um die Anforderungen der Kunden zu erfüllen und die Kundenzufriedenheit zu erhöhen.“ (DIN 2015, S. 47) Der Anspruch an eine kontinuierliche Verbesserung, die Kundenorientierung und auch Aspekte des Risikomanagements und Fehlermanagements werden im Zuge dessen erneut deutlich (vgl. DIN 2015, S. 47ff.).

## **5.2 ZQMS**

Die Landeszahnärztekammer Hessen stellt seit 2006, zunächst unter dem Namen Z-PMS, ein QMS zur Verfügung, welches auf die speziellen Gegebenheiten und Anforderung einer ambulanten Zahnarztpraxis angepasst ist (vgl. Codrin 2018, S. 28). Seit 2009 gibt es das sogenannte ZQMS, welches zunächst auf CD-ROM und inzwischen online zur Verfügung steht. Dieses wurde von Zahnärzt\*innen für Zahnärzt\*innen erstellt und wird von zwölf ZÄK in Deutschland den Mitgliedern zur Verfügung gestellt. Die Registrierung erfolgt über die jeweilige Kammer. Auch die Bundeswehr nutzt ZQMS, sodass dieses System mittlerweile ca. 20.000 Nutzer\*innen verzeichnen kann. Darüber hinaus kann durch ZQMS ECO auch der betriebswirtschaftliche Bereich abgedeckt werden, auf den jedoch folgend nicht weiter eingegangen wird (vgl. Chenot 2019, S. 8f.; Selz 2020, S. 3). Die in der QM-RL definierten Anforderungen können durch die Anwendung des Systems erfüllt werden. Darüber hinaus wurde die Konformität hinsichtlich der DIN EN ISO 9001:2008 und DIN EN 15224 durch den TÜV Rheinland und LGA InterCert bestätigt (vgl. LZKH/FAZH 2018). Die in Kapitel 5.1 dargestellten Anforderungen der überarbeiteten Version der DIN EN ISO 9001:2015 werden ebenfalls erfüllt, jedoch wurde aufgrund des hohen Aufwandes, dies nicht erneut offiziell bestätigt (vgl. Lehmann 2021). Darüber hinaus ist das System zertifizierungsfähig, wobei das drei Jahre gültige Zertifikat durch die Zertifizierungsstelle der LZK Hessen vergeben werden kann (vgl. LZKH/FAZH 2018).

Durch ZQMS soll das QM nicht nur Effektivität erzielen und Abläufe erleichtern, sondern dabei auch praktikabel sein und die Qualitätssicherung, Dokumentation und Auditierung miteinander verknüpfen (vgl. LZKH 2016, S. 3; Frodl 2016, S. 333). Es stellt somit den Anspruch, die Anforderungen verschiedenster Perspektiven sicherzustellen und neben der Erfüllung gesetzlicher Vorgaben auch positive Effekte für die Mitarbeiter\*innen, Praxisleitung und Patient\*innen zu erzielen. Das System soll eine nachhaltige und kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität gewährleisten, wodurch die Patient\*innen, wie auch in den vorangegangenen Ausführungen, in den Fokus gerückt wird. Der PDCA-Zyklus und das Qualitätsmodell nach Donabedian bildet hierbei die Basis, was bei der Betrachtung des ZQMS-Kompasses als zentrales Steuerungselement deutlich wird, da dieser im äußeren Ring in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterteilt ist (vgl. Chenot 2019, S. 9).

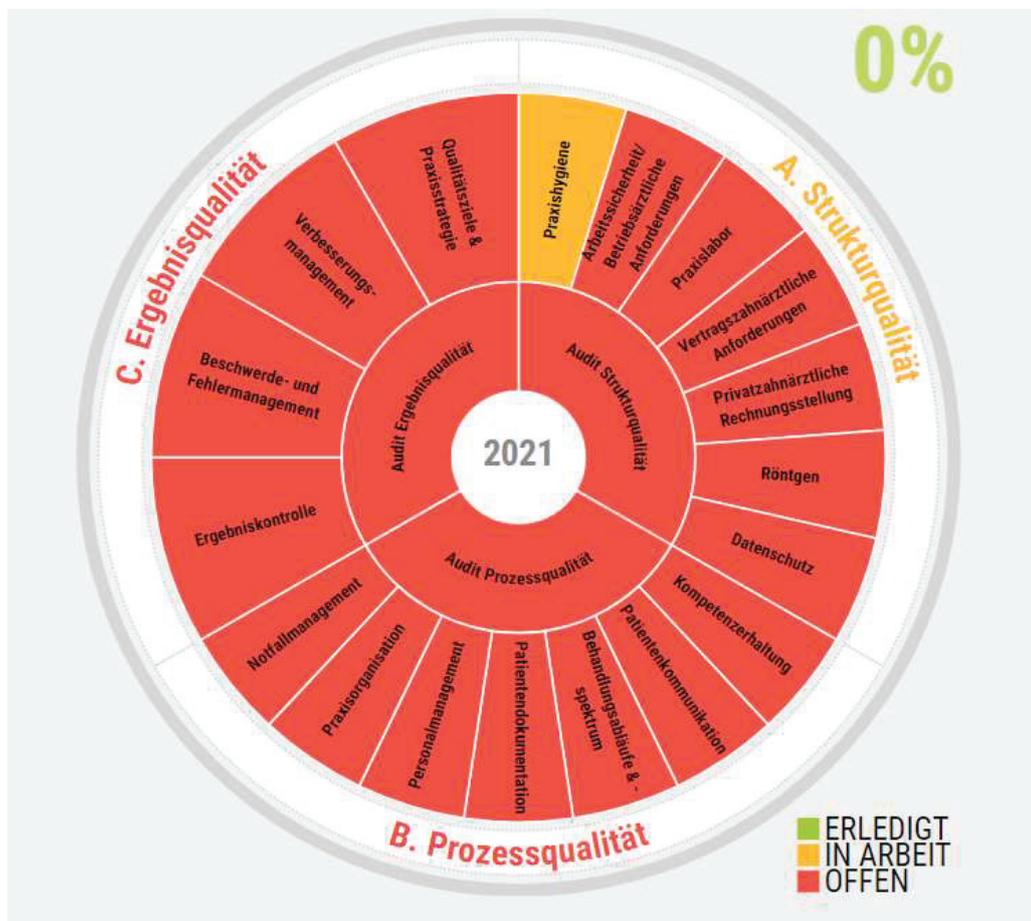


Abbildung 2: ZQMS-Kompass Stand 2021 (LZKH 2021)

Der Kompass beinhaltet derzeit 18 aufeinander aufbauende Module (Stand 2021), wobei die Bearbeitung dieser selbsterklärend ist und der jeweilige Bearbeitungsstand farblich gekennzeichnet ist. Komplett bearbeitete Module werden grün, sich noch in der Bearbeitung befindliche Module gelb und noch komplett offene Module rot gekennzeichnet, sodass neben dem aktuellen Bearbeitungsstand auch möglicher Handlungsbedarf schnell und einfach erkennbar ist. Der innerste Kreis befasst sich mit der Selbstbewertung und beinhaltet den Stand der Auditierung, welche sich ebenfalls in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gliedert. Die einzelnen Module enthalten einen Fragenkatalog, welcher komplett beantwortet werden muss, um in der Anzeigefläche als grün und erledigt zu erscheinen. Die Fragen beinhalten oftmals Hyperlinks, welche genutzt werden können, um bei Bedarf nähere Informationen zum Thema der Frage zu erhalten. Dies kann unter anderem in Form von gesetzlichen Verordnungen sein. Die Antworten der Fragenkataloge können jederzeit in einem Protokoll abgerufen und somit automatisch dokumentiert werden (vgl. LZKH 2021).

Auf Basis der Bearbeitung der Fragenkataloge können dann geeignete Maßnahmen entwickelt und Qualitätsziele festgelegt werden. Letzteres ist auch ohne den Bezug zu vorab identifizierten Schwachstellen möglich. Qualitätsziele werden dabei stets auf der Startseite angezeigt, sowie ein zeitlicher Rahmen und Verantwortlichkeiten. Bei der Erstellung wird dabei auf Kriterien wie die Messbarkeit, Terminierung und Realisierbarkeit hingewiesen. Um dies zu erreichen, müssen im Zuge der Erstellung der Ziele konkrete Maßnahmen angegeben werden. Darüber hinaus ist es möglich, Erinnerungen einzustellen. Dieses Terminierungssystem ist nicht nur für Qualitätsziele nutzbar, sondern für sämtliche Termine einer ZAP wie Wartungen, Konstanzprüfungen der Röntgengeräte oder Teambesprechungen (vgl. LZKH 2021).

Ein weiterer Grund für die Praktikabilität von ZQMS ist die Funktion des „Service-Portals“. Dort sind sämtliche wichtige Dokumente, welche zu den jeweiligen Modulen von Bedeutung sind und Informationen über aktuelle Gesetzgebungen geben sowie Vorlagen und Checklisten zur Individualisierung hinterlegt. Die angepassten Vorlagen können dann bspw. in dem „persönlichen Arbeitsraum“ hinterlegt werden und somit alle wichtigen Dokumente zugänglich an einem zentralen Ort gesammelt werden.

Die Strukturqualität besteht aus den Modulen „Praxishygiene“, „Arbeitssicherheit/ Betriebsärztliche Anforderungen“, „Praxislabor“, „Vertragszahnärztliche Anforderungen“, „Privatzahnärztliche Rechnungsstellung“ und „Röntgen und Datenschutz“. Zum Thema „Praxishygiene“ wird bspw. das Vorhandensein von

Einmalhandtüchern abgefragt. Wird dies mit „nein“ beantwortet, erscheint ein Feld für Maßnahmen. Hilfestellung bietet dabei der Hyperlink, welcher die Anforderungen konkretisiert, begründet und erläutert und somit genaue Maßnahmen schnell und unkompliziert abgeleitet werden können. Auf dieser Qualitätsebene ist der Anwendungsbereich Hygienemanagement zu erkennen, wobei darüber hinaus im Fragenkatalog der vertragszahnärztlichen Anforderungen die Kenntnis über die QM-RL abgefragt wird und somit zumindest das Wissen über die Existenz dieser RL sichergestellt werden kann. Über die Verlinkung innerhalb der Frage können sich dann bei Bedarf weitere Informationen eingeholt werden. Da der Inhalt der Module jedoch die Anforderungen berücksichtigt, wäre es auch möglich, ohne das Lesen der RL die Anforderungen erfüllen zu können, da diese systematisch abgefragt und somit Handlungsbedarf deutlich wird. Auch der Anwendungsbereich Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen bzw. Sturzfolgen ist im Modul Arbeitssicherheit aufgegriffen, indem bspw. nach Höhenunterschieden in der Praxis gefragt wird, was zudem in der Gefährdungsbeurteilung berücksichtigt werden soll. Die Sturzprophylaxe ist also nicht nur ein wichtiger Aspekt in Bezug auf die Patient\*innen und deren Praxisaufenthalt, sondern auch ein relevanter Teil der Arbeitssicherheit der Mitarbeiter\*innen.

Der Prozessqualität werden die Module „Kompetenzerhaltung“, „Patientenkommunikation“, „Behandlungsabläufe & -spektrum“, „Patientendokumentation“, „Personalmanagement“ und „Praxisorganisation und Notfallmanagement“ zugeordnet. Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen werden dabei im Bereich „Kompetenzerhaltung“ und „Personalmanagement“ aufgegriffen, ebenso wie Teambesprechungen. Im Rahmen der Fragenkataloge der „Patientenkommunikation und -dokumentation“ sind weitere Methoden und Instrumente der RL enthalten, wie die Patienteninformation und -aufklärung sowie der Anwendungsbereich der „Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt“. Das Modul Personalmanagement beinhaltet unter anderem die Regelung der Zuständigkeiten, die Zugänglichkeit von Informationen und die Durchführung von Teambesprechungen. Das Schnittstellenmanagement wird explizit im Rahmen der Praxisorganisation, sowie das Notfallmanagement als eigenständiges Modul der Prozessqualität aufgeführt. Prozess- und Ablaufbeschreibungen werden im Modul Behandlungsabläufe und -spektrum erfasst, wobei implizit auch das Instrument der Checklisten erkennbar ist (vgl. LZKH 2021).

Der Ergebnisqualität werden die Module „Ergebniskontrolle“, „Beschwerde- und Fehlermanagement“, „Verbesserungsmanagement“ und „Qualitätsziele & Praxisstrategie“ zugeordnet. Die Arzneimitteltherapiesicherheit ist dabei im Modul der „Ergebniskontrolle“ zu erkennen. Das „Beschwerde- und Fehlermanagement“ stellt ein eigenständiges Modul dar, wobei unter anderem die Patientenbefragung und das Fehlermeldesystem CIRS thematisiert werden. Bei der Bearbeitung des „Verbesserungsmanagements“ wird das Ziel des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses hervorgehoben, sowie das Risikomanagement und die Durchführung von Teambesprechungen. Das letzte Modul befasst sich mit den Qualitätszielen und der Praxisstrategie. Dieses ist jedoch nicht als abschließendes Modul zu betrachten, da zum einen die Module nicht zwingend nach der Reihenfolge des Kompasses bearbeitet werden müssen und zum anderen, weil QM im Sinne des PDCA-Zyklus nie abgeschlossen ist und somit auch die Bearbeitung aller Module nicht mit einem Abschluss dessen gleichzusetzen ist. Dennoch ist die Bearbeitung des Moduls aus inhaltlichen Gründen nicht an den Anfang der Bearbeitung des Kompasses zu stellen. Die darin enthaltenen Fragen beziehen sich auf das Vorhandensein einer Praxisphilosophie, die Definition von Qualitätszielen und deren Bedeutung und Funktion. Unter dem Punkt „Managementbewertung“ soll dann durch die Leitung in regelmäßigen Abständen, etwa jährlich, das QMS hinsichtlich der Erreichung der Ziele anhand der Erhebung des Ist-Zustandes und dem Vergleich zu den angestrebten Messwerten und Kenngrößen überprüft werden. Dabei sollen auch neue Verbesserungspotentiale identifiziert und neue Ziele für den nächsten Zyklus definiert werden. Damit wird erneut das Ziel des KVP sowie die zentrale Rolle der Leitung bei der erfolgreichen Implementierung eines QMS und dessen Maßnahmen deutlich (vgl. LZKH 2021).

### **5.3 Zertifizierung der Systeme**

Wie bereits erwähnt besteht sowohl bei der Anwendung der ISO 9001 als auch des ZQMS die Möglichkeit, sich diese zertifizieren zu lassen. Dies geht einher mit einem hohen Aufwand an Bürokratie und Kosten (vgl. Codrin 2018, S. 26), wobei sich die Frage nach dem gegenüberstehenden Nutzen stellt.

Der Nutzen einer Zertifizierung für ein Unternehmen bzw. einer ZAP kann dabei kontrovers betrachtet werden. Die Autorin Kupfer steht bspw. einer Zertifizierung positiv gegenüber. Dies begründet sie mit der zunehmenden Bedeutung der

Patientenzufriedenheit als wirtschaftlichen Faktor basierend auf dem zunehmenden Wettbewerb und der daraus resultierenden ausgeprägteren Stellung des Servicegedankens. Der Nachweis eines unabhängigen Instituts soll die Patientenzufriedenheit erhöhen, indem das Vertrauen in die Praxis gestärkt und das Image verbessert wird. Die Praxis äußert damit den Willen, eine hohe und kontinuierliche Verbesserung der Qualität anzustreben. Gleichzeitig ist die Steigerung der Effektivität und Effizienz auch für die Leitung von Interesse, da durch eine gesteigerte Leistung und die Vermeidung von Fehlern langfristig Kosten reduziert werden können (vgl. Kupfer/Malik 2018, S. 35). Einem Gutachten des Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement zufolge gibt es jedoch „keine belastbaren Belege für einen Nutzen der Zertifizierung“ (Chenot 2019, S. 6). Zahnarztpraxen, welche an einer Re-Zertifizierung teilnahmen, erzielten jedoch stets bessere Ergebnisse im Sinne einer angestrebten kontinuierlichen Verbesserung, wie sich in einer Studie zeigte (vgl. Chenot 2019, S. 6). Dies kann unter anderem dem Überwachungsaudit zuzuschreiben sein, da dadurch der „Einschlafeffekt“ verhindert werden kann und das Streben nach kontinuierlicher Verbesserung beinahe omnipräsent im Praxisalltag ist. Dies sollte jedoch bereits durch die Grundhaltung und das Wissen der Leitung und Mitarbeiter\*innen gewährleistet sein, da eine grundlegende Eigenschaft des QM ist, dass dieses niemals abgeschlossen ist (vgl. Sander/Müller 2018, S. 180). Ist dies nicht gegeben stellt die Zertifizierung lediglich ein Aushängeschild ohne tatsächliche Wirkung dar (vgl. Jäger 2018, S. 27). Kritisch anzumerken ist, dass die Zertifizierung nicht gleichzusetzen mit bestmöglicher Qualität ist. Die Qualitätsziele werden bspw. gemäß der ISO 9001 von den Unternehmen selbst festgelegt, sodass das Ziel auch die kostengünstigste Herstellung sein kann, was in einer ZAP bspw. den geringsten Materialeinsatz bedeuten und somit zu Qualitätseinbußen führen könnte. Wird dieses Ziel erfüllt, wäre es dennoch als Normkonform zu werten und könnte zertifiziert werden, weshalb dies nicht gleichbedeutend mit hoher Qualität zu sehen ist (vgl. Mertens 2020, S. 25). Die Autorin Malik sieht ähnliche positive Effekte des QM, meint jedoch, dass dies im grundlegenden Interesse der ZAP sein sollte, was einher geht mit der Annahme der Agenda QF, welche der Zahnärzteschaft einen grundlegenden Qualitätsanspruch zuschreibt. Die Bemühung um QM und einem Verbesserungsprozess sollte daher nicht nur im Zusammenhang mit einer angestrebten Zertifizierung stehen. Dieser Prozess erfolgt oftmals mit einem hohen Zeit- und Kostenaufwand, welcher nach erfolgreicher Zertifizierung stagniert, was dem Grundgedanken widerspricht und letztlich das Ziel der

Qualitätssteigerung durch die Implementierung eines zertifizierten QMS verfehlt (vgl. Kupfer/Malik 2018, S. 35). QM würde in diesem Fall, abgesehen von einer Imagewirkung, nur zusätzlichen bürokratischen Aufwand bedeuten und keinen Nutzen für die Patient\*innen oder Mitarbeiter\*innen der Praxis erzielen. Der Ursprungsgedanke besondere Qualität zu bestätigen, wird dadurch zusehends verfehlt, wodurch das Zertifikat seinen Sonderstatus und somit an Wert verliert (vgl. Wienke 2017, S. 341). Der Zertifizierungsprozess überprüft darüber hinaus lediglich das Erfüllen von Anforderungen, nicht aber welche Methoden und Instrumente inwiefern und in welcher Qualität eingesetzt werden (vgl. Iseringhausen 2011, S. 24ff.).

## **6. Diskussion**

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln Anforderungen an das QM einer ZAP resultierend aus den allgemeinen Besonderheiten, gesetzlichen Grundlagen, Handlungsempfehlungen und verschiedener Qualitätsmanagementsystemen dargestellt wurden, sind diese in der folgenden Tabelle zu einer Liste an Anforderungen zusammengefasst worden, sodass ein umfassender Überblick geschaffen werden kann. Dabei werden die Anforderungskataloge seitens der gesetzlichen Ebene (QM-RL), mit Empfehlungen der Landesorganisationen (Agenda QF), mit der bedeutendsten Norm im Bereich QM (DIN EN ISO 9001) und dem verbreitetsten körperschaftsgeführten QMS (ZQMS) hinsichtlich der Konformität mit den aus Kapitel 4 und 5 zusammengeführten Anforderungen verglichen.

Die gemeinsame Basis der Modelle stellt der PDCA-Zyklus und das Qualitätsmodell nach Donabedian dar, wobei letzteres nicht auf die ISO 9001 zutrifft. Dies rührt daher, dass die Norm branchenneutral konzipiert ist. Die Bereichsnorm DIN EN 15224 hingegen, welche auf die Gesundheitsversorgung ausgerichtet ist, berücksichtigt genanntes Qualitätsmodell (vgl. Hensen 2019, S. 132). Auch die Erzielung von Effektivität und Effizienz, sowie die Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten und eines daraus resultierenden angepassten Maßnahmenspektrums stellen Gemeinsamkeiten dar.

Tabelle 2: Gegenüberstellung der Anforderungskataloge (eigene Darstellung auf Basis von BZÄK/KZBV 2014; DIN 2015; G-BA 2020; LZKH 2021)

ANORDERUNGEN	QM-RL	Agenda QF	DIN EN ISO 9001	ZQMS	Anmerkung
<b>GRUNDELEMENTE</b>					
Patientenorientierung	X	X	X*	X	*abweichende Begrifflichkeiten
Mitarbeiterorientierung	X		X	X	
Prozessorientierung/KVP	X	X	X	X	
Kommunikation und Kooperation	X	X	X	X	
Informationssicherheit und Datenschutz	X			X	
Verantwortung und Führung	X	X	X	X	
Berücksichtigung von...					
...Leitlinien/evidenzbasierter Entscheidungen	X	X	X	X	
...sektorenspezifischen RL/Verordnungen	X	X		X	
...vorhandenen Ressourcen (finanziell, personell etc.)	X	X	X	X	
...Besonderheiten einer ZAP	X	X	*	X	* Übertragung notwendig
Betonung des QM-Gedanken	X	X	X	X	
Anspruch auf geringe Bürokratie	X	X		X	
Förderung der Prävention	(x)*	X		X	*implizit erkennbar
<b>INSTRUMENTE/METHODEN</b>					
Messen und Bewerten von Qualitätszielen	X	X	X	X	
Erhebung des Ist-Zustandes und Selbstbewertung	X	X	X	X	
Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten	X	X	X	X	
Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen	X	X	X	X	
Schnittstellenmanagement	X	X	X	X	
Checklisten	X		(x)*	X	*implizit erkennbar
Teambesprechungen	X		(x)*	X	*implizit erkennbar
Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	X	X	X	X	
Patientenbefragungen	X		X	X	
Mitarbeiterbefragungen	X			(x)*	*implizit erkennbar
Beschwerdemanagement	X		X	X	
Patienteninformation und -aufklärung	X	X	X	X	
Risikomanagement	X		X	X	

ANORDERUNGEN	QM-RL	Agenda QF	DIN EN ISO 9001	ZQMS	Anmerkung
Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme	X	X	X	X	
Praxishandbuch	X		(x)*	X	*implizit erkennbar
ANWENDUNGSBEREICH					
Notfallmanagement	X			X	
Hygienemanagement	X			X	
Arzneimitteltherapiesicherheit	X			X	
Schmerzmanagement	X			X	
Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen bzw. Sturzfolgen	X			X	
Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	X			X	

Den umfassendsten Anforderungskatalog stellt die QM-RL dar, wobei lediglich die Rolle der Prävention in Bezug auf die Mundhygiene der Bevölkerung nicht explizit benannt wird. Dies ist damit zu begründen, dass die QM-RL größtenteils sektorenübergreifende Rahmenbestimmungen enthält und lediglich vertiefende Bestimmungen für den vertragszahnärztlichen Sektor gibt. Darüber hinaus kann man jedoch annehmen, dass die Aufklärung des\*der Patient\*in ein Fundament der Förderung des präventiven Handelns bildet und diese\*r durch die Übermittlung von Informationen dazu befähigt werden könnte, seine\*ihre Mundhygiene zu verbessern und somit aktiv durch Prävention die Mundgesundheit gefördert werden kann. Die Agenda QF hat hingegen einen anderen Schwerpunkt, da diese das zahnärztliche Handeln tiefgreifender betrachtet. Zudem ist das für diese Arbeit relevante QM lediglich ein Teil der QF, weshalb kein Anspruch auf Vollständigkeit bei der Auflistung der darin benannten Anforderungen besteht. Dies begründet auch, dass lediglich Grundelemente und die wichtigsten Methoden und Instrumente aufgegriffen werden und bspw. Anwendungsbereiche oder sämtliche notwendigen Bestandteile eines QMS nicht explizit benannt werden. Deutlich wird jedoch, dass die in der QM-RL durch den G-BA formulierten Anforderungen die Empfehlungen der Landesorganisationen aufgreifen, sodass diese eine optimale Grundlage für die Erfüllung dieser Handlungsempfehlung, zumindest bzgl. der QM-bezogenen Anforderungen, darstellt.

In der ISO 9001 werden die Methoden und Instrumente der QM-RL deutlich erkennbar, auch wenn diese nicht immer explizit betitelt werden. Konkrete Anwendungsbereiche werden und können jedoch nicht benannt werden. Dies rührt daher, dass die Norm

branchenneutral ist und somit keinen konkreten Bezug bspw. zum Hygienemanagement nehmen kann. Dies ist auch ursächlich dafür, dass Leitlinien, Verordnungen und Richtlinien, sowie die Besonderheiten des zahnmedizinischen Sektors keine Berücksichtigung finden. Durch den industriebezogenen Ursprung der Norm sind Übertragungsarbeiten notwendig, welche Einarbeitung bzw. umfassende Grundkenntnisse im Bereich QM voraussetzen, was einen großen Kritikpunkt darstellt. Des Weiteren müssen nicht nur die Begrifflichkeiten bspw. von Kund\*innen auf Patient\*innen zumindest theoretisch angeglichen werden, sondern auch die Anforderungen selbst, wobei dies nicht lückenlos möglich ist. Die Qualitätsabnahme eines Produktes vor der Konsumierung ist bei dem Gut der Gesundheitsleistung nicht möglich. Auch der Bereich der Prävention kann aufgrund der Branchenneutralität nicht abgedeckt werden. Die Kunden- bzw. Patientenorientierung wird dennoch deutlich, welches den Anforderungen der QM-RL und den Auffassungen der Standesorganisationen entspricht. Dies wird auch durch den definierten Anwendungsbereich der ISO 9001 deutlich, da dieser darauf abzielt, gesetzliche Anforderungen durch die Anwendung der Norm zu erfüllen (vgl. DIN 2015, S. 17). Wie der Tabelle 2 zu entnehmen ist, sind die Anforderungen der Norm jedoch nicht vollends konform mit denen der QM-RL mit Gesetzescharakter.

Die Besonderheiten der Gesundheitsversorgung werden hingegen in der Bereichsnorm DIN EN 15224 berücksichtigt, welche seit 2012 existiert und auf der ISO 9001 basiert. Da diese nicht als gängige Zertifizierungsgrundlage genutzt wird (vgl. Mertens 2020, S. 25), auch wenn dies grundsätzlich möglich ist, wird an dieser Stelle lediglich auf die wesentlichen Schwerpunkte eingegangen. Die Norm spezifiziert die Anforderungen, passt die Begrifflichkeiten an und stellt die Nähe zum Krankenhaussektor her, wobei sie dennoch stets sehr allgemein gehalten ist, um allen Teilbereichen der Gesundheitsversorgung gerecht zu werden. Sie richtet sich dabei nach dem gängigen Qualitätsmodell des Gesundheitswesens nach Donabedian und erweitert unter anderem die Anforderungen um Aspekte wie die Patientensicherheit (vgl. Hensen 2019, S.131). Dennoch wird wie bereits angemerkt, in der Gesundheitsversorgung die ISO 9001 als Zertifizierungsgrundlage genutzt, auch wenn der Nutzen des Zertifikats im Verhältnis zum bürokratischen Aufwand kritisch zu betrachten ist sowie die Frage, ob ein Zertifikat ein tatsächlicher Qualitätsindikator ist.

Das zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem erfüllt hingegen den gesamten Anforderungskatalog. Dies rührt daher, dass ZQMS darauf abzielt, durch dessen Anwendung den Anforderungen der QM-RL gerecht zu werden. Darüber hinaus können die Anforderungen der Landesorganisationen ebenfalls besonders berücksichtigt werden, da es zum einen ein System speziell für ZÄ ist, im Gegensatz zur ISO 9001 und zum anderen von ZÄ entwickelt wurde, sodass es den Anspruch auf die Berücksichtigung der Besonderheiten der ZM bei gleichzeitiger Praktikabilität erfüllen kann. Zusätzlich wurde die Konformität hinsichtlich der ISO 9001 bestätigt, wobei darüber hinaus eine Zertifizierung möglich ist. Durch die Anwendung des ZQMS werden also auch Anforderungen, welche über die gesetzlich vorgeschriebenen hinaus gehen, erfüllt. Kritisch ist hierbei anzumerken, dass ZQMS nicht in allen Bundesländern zugänglich ist, da die ZÄK in Westfalen-Lippe bspw. ein eigenes System z-pms anbietet (vgl. Chenot 2019, S. 8).

Die in den Modulen beinhalteten Fragenkataloge bieten den Vorteil, dass sich die ZAP nicht zunächst erst mit den Anforderungen beschäftigen und diese an die Gegebenheiten einer ZAP anpassen muss, sondern direkt die notwendigen Themen abgefragt und somit Defizite und Handlungsbedarf schnell deutlich wird. Jedoch kann dies wiederum auch als Gefahrenstelle gesehen werden, da für die erfolgreiche Implementierung von QM die Haltung und das Grundwissen essentiell ist. Hat sich eine Praxis noch nie mit QM und dem Gedanken dahinter beschäftigt, könnte die Gefahr bestehen, dass die Kategorien nur abgearbeitet werden, um formal alle Kriterien zu erfüllen, jedoch der eigentliche QM-Gedanke und die Einbindung in den Praxisalltag nicht erfolgt. Somit würde auch die Anwendung von ZQMS lediglich zu einem bürokratischen Aufwand und keinen Nutzen für die Praxis oder die Patient\*innen führen. Dies stellt jedoch ein grundlegendes Problem aller Anforderungskataloge dar. Da zusätzliches Personal für das Qualitätsmanagement zu kostenintensiv sein kann, ist die Schulung des Personals zur Sicherung der Grundkenntnisse empfehlenswert (vgl. Frodl 2016, S. 322).

Nachdem die verschiedensten Anforderungskataloge gegenübergestellt wurden und somit der Aufwand Qualitätsmanagement zu implementieren deutlich wurde, stellt sich die Frage nach den Gründen dieses einzuführen. Neben der bereits erwähnten gesetzlichen Verpflichtung einer VZAP zur Implementierung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen QM, stellt auch der potentielle Nutzen von QM einen Grund für die selbstinitiierte Motivation dies einzuführen dar. Betrachtet man diesen, wird

deutlich, dass positive Effekte nicht nur auf der Patientenebene möglich sind. Die Darlegung und Optimierung von Strukturen und Prozessen kann eine bessere Leistung erzielen, da dadurch bspw. Fehler erkannt, die Prozesse verbessert und Fehler somit zukünftig vermieden werden können (vgl. Frodl 2016, S. 317). Dies kann zu einem konstanten Qualitätsniveau beitragen (vgl. Hensen 2019, S. 60), welches nicht gleichzusetzen ist mit einem erfolgreichem Behandlungsergebnis, da dieses unter anderem durch die benannten externen Faktoren mitbeeinflusst wird. Dennoch werden die Abläufe rund um die Leistungserbringung zuverlässiger und durch angemessene Dokumentation Transparenz geschaffen. Auch innerhalb des Teams kann es bei richtiger Umsetzung zu positiven Wirkungen kommen, da die Möglichkeit der Mitarbeiterbeteiligung besteht und somit Wertschätzung und Vertrauen gegenüber den MA geäußert werden kann. Dies ist in Hinblick auf die Zuständigkeits- und Aufgabenverteilung ebenfalls ein bedeutender Faktor, da durch die Beteiligung und Wertschätzung ein Gefühl von einem anerkannten unabdingbaren Teil des Teams vermittelt wird. Dies kann zu positiven Effekten führen, da die Mitarbeiter\*innen die Möglichkeit haben ihre Erfahrungswerte miteinzubringen, Abläufe mitzugestalten, Verantwortung zu übernehmen und durch die daraus resultierende Identifikation mit der Arbeit und dem Unternehmen ein gesteigertes Engagement erzielt werden kann, welches einhergeht mit eigenen höheren Qualitätsansprüchen. Dies wirkt sich positiv auf die Organisation des Behandlungsprozesses aus und erzielt gleichzeitig positive Effekte für den\*die Patient\*in, da ein hohes Qualitätsniveau angestrebt wird. Dies kann letztlich auch zu erwähnten positiven wirtschaftlichen Aspekten, wie die Reduzierung der Kosten durch die Vermeidung von Fehler führen. Darüber hinaus kehren zufriedene Patient\*innen zum einen wieder und werben zum anderen in ihrem Umfeld für die Praxis, sodass der Kunden- bzw. Patientenstamm zusätzlich wachsen kann. Dies ist besonders in Bezug auf den steigenden Konkurrenzdruck innerhalb der ZM, begründet durch die steigende Zahnarzt-Dichte (vgl. KZBV 2017), ein nicht zu vernachlässigender Faktor, wobei die Devise lautet: agieren, statt regieren (vgl. Frodl 2016, S. 319; Hensen 2019, S. 61).

## 7. Fazit

Qualitätsmanagement gewinnt im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung. Dies begründet sich unter anderem durch die gesetzliche Verpflichtung vertragszahnärztlicher Praxen dazu, aber auch dadurch, dass QM einen zunehmend relevanten wirtschaftlichen und strategischen Faktor darstellt. Dabei kann ein Nutzen für die Patient\*innen, Mitarbeiter\*innen und Führungsebene entstehen, wobei das übergeordnete Ziel stets das Erreichen einer hohen Patientenzufriedenheit ist. Dies erfolgt neben der Optimierung der zahnmedizinischen Behandlung vor allem durch die Organisation des gesamten Behandlungsprozesses, wodurch bspw. Wartezeiten verkürzt werden können. Die Besonderheiten des zahnmedizinischen Sektors müssen bei der Implementierung des Qualitätsmanagements in einer Vertragszahnarztpraxis Berücksichtigung finden, wobei verschiedene Anforderungskataloge existieren, wie die QM-RL des G-BA mit Gesetzescharakter und die Handlungsempfehlungen der zahnmedizinischen Standesorganisationen in Form des Grundsatzpapiers Agenda Qualitätsförderung. Um den darin gestellten Anforderungen gerecht werden zu können, können Systeme wie die branchenneutrale Norm DIN EN ISO 9001 oder auch das körperschaftsgeführte System ZQMS angewendet werden. Es zeigt sich, dass letzteres sowohl den Anforderungen der QM-RL, als auch denen der Agenda QF nachkommen kann. Die Anwendung der ISO 9001 hingegen, kann dies nicht vollends gewährleisten und ist somit vergleichsweise weniger geeignet. Obwohl die Anforderungen der QM-RL auch auf die Besonderheiten des zahnmedizinischen Sektors eingehen und sehr umfassend sind, können sie dennoch lediglich zu der Sicherung einer Mindestqualität dienen und Rahmenbedingungen festlegen. Die gesetzliche Verpflichtung, die möglichen positiven wirtschaftlichen Effekte sowie der ethisch-moralische Aspekt in Kombination stellen Gründe dar, um die Auseinandersetzung einer VZAP mit QM als unverzichtbar zu betiteln. Im Sinne der Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit stellt QM somit eine sinnvolle Investition von unter anderem finanziellen und personellen Ressourcen für die Zukunft dar, welche zugleich Grenzen setzen und somit zu Herausforderungen führen können. Grundsätzlich ist es durch die Besonderheiten der Zahnmedizin nicht möglich, jederzeit die maximal mögliche Qualität zu erbringen, sodass das situationsbedingte und vor allem patientenbezogene Optimum als erstrebenswert und gesetztes Ziel gelten sollte (vgl. Hensen 2019, S. 62). Trotz des Nutzenpotentials scheitert die Implementierung des QM oft an Faktoren wie unzureichender Beteiligung und Kompetenz der Mitarbeiter\*innen, was zu falscher

Einschätzung des Aufwandes und somit zu nicht ausreichend bereitgestellten personellen und zeitlichen Ressourcen führen kann (vgl. Frodl 2016, S. 325).

Zusammenfassend ist anzumerken, dass bei allen dargestellten Anforderungskatalogen die Patientenzufriedenheit besonders relevant ist. Dies zeichnete sich auch in einer repräsentativen bundesweiten Querschnittstudie ab, welche das subjektive Qualitätsverständnis von Vertragszahnärzt\*innen bezüglich des Umgangs mit QM untersuchte. Am wichtigsten wurde dabei die Patientenzufriedenheit, gefolgt von der Qualität der Behandlung und die Zusammenarbeit der Mitarbeiter\*innen eingestuft (vgl. Kettler et al. 2015, S. 699). Um die Patientenzufriedenheit zu erzielen, ist jedoch Handlungsbedarf über die gesetzlichen Mindestanforderungen hinaus notwendig, wobei das Qualitätsverständnis der Leitung, aber auch der Mitarbeiter\*innen von Bedeutung ist, da dadurch das QM zum gelebten Praxisalltag werden kann und nicht nur reine Dokumentationsarbeit darstellt. Es zeigte sich hingegen, „dass der Grad der Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung keinen oder nur wenig Einfluss auf das vorhandene Qualitätsverständnis in der zahnärztlichen Praxis [hat].“ (Kettler et al. 2015, S. 697) Ergänzend ist zu betonen, dass die Qualitätsverpflichtung gegenüber den Patient\*innen dem grundlegenden Selbstverständnis der Zahnärzteschaft zugeschrieben wird, welches auf ethisch-moralischen Aspekten basiert. Somit ist anzunehmen, dass damit die optimalen Grundbedingungen für das notwendige Qualitätsverständnis gegeben sind und damit einhergehend auch die Basis für die Erzielung der Verbesserung der Patientenzufriedenheit vorhanden ist. Ergänzend dazu bilden die dargestellten Anforderungskataloge zunächst einen unterstützenden und richtungsweisenden Handlungsrahmen. Es besteht jedoch die Tendenz, Anforderungen zunehmend sektorenübergreifend zu formulieren (vgl. BZÄK/KZBV 2014, S. 13), weshalb anzumerken ist, dass es perspektivisch von Bedeutung ist, sich diesem Trend entgegenzustellen. Die Besonderheiten des zahnmedizinischen Sektors sind stets zu berücksichtigen, um eine gute Basis für die Implementierung des einrichtungsinternen QM in einer VZAP zu bieten und eine flächendeckende hochwertige Versorgungsqualität zu fördern.

## Literaturverzeichnis

- Bart, S. (2020): Einführung in das Qualitätsmanagement. In: Leal, W. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung. Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhaus-Management. Berlin: Springer, S. 7-21, DOI 10.1007/978-3-662-59675-3 [Zugriff am 12.03.2021]
- Benz, C.; Dabisch, I.; Engel, P.; Frank, M.; Lessing, C. & Oesterreich, D. (2020): Das kann sich sehen lassen. Qualitätsreport III der Bundeszahnärztekammer 2020. Berlin: BZÄK – Bundeszahnärztekammer, <https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/q-report.pdf> [Zugriff am 21.03.2021]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021): Selbstverwaltung. Gemeinsamer Bundesausschuss. Bonn: BMG, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/selbstverwaltung/gemeinsamer-bundesausschuss.html> [Zugriff am 23.04.2021]
- Brüggemann, H. & Bremer, P. (2020): Grundlagen Qualitätsmanagement. Von den Werkzeugen über Methoden zum TQM. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer Vieweg, DOI 10.1007/978-3-658-28780-1 [Zugriff am 17.03.2021]
- BZÄK - Bundeszahnärztekammer & KZBV – Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2021): Zahnärztliche Versorgung. Daten und Fakten 2021. Berlin, Köln: BZÄK & KZBV, [https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/df21/Daten\\_Fakten\\_2021.pdf](https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/df21/Daten_Fakten_2021.pdf) [Zugriff am 22.04.2021]
- BZÄK – Bundeszahnärztekammer & KZBV – Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2014): Agenda Qualitätsförderung. Grundsätze und Handlungsempfehlungen der Qualitätsförderung in der zahnmedizinischen Versorgung. Berlin: KZBV & BZÄK, [https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/agendaQF\\_web.pdf](https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/agendaQF_web.pdf) [Zugriff am 14.03.2021]
- Chenot, R. (2019): Körperschaftsgeführte Systeme und unterstützende Angebote für das Qualitätsmanagement in der Zahnarztpraxis. Online- Journal: Zahnmedizin, Forschung und Versorgung. Köln: IDZ – Institut der Deutschen Zahnärzte, DOI 10.23786/2019-2-1 [Zugriff am 22.03.2021]

Codrin, C. (2018): QM und Zertifizierung – ein Dschungel mit System!?. Der junge Zahnarzt, 2018 (3). S. 24-33, DOI 10.1007/s13279-018-5577-x  
[Zugriff am 12.03.2020]

DIN – Deutsches Institut für Normung e.V. (2015): DIN EN ISO 9001. Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen (ISO 9001:2015); Deutsche und Englische Fassung EN ISO 9001:2015. In: DIN – Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.) (2019): DIN-Taschenbuch 226. Qualitätsmanagement. QM-Systeme und -Verfahren. 10. Auflage. Berlin: Beuth Verlag GmbH, S. 2-65, [https://ebookcentral.proquest.com/lib/hs-nb/reader.action?docID=5638803&query=Qualit%C3%A4tsmanagement\\*](https://ebookcentral.proquest.com/lib/hs-nb/reader.action?docID=5638803&query=Qualit%C3%A4tsmanagement*)  
[Zugriff am 07.04.2021]

DIN – Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.) (2019): DIN-Taschenbuch 226. Qualitätsmanagement. QM-Systeme und -Verfahren. 10. Auflage. Berlin: Beuth Verlag GmbH, [https://ebookcentral.proquest.com/lib/hs-nb/reader.action?docID=5638803&query=Qualit%C3%A4tsmanagement\\*](https://ebookcentral.proquest.com/lib/hs-nb/reader.action?docID=5638803&query=Qualit%C3%A4tsmanagement*)  
[Zugriff am 07.04.2021]

Döring, N. & Bortz, J. (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Auflage. Heidelberg: Springer-Verlag, DOI 10.1007/978-3-642-41089-5 [Zugriff am 05.03.2021]

Frodl, A. (2016): Praxisführung für Zahnärzte. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler, DOI 10.1007/978-3-658-11060-4 [Zugriff am 23.03.2021]

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): 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 (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL). Zuletzt geändert am 17.09.2020. Berlin: G-BA, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2309/QM-RL\\_2020-09-17\\_iK-2020-12-09.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2309/QM-RL_2020-09-17_iK-2020-12-09.pdf) [Zugriff am 19.03.2021]

- Haring, R. (Hrsg.) (2019): Gesundheitswissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, DOI 10.1007/978-3-662-54179-1 [Zugriff am 18.03.2021]
- Hensen, P. (2019): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen für Studium und Praxis. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler, DOI 10.1007/978-3-658-25913-6 [Zugriff am 08.03.2021]
- Iseringhausen, O. (2011): Verunsicherung total. Die Parallelwelt des Qualitätsmanagements. Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, 2011 (6). S. 24-27
- Jäger, C. (2018): Nachgefragt bei... In: Codrin, C. (2018): QM und Zertifizierung – ein Dschungel mit System!?. Der junge Zahnarzt, 2018 (3). S. 27, DOI 10.1007/s13279-018-5577-x [Zugriff am 12.03.2020]
- Kettler, N.; Chenot, R. & Jordan, A. R. (2015): Subjektives Qualitätsverständnis von Vertragszahnärzten im Umgang mit Qualitätsmanagement — Ergebnisse eines bundesweiten Surveys. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2015 (109). S. 695-703, DOI 10.1016/j.zefq.2015.10.015 [Zugriff am 14.03.2021]
- Kugler, S. (2019): Beste Performance in der Praxis. MKG-Chirurg, 2020 (1). S. 31-38, DOI 10.1007/s12285-019-00227-4 [Zugriff am 18.03.2021]
- Kupfer, J. & Malik, J. (2018): ISO-Zertifizierung – ja der nein?. der junge Zahnarzt, 2018 (1). S. 35-36, DOI 10.1007/s13279-018-5453-8 [Zugriff am 12.03.2020]
- KZBV – Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2017): System der vertragszahnärztlichen Qualitätsförderung. Köln: KZBV, <https://www.kzbv.de/kzbv2017-grafik-qualitaetsfoerderung.download.90e6db3a5d1a85f4080aa06e674af943.pdf> [Zugriff am 18.03.2021]
- KZBV – Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2020a): 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. Köln: KZBV, <https://www.kzbv.de/2020-07-06-zaeqm-bericht-kzbv-2020.download.6ac9f8ad9d644463aca049af06d9e38c.pdf> [Zugriff am 20.03.2021]

- KZBV – Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2020b): Jahrbuch 2020. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln: KZBV, <https://www.kzbv.de/kzbv-jahrbuch-2020-2.media.d31ec54df2c2e2592d7d45681edcfc0f.pdf> [Zugriff am 22.04.2021]
- KZBV – Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2021): Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement. Köln: KZBV, <https://www.kzbv.de/einrichtungsinternes-qualitaetsmanagement.166.de.html> [Zugriff am 15.03.2021]
- Leal, W. (Hrsg.) (2020): Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung. Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhaus-Management. Berlin: Springer, DOI 10.1007/978-3-662-59675-3 [Zugriff am 12.03.2021]
- Lehmann, S. (2021): Persönliche Mitteilung einer Mitarbeiterin der Geschäftsstelle ZQMS ECO/Praxisführung/Projekte der Landeszahnärztekammer Hessen, Telefongespräch vom 21.04.2021
- LZKH – Landeszahnärztekammer Hessen & FAZH – Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH (2018): Die ZQMS-Zertifizierung Ihrer Praxis. Frankfurt am Main: LZKH, [https://www.lzkh.de/fileadmin/user\\_upload/Zahnaerzte/ZQMS/Zertifizierungsflyer-2018.pdf](https://www.lzkh.de/fileadmin/user_upload/Zahnaerzte/ZQMS/Zertifizierungsflyer-2018.pdf) [Zugriff am 13.04.2021]
- LZKH – Landeszahnärztekammer Hessen (2016): Qualitätsmanagement ZQMS & ZQMS ECO. Zwei starke Partner für Ihre Praxis. Frankfurt am Main: LZKH, [https://www.lzkh.de/fileadmin/user\\_upload/Praxisfuehrung/ZQMS/ZMQS Broschuere.pdf](https://www.lzkh.de/fileadmin/user_upload/Praxisfuehrung/ZQMS/ZMQS_Broschuere.pdf) [Zugriff am 13.04.2021]
- LZKH – Landeszahnärztekammer Hessen (2021): ZQMS-Portal [Login erforderlich]. Frankfurt am Main: LZKH, <https://www.zqms-eco.de/> [Zugriff am 13.04.2021]
- Matusiewicz, D. (2019): Marketing im Gesundheitswesen – eine Einführung. In: Matusiewicz, D.; Stratmann, F. & Wimmer, J. (Hrsg.): Marketing im Gesundheitswesen. Einführung - Bestandsaufnahme – Zukunftsperspektiven. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 3-24, DOI 10.1007/978-3-658-20279-8 [Zugriff am 23.04.2021]

- Matusiewicz, D.; Stratmann, F. & Wimmer, J. (Hrsg.) (2019): Marketing im Gesundheitswesen. Einführung - Bestandsaufnahme – Zukunftsperspektiven. Wiesbaden: Springer Gabler, DOI 10.1007/978-3-658-20279-8 [Zugriff am 23.04.2021]
- Mertens, G. (2020): Die DIN EN ISO 9001:2015 und deren Umsetzung in der Praxis. In: Leal, W. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung. Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhaus-Management. Berlin: Springer, S. 23-38, DOI 10.1007/978-3-662-59675-3 [Zugriff am 12.03.2021]
- Petzina, R. & Wehkamp, K. (2019): Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In: Haring, R. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 1-16, DOI 10.1007/978-3-662-54179-1 [Zugriff am 18.03.2021]
- Sander, T. & Müller, M-C. (2018): Qualitätsmanagement und Wirtschaftlichkeit. In: Sander, T. & Müller, M-C. (Hrsg.): Meine Zahnarztpraxis – Ökonomie. Finanz-, Liquiditäts- und Investitionsplanung, Honorare, Steuern, Gewinn. 2. Auflage. Berlin: Springer-Verlag GmbH, S. 173-186, DOI 10.1007/978-3-662-54561-4 [Zugriff am 16.03.2021]
- Sander, T. & Müller, M-C. (Hrsg.) (2018): Meine Zahnarztpraxis – Ökonomie. Finanz-, Liquiditäts- und Investitionsplanung, Honorare, Steuern, Gewinn. 2. Auflage. Berlin: Springer-Verlag GmbH, DOI 10.1007/978-3-662-54561-4 [Zugriff am 16.03.2021]
- Selz, D. (2020): Starke Hilfe in schweren Zeiten: Major-Update ZQMS. DHZ - Das Mitgliedermagazin für hessische Zahnärztinnen und Zahnärzte, 2020 (9-10) S. 3
- Thielscher, C. (2019): Qualität, Qualitätsmessung und -management in der Medizin. In: Thielscher, C. (Hrsg.): Handbuch Medizinökonomie I. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 1-22, DOI 10.1007/978-3-658-17975-5 [Zugriff am 16.03.2021]
- Thielscher, C. (Hrsg.) (2019): Handbuch Medizinökonomie I. Wiesbaden: Springer Gabler, DOI 10.1007/978-3-658-17975-5 [Zugriff am 16.03.2021]

Wever, C. (2020): „Risiko- und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen – Entwicklung und Tendenzen 2019/2020“. MedR - Medizinrecht, 2020 (38). S. 917-919, DOI 10.1007/s00350-020-5703-z [Zugriff am 17.03.2021]

Wienke, A. (2017): Zertifikat – Zertifizierung – Zertifizitis. Nicht jedes Zertifikat hält, was es verspricht. HNO, 2017 (4). S. 341-343, DOI 10.1007/s00106-016-0325-5 [Zugriff am 12.04.2021]



## **Eidesstattliche Erklärung**

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, 29.04.2021

Ort, Datum