

Christoph Kaiser

Der Arbeitskreis Zahnärztliche Therapie (AZT)

Mehr als 20 Jahre im Dienst der Praxisqualität



Dr. med. dent. Christoph Kaiser (M.A.),
Zahnarzt, Heiligenhaus
Vorsitzender des Arbeitskreises
zahnärztliche Therapie (AZT)

Wie entsteht Qualität in Praxen? Durch Regelung und Vorschriften? Eher nicht! Qualität muss gelebt und von den Beteiligten nachgefragt werden. Dies schließt eine verordnete Qualität aus. Qualität kann nur aus den Praxen selbst kommen, denn dort werden fast alle Patienten behandelt. Ein Beispiel hierfür ist der im Jahr 1994 gegründete Arbeitskreis Zahnärztliche Therapie, eine aus der Kollegenschaft heraus entstandene Qualitätsinitiative. Ehemalige zahnärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Akademie für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe taten sich zusammen, um ihre Arbeit zu beobachten und zu bewerten. Etwa zur Zeit des Aufkommens der Evidenzbasierten Medizin wollten die Kollegen wissen, was zur Extraktion eines Zahns oder zum Verlust einer Füllung in ihren Praxen führt und haben damit Praxis basierte Forschung betrieben.

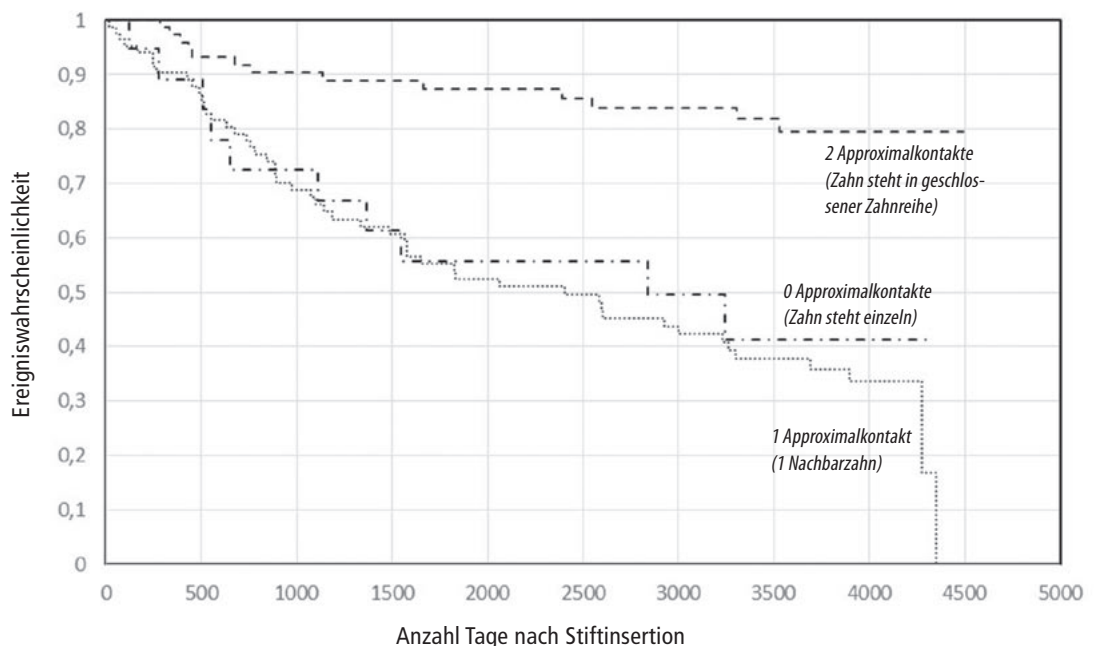
Der Kollegenkreis ist deutschlandweit gestreut und reicht von Ostfriesland im Norden bis nach Deggendorf in Bayern. Diese weite Verteilung der Praxen schließt jeden Konkurrenzdruck aus, macht aber reale Treffen nur zwei Mal jährlich möglich. Der Kontakt innerhalb der Gruppe wird über einen sehr gut frequentierten E-Mail-Verteiler sichergestellt. Mit Hilfe moderner EDV ist eine kontinuierliche Arbeit in vier Bereichen möglich: der klassischen Quali-

tätszirkelarbeit, der Generierung und Durchführung eigener Studien, der Erfassung und Interpretation von Routinedaten aus der Praxissoftware und der gegenseitigen Visitation in den Praxen.

Qualitätszirkelarbeit

In der Qualitätszirkelarbeit beschäftigt sich die Gruppe mit Fallbesprechungen, dem Austausch von Erfahrungen mit Materialien, Praxisgeräten, der Thematisierung von alltäglichen Praxisproblemen wie Personalfragen oder der Umsetzung politischer Vorgaben - das Spektrum der Themen reicht von geänderten Gebührenpositionen bis zu Forderungen der Hygieneverordnung. Durch ein hohes Maß an gegenseitigem Vertrauen können verschiedenste Themen auf eine sehr offene Art besprochen werden. Es kann eine Fehlerkultur etabliert werden und das Lernen aus Misserfolgen wird möglich. Im Rahmen von Fallbesprechungen kann abstraktes Wissen auf die tatsächliche Praxissituation adaptiert und bewertet werden. Manchmal schwer zu integrierende Informationen aus Publikationen oder Fortbildungsveranstaltungen werden durch den kollegialen Diskurs zu implementierbarem Wissen transformiert. Unsicherheiten können so ausgeräumt werden und die Anwendung von Gelerntem im Praxisalltag wird sicherer.

Abb. 1:
Stiftkronen in geschlossenen Zahnreihen haben eine signifikant bessere Prognose als Stiftkronen mit einem oder keinem Nachbarzahn.
Ereigniswahrscheinlichkeit (Stiftverlust) nach Stiftinsertion in Abhängigkeit von der Anzahl der Approximalkontakte;
Daten aus 6 Zahnarztpraxen mit $n=195$ Stiftversorgungen, $p<0,05$



Eigene Studien

Es werden so aber auch Fragen generiert, die in die Entwicklung und Durchführung eigener Studien münden. Dies sind prospektive Kohortenstudien, in denen die teilnehmenden Praxen eine definierte Behandlung erfassen und über einen bestimmten Zeitraum beobachten. Die Ergebnisse werden dann im Kollegenkreis diskutiert.

Die Probleme, welche die Erfassung von Daten neben dem regulären Praxisbetrieb mit sich bringt, haben in den Jahren dazu geführt, dass der Kreis eine eigene onlinegestützte Datenerfassung entwickelt hat. Aktuell werden Ereignisse nach Wurzelstiftinsertion und Kompositkernaufbau vor einer prothetischen Versorgung nachverfolgt (Abb. 1). Die entwickelte Technik der onlinegestützten dezentralen Dokumentation war die Grundlage der seit 2008 online durchgeführten Ceramic-Success-Analysis-Studie (www.csa-online.net) der AG Keramik e.V.

Routinedaten aus der Praxissoftware

Ein weiterer Schritt, Wissen über tägliches zahnärztliches Tun zu erlangen, ist die Auslesung von Daten aus der Praxissoftware. Die mühevoll Doppelersfassung von Daten kann so den Gruppenteilnehmern erspart werden. Kollegiale Statements wie: "Ich habe wenig Probleme mit einer P!" können aus den vorliegenden Daten unmittelbar untermauert oder widerlegt werden. Längerfristig kann die Aussagefähigkeit solcher Routinedaten durch die Vereinbarung von einheitlichen Diagnosen, Befundparametern und Materialbezeichnungen verbessert werden. Suchparameter sind einfacher zu generieren und die Zuordnung eingetretener Ereignisse zu eventuell relevanten Parametern sicherer. Die Bearbeitung dieser Daten ist allerdings hochkomplex. Die Vergleichbarkeit der Daten unterschiedlicher Praxen, unterschiedlicher Software, ja unterschiedlicher KZV-Bereiche erfordert ein ho-

Wie entsteht Qualität in Praxen? Durch Regelung und Vorschriften? Eher nicht! Qualität muss gelebt und von den Beteiligten nachgefragt werden. Dies schließt eine verordnete Qualität aus. Qualität kann nur aus den Praxen selbst kommen ...

hes Maß an professioneller Kompetenz und ist nur im geschützten Raum einer vertrauten Gruppe aussagekräftig möglich. (Abb. 2)

Visitationen

Ebenfalls ein hohes Maß an Vertrauen erfordert der vierte Bereich der Arbeit des AZT. Visitationen, also der Besuch der eigenen Praxis durch einen Kollegen, der die täglichen Abläufe im Detail einen Tag lang beobachtet, sind ohne gegenseitiges Vertrauen nicht möglich. Aber kaum ein Verfahren liefert innerhalb kurzer Zeit eine so große Vielzahl von Eindrücken und Informationen für die teilnehmenden Kollegen und für die Gruppe, in der die Visitationen besprochen werden. Die Visitation steht im Gegensatz zur Hospitation, bei der es sich normalerweise um eine Schulungsmaßnahme handelt - hier agieren ein Experte und ein Novize. Die Visitation ist ein hierarchiefreier Raum. Bei der Visitation vereinbaren zwei Kollegen einen in der Regel gegenseitigen Besuch in der Praxis. Der Visitierte öffnet seine Praxis dem Kollegen und gewährt ihm Einblick in einen regulären Praxistag. Im Anschluss findet eine Besprechung der Eindrücke zwischen den Visitationspartnern statt. Erst nach Freigabe dieser intimen Wahrnehmungen erfolgt die Diskussion im Kollegenkreis der Gruppe.

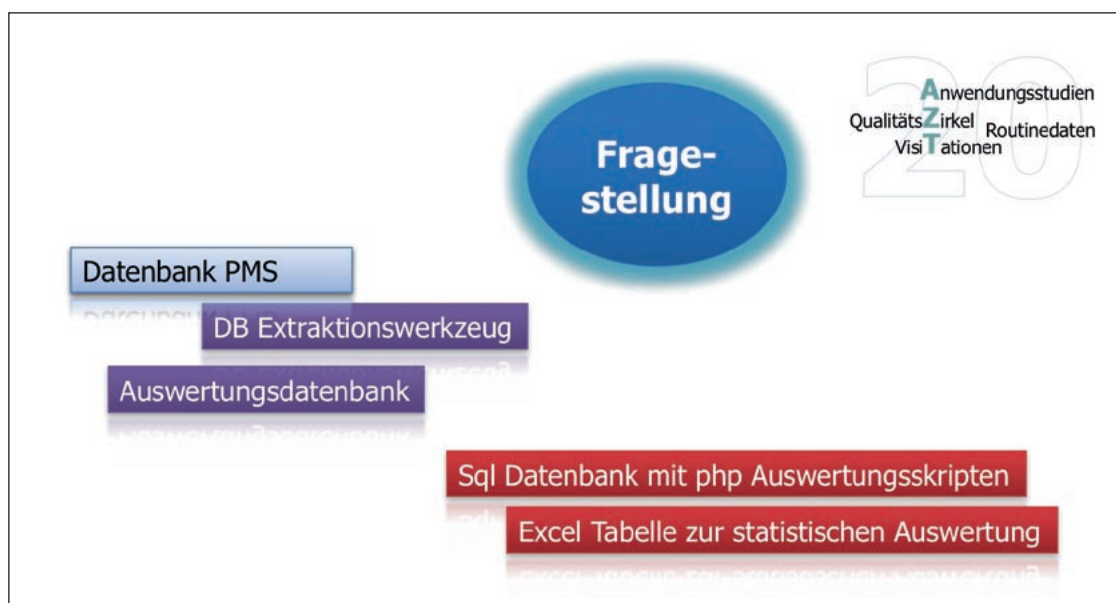


Abb. 2:
Gewinnung von Daten aus Praxismanagementsoftware (PMS)

Qualitätszirkelarbeit benötigt für ihren Erfolg den vertrauensvollen kollegialen Austausch. Dies funktioniert nur in einer geschützten Gruppe. Solche Gruppen sind nicht durch Politik oder gesetzliche Vorgaben etablierbar. Rahmenbedingungen und Hilfestellung können „top down“ gestaltet werden, die Initiativen müssen sich aber „bottom up“ zusammenfinden.

Interessant wäre eine Verknüpfung von Bereichen der Qualitätszirkelarbeit in das von der BZÄK und KZBV gestartete System „CIRS dent“. Das im Qualitätszirkel bestehende Vertrauensverhältnis wird in diesem Fall durch die Zusage größtmöglicher Anonymität ersetzt.

Diese Visitationen sind zunächst offen angelegt. Es gibt kein Protokoll, das abzuarbeiten ist. Der Erfolg stellt sich nur ein, wenn die Fragen und Kommentare wertfrei formuliert werden. Die Formulierung darf nicht sein: „Wie kann man das nur so machen?“ sondern: „Ah, so macht der das.“ Neben der reinen Information aus einer Visitation bietet diese Technik ein sehr hohes Motivationspotential. Die eigenen Routinen werden nach einer Visitation hinterfragt und ermöglichen die Öffnung für Neues.

Potentiale für die Zukunft

Der Arbeitskreis war im Rahmen des Masterstudiengangs: Integrated Practice in Dentistry das Studienobjekt von Masterarbeiten. So konnte herausgearbeitet werden, dass durch die Integration von Visitationen in die Qualitätszirkelarbeit ein Bereich für den Kreis erschlossen werden kann, der sonst nur schwer zugänglich ist: die Praxis im täglichen Umfeld.

Alle Arbeitsbereiche benötigen für ihren Erfolg den vertrauensvollen kollegialen Austausch. Dies funktioniert nur in einer geschützten Gruppe. Solche Gruppen sind nicht durch Politik oder gesetzliche Vorgaben etablierbar. Rahmenbedingungen und Hilfestellung

können „top down“ gestaltet werden, die Initiativen müssen sich aber „bottom up“ zusammenfinden.

Die Arbeit eines solchen Kreises stößt aber, trotz des immer wieder erstaunlichen Motivationspotentials der Gruppendynamik, auch an Limitationen. Ein Hauptproblem ist die Weiterverbreitung der Erkenntnisse der Kollegen. Der auf Eigeninitiative gegründeten Gruppe von Kollegen fehlt die Zeit und die Expertise, die Ergebnisse publikationsfähig zu machen. Hier erweisen sich Kooperationen mit einzelnen Universitäten hilfreich. Erste Kontakte mit den Universitäten in Kiel, Aachen und Nijmegen sind vielversprechend und haben zu Veröffentlichungen geführt. Konzepte, welche die Arbeitskreise über das Maß des bloßen Datenlieferanten hinaus integrieren, müssen aber noch entwickelt werden.

Der Bereich Fehlerkultur und Misserfolgslernen könnte mit dem von der BZÄK und der KZBV etablierten Critical Incident Reporting System (CIRS dent) verknüpft werden. Das im Qualitätszirkel bestehende Vertrauensverhältnis wird in diesem Fall durch die Zusage größtmöglicher Anonymität ersetzt. Von Qualitätszirkeln vorgefilterte und im kollegialen Diskurs bewertete Ereignisse könnten hier eine qualitative Verbesserung der zu bildenden Berichtsdatenbank bewirken.

Fazit

Qualitätszirkelarbeit über einen langen Zeitraum funktioniert nur durch kollegiale Zusammenarbeit. Sie fördert die eigene Kompetenz und den Respekt vor der Kompetenz des Kollegen. Die Bewertung von Arbeitsprozessen, Fallanalysen, Studien und externem Fachwissen im vertrauensvoll zusammenarbeitenden Kollegenkreis ermöglicht die Hinterfragung von Routinen und die Implementierung neuer Erkenntnisse in die Praxis. Ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess für alle Beteiligten zum Vorteil der Patienten und der Praxen ist die Folge.

