



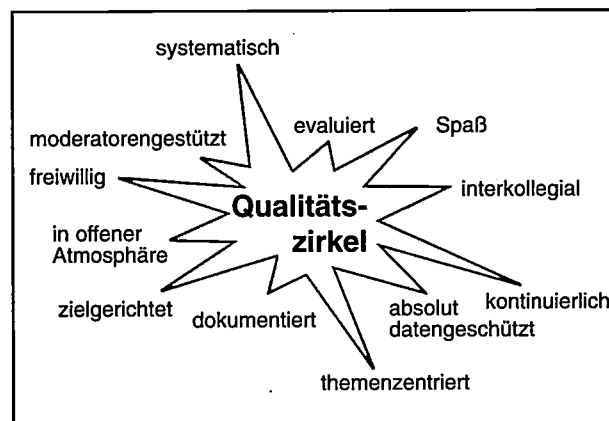
INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

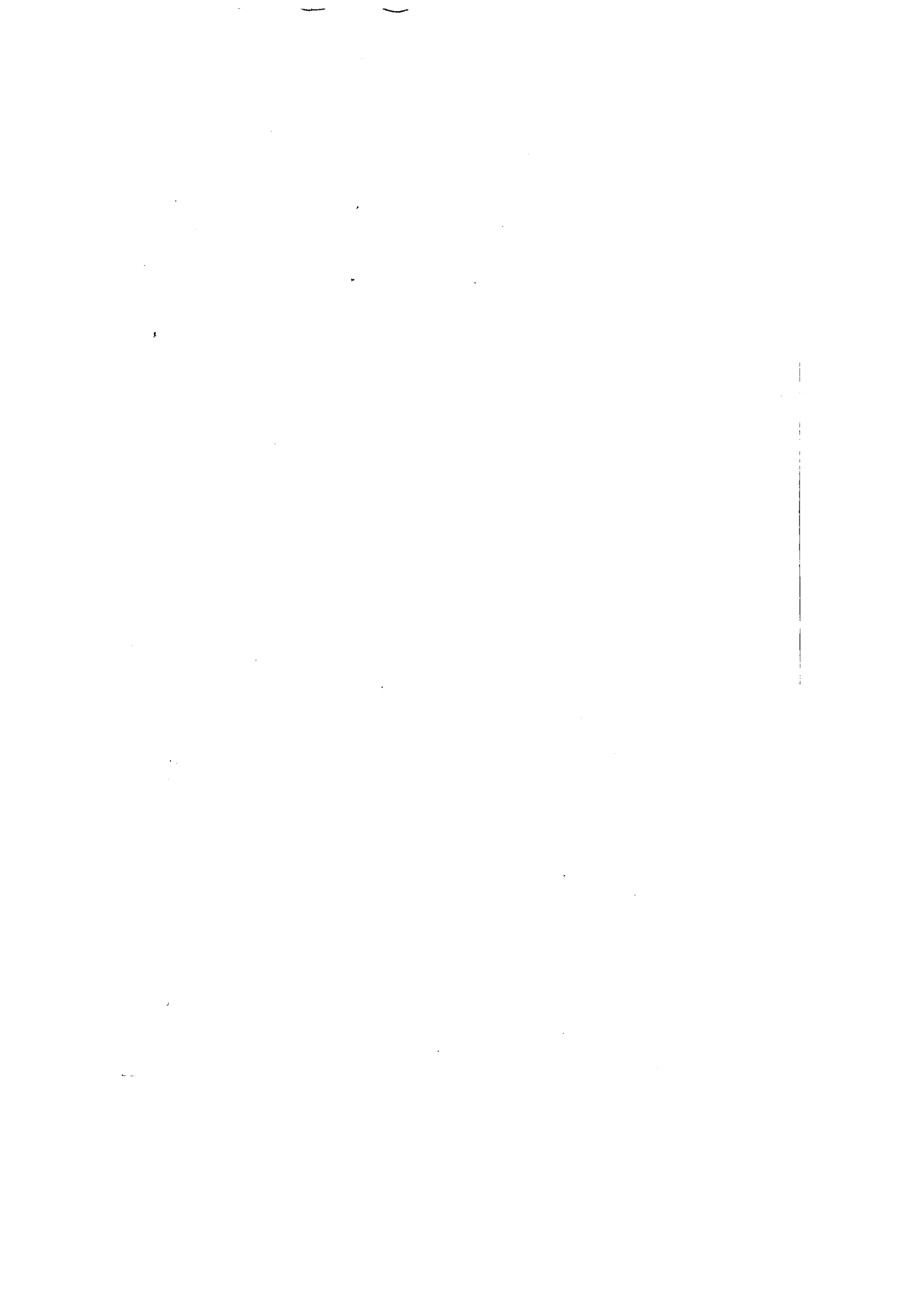
Wolfgang Micheelis, Winfried Walther,
Joachim Szecsenyi

Zahnärztliche Qualitätszirkel

Grundlagen und Ergebnisse
eines Modellversuches

Materialienreihe
Band 18





Zahnärztliche Qualitätszirkel

Materialienreihe
Band 18

„... Jeder hat seine eigenen Arbeitsschwerpunkte, und bei bestimmten Dingen wird man sagen, was da berichtet worden ist, erreicht dann fast meinen Standard. Bei Fachgebieten, mit denen man sich selber nicht so sehr beschäftigt, ist dann dieser und jener Aspekt doch ganz interessant. Das nimmt man mit nach Hause. Da wird sich jeder die Stelle 'raussuchen, an der sein ‚geistiger Schwamm‘ gerade trocken ist.“

(Ein Qualitätszirkelteilnehmer)



Wolfgang Micheelis, Winfried Walther, Joachim Szecsenyi

Zahnärztliche Qualitätszirkel

Grundlagen und Ergebnisse eines Modellversuches

unter Mitarbeit von Edith Andres

Herausgeber:

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)

In Trägerschaft von

Bundeszahnärztekammer

– Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. –

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Körperschaft des öffentl. Rechts –
50931 Köln, Universitätsstraße 71–73

Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1997

Autoren:

Dr. Dipl.-Sozialw. Wolfgang Micheelis
Institut der Deutschen Zahnärzte
Köln

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Winfried Walther
Akademie für zahnärztliche Fortbildung
Karlsruhe

Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi
AQUA Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen
Göttingen

Unter Mitarbeit von:

Dipl.-Psych. Edith Andres
AQUA Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen
Göttingen

Redaktion:

Dorothee Fink
Institut der Deutschen Zahnärzte
Köln

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Micheelis, Wolfgang:

Zahnärztliche Qualitätszirkel: Grundlagen und Ergebnisse eines Modellversuches/Wolfgang Micheelis; Winfried Walther; Joachim Szecsenyi. Unter Mitarb. von Edith Andres. Hrsg.: Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Trägerschaft von Bundeszahnärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V., Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Körperschaft des öffentl. Rechts. -Köln: Dt. Ärzte-Verl., 1997
(Materialienreihe/Institut der Deutschen Zahnärzte; Bd. 18)

ISBN 3-7691-7841-6

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- oder Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Umschlagabbildung: © AQUA 1997

Copyright © by Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln 1997

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	7
1 Vorbemerkung	9
2 Forschungsziele und organisatorische Grundlagen	13
2.1 Wissenschaftliche Grundlagen zur Qualitätssicherungsdiskussion	13
2.2 Merkmale des Modellversuches „Zahnärztliche Qualitätszirkel“	16
2.3 Einzelheiten des methodischen Designs	18
2.3.1 Stufe 1: Gewinnung von Zahnärzten als Moderatoren	18
2.3.2 Stufe 2: Moderatorenschulung	18
2.3.3 Stufe 3: Gewinnung von Zirkelmitgliedern	19
2.3.4 Stufe 4: Inhalte der Zirkelarbeit	21
2.3.5 Stufe 5: Frequenz der Zirkelsitzungen	22
2.3.6 Stufe 6: Wissenschaftliche Begleituntersuchung	22
3 Das Konzept der Moderatorenschulung	25
3.1 Grundlagen	25
3.1.1 Der Kreislauf der Qualitätsentwicklung	26
3.1.2 Vom Konzept zum Zirkel: Der Moderator hilft der Gruppe „laufen lernen“	28
3.2 Darstellung des Konzeptes	29
3.2.1 Baustein 1: Kennenlernrunde, Ideen, Erwartungen zum Seminar, eigene Vorstellungen zur Arbeit in Qualitätszirkeln	29
3.2.2 Baustein 2: Von der Theorie zur Praxis – Beispielsitzung eines Qualitätszirkels mit Diskussion einer Aufzeichnung	31
3.2.3 Baustein 3: Welche Formen der Dokumentation sind für zahnärztliche Qualitätszirkel geeignet?	31
3.2.4 Baustein 4: Moderationsübung zur mündlichen Fallvorstellung anhand von realen Beispielen aus der Zahnarztpraxis	32
3.2.5 Baustein 5: Schwierige Gruppensituationen, Grundlagen der Kommunikation	32
3.2.6 Baustein 6: Moderationsübung zur Themenwahl	33

3.2.7	Baustein 7: Konkrete Planungen für die eigene Qualitätszirkelarbeit	33
3.3	Das Nachbereitungsseminar	37
4	Die Arbeit in den Qualitätszirkeln – Problemstellungen, Inhalte und Durchführung	43
4.1	Fragestellung	43
4.2	Dokumentation	44
4.3.	Durchgeführte Sitzungen	45
4.3.1	Dokumentationserfolg	45
4.3.2	Sitzungen, Mitgliederzahl und Beteiligung	45
4.3.3	Zeitaufwand	47
4.3.4	Sitzungskosten	48
4.4	Themen und Durchführung der Gruppenarbeit	49
4.4.1	Themen	49
4.4.2	Gliederung der Sitzungen	52
4.4.3	Unterlagen der Präsentation	53
4.4.4	Die fachliche Diskussion – Vorgehen und Ergebnisse	54
4.5	Zufriedenheit und Atmosphäre innerhalb des Zirkels – Erfahrungen der Moderatoren	58
4.6	Forderungen an Institutionen außerhalb des Qualitätszirkels	61
4.7	Fachliche Handlungsleitlinien	61
4.8	Zusammenfassung	63
5	Die Entwicklung der Zirkel im Spiegel der Teilnehmer ...	65
5.1	Allgemeine Erwartungen und Erfahrungen im Kontext Qualitätssicherung/Qualitätszirkel	66
5.2	Spezielle Einschätzungen zu Dokumentationsmethoden für die Zirkelarbeit und Handlungsleitlinien	70
5.3	Nachteile/Probleme und Perspektiven im Kontext der Zirkelarbeit	72
6	Das Resümee der Moderatoren	79
6.1	Erfahrungen bei der Zirkelgründung	79
6.2	Bewertungen zur Gruppenarbeit	82
6.3	Gesamtfazit	84
7	Schlußfolgerung und Ausblick	87
8	Abstract/Zusammenfassung	91
9	Literaturverzeichnis	93
10	Verzeichnis der Abbildungen, Tabellen und Übersichten	95
Anhang	97

Geleitwort

Über die Ergebnisse der vorliegenden Veröffentlichung freue ich mich ebenso wie darüber, daß die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe dieses zweifellos innovative Projekt mit wissenschaftlicher Unterstützung unseres Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) auf den Weg gebracht hat. Selbstverständlich ist mir aus meiner standespolitischen Verantwortung dabei gegenwärtig, daß sich ein Modellversuch „Zahnärztliche Qualitätszirkel“ auf einem sehr sensiblen berufspolitischen Terrain bewegt, da sich die vielschichtigen Problemstellungen einer medizinischen/zahnmedizinischen Qualitätssicherung nur allzu häufig in ein fiskalisches Instrument zur Kostendämpfung unseres Gesundheitswesens verwandeln. Das kann und darf aber nicht Ziel einer medizinischen Qualitätssicherung sein.

Für uns Zahnärzte steht immer die Mundgesundheit des Patienten im Mittelpunkt der Betrachtung; die Mundgesundheit ist Leitlinie aller zahnmedizinischen Qualitätssicherungsbemühungen. Zu Recht haben Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung bereits im Jahre 1988 das Konzept der „voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung“ der Öffentlichkeit vorgelegt, das bei der Ausgestaltung entsprechender Programme an den Strukturen und Prozessen der zahnärztlichen Versorgung ansetzt und bei allen Diskussionen um Qualitätssicherung auf einer Beachtung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen besteht.

Vor diesem Hintergrund bekommen gerade Verfahren eines interkollegialen kontinuierlichen Austausches von Erfahrungen und Problemstellungen unter Zahnärzten im Kontext von Qualitätssicherungsbemühungen eine herausragende Bedeutung, da nur so die tatsächlichen Arbeitsbedingungen praktizierender Kollegen berücksichtigt werden können. Denn Fragen der Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung dürfen nicht von oben nach unten – oder wie es dazu heute in der Wissenschaft heißt „**top down**“ – in Anspruch genommen werden, sondern müssen praxisnah „**bottom up**“ – also von unten nach oben – identifiziert und einer Lösung zugeführt werden. Nur so ist es möglich, in angemessener Weise Betrachtungen zur Nützlichkeit und zur Wirksamkeit zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen anzustellen. Und fraglos ist gerade das Verfahren der sogenannten Qualitätszirkel hierfür hervorragend geeignet, da es von seiner Grundphilosophie her dem Prinzip des „bottom up“ verpflichtet ist.

Ich empfinde es als ermutigend, mit welchem großen Engagement und Interesse unsere Kolleginnen und Kollegen im Kammerbereich Westfalen-Lippe dieses neue Fortbildungsangebot „Qualitätszirkel“ aufgegriffen haben und fühle mich durch die jetzt vorgelegten Ergebnisse aus dem Modellversuch bestärkt, diesen Weg weiterzugehen. Es wäre aus meiner Sicht erfreulich, wenn nach den gemachten guten Erfahrungen jetzt auch in anderen Kammerbereichen die Qualitätszirkelidee aufgegriffen würde.

Mein großer Dank gilt dem IDZ, der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung/Karlsruhe und dem Institut AQUA/Göttingen für die ausgezeichnete Zusammenarbeit bei diesem sicherlich nicht ganz einfachen Modellversuch.

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp
Präsident der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe
Mitglied des Gemeinsamen BZÄK/KZBV-Vorstandsausschusses des IDZ

im Januar 1997

1 Vorbemerkung

Das Thema einer Qualitätssicherung medizinischer Leistungen hat in vielen Ländern mit ausgebauten Gesundheitssystemen einen beachtlichen politischen Aufschwung erhalten und zwischenzeitlich in Deutschland eine gesetzliche Fixierung im Sozialgesetzbuch (§§ 135ff SGB V) erzielt. Nicht zuletzt durch eine anwachsende Zahl von Rechtsstreitigkeiten in den USA über tatsächliche oder vermeintliche Leistungsmängel im medizinisch-ärztlichen Sektor wurde nach und nach eine grundsätzliche Diskussion über die Güte (Qualität) des Leistungsgeschehens und deren Sicherung in Gang gesetzt, die nach einer gewissen Zeitverzögerung auch Deutschland mit einiger Heftigkeit erreichte. Unglücklicherweise wurde dabei die vielschichtige Problematik der Qualitätssicherung sehr schnell mit den Diskussionen um die aktuellen Kostendämpfungsmaßnahmen im Gesundheitswesen verknüpft bzw. verschmolzen, so daß die diversen Einzelfragestellungen zur Qualitätssicherung ausgesprochen einseitig auf sogenannte Ergebnisparameter – bis hin zu Ergebniskontrollen – reduziert wurden.

Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) haben vor diesem Hintergrund das Konzept einer „voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung“ in die gesundheits- und sozialpolitische Diskussion eingebracht, das den engen Zusammenhang von Struktur- und Prozeßparametern für die Auslösung von „Behandlungsergebnissen“ herausstellt. Entsprechend dieses Qualitätssicherungsansatzes erhalten u. a. zahnärztliche Fortbildungsmaßnahmen und Modelle des organisierten Erfahrungsaustausches von Zahnärzten und für Zahnärzte ihr besonderes Gewicht.

Der vorliegende Band 18 der IDZ-Materialienreihe faßt nun die Ergebnisse aus einem erstmaligen und ausführlich dokumentierten Modellversuch auf dem Gebiet der „Zahnärztlichen Qualitätszirkel“ zusammen. Dabei soll der Akzent nicht nur auf die Präsentation der erhobenen empirischen Daten gelegt werden, sondern es sollen gleichzeitig auch die theoretischen und organisatorischen Grundlagen erörtert bzw. kritisch diskutiert werden, um dem Leser eine Orientierungshilfe über die Implementationsmöglichkeiten und Implementationsgrenzen der Verfahrensweise von Qualitätszirkeln zu vermitteln.

Entsprechend diesem Anliegen sind in die Publikation alle relevanten Informationen zur technischen Abwicklung des Modellversuches eingearbeitet worden mit dem Ziel, auch im Hinblick auf die zeitlichen und räumlichen Rahmenbedingungen eine ausreichende Transparenz zu dem Modellversuch herzustellen. In einem Anhang werden zusätzlich alle Erhebungsunterlagen dokumentiert, die für die wissenschaftliche Evaluierung des Modellversuches entwickelt und eingesetzt wurden.

Natürlich braucht ein Pilotprojekt diesen Zuschnittes auch eine angemessene politische Flankierung, um konkret und erfolgreich auf den Weg gebracht werden zu können. Es ist dem IDZ insofern ein allererstes Anliegen, dem Vorstand der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe – und insbesondere ihrem Präsidenten Herrn Dr. Dr. Jürgen Weitkamp – sowie dem Beirat Qualität der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe für die aufgeschlossene und engagierte Unterstützung bei der Durchführung des Modellversuches zu danken. Ohne die wohlwollende Haltung der Zahnärztekammer wäre es nicht möglich gewesen, dieses Feldexperiment zu verwirklichen. Zu danken ist in diesem Zusammenhang auch Herrn Dr. Hendrik Schlegel von der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, der für einen reibungslosen Ablauf der technisch-organisatorischen Seite des Modellversuches Sorge getragen hat.

Ein Modellversuch „Zahnärztliche Qualitätszirkel“ ist ferner nur dann möglich, wenn sich auf der einen Seite genügend niedergelassene Zahnärzte motivieren lassen, das Experiment einer Gruppenmoderatorenausbildung auf sich zu nehmen und sich auf der anderen Seite genügend niedergelassene Zahnärzte angesprochen fühlen, sich auf das Experiment einer Qualitätszirkelarbeit einzulassen. Es ist dem IDZ insofern ein großes Anliegen, den Zahnärzten Dr. Harald Birth, Dr. Manfred Borchert, Dr. Hans-Joachim Gronemeyer, Dr. Klaus Hohmann, Dr. Ralph Kempka, Dr. Günter Lohmann, Dr. Bernd Roxlau, Dr. Harald Supé, Dr. Guido Vorwerk und Dr. Joachim Schmidt für ihre Bereitschaft zu danken, die Schulung zu einem „Moderator“ auf sich genommen und immerhin über einen Zeitraum von einem Jahr einen konkreten Qualitätszirkel federführend in der Hand behalten zu haben. Die Zusammenarbeit mit den Moderatoren war nicht nur sehr angenehm und ausgesprochen vertrauensvoll, sondern auch von großer Experimentierfreude und großem Kräfteinsatz geprägt. Letztlich gebührt diesen Moderatoren der größte Anteil an dem Gelingen des gesamten Modellversuches.

Natürlich ist es aber auch dem IDZ mehr als nur eine angenehme Pflicht, sich bei allen denjenigen Zahnärztinnen und Zahnärzten im Kammerbereich Westfalen-Lippe zu bedanken, die sich spontan an einer Qualitätszirkelteilnahme interessiert gezeigt hatten und mit Diskussionsbeiträgen, Anfragen, Problemanalysen, Empfehlungen und Praxisberichten die insgesamt zehn Qualitätszirkel mit Gruppenleben erfüllten; und auch das Ausfüllen der diversen Fragebögen zur wissenschaftlichen Begleitung wurde

von allen Beteiligten ohne großes Murren akzeptiert. Für diese Gesamtmitarbeit allen zahnärztlichen Teilnehmern der verschiedenen Qualitätszirkel unseren allerbesten Dank.

Dieser Modellversuch wurde in enger fachlicher Zusammenarbeit mit den Forschungskollegen Priv.-Doz. Dr. Winfried Walther/Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe, Dr. Joachim Szecsenyi/AQUA Göttingen und Dipl.-Psych. Edith Andres/AQUA Göttingen konzipiert, durchgeführt und ausgewertet. Allen Projektkollegen möchte das IDZ für die hervorragende Kooperation auch an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich Dank sagen.

Dr. Wolfgang Micheelis

im Januar 1997

2 Forschungsziele und organisatorische Grundlagen

2.1 Wissenschaftliche Grundlagen zur Qualitätssicherungsdiskussion

Im Laufe der letzten zwei Dezennien hat sich auf dem Feld der Qualitätssicherungsforschung mit dem amerikanischen Forscher A. Donabedian (1980) eine Unterteilung diesbezüglicher Anstrengungen auf den Ebenen der Struktur, des Prozesses sowie der Ergebnisse medizinischer/zahnmedizinischer Versorgungsgeschehnisse durchgesetzt (vgl. auch: BdB, 1990; Olsen, 1995). Dabei beziehen sich die Ansatzpunkte bei der **Strukturqualität (S)** auf die Qualität der eingesetzten personellen, technischen oder auch organisatorischen Ressourcen, bei der **Prozeßqualität (P)** auf den Erbringungsprozeß einer gesundheitlichen Versorgungsmaßnahme mit den verschiedenen Komponenten auf Arzt- und Patientenseite und bei der **Ergebnisqualität (E)** auf den eigentlichen End- oder Zielpunkt einer in Gang gesetzten Behandlungsmaßnahme selbst.

Natürlich muß bei dieser begrifflichen Dreiteilung im Auge behalten werden, daß Struktur-, Prozeß- und Ergebnisgrößen aus der Sache heraus in einem sehr engen Zusammenhang stehen und speziell den Ergebnisgegebenheiten einer medizinischen Versorgungsleistung sowohl zeitlich als auch inhaltlich naturgemäß Prozeßabläufe vorausgehen, die wiederum durch die strukturellen Randbedingungen modelliert werden. Vor diesem Hintergrund verbietet sich eigentlich jede einseitig isolierende Betrachtungsweise der drei Qualitätsparameterbereiche im Rahmen des S-P-E-Modells, da sonst die empirischen Zusammenhangsstrukturen der Einzelkomponenten übersehen werden (Boehme, 1995). Für den zahnmedizinischen Versorgungsbereich läßt sich dieses S-P-E-Zusammenspiel in das nachfolgende allgemeine Schaubild (vgl. Abb. 1) bringen (Micheelis, 1995).

Mit dieser methodischen Zentrierung der Qualitätssicherungsdiskussion (vgl. auch Schwartz, 1981) ist zweifellos auch die Forderung zu verknüpfen, Analysen über die Nützlichkeit und Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen in einen gleichsam alltagsrepräsentativen Versorgungsrahmen zu stellen und nicht auf eine hochselektive Empirie (z. B. Patienten aus Universitätskrankenhäusern) zu beziehen. Gerade „Kriterien“ oder „Standards“ im Kontext der Beurteilung therapeutischer Ergebnisqualitäten müssen auf eine empirische Grundlage bezogen werden, die die Alltagsbedingungen

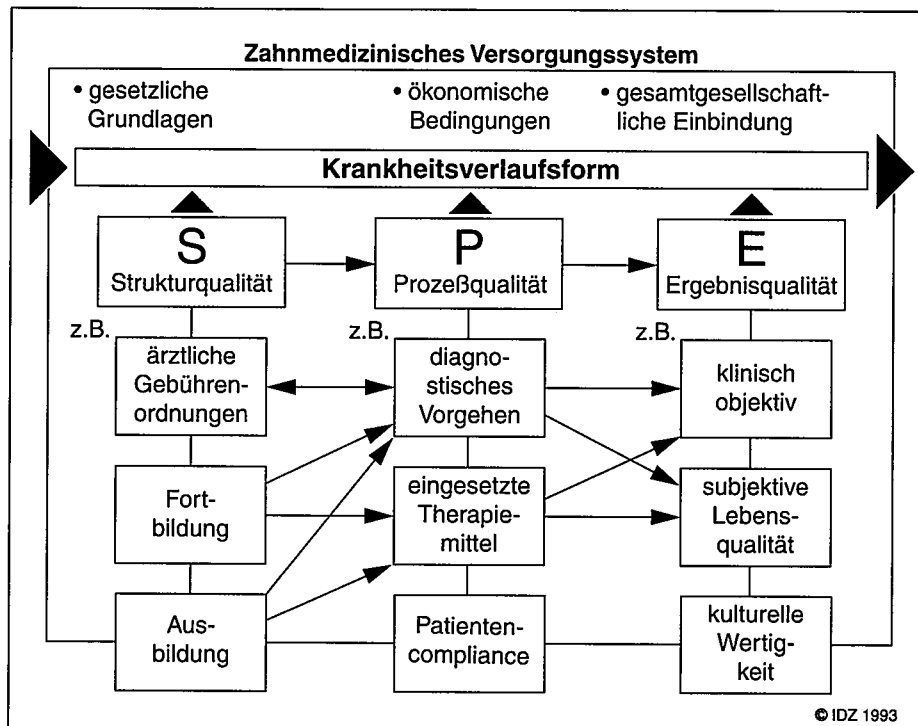


Abbildung 1: Zusammenspiel ausgewählter Qualitätsfaktoren im Versorgungsprozeß

der praktischen Versorgung ausreichend reflektiert; zu Recht fordern beispielsweise Schwartz et al. (1996) hier eine verstärkte Ausrichtung auf sogenannte **alltagsnahe Effektivitätsanalysen**, die in die Formulierung und Reformulierung klinischer Standards und Guidelines eingehen sollten.

Beispielsweise können vor diesem Hintergrund auch die vorgelegten Analysen des BdB (Sinha, 1993) zur „Qualität und Wirtschaftlichkeit der zahnmedizinischen Versorgung“ auf der Basis von GKV-Abrechnungsdaten erbrachter zahnärztlicher Leistungen oder Untersuchungen „Zur Qualität zahnärztlicher Prothetikarbeiten“ der Universität Münster (Marxkors und Mitarbeiter, 1993) nicht überzeugen, da allein die methodischen Voraussetzungen der gewählten Studiendesigns eine angemessene Abbildung von relevanten Struktur- und Prozeßinformationen des zahnärztlichen Versorgungsgeschehens nicht gestatten. Viele Einzelergebnisse bleiben dadurch in der Luft hängen. Sie können gedanklich nicht auf das diesen Versorgungsereignissen zugrundeliegende strukturelle und prozeßhafte Bedingungsgefüge rückbezogen werden. Wie oben schon hervorgehoben, sind aber Effektivitätsanalysen auf diese Hintergrundinformationen konstitutiv angewiesen, da die Fragen von „gut“ oder „schlecht“ eines Therapieereig-

nisses von diesen Kontextbezügen naturgemäß geprägt worden sind (vgl. Bauch und Micheelis, 1989).

In einer Art Gegenbewegung zu einer einseitig an dem Ergebnis orientierten Betrachtungsweise der medizinischen Qualitätssicherung haben Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung das Konzept einer „**voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung**“ (BDZ/KZBV-Arbeitsgruppe Qualitätsfragen, 1988; Institut der Deutschen Zahnärzte, 1994, 1995) vorgeschlagen, das den Hauptakzent auf eine gezielte Einwirkung auf Struktur- und Prozeßgrößen legt. Nach diesem Ansatz erhalten Fragen einer modernen Zahnärzteausbildung, Fragen einer leistungsfähigen Praxisausstattung mit apparativen und zahntechnischen Arbeitsmitteln, Fragen einer problem- und praxisorientierten Fortbildung bis hin zu Fragen der Patientencompliance und Patientenzufriedenheit ein substantielles qualitätsstrategisches Gewicht. In diesem Zusammenhang erscheint bemerkenswert, daß selbst in dem vielzitierten „Würzburger Studienhandbuch“ der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Zahnmedizin (1988) die Rückkopplung auf Einflüsse aus dem Struktur- und Prozeßbereich bei den dort vorgelegten Kriteriendefinitionen wiederholt herausgestellt wird.

Ein weiteres und erhebliches Problem der medizinischen bzw. zahnmedizinischen Qualitätssicherungsforschung betrifft zweifellos die Frage einer ausreichenden Explikation der gewählten Zieldefinitionen (der Qualitätssicherung). Gerade in den aktuellen Analysen zur Effektivität und Effizienz der modernen Gesundheitsversorgungssysteme wird häufig das Anliegen der Qualitätssicherung mit ökonomischen Erwägungen vermischt, so daß Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung mit Maßnahmen der Kostensenkung bzw. mit Erwartungen einer möglichen Kosteneinsparung hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung nolens volens verknüpft werden. Hält man aber diese Definitionsprobleme von unterschiedlichen Qualitätssicherungszielen nicht sorgfältig auseinander, passiert es sehr schnell, daß medizinisch orientierte Qualitätssicherungsveranstaltungen zu reinen fiskalischen Kostendämpfungsveranstaltungen mutieren (vgl. auch: Berufsverband Deutscher Kieferorthopäden, 1993; Heners und Walther, 1994; Boehme, 1995).

Von erheblicher Bedeutung ist die Frage, welches Grundziel mit der Qualitätssicherung verbunden sein soll. Nur dann ist es möglich, Ziele und Mittel der Qualitätssicherung sinnvoll aufeinander zu beziehen und vor allem die Mittelauswahl einer konsequent rationalen Diskussion zuzuführen. Zu Recht mahnen hier beispielsweise Heners (1994) oder Walther (1995) diesen Klärungsprozeß über zahnärztliche Qualitätsziele an, um die Anstrengungen der Qualitätssicherung in der Zahnmedizin auf ein gesichertes und gesellschaftlich kommunizierbares (!) Fundament stellen zu können.

Als Leitlinie läßt sich aus zahnmedizinisch-fachlicher Warte fraglos die Formulierung von Heners (1994) bzw. Walther (1995) aufgreifen, daß das Grundziel aller zahnmedizinischen Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Frage zu liegen habe, inwieweit sie einen Beitrag zur „**Erhaltung der oralen Strukturen**“ leisten würden. Natürlich ist diese Zielformulierung sehr allgemein gehalten und bedarf deswegen in Abhängigkeit jedweder Problemstellung der praktischen Versorgungsarbeit des Zahnarztes immer wieder einer ausreichenden Konkretisierung. Klar ist aber an dieser Zielformulierung auch, daß sie nicht „Kostensenkung“, „Kostendämpfung“ oder ein ähnlich gelagertes fiskalisches Ziel meint, sondern ausschließlich auf eine medizinische bzw. zahnmedizinische Sollgröße ausgerichtet ist; dies schließt freilich nicht aus, daß mit einer zahnmedizinisch-fachlich gesteuerten Zielperspektive im Einzelfall sehr wohl auch finanzielle Einspareffekte möglich sein können.

2.2 Merkmale des Modellversuches „Zahnärztliche Qualitätszirkel“

Es wurde bereits verdeutlicht, daß im Rahmen des Konzepts der „voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung“ den Struktur- und Prozeßparametern im zahnärztlichen Versorgungsgeschehen ein strategischer Stellenwert eingeräumt wird. Insbesondere die Förderung von Prozeßfaktoren erscheint als ein erfolversprechender Weg, um unter Beachtung gegebener Alltagsbedingungen der zahnärztlichen Versorgung Qualitätssicherung zu betreiben. Hierzu hat sich neben den klassischen, berufsbegleitenden Fortbildungen durch die Selbstverwaltungsträger des zahnärztlichen Berufsstandes und freien Einrichtungen zwischenzeitlich ein Bereich herausgebildet, der insbesondere bei den Ärzten in einem beachtlichen Tempo Anerkennung und Verbreitung gefunden hat und unter dem Rubrum „Qualitätszirkel“ bekannt geworden ist.

Im Kern geht es bei dieser Verfahrensweise der Qualitätssicherung im ärztlich-medizinischen Kontext um eine Form des **interkollegialen Austausches von Erfahrungen und Problemstellungen von Ärzten**, die in der Regel unter der Leitung eines sogenannten Moderators in kleineren Gruppen (acht bis zwölf Personen) kontinuierlich zusammenkommen. Das Prinzip der Teilnahme ist das der Freiwilligkeit. Ausschließlich Interesse, Neugier oder der Wunsch nach kritischer Rückkopplung der eigenen Arbeit bilden die Grundlage der Gruppenzusammenkünfte. Der Moderator – ebenfalls in der Regel ein Arzt – hat primär die Aufgabe, die Gruppe organisatorisch und sozial zusammenzuhalten.

Das **didaktische Prinzip des Qualitätszirkels** ist ein gelenkter Erfahrungsaustausch aller Gruppenmitglieder untereinander, wobei jeder als Experte seiner eigenen Praxis angesprochen wird. Der Lerneffekt des Qualitätszirkels ergibt sich daraus, daß durch die verschiedenen eingebrachten Sichtweisen, Vorgehensweisen, Behandlungsmuster usw. der einzelnen

Mitglieder synergetische Effekte entstehen, die wiederum bei den einzelnen neue Sichtweisen, Vorgehensweisen, Behandlungsmuster usw. anstoßen können. Bahrs, Gerlach und Szecsenyi (1995) haben in einer zusammenfassenden Übersicht (vgl. Abb. 2) folgende Merkmale des Qualitätszirkels im Unterschied zu anderen, strukturähnlichen Verfahrensweisen herausgearbeitet:

Qualitätszirkel unterscheiden sich	
von:	durch:
akademischer Wissenschaft	interkollegialen Rahmen Praxisbezug
traditioneller Fortbildung	eigene Expertenschaft Themenzentrierung Fallrekonstruktion Kontinuität
Balint-Gruppen	objektivierbare Behandlungsprotokolle Themenwahl
Stammtisch	Systematik Befristung Zielbezug
Selbsthilfegruppe	Gruppenzusammensetzung Befristung Zielbezug Systematik

Abbildung 2: Der Qualitätszirkel im Vergleich zu anderen Fortbildungsformen (nach Bahrs et al., 1995, S. 18)

Der vorliegende Modellversuch „Zahnärztliche Qualitätszirkel“ sollte nun für die Berufsgruppe der Zahnärzte das Verfahren einer Qualitätssicherung durch Qualitätszirkel in einem abgegrenzten regionalen Rahmen beispielhaft erproben, Erfahrungen der organisatorischen Umsetzung sammeln und durch eine wissenschaftlich-systematische Begleitung die Wertigkeit abschätzen helfen. Insgesamt drei Einzelziele standen für die Evaluation im Vordergrund:

1. Evaluierung der Akzeptanz von Qualitätszirkeln unter niedergelassenen Zahnärzten
2. Ermittlung der wichtigsten Diskussionsinhalte und Beratungsschwerpunkte bei der Zirkelarbeit

3. Abschätzung zum Ausmaß der erreichten Verhaltensänderungen bei den Zirkelteilnehmern im Hinblick auf die eigenen Diagnose- und Therapiegewohnheiten (ohne Objektivierung durch direkte Fremdbeobachtungen)

Der Modellversuch „Zahnärztliche Qualitätszirkel“ wurde in enger Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe durchgeführt und auf interessierte Zahnärzte aus diesem Kammerbereich beschränkt.

2.3 Einzelheiten des methodischen Designs

2.3.1 Stufe 1: Gewinnung von Zahnärzten als Moderatoren

Die Rekrutierung interessierter Zahnärzte (Januar 1995) für eine Moderatorenschulung zur späteren Übernahme einer Leiterrolle eines Qualitätszirkels erfolgte im Rahmen des Fortbildungskollegs „Zahnheilkunde Plus“ der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe. Dort wurde zunächst durch das IDZ die Verfahrensweise eines Qualitätszirkels vorgestellt und die Schulungskonzeption skizziert. Insgesamt konnten aus dem Kreis der dort anwesenden Kollegiaten zwölf niedergelassene Zahnärzte gewonnen werden, die sich für eine Moderatorenschulung zur Verfügung stellten.

2.3.2 Stufe 2: Moderatorenschulung

Die Schulung selbst erfolgte in Zusammenarbeit mit der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung/Karlsruhe und dem Institut AQUA/Göttingen. Im Mittelpunkt (vgl. hierzu vor allem Kapitel 3) der 1 1/2tägigen Moderatorenschulung stand zum einen die Einführung in die Arbeitstechniken der Moderation und der gruppenspezifischen Grundlagen, zum anderen das Vertrautmachen mit Methoden der zahnärztlichen Arbeitssystematik und Dokumentationshilfen, um den zukünftigen Moderatoren die Planung, Gestaltung und Durchführung der Qualitätszirkeltreffen zu erleichtern.

Ein Qualitätszirkelmoderator legte aus privaten Gründen seine geplante Leiterfunktion nach Abschluß der Moderatorenausbildung nieder und schied aus dem gesamten Modellversuch endgültig aus; somit verblieben von den zwölf ausgebildeten Moderatoren elf Moderatoren im Modellversuch.

Die soziodemographische Struktur der zwölf ausgebildeten Qualitätszirkelmoderatoren im Rahmen des Modellversuches zeigt folgendes Bild (vgl. Tab. 1):

Tabelle 1: Soziodemographische Struktur der zwölf ausgebildeten Qualitätszirkelmoderatoren	
Geschlecht	
männlich:	12
weiblich:	0
Altersgruppe	
unter 35 Jahre:	3
35 bis unter 45 Jahre:	4
45 bis unter 55 Jahre:	5
55 bis unter 65 Jahre:	0
65 Jahre und älter:	0
Ortsgrößenklasse des Praxisstandortes	
bis unter 5.000 Einwohner:	2
5.000 bis unter 20.000 Einwohner:	1
20.000 bis unter 100.000 Einwohner:	4
100.000 bis unter 500.000 Einwohner:	4
500.000 Einwohner und mehr:	1
Zahnärztlich behandelnd tätig seit	
unter 1 Jahr:	0
1 bis unter 5 Jahre:	1
5 bis unter 10 Jahre:	2
10 bis unter 15 Jahre:	2
15 bis unter 20 Jahre:	4
20 Jahre und länger:	3

2.3.3 Stufe 3: Gewinnung von Zirkelmitgliedern

Die Akquisition interessierter Zahnärzte für eine Mitarbeit an einem Zirkel am Standort des Moderators erfolgte im Prinzip über zwei Wege (vgl. hierzu auch Kapitel 6): Zum einen erfolgte eine zentrale Aufrufkampagne im „Zahnärzteblatt Westfalen-Lippe“ (vgl. ZBWL 5/1995, S. 12), in der in Anknüpfung an einen bereits erschienenen Artikel zu den allgemeinen Prinzipien der Qualitätszirkelarbeit (vgl. ZBWL 4/1995, S. 16 ff) die Adressen der zwölf Qualitätszirkelmoderatoren bekanntgegeben wurden. An diese Adressen sollten sich dann interessierte Zahnärzte aus dem Umfeld eigenständig wenden. Der andere Weg der Akquisition zur Zirkelgründung erfolgte durch Mundpropaganda und bereits existierende soziale Netzwerke der Moderatoren vor Ort mit dem Ziel, Interesse bzw. Neugier für diese neue Form der zahnärztlichen Fortbildungsarbeit zu wecken. Wie weiter unten noch dargestellt werden wird, erwies sich diese – informelle – Form der

Teilnehmerakquisition als sehr viel erfolgreicher als die zentrale Auslobungsaktion im Zahnärzteblatt.

Die Teilnehmerzahlen (Ausweis: anwesende Mitglieder beim jeweils ersten und beim jeweils letzten Treffen) ergaben insgesamt folgendes Bild (vgl. Tab. 2), wobei vor allem auch der Stand der Teilnehmerzahl zum Ende des Modellversuches (Laufzeit war ca. acht Monate) von besonderem Interesse sein dürfte:

Qualitätszirkel	Teilnehmerzahl	
	Anfang	Ende
Nr. 1	7	8
Nr. 2	12	9
Nr. 3	12	12
Nr. 4	12	10
Nr. 5	10	10
Nr. 6	12	10
Nr. 7	13	7
Nr. 8	7	8
Nr. 9*	—	—
Nr. 10	7	4
Nr. 11	10	10
Summe	102	88

*Ausfall

Es zeigt sich, daß pro Zirkel durchschnittlich zehn Teilnehmer gewonnen werden konnten und nach rund achtmonatiger Laufzeit im statistischen Mittel pro Zirkel ein Teilnehmer ausgeschieden war.

Interessant sind in diesem Zusammenhang noch zwei weitere Beobachtungen: Zum einen konnte ein Qualitätszirkel seine Arbeit überhaupt nicht aufnehmen, da kein stabiles Interesse an diesem Standort für die Zirkelarbeit geweckt werden konnte. Dieser Zirkel (Nr. 9) muß deswegen als Ausfall gewertet werden. Bei einem anderen Zirkel (Nr. 10) gab es eine starke Fluktuation in der Teilnehmerzusammensetzung, so daß die Teilnehmer der Anfangsphase kaum mehr mit den Teilnehmern der Schlußphase personenidentisch waren (vgl. hierzu auch die Diskussion in Kapitel 6). Somit kamen insgesamt zehn Qualitätszirkel zustande.

Im Hinblick auf die soziodemographische Struktur aller Qualitätszirkelteilnehmer (bezogen auf die entsprechende Strukturhebung aus der allerersten Sitzung aller institutionalisierten Qualitätszirkel) ergab sich folgendes Bild (vgl. Tab. 3):

Tabelle 3: Soziodemographische Struktur aller Qualitätszirkelteilnehmer (Ausweis: 1. Sitzung der institutionalisierten 10 Qualitätszirkel, N = 102 Teilnehmer)	
Geschlecht	
männlich:	82
weiblich:	20
Altersgruppe	
unter 35 Jahre:	18
35 bis unter 45 Jahre:	50
45 bis unter 55 Jahre:	27
55 bis unter 65 Jahre:	7
65 Jahre und älter:	0
Ortsgrößenklasse des Praxisstandortes	
bis unter 5.000 Einwohner:	9
5.000 bis unter 20.000 Einwohner:	20
20.000 bis unter 100.000 Einwohner:	42
100.000 bis unter 500.000 Einwohner:	23
500.000 Einwohner und mehr:	8

Insgesamt zeigt sich, daß ganz offenbar eher etwas jüngere Zahnärzte Interesse an einer Zirkelarbeit äußerten, da die höheren Altersgruppen ab 55 Jahre und älter im Vergleich zum Gesamtquerschnitt der niedergelassenen Zahnärzte in Deutschland (knapp 17 Prozent aller niedergelassenen Zahnärzte in den alten Bundesländern sind älter als 55 Jahre) unterrepräsentiert sind. Die Verteilung nach Geschlecht und der Ortsgrößenklasse des eigenen Praxisstandortes der teilnehmenden Zahnärzte läßt keine spezifischen Selektionsbesonderheiten erkennen.

2.3.4 Stufe 4: Inhalte der Zirkelarbeit

Die Inhalte und Problemstellungen der Arbeit in den Zirkeln waren nicht starr vorgegeben, sondern sollten sich gemäß der Qualitätszirkelphilosophie (vgl. oben) durch die Teilnehmer selbst konkretisieren. Als Themenfelder waren den Moderatoren lediglich das Gebiet der Individualprophylaxe, das Gebiet der Füllungstherapie und das Gebiet der zahnprothetischen Versorgung als mögliche Diskussionsgrundlage zur Inangsetzung von

Gesprächsprozessen an die Hand gegeben worden (über die einzelnen Gesprächsthemata in den knapp 80 Zirkelsitzungen aller beobachteten Qualitätszirkel informiert Abschnitt 4.4.1).

2.3.5 Stufe 5: Frequenz der Zirkelsitzungen

Die Moderatoren hatten keine spezifischen Vorgaben, in welcher Frequenz die Zirkelzusammenkünfte stattfinden sollten. Im Ergebnis pendelte sich eine durchschnittliche Häufigkeit von einmal pro Monat ein, wobei Ferienzeiten (Juli/August 1995) und die Weihnachtszeit (Dezember 1995) zu größeren Sitzungsunterbrechungen führten. Im Rahmen des gesamten Modellversuches von September 1995 bis September 1996 ergaben sich folgende Frequenzstrukturen der zehn Zirkelgruppen (vgl. Tab. 4):

1 Zirkel	6 Zusammenkünfte
4 Zirkel	jeweils 7 Zusammenkünfte
3 Zirkel	jeweils 8 Zusammenkünfte
1 Zirkel	9 Zusammenkünfte
1 Zirkel	11 Zusammenkünfte
alle 10 Zirkel	78 Zusammenkünfte insgesamt

2.3.6 Stufe 6: Wissenschaftliche Begleituntersuchung

Die wissenschaftliche Begleituntersuchung erfolgte auf verschiedenen Ebenen:

- a) **standardisierte Befragungen** (schriftlich) aller Qualitätszirkelteilnehmer zu Beginn des Modellversuches (Thema: Erwartungen), dann ungefähr zur Mitte der Laufzeit (Thema: Zwischenbilanz) und schließlich zum Ende der Längsschnittbegleitung (Endbilanz)
- b) Erstellung von **Protokollen über alle Qualitätszirkelsitzungen** durch die Moderatoren, in denen sowohl die Gesprächsthemen, der Nutzen für den Qualitätssicherungsgedanken und Einschätzungen zur Gruppenatmosphäre dokumentiert wurden
- c) **Nachbereitungsseminar** am 08.11.1995 in Münster mit allen Moderatoren
- d) Erfahrungsaustausch und Bewertung mit allen Qualitätszirkelmoderatoren am Ende des Modellversuches im Rahmen einer **bilanzierenden**

Gruppendiskussion unter Leitung des IDZ; diese Diskussion wurde am 04.09.1996 in Münster durchgeführt und für die Auswertung auf Tonband vollständig aufgezeichnet.

Alles in allem läßt sich der Aufbau des Modellversuches „Zahnärztliche Qualitätszirkel“ im Kammerbereich Westfalen-Lippe in folgendes Schaubild (vgl. Abb. 3) bringen:

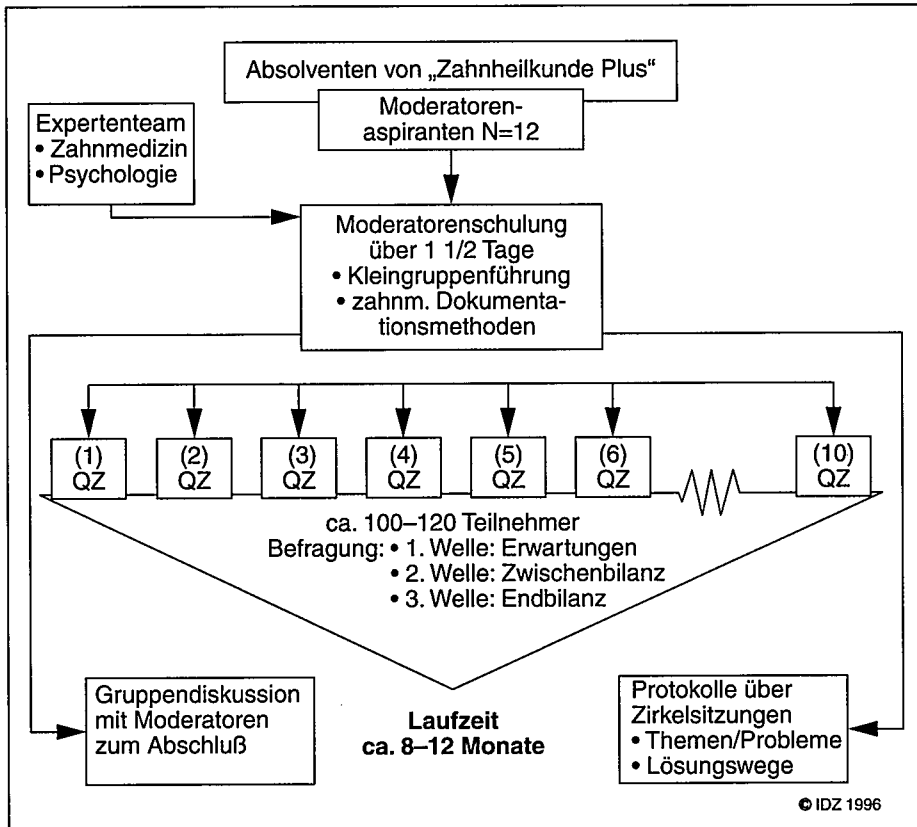


Abbildung 3: Aufbau IDZ-Modellversuch „Qualitätszirkel“ im Kammerbereich Westfalen-Lippe

3 Das Konzept der Moderatorenschulung

3.1 Grundlagen

Grundlage der Arbeit eines Qualitätszirkels ist der sog. „peer-group“-Gedanke (peer = gleichrangig, gleichgestellt). Übertragen auf die ärztliche oder zahnärztliche Arbeit bedeutet der „peer-group“-Gedanke, daß jeder Teilnehmer der Gruppe als „**Experte seiner eigenen Praxis**“ angesehen wird (vgl. Bahrs, Gerlach und Szecsenyi, 1995). Dadurch wird die Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre erleichtert. Diskutieren sollte man eigene Erfahrungen und Probleme aus der täglichen Praxisarbeit, die systematisch und gezielt aufgearbeitet wird:

Ärztliche/zahnärztliche Qualitätszirkel arbeiten

- auf freiwilliger Basis
- mit selbstgewählten Themen
- erfahrungsbezogen
- im interkollegialen Diskurs
- themenzentriert
- systematisch
- zielbezogen
- kontinuierlich (ca. 6-12 x jährlich)
- mit festem Teilnehmerkreis (ca. 6-15 Personen)
- von Moderatoren gestützt

Die Gegenüberstellung von Fremd- und Selbstbeurteilung sowie das Beispiel von Kollegen ermöglicht den Teilnehmern, ihre eigene Praxisroutine selbstkritisch zu hinterfragen und auf „blinde Flecken“, die nun einmal jeder hat, aufmerksam zu werden.

Qualitätszirkel stellen im Unterschied zu traditioneller Fortbildung (die deshalb nicht unwichtiger wird) nicht das Wissen, sondern das **Handeln der Teilnehmer ins Zentrum ihrer Gespräche**. Um den für eine konstruktive Diskussion unabdingbaren Erfahrungsbezug herzustellen, genügt es in der Regel nicht, die jeweils eigenen Ansichten über ein Thema auszutauschen. Um eine Reflexion des täglichen Handelns in der eigenen Praxis überhaupt erst zu ermöglichen, muß mehr Transparenz als bisher gewohnt geschaffen werden.

Der einfachste Weg, dies zu erreichen, ist die **Vorstellung von Fällen** (auf der Grundlage der eigenen Patientenkarten oder von EDV-Ausdrucken) im „Reihum-Verfahren“. Eine andere Möglichkeit ist die Schaffung eigener kleiner Dokumentationen, entsprechend dem gewählten Qualitätszirkelthema, in denen z. B. einmal 10 hintereinanderfolgende Beratungen dokumentiert werden. Derartige **Dokumentationen** machen die Qualitätszirkelarbeit spannend, weil sie im Vergleich aller Beteiligten in der Runde zeigen, daß es – gleichgültig zu welchem Bereich man dokumentiert hat – deutliche Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten gibt.

Warum verordnet Zahnarzt A Patienten nach Zahnextraktion (fast) immer ein Antibiotikum, Zahnarzt B dagegen (fast) nie? Läßt sich die Entscheidung, ein Antibiotikum zu geben, anhand der dokumentierten Befunde nachvollziehen, oder ist es eher Ausdruck therapeutischer Gewohnheiten? Auf welchen sicheren Füßen stehen unsere diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen? Wodurch sind sie beeinflusst? Im Idealfall gelingt es im weiteren Diskussionsverlauf, gemeinsam Kriterien für ein angemessenes Vorgehen zu entwickeln und für die Gruppe festzuhalten. Schließlich findet Qualitätssicherung im eigentlichen Wortsinne dann statt, wenn versucht wird, **Ergebnisse aus der Diskussion in der eigenen Praxis umzusetzen** und wenn nachberichtet (oder erneut dokumentiert) wird, ob dies tatsächlich gelungen ist, bzw. welche Hemmnisse einer Umsetzung im Wege stehen.

3.1.1 Der Kreislauf der Qualitätsentwicklung

Für eine Qualitätssicherung bzw. Qualitätsverbesserung in der Praxis des niedergelassenen Arztes/Zahnarztes müssen im Sinne eines Kreislaufmodells fünf elementare Schritte durchlaufen werden (vgl. Abb. 4).

1. Zunächst muß ein **Thema gewählt** werden, dem man sich zuwenden will. Dies kann eine häufig durchzuführende Behandlung oder ein besonders wichtiges, sozusagen ein unter den Nägeln brennendes Problem sein. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, eine Vorstellung zu entwickeln, wie man für das gewählte Thema die Qualität beurteilen will.
2. Der nächste Schritt beinhaltet die **Analyse der Praxisrealität**. Dies ist der wichtigste Schritt. Jede Minute Zeit, die man hier investiert, zahlt sich hinterher vielfach aus. Analyse der Praxisrealität heißt, sich genau klar zu machen, wie das eigene Routinehandeln im gewählten Themenbereich aussieht. Heißt das Thema z.B. „Zahnextraktion bei unklarer Prognose“, vollzieht jeder Teilnehmer anhand eigener Fälle für sich, unter welchen Bedingungen er Zähne extrahiert und wann nicht. Macht man sich dieses anhand einer kleinen Dokumentation z. B. von 10 Fällen aus der eigenen Praxis klar, so werden zwei Dinge sofort deutlich: Erstens wird man erstaunt sein, daß man in manchen Fällen doch anders han-

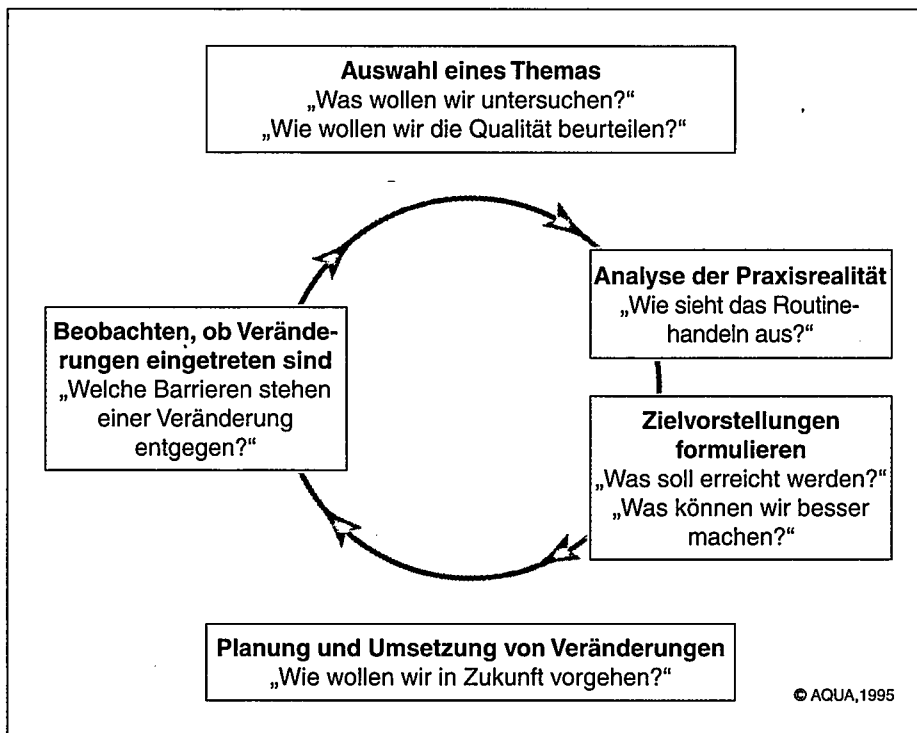


Abbildung 4: Kreislauf der Qualitätsentwicklung

delt als man denkt und wie vielschichtig und vielleicht auch problematisch die Indikation zur Zahnextraktion ist. Zweitens wird man noch mehr darüber erstaunt sein, wie unterschiedlich das Handeln in jeder Praxis der anderen Teilnehmer ist. Nur eine klare Dokumentation oder ausführliche Fallvorstellung deckt „blinde Flecken“, die man selber hat, auf und bringt Spannung in die weitere Diskussion.

3. Hat man den zweiten Schritt vollzogen, so hat man jetzt genügend Diskussionsstoff für die **gemeinsame Formulierung von Zielvorstellungen**. Im vorliegenden Beispiel könnte dies z. B. heißen, gemeinsam Kriterien oder eine Leitlinie für Zahnextraktionen in einem bestimmten Kontext zu erarbeiten (siehe hierzu auch Abschnitte 4.7 und 5.2).
4. In der eigenen Praxis gilt es nun zu schauen, wie man die gesetzten Ziele erreichen kann. Welche **Veränderungen an der eigenen Arbeitsweise** oder auch am Praxisablauf sind notwendig, damit ich die gesetzten Ziele überhaupt erreichen kann?

5. Wer dann zum Abschluß bei sich selbst beobachtet (z. B. in einer erneuten Dokumentation von 10 Fällen), ob und wie weit er die gesetzten Ziele erreicht hat, kann sicher sein, daß er die Qualität tatsächlich auch verbessert hat. Und wenn die selbst gesetzten Ziele nicht erreicht wurden, ist es um so wichtiger, sich zu fragen, woran dies gelegen haben könnte (**Reevaluation**).

3.1.2 Vom Konzept zum Zirkel: Der Moderator hilft der Gruppe „laufen lernen“

Um eine themenbezogene, zielgerichtete Qualitätszirkelarbeit sicherzustellen, ist die kontinuierliche Unterstützung durch einen Moderator wichtig. Um die Moderatoren der Projekt-Qualitätszirkel auf diese Aufgabe vorzubereiten, die Kompetenzen kommunikativer wie auch methodischer Art voraussetzt, wurde ein spezielles Trainingsprogramm entwickelt, das auf die Belange zahnärztlicher Qualitätszirkel ausgerichtet ist (vgl. Abb. 5).

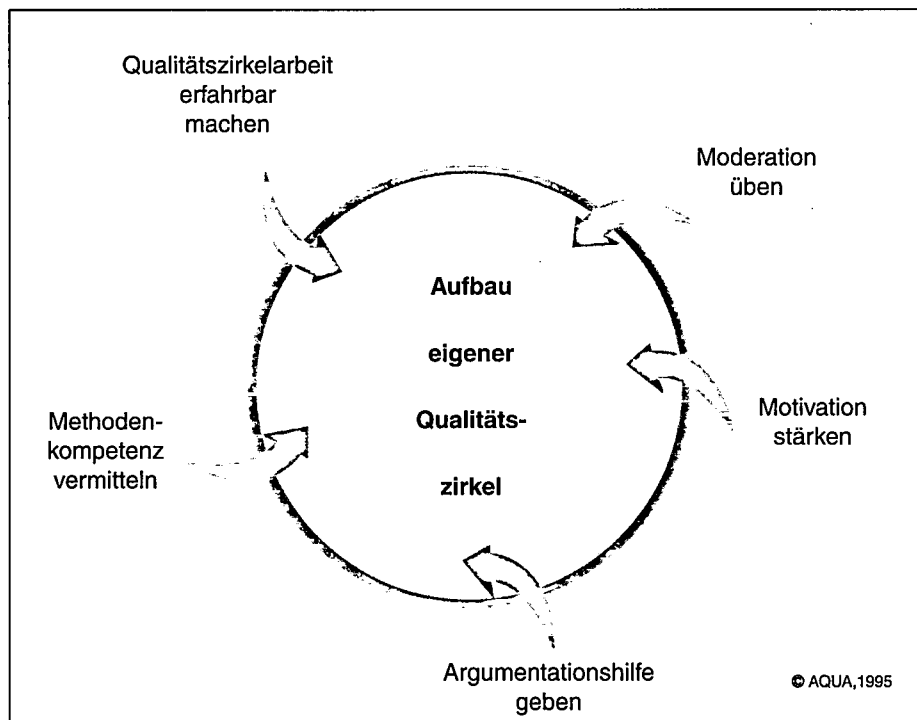


Abbildung 5: Ziele des Moderatorenseminars

Der Schwerpunkt der Schulung lag auf der intensiven Kleingruppenarbeit mit den 12 Moderatorenaspiranten, um das Qualitätszirkelkonzept im wahrsten Sinne des Wortes „erlebbar“ zu machen. So wurden einzelne Qualitätszirkelsequenzen simuliert (z. B. „Das erste Treffen“, „Themenwahl“, „Auswahl einer geeigneten Dokumentationsmethode“) und den Teilnehmern die Möglichkeit zur praktischen Übung der Moderatorenaufgabe gegeben. Viel Raum wurde dabei dem Experimentieren mit unterschiedlichen Moderations- und Gruppenleitertechniken gegeben. Anhand von Videoaufzeichnungen konnten einzelne Übungssequenzen gezielt analysiert und supervidiert werden. Weiterhin wurden Kenntnisse über Qualitätssicherung im allgemeinen und über Qualitätszirkel im speziellen vermittelt, wobei auch hier die Inhalte weitgehend interaktiv erarbeitet wurden. Die Ausbildung einer entsprechenden Methodenkompetenz, um eine erfahrungsbezogene, praxisnahe Arbeit zu gewährleisten, war weiterer wichtiger Schwerpunkt. Der zukünftige Moderator wurde mit Verfahren vertraut gemacht, die Praxisrealität (gemeint ist die Situation in den Praxen der teilnehmenden Zahnärzte) adäquat zu dokumentieren, um sie dann im Rahmen der Zirkelarbeit zu diskutieren und aufzuarbeiten. Die Kleingruppen wurden von Seminarleitern betreut, die über mehrjährige Erfahrung als Moderatoren eigener Qualitätszirkel verfügen. Das erfahrungsbezogene Konzept des Einführungsseminars war dabei so flexibel, daß genügend Raum blieb für die individuelle Gestaltung nach den Wünschen und Bedürfnissen der Teilnehmer.

3.2 Darstellung des Konzeptes

Das Einführungsseminar dauerte 1 1/2 Tage (siehe hierzu auch Kapitel 2). Neben einzelnen Plenarblöcken, die der Informations- und Wissensvermittlung dienen, ist das Programm wie bereits oben ausgeführt schwerpunktmäßig als Kleingruppenveranstaltung angelegt. Die Kleingruppenarbeit orientiert sich an den Schritten, die zum Aufbau eines eigenen Qualitätszirkels erforderlich sind. Spielerisch können im schnell vertraut werdenden kleinen Kreis einzelne Qualitätszirkelsequenzen erprobt und geübt werden. Verschiedenste Moderationstechniken werden dabei – sozusagen „en passant“ – eingeführt.

Wesentliche Bausteine des Einführungsseminars lassen sich grundsätzlich wie folgt zusammenfassen:

3.2.1 Baustein 1: Kennenlernrunde, Ideen, Erwartungen zum Seminar, eigene Vorstellungen zur Arbeit in Qualitätszirkeln

Wie für jede Gruppenarbeit typisch, beginnt die erste Kleingruppensequenz zunächst mit einer Kennenlernrunde. Um von Beginn an die Gruppenatmosphäre aufzulockern und um die zukünftigen Moderatoren mit verschie-