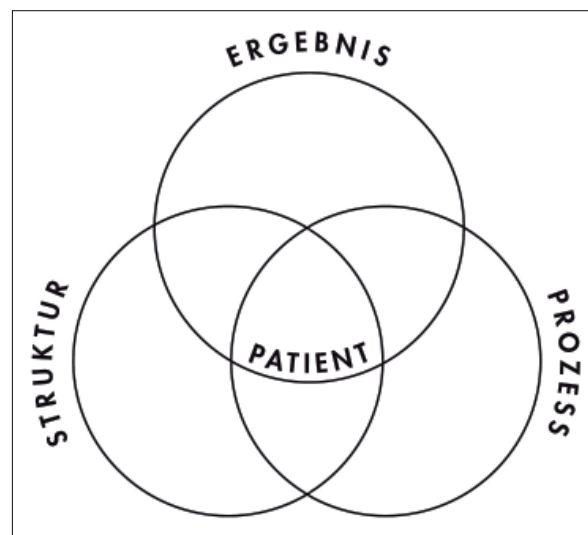


# Agenda Qualitätsförderung

**- Grundsatzpapier -**

von Bundeszahnärztekammer und  
Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung



Berlin, Köln im September 2004

BZÄK und KZBV stellen vor:

# Die zahnärztliche Agenda zur Qualitätsförderung

**Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung haben die „Agenda Qualitätsförderung“ in ihren jeweiligen Vorständen verabschiedet. Mit diesem Grundsatzpapier liegt jetzt eine neue Positionierung der Zahnärzteschaft zur Qualität in der Zahnmedizin vor. Die Agenda dokumentiert, dass BZÄK und KZBV die Aufgabe der Qualitätsförderung aktiv angehen und Perspektiven wie Forderungen an die Gesundheitspolitik für die kommenden Jahre stellen.**

## 1. Präambel

Angesichts der in den letzten Jahren intensiv geführten Diskussion um Qualitätssicherung legen BZÄK und KZBV diese neue Positionierung zur Qualität in der Zahnmedizin vor. Qualitätsförderung ist eine ureigene Aufgabe des zahnärztlichen Berufsstandes. Zum Gelingen braucht sie eine nachhaltige politische Unterstützung durch geeignete freiheitliche Rahmenbedingungen.

BZÄK und KZVB nehmen hier eine medizinische Orientierung zur Qualitätsförderung vor, um dem häufigen Missverständnis und Missbrauch – besonders seitens der Politik – entgegenzutreten, die die Kostendämpfungspolitik unter dem Deckmantel von Qualitätssicherung zu verstecken versucht. Wesentliche Grundvoraussetzung für Qualitätsförderung in der zahnmedizinischen Diagnose und Behandlung sind angemessene personelle und organisatorische Strukturen. Diese sind mit Kosten verbunden.

Wir unterstützen das Prinzip der Patientenbeteiligung, bei der Zahnarzt und Patient als gleichwertige Partner zusammenarbeiten. Durch Maßnahmen wie Aufklärung und Beratung bei Kostenerstattung mit befundorientierten Festzuschüssen und angemessener Eigenbeteiligung wird der Patient in die Behandlungsabläufe und therapeutischen Maßnahmen selbstbestimmt mit einbezogen.

## 2. Einleitung

Mit dieser Stellungnahme wird das im Jahr 1988 verabschiedete Grundsatzpapier zur Qualitätssicherung von BZÄK und KZBV fortgeschrieben und aktualisiert. Die Diskussion um Qualitätssicherung in Medizin

und Zahnmedizin hat sich in den letzten zehn bis 15 Jahren deutlich weiterentwickelt. International gibt es inzwischen eine breite wissenschaftliche Diskussion um Ansätze wie Evidenzbasierte Medizin, Health Technology Assessment, Leitlinien, Qualitätsmanagement, Benchmarking – um nur einige viel diskutierte Stichworte zu nennen – die primär in der Medizin und etwas verzögert auch in der Zahnmedizin in Deutschland aufgegriffen wurden.

Zusätzlich wurde die Forderung nach Qualitätssicherung in der Medizin durch die verschiedenen Gutachten des Sachverständigenrates (SVR) und die gesetzliche Verankerung von Qualitätssicherung in allen Novelierungen des SGB V seit 1989 politisch vorangetrieben. Die Zahnärzteschaft hat seitdem ihre Maßnahmen zur Qualitätssicherung weiter entwickelt (Weißbuch, Pilotleitlinien, Gründung der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung, Qualitätszirkel, Qualitätshandbücher in einigen Bundesländern) und betrachtet Qualitätssicherung beziehungsweise Qualitätsförderung mittlerweile als eine kontinuierliche innerprofessionelle Aufgabe. Im Folgenden wird der umfassende und dynamische Begriff „Qualitätsförderung“ verwendet, um eine zukunftsorientierte Entwicklung der Qualität in der Zahnmedizin zu unterstützen, da Qualitätssicherung nur ein Aspekt einer umfassenden Qualitätsförderung ist und sich auch besonders auf gesetzliche Maßnahmen bezieht.

Mit der Agenda Qualitätsförderung nehmen BZÄK und KZBV die Aufgabe der Qualitätsförderung in der Zahnheilkunde an und zeigen Perspektiven und Forderungen an die Gesundheitspolitik für die kommenden Jahre auf.

## 3. Konzept der Qualitätsförderung

BZÄK und KZBV sehen in dem Konzept einer „voraussetzungsorientierten Qualitätsförderung“ das geeignete innerprofessionelle Vorgehen, um nachhaltig Qualität durch den Berufsstand selbst zu fördern. Es geht hierbei vorrangig um die Verbesserung von Strukturen und Prozessen, wobei eine ständige Bewertung im Sinne von Rückkopplungsschleifen der bisher erreichten Ergebnisse und Ziele vorgenommen wird. Qualität wird definiert als „das Erreichte im Verhältnis zum Machbaren, bezogen auf die Menge des Gewünschten“ (nach van Eimeren, 1979).

Ziele der Qualitätsförderung in der ZMK sind die kontinuierliche Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung und damit der Mundgesundheit der Bevölkerung durch wirksame präventive und therapeutische Behandlungsmaßnahmen sowie – bezogen auf den einzelnen Patienten – der Erhalt oraler Strukturen und die Verbesserung von mundgesundheitsbezogener Lebensqualität. Dies wird erreicht durch

- umfassende Diagnostik und Dokumentation
- Darstellung der Zusammenhänge zwischen Befund, Behandlung und Therapieergebnis
- eine durchgehend präventionsorientierte Zahnheilkunde, das heißt die Verknüpfung von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, wobei auch therapeutische Maßnahmen systematisch präventiv ausgerichtet sind

■ Mitarbeit des aufgeklärten mündigen Patienten und subjektive Patientenzufriedenheit.

Die zahnmedizinisch-wissenschaftliche Entwicklung in den letzten 15 Jahren hat eine präventionsorientierte Zahnheilkunde auf den Weg gebracht. Damit hat ein deutlicher Paradigmenwechsel stattgefunden, der zu einer veränderten Ausübung der Zahnheilkunde im Praxisalltag wie auch zu einem neuen Stellenwert der Patientenmitarbeit führt.

### Zusammenhang zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

BZÄK und KZBV halten die von dem amerikanischen Forscher Avedis Donabedian bereits in den 60er Jahren eingeführte Unterteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität immer noch für hilfreich, um die verschiedenen Einflussgrößen der Qualitätsförderung in der Zahnmedizin analytisch voneinander zu unterscheiden und deutlich zu machen. Zusätzlich sind hierbei die Ebenen, auf denen Qualitätsförderung abläuft, zu unterscheiden: Die Systemebene und die Praxisebene, wobei der Patientenebene als Teilaspekt der Praxisebene eine zunehmend wichtige Rolle zukommt. Unter Strukturqualität sind die gesamten Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung zusammengefasst. Prozessqualität beinhaltet alle Abläufe bei der Leistungserbringung. Ergebnisqualität bezieht sich schließlich auf das Resultat der durchgeführten Dienstleistung. Die Beziehungen zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind komplex und darüber hinaus nur durch eine Vernetzung der Ebenen zu erklären (siehe Schaubild 1).

Den Parametern der Strukturqualität kommt nach Auffassung der Zahnärzteschaft eine besonders wichtige Rolle zu, da sie Prozess- und Ergebnisparameter nachhaltig beeinflussen. Die Prozesse haben wichtige Auswirkungen auf die Ergebnisse, sind jedoch grundsätzlich leichter zu verändern. Die Ergebnisse sind zwar Endpunkt in einem begrenzten zeitlichen Verlauf, letztlich sind auch sie aber immer nur Zwischenglied in einem kontinuierlichen Prozess der Selbstreflexion des eigenen Han-

	Struktur	Prozess	Ergebnis
Systemebene	gesellschaftliche/ordnungs-politische, wirtschaftliche Rahmenbedingungen, Versicherungssystem, Gebührenordnungen, Eigenbeteiligung, Stand der Wissenschaft, Evidenzbasierte Medizin, Aus-, Weiter-, Fortbildung von ZA/ZFA	Mundgesundheitsverhal-ten, Inanspruchnahme, Leitlinien, HTA Berichte	Epidemiologische Daten, Angemessenheit der Ver-sorgung: Über-, Unter-, Fehlversorgung, Zufriedenheitsmaße der Bevölkerung
Praxisebene	Technische, materielle, fi-nanzielle Ausstattung, Qualifikation des Zahnarz-tes und des Personals, Behandlungsspektrum	Praxismanagement, Befundung/med. Dok./Behandlungs-systematik, Therapieauswahl, Qualitätszirkel	Klinische Indikatoren (z.B. Handbuch der SSO), Benchmarking
Patientenebene	Ausgangsbefund des Patienten, Einstellungen/Präferenzen, ökonomische u. soziale Ausgangslage	Patientenführung, Recall-System Compliance, oral health self care	Mundgesundheits-bezogene Lebens-qualität/Patienten-zufriedenheit, Coping

Quelle: BZÄK

Schaubild 1: Zuordnungsstruktur von ausgewählten Parametern der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zur System- und Praxisebene im Versorgungsgeschehen

delns. Ergebnisqualität hat damit einen strategischen Stellenwert bei der Qualitätsförderung. So hat die Compliance des Patienten – also der Prozess – für die Erreichung des Behandlungsergebnisses eine entscheidende Bedeutung, wobei das erreichte Ergebnis wiederum die Compliance nachhaltig beeinflussen wird.

Das vernetzte Zusammenwirken von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, in dessen Zentrum der Patient steht, wird anhand ausgewählter Parameter im Schaubild 2 dargestellt.

Generell können Ergebnisse durch verschiedene Endpunkte quantifiziert werden, zum Beispiel durch Indikatoren, Kriterien oder Standards. Gebräuchlich sind unter anderem Befunde bildgebender Verfahren oder die Haltbarkeit einer Versorgung. Hier kann beispielsweise die Einteilung nach Qualitätskategorien der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO hilfreich sein. Neben solchen quantitativen Indikatoren nimmt jedoch die Bedeutung von patien-

tenseitigen Indikatoren in den letzten Jahren deutlich zu. Diese sind am subjektiven Erleben und Verhalten der Patienten orientiert. Auch diese Endpunkte können ebenfalls valide und reliabel gemessen werden. Lebensqualität ist inzwischen ein bedeutender und anerkannter Parameter in der medizinischen Outcome-Forschung. BZÄK und KZBV werden solche Endpunkte wie auch Therapieergebnisse im Sinne des SSO-Handbuches weiterentwickeln, um Outcomes der zahnmedizinischen Versorgung nicht nur mechanistisch-eindimensional abzubilden.

## 4. Strategien der Qualitätsförderung

### 4.1. Strukturebene

#### ■ Gesetzliche Rahmenbedingungen sind zu verbessern

BZÄK und KZBV sehen in den vorhandenen gesetzlichen Rahmenbedingungen, wie sie

im SGB V oder in anderen staatlichen Verordnungen niedergelegt sind, ein Hindernis für eine qualitätsfördernde, präventionsorientierte Zahnmedizin. So müssen die zahnärztlichen Gebührenordnungen an eine durchgängig präventionsorientierte Zahnheilkunde angepasst werden. Eine angemessene Vergütungsstruktur, die die Diagnose- und Behandlungsschwerpunkte und -erfordernisse in ihren zeitlichen und geistig-körperlichen Beanspruchungen tatsächlich abbildet, ist eine der Grundvoraussetzungen für Qualitätsförderung der zahnmedizinischen Diagnose und Behandlung. Kostenerstattung fördert die Transparenz des Leistungsgeschehens für den Patienten. Daher ist für die zahnmedizinische Versorgung eine selektive Kostenerstattung einzuführen. Die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen sollten, anstelle des Wettbewerbs um Gruppenverträge bei den Krankenkassen, den Wettbewerb um den Patienten fördern.

#### ■ Effiziente und moderne Praxisstrukturen sind zu fördern

Die Zahnarztpraxis entwickelt sich immer mehr zu einem komplexen, patientenorientierten Dienstleistungsunternehmen. Dazu ist eine gut geplante, zielorientierte Praxisorganisation Voraussetzung. Eine gut funktionierende Kommunikation aller Praxismitarbeiter führt zu transparenten und verlässlichen Arbeitsabläufen. Eine geeignete Dokumentation macht die Informationen allen Beteiligten zugänglich, fördert die Zusammenarbeit und hilft bei der Fehlervermeidung. Die vielfältigen gesetzlichen Vorschriften und Verordnungen für die Zahnarztpraxis sollten möglichst auf ein administratives Mindestmaß reduziert werden, um gezielt und transparent umgesetzt werden zu können, zum Beispiel mit Hilfe von Handbüchern, Checklisten und mehr. BZÄK und KZBV fordern den Abbau von überflüssigen Überreglementierungen für die Zahnarztpraxis, die dazu führen, dass der Zahnarzt so sehr mit der administrativen Handhabung von Einzelvorschriften beschäftigt ist, dass er nicht mehr dazu kommt, das eigene Handeln zu reflektieren und innovative fachliche Lösungen zu suchen.

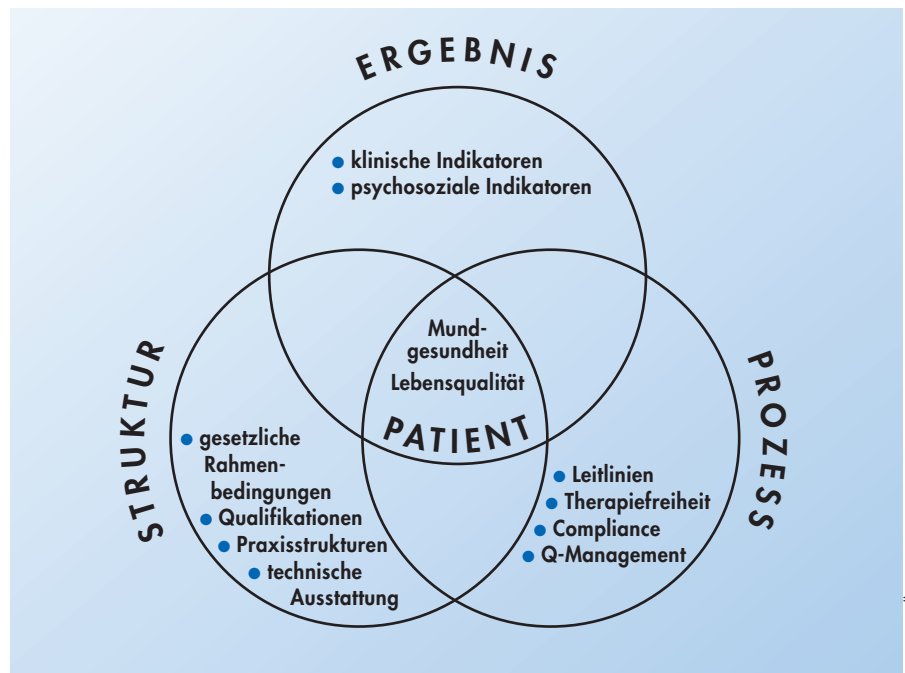


Schaubild 2: Auswirkung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf die Versorgung des Patienten

Quelle: BZÄK

#### ■ Die technische Ausstattung der Zahnarztpraxen soll moderne Standards berücksichtigen

Eine moderne Zahnheilkunde setzt voraus, dass Innovationen in die Praxis Eingang finden können. Das Entwicklungspotential der deutschen Dentalindustrie ist groß, erfordert jedoch auch eine hohe Investitionskraft der Zahnarztpraxen. BZÄK und KZBV setzen sich dafür ein, Rahmenbedingungen nachhaltig so zu gestalten, dass neue Investitionen der Zahnärzteschaft auch möglich werden. Nur dann können auch die Patienten am medizinischen und technischen Fortschritt in der Zahnheilkunde teilhaben.

#### ■ Qualifizierung in Aus- und Fortbildung ist zu fördern, Zwangsbildung wird abgelehnt

BZÄK und KZBV fordern seit Jahren ständig und nachdrücklich eine neue zeitgemäße Approbationsordnung Zahnärzte. Angestrebt wird eine engere Verzahnung mit der Medizin, eine präventivmedizinische Ausrichtung des gesamten Studiums, neue Grundlagen- und Querschnittfächer und eine problemorientierte Vermittlung des

Stoffes, um bereits in der Ausbildung das Fundament für eine praxisgerechte, qualitätsgesicherte Zahnheilkunde zu legen. BZÄK und KZBV stellen fest, dass eine kontinuierliche lebenslange Fortbildung die Ausbildung ergänzen muss. Die Zahnärztekammern werden die kontinuierliche Fortbildung und Kompetenzentwicklung in anspruchsvoller Qualität weiter ausbauen, und zwar sowohl mit einem umfassenden Angebot an Themen und Fortbildungsformen wie auch in strukturierter Form mit systematischen Curricula für ausgewählte Bereiche der Zahnheilkunde. Die Fortbildungsbereitschaft soll weiter durch qualifizierte Angebote der Kammern gefördert werden.

In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass die im SGB V, § 95 d eingeführte Zwangsbildung nicht geeignet ist, die Fortbildungsbereitschaft von Zahnärzten nachhaltig zu fördern und auch nicht zielgerichtet ist, da eine tatsächliche Kompetenzsteigerung durch Zwangsmaßnahmen nicht nachgewiesen ist. BZÄK und KZBV erwarten hier jedenfalls keine Verbesserung der Qualität durch Zwangsbildung.

## 4.2. Prozessebene

### ■ Freiwilliges Qualitätsmanagement in den Praxen wird weiter ausgebaut

Ein für Zahnarztpraxen spezifisches Qualitätsmanagement, das Zahnärztliche Praxismanagement System (Z-PMS), das als dreistufiges System (rechtliche Basisinformationen, Dokumentation der Arbeitsabläufe und Bausteine für ein individuelles systematisches Praxismanagement) entwickelt wurde, wird durch Fortbildungsangebote der Kammern in den Zahnarztpraxen umgesetzt. Z-PMS versteht sich als Instrument eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements mit dem Ziel einer Selbstqualifikation des Zahnarztes und seines Teams. Auch andere Ansätze zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement können hier zum Zuge kommen und werden erprobt, da es nicht nur eine Methode/Strategie zum Qualitätsmanagement gibt. Benchmarking in Form von Mitarbeiter- und Patientenbefragungen kann hierbei eine wichtige Rolle spielen. Feedback und Benchmarking im vertraulich geschützten Rahmen schaffen Motivation für weitere qualitätsfördernde Aktivitäten. Die jetzt gesetzlich vorgeschriebene Teilnahme an einrichtungsinternem Qualitätsmanagement nach §§ 135, Abs. 2 und 136 b SGB V könnte jedoch die Akzeptanz sinnvoller Qualitätsmanagementmaßnahmen bei der Zahnärzteschaft unterlaufen.

### ■ Klinische Leitlinien werden entwickelt und fortgeschrieben

Da die Fülle der wissenschaftlichen Veröffentlichungen für den Praktiker nicht mehr überschaubar ist, bietet eine evidenzbasierte Medizin eine wichtige Orientierung. BZÄK und KZBV erwarten durch Evidence based Medicine (EbM)/ Evidence based Dentistry (EbD) und Leitlinien eine Verbesserung der Entscheidungshilfen für Zahnarzt und Patient. Dabei können Leitlinien naturgemäß nur externes Wissen aus der Forschung bündeln beziehungsweise in eine Bewertungssystematik stellen. In jedem Fall müssen diese mit der klinischen Erfahrung des Behandlers verknüpft werden, um handlungswirksam werden zu können.

Die aktuellen Versionen der über 140 Statements der DGZMK in allen Feldern der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde haben den Charakter von Expertenleitlinien und werden von der Zahnärzteschaft auch viel genutzt. Um nicht eine Flut von sich teils widersprechenden Leitlinien zu produzieren, haben BZÄK, KZBV und DGZMK die Leitlinienentwicklung von Anfang an koordiniert. Orientiert an einer Leitlinie für Leitlinien und einem vereinbarten Ablaufschema zur Leitlinienentwicklung, das auch Qualitätszirkel, Kostenträger und Patientenvertreter mit einbezieht, werden Pilotleitlinien in Form evidenzbasierter Konsensusleitlinien entwickelt. Dieser Entwicklungsprozess erweist sich als aufwändig und langwierig. BZÄK und KZBV sind bereit und willens, auch der Implementierung und Festschreibung der Leitlinien besondere Anstrengung zu widmen.

### ■ Therapiefreiheit ist notwendig, um die individuelle Auswahl der im jeweiligen Einzelfall angemessenen Therapie sicherzustellen

Evidenzbasierte Medizin und klinische Leitlinien dürfen keinesfalls zu einer standardisierten Medizin führen, weil Leitlinien lediglich Entscheidungshilfen für Arzt und Patient im Sinne eines Behandlungskorridors sind; BZÄK und KZBV warnen davor, sie als Richtlinien umzuinterpretieren. Erst im Zusammenwirken von externer Evidenz, in Leitlinien zusammengefasst, der konkreten klinischen Erfahrung des behandelnden Zahnarztes sowie den individuellen Gegebenheiten und der Compliance des Patienten kann die im Einzelfall richtige Therapie, möglichst gemeinsam von Zahnarzt und Patient, ausgewählt werden. Insofern muss der „Evidenz“ aus systematischen Studien und klinischer Erfahrung des Arztes notwendigerweise eine „kommunikative Evidenz“ zur Seite gestellt werden, um mit dem Patienten gemeinsam das für seine Lebenssituation Richtige und Angemessene in der Behandlungsplanung herauszufinden. BZÄK und KZBV sehen in der Therapiefreiheit den Schlüssel zum Therapieerfolg, wobei mit einem patientenbezogenen Ansatz die Individualität der einzelnen Behandlungsplanung gewährleistet sein muss.

### ■ Patienten-Compliance soll mehr gefördert werden

BZÄK und KZBV halten eine umfassende Patientenmitarbeit und damit die Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten für äußerst wichtige Faktoren bei der Erhaltung der Mundgesundheit beziehungsweise bei Behandlungsplanung und -durchführung. Der Patient kann durch sein Verhalten maßgeblich zum Erfolg – oder Misserfolg – beitragen. Die Ermündigung (empowerment) durch Transparenz, Information und Aufklärung setzt den Patienten in die Lage, die zahnmedizinische Behandlung selbst besser beurteilen zu können. BZÄK und KZBV unterstützen als Prinzip der Patientenbeteiligung die so genannte „Partizipative Entscheidungsfindung“ (shared decision making), bei der Zahnarzt und Patient als gleichwertige Partner zusammenarbeiten, um ein gutes Ergebnis zu erzielen. Auch durch Maßnahmen wie Kostenerstattung mit befundorientierten Festzuschüssen und angemessener Eigenbeteiligung wird der Patient in die Behandlungsabläufe und therapeutischen Maßnahmen selbstbestimmt einbezogen.

## 4.3. Ergebnisebene

### ■ Geeignete klinische Indikatoren sind weiterzuentwickeln

Indikatoren beziehungsweise Indikatorensets auf der anatomischen, histologischen oder physiologischen Ebene (zum Beispiel zu Form und Verschleiß, Okklusion, Randschluss, Restaurationsoberfläche, Gewebereaktion, struktureller und biologischer Integrität und mehr) bilden für die naturwissenschaftlich ausgerichtete Zahnheilkunde den Anker für eine Erfolgsevaluation zahnärztlicher Dienstleistungen. Entsprechend unterstützen BZÄK und KZBV nachdrücklich die zahnmedizinische Forschung in ihrem Bemühen, für die verschiedenen Gebiete der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde valide und reliable Beurteilungskriterien zu entwickeln, gegen die ein klinisches Ergebnis in seinem Qualitätsniveau abgeschätzt werden kann. Die bisher vorgelegten Qualitätskriterien (zum Beispiel Würzburger Studienhandbuch von 1988), sei es auf dem

Gebiet der Zahnerhaltungskunde, der zahnärztlichen Chirurgie, der zahnärztlichen Prothetik, der Kieferorthopädie oder weiterer Fächer der modernen Zahnheilkunde, genügen dem Anspruch einer fundierten Beurteilungsmöglichkeit nur teilweise, weil sie entweder nur Teilaspekte berühren und/oder eine unklare klinische Relevanz aufweisen. Insofern herrscht auf dem Gesamtgebiet der zahnmedizinischen Qualitätsindikatoren unverändert hoher Forschungsbedarf. BZÄK und KZBV sind der Auffassung, dass beispielsweise das Handbuch der SSO „Qualitätsleitlinien in der Zahnmedizin“ aus dem Jahr 2000 eine tragfähige Orientierungshilfe für die Weiterentwicklung der klinischen Ergebnisgrößen in den verschiedenen Bereichen der ZMK sein kann. Auch die umfassende Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde schließt bereits qualitätsfördernde Aspekte ein.

Auf der Ebene der Gesundheitssystembetrachtung haben sich die nationalen Mundgesundheitsstudien (DMS I bis III) des IDZ als Monitoringinstrument des zahnärztlichen Versorgungsgrades in der Bevölkerung hervorragend bewährt. Die für 2005 geplante DMS IV wird aktuelle Ergebnisgrößen liefern, wobei auch Entwicklungen

und Trends über die letzten Jahre dargestellt werden können.

#### ■ **Psychosoziale Indikatoren werden herangezogen**

BZÄK und KZBV widmen den psychosozialen Indikatoren besondere Aufmerksamkeit, da für die Beurteilung des Behandlungserfolges nicht nur klinische, sondern auch psychosoziale Parameter entscheidend sind, die im Konzept „Lebensqualität“ zusammengefasst sind. Dabei ist Lebensqualität als Zielkriterium für den Effektivitätsnachweis klinischer Interventionen ein ebenfalls quantifizierbares und reproduzierbares Ergebnismaß. Bezogen auf die Lebensqualität durch einen Zuwachs an Mundgesundheit hat das IDZ ein standardisiertes Routineverfahren veröffentlicht (OHIP-G). BZÄK und KZBV sprechen sich vor diesem Hintergrund dafür aus, die neuen Entwicklungen in der Versorgungsforschung in Deutschland stärker zu fördern.

### **5. Grundsätze zur Qualitätsförderung in der Zahnheilkunde**

**1.** Qualitätsförderung ist eine originäre innerprofessionelle Aufgabe; damit wird die berufliche Tätigkeit transparent.

**2.** Qualitätsförderung dient der Verbesserung der Patientenversorgung und ist kein Selbstzweck. Der Patient steht im Mittelpunkt der Qualitätsförderung und muss in die Lage versetzt werden, daran mitzuwirken.

**3.** Maßnahmen zur Qualitätsförderung sind vom Berufsstand selbst zu entwickeln und zu implementieren, ohne Vorgaben und direkte Einflussnahme durch Gesetzgeber oder Kostenträger. Zwang und Kontrolle zur Qualitätsförderung sind nicht zielführend.

**4.** Qualitätsförderung bedarf angemessener personeller und organisatorischer Strukturen. Diese sind mit Kosten verbunden. Voraussetzungsorientierte Qualitätsförderung wird vom Berufsstand verwirklicht, wo immer sie für Zahnärzte und Patienten von Nutzen ist. Qualitätsförderung setzt eine angemessene Honorierung der hochwertigen zahnmedizinischen Dienstleistungen voraus.

**5.** In Zukunft können mehr Menschen mehr eigene Zähne bis ins Alter behalten, was eine Steigerung der Lebensqualität bedeutet. Voraussetzung dafür ist die Umsetzung einer qualitätsgesicherten und gleichzeitig präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

The Dental Agenda for Quality Promotion is a policy paper issued by the German Dental Association (BZÄK) and the National Association of Statutory Health Insurance Dentists (KZBV) which places on record the profession's position on quality in dentistry. A prime objective is ongoing internal monitoring with a view to achieving constant improvements in dental care and hence also in the oral health of the population. For the individual patient this implies the preservation of oral structures and an enhanced quality of life. Dentist and patient become partners enjoying equal rights, who decide jointly on treatment and therapy (shared decision making).

The Agenda describes the fundamental concept of a system of quality promotion that takes account not only of outcomes but also of all relevant contextual parameters,

based on the principle of prevention-oriented dentistry. At the same time it illustrates the intimate relationship between the quality of the structure, process quality and the quality of outcomes.

The Agenda also establishes five principles for the promotion of quality in dentistry:

**1.** Quality promotion is of its nature an intraprofessional task and thus makes for transparency in professional activity.

**2.** Quality promotion is directed towards the improvement of patient care and is therefore not an end in itself. The patient is at the focus of quality promotion and must be enabled to contribute to it.

**3.** Quality promotion measures must be developed and implemented by the profession itself without the imposition of requirements or the exercise of direct influence by legislation or funding institutions.

Compulsion and supervision are not conducive to the goal of quality promotion.

**4.** Quality promotion calls for appropriate personnel and organizational structures. These cost money. A system of quality promotion that takes account not only of outcomes but also of all relevant contextual parameters should be implemented by the profession wherever it is beneficial to dentists and patients. A basic prerequisite of quality promotion is appropriate remuneration for dental treatments.

**5.** In the future more people will be able to retain more of their own teeth into old age, and thus enjoy a better quality of life. The achievement of this goal depends on the implementation of a system of dental, oral and maxillofacial care combining quality assurance with a preventive orientation.