



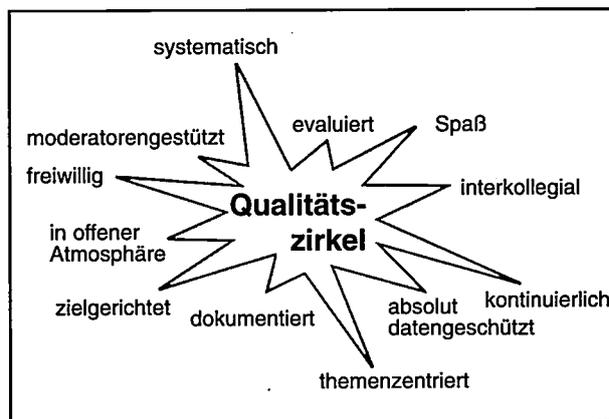
INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

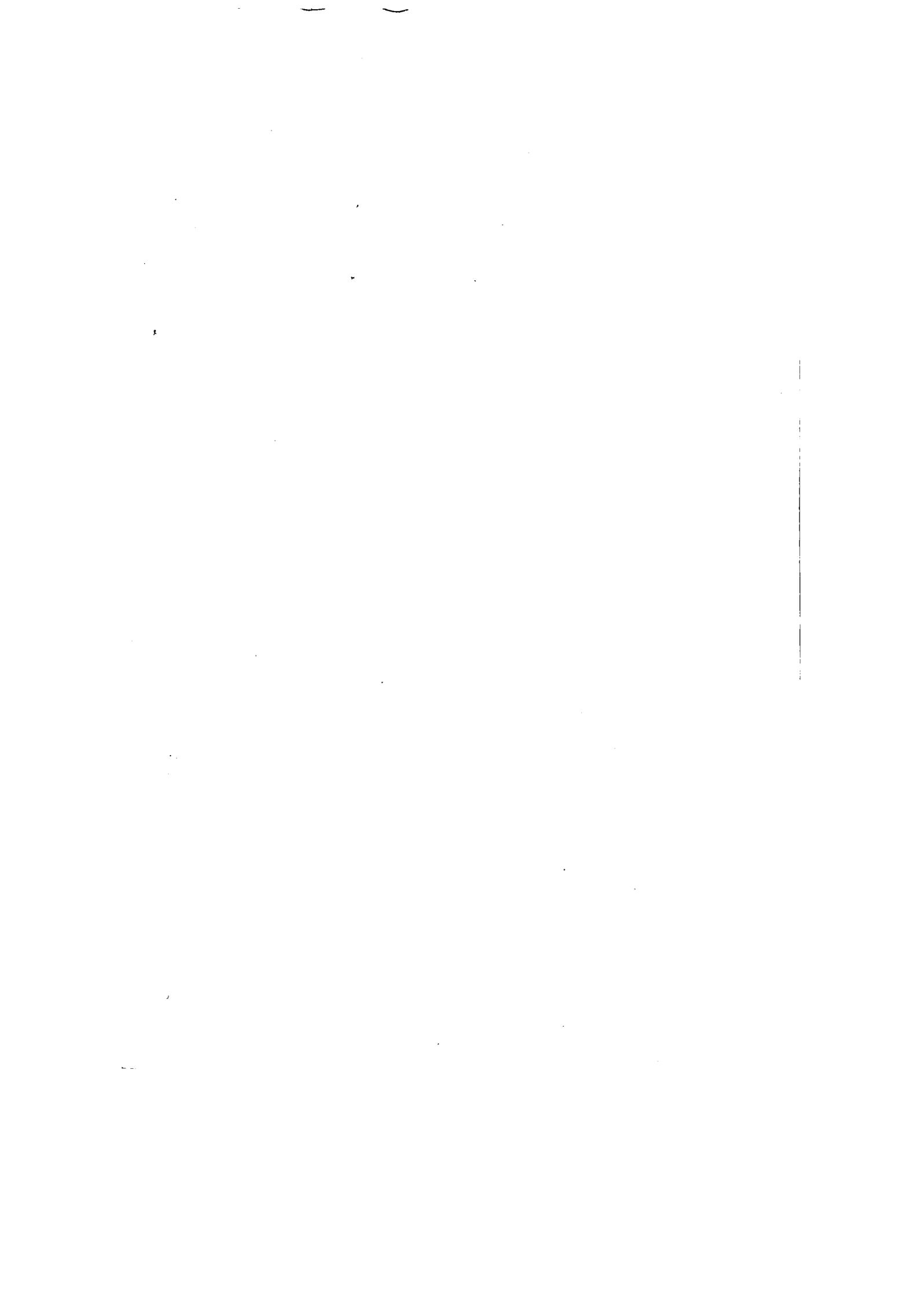
Wolfgang Micheelis, Winfried Walther,
Joachim Szecsenyi

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

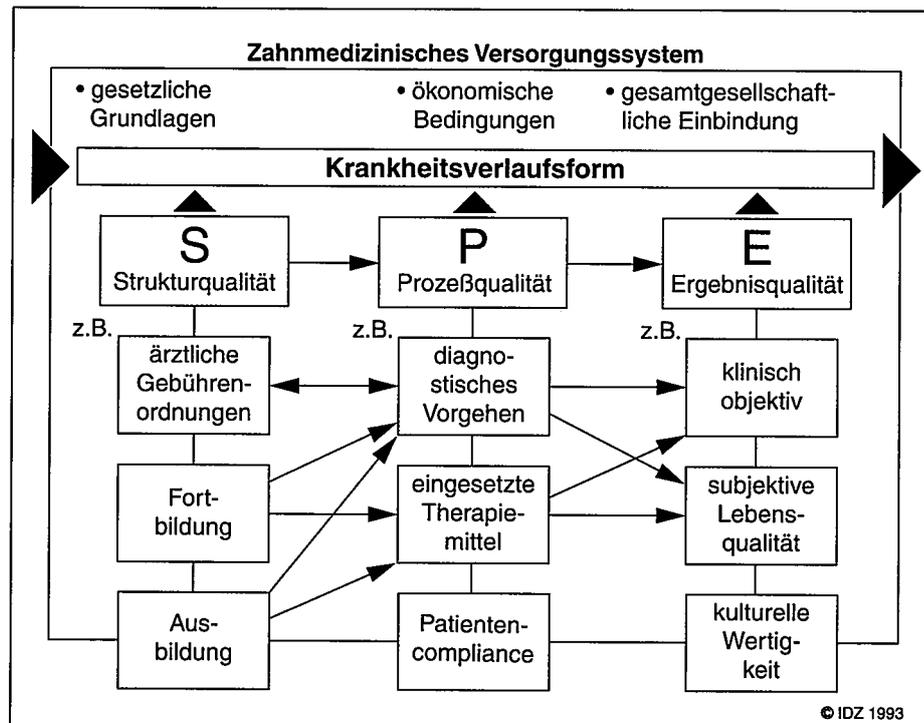


Abbildung 1: Zusammenspiel ausgewählter Qualitätsfaktoren im Versorgungsprozeß

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:

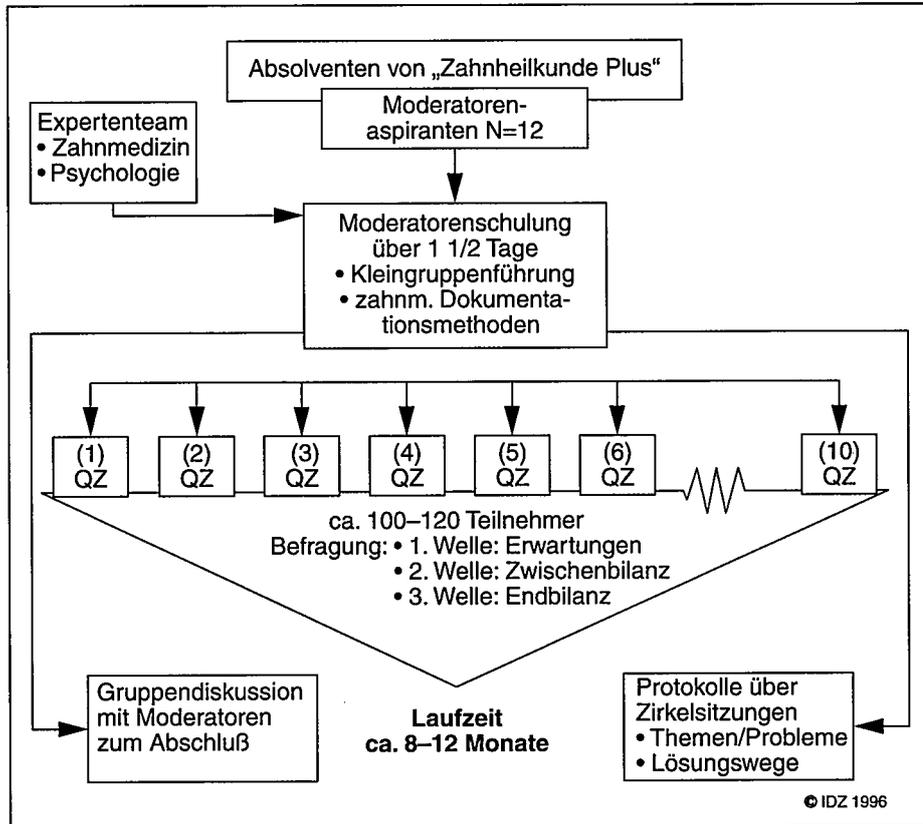


Abbildung 3: Aufbau IDZ-Modellversuch „Qualitätszirkel“ im Kammerbereich Westfalen-Lippe

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-

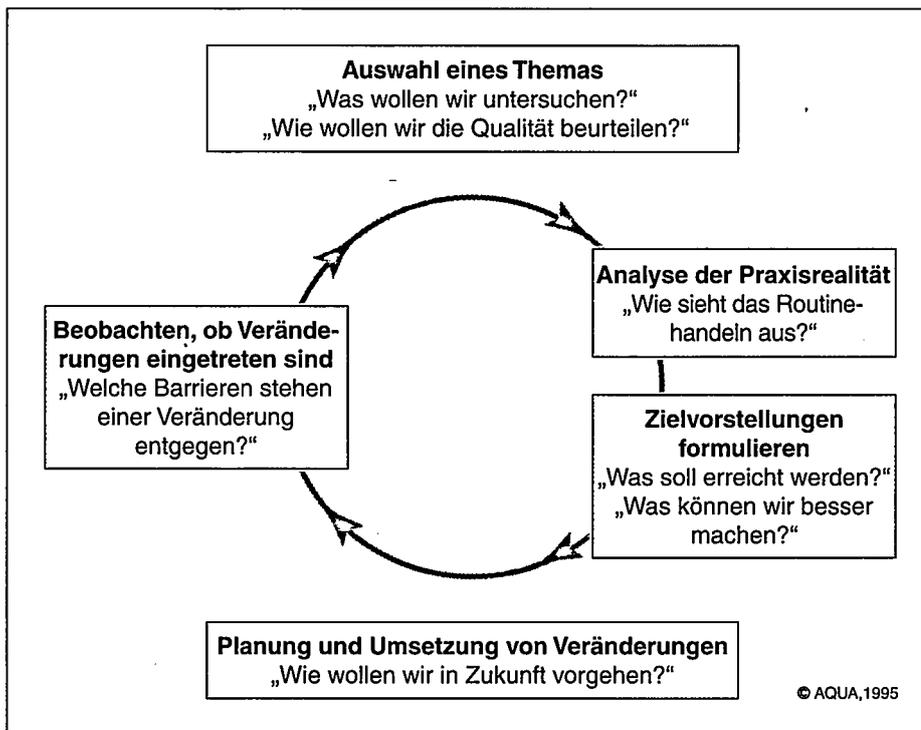


Abbildung 4: Kreislauf der Qualitätsentwicklung

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).

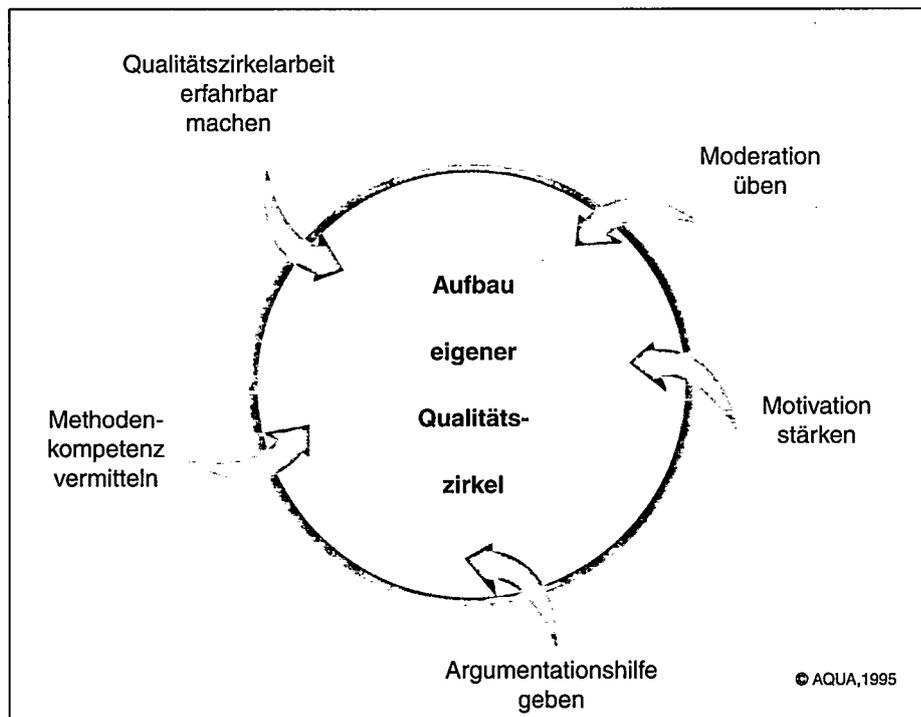


Abbildung 5: Ziele des Moderatorenseminars

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-

denen Verfahren vertraut zu machen, wurde die normalerweise übliche Vorstellungsrunde durch ein gegenseitiges Interview, das jeweils 2 Teilnehmer miteinander führen, ersetzt. So haben die Gruppenteilnehmer, die sich im Vorfeld meist nicht näher kennen, Gelegenheit, miteinander vertrauter zu werden. Zudem erfährt man meist mehr und andere Details, wenn die einzelnen von dem jeweiligen Interviewpartner vorgestellt werden. Durch die anschließende Reflexion werden die Vor- und Nachteile des Vorgehens herausgestellt, und vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrung können die Teilnehmer für sich entscheiden, wie sie die Anfangsphase in ihrer eigenen Gruppe gestalten wollen.

Der Qualitätszirkel lebt durch die einzelnen Teilnehmer, sie müssen die Arbeit vorantreiben, sie bestimmen Inhalt und Ziel der Gruppe. Der Moderator ebnet lediglich den Weg und erleichtert das Vorgehen. Deshalb ist es in der Anfangsphase unerlässlich, daß die Erwartungen und – genauso wichtig – die Befürchtungen, die die einzelnen Teilnehmer in bezug auf die Qualitätszirkelarbeit haben, transparent werden. Nur so kann sich die Gruppe insgesamt auf ein gemeinsames Ziel einigen, Mißverständnisse können ausgeräumt und ggf. notwendige „Kurskorrekturen“ vorgenommen werden.

Zu Beginn des Moderatorentrainings sollte entsprechend geklärt werden, was die zukünftigen Moderatoren von dem bevorstehenden Einführungsseminar erwarten und was sie vielleicht befürchten. Als Moderationstechnik bietet sich hier eine Kartenabfrage an: Jeder Teilnehmer schreibt stichwortartig seine Erwartungen z. B. auf blaue und seine Befürchtungen auf rote Karteikarten, die dann für alle sichtbar und thematisch geordnet an eine Pinwand geheftet werden. Die Seminarleiter geben eine kurze Zusammenfassung der angesprochenen Bereiche, die Teilnehmer können ggf. ihre Karten erläutern. Die Wünsche der Teilnehmer können mit der vorgesehenen Tagesordnung abgeglichen werden. Das Programm ist so flexibel gestaltet, daß bestimmte Modifikationen durchaus möglich sind; zum anderen kann aber auch von vornherein klargestellt werden, was im Rahmen des Seminars nicht geleistet werden kann.

Im Anschluß daran ist ein kurzer Diskussionsblock vorgesehen, in dem sich die Teilnehmer über ihre persönlichen Vorstellungen zur Arbeit in Qualitätszirkeln austauschen können. Noch offene Fragen können so geklärt und noch fehlende Hintergrundinformationen von den Seminarleitern ergänzt werden. Nach dieser etwas trockenen Phase sind die Teilnehmer meist gespannt, nun endlich in die praxisbezogene Qualitätszirkeldiskussion einzusteigen.

3.2.2 Baustein 2: Von der Theorie zur Praxis – Beispielsitzung eines Qualitätszirkels mit Diskussion einer Aufzeichnung

Grundlage dieser Qualitätszirkelsimulation ist eine Videoaufnahme einer tatsächlichen Patient-Arzt-Konsultation. Die Methode des Videos eignet sich wegen der Anschaulichkeit und der Unmittelbarkeit der Darstellung, um die Diskussion in einem echten Qualitätszirkel zu simulieren, auch wenn die Teilnehmer bislang keine oder wenig Gruppenerfahrung haben. Die Moderation der Diskussion wird von einem der Seminarleiter übernommen. Die Teilnehmer haben so die Möglichkeit, sich im Sinne des Modelllernens das Vorgehen bei der Moderation anzueignen, ohne gleich selber vor der Gruppe agieren zu müssen. Sie können schrittweise die Scheu vor der Moderatorenrolle verlieren und die Schwelle wird geringer, in der nächsten Kleingruppensequenz selber die Moderation zu übernehmen.

3.2.3 Baustein 3: Welche Formen der Dokumentation sind für zahnärztliche Qualitätszirkel geeignet?

Um den zukünftigen Moderatoren den Einstieg in die Diskussion und ein strukturiertes Vorgehen in ihren eigenen Gruppen zu erleichtern, werden in dieser Sequenz mögliche Dokumentationsformen für die zahnärztliche Arbeitspraxis vorgestellt. Dabei geht es u. a. um Vorschläge für die Präsentation geeigneter Kasuistiken im Rahmen der für das Projekt geltenden Themenschwerpunkte (prothetische Leistungen, restaurative Therapie, Prävention).

Zur Veranschaulichung und als Einstieg in die Diskussion bieten sich mündliche Fallberichte auf der Grundlage der entsprechenden Patientenkarte oder EDV-Ausdrucke an. So können aktuelle Planungsfälle gemeinsam besprochen und gelöst, bei Fällen mit bekanntem langfristigem Verlauf die Epikrise beurteilt oder klinische und arbeitstechnische Probleme illustriert und analysiert werden.

Andererseits sollten die potentiellen Moderatoren aber auch zur Entwicklung eigener Dokumentationsmittel angeregt werden.

Zu den einzelnen Arbeitsschritten der o. g. Themenschwerpunkte werden mögliche Ansatzpunkte für die Qualitätszirkeldiskussion vorgeschlagen. Dabei obliegt die Festlegung eines konkreten Diskussionsgegenstandes allerdings ausdrücklich der Gruppe selbst. Aus dieser Themenwahl ergibt sich dann auch die geeignete Dokumentationsform. Geht es um technische Fragen bei zahnprothetischen Maßnahmen, könnten fertiggestellte Konstruktionen mitgebracht und gemeinsam begutachtet werden. Geht es um die Frage, welche Anweisungen der Techniker braucht, wären die entsprechenden Aufträge eine geeignete Diskussionsgrundlage. Steht die Gesprächsführung im Zentrum der Aufmerksamkeit, sind video- und audio-auf-

gezeichnete Konsultationen oder Befragungen der Patienten angezeigt. Zur Dokumentation eingesetzter Arbeitsmittel, Medikamente oder für beobachtete Komplikationen können die Teilnehmer selber ein eigenes kurzes Dokumentationsblatt entwerfen, in das die entsprechenden Eintragungen in einem festgelegten Beobachtungszeitraum gemacht werden können.

Die im Rahmen dieses Blocks gemachten Vorschläge dienen der Anregung zur Konstruktion eigener Materialien, sind aber so konzipiert, daß sie auch als Kopiervorlage direkt für die Zirkelarbeit eingesetzt werden können.

3.2.4 Baustein 4: Moderationsübung zur mündlichen Fallvorstellung anhand von realen Beispielen aus der Zahnarztpraxis

In der ersten Kleingruppensequenz des 2. Tages haben die Teilnehmer Gelegenheit, selbst in die Rolle des Moderators zu schlüpfen. Grundlage der Diskussion ist die mündliche Fallvorstellung eines Teilnehmers, der eine Situation oder Problemstellung aus seiner Zahnarztpraxis schildert. Der Teilnehmer, der die Moderation übernimmt, wird durch ein anschauliches Aufgabenblatt, das gemeinsam mit den Seminarleitern besprochen ist, an die zu erfüllende Aufgabe herangeführt.

Zunächst schildert der Vorstellende seinen „Fall“. Unmittelbar im Anschluß daran bittet der Moderator die Gruppenteilnehmer, im Rahmen eines Blitzlichtes ihren subjektiven Eindruck zum Gehörten kurz zu charakterisieren. Der Vorstellende selber erläutert darüber hinaus seine Motivation, gerade diesen Fall ausgesucht zu haben, und was er sich im Hinblick darauf von der Gruppe wünscht. Die Zielsetzung des Vorstellenden wird als erster Punkt der zu besprechenden Probleme auf einem Flip-Chart-Bogen oder einer Overhead-Folie festgehalten. Weitere problematische Aspekte, die die Fallschilderung aufgeworfen hat, werden gemeinsam von der Gruppe zusammengetragen und ergänzen diese Problemliste. Die Gruppe diskutiert nun, wie das Vorgehen zu optimieren ist. Aufgabe des Moderators ist es, darauf zu achten, daß die Diskussion nicht vom Thema abweicht und daß die gefundenen Lösungen ebenfalls dokumentiert werden. Nach Beendigung der Übung werden die gemeinsamen Erfahrungen des Moderators und der Teilnehmer während der Übung besprochen. Die Seminarleiter als externe Beobachter der Übungssequenz geben ein detailliertes Feedback zum Verhalten des Moderators.

3.2.5 Baustein 5: Schwierige Gruppensituationen, Grundlagen der Kommunikation

Vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrung als Moderator werden im Sinne eines Brainstorming zunächst erfahrene oder antizipierte Schwierigkeiten in und mit Gruppen auf einer Flip-Chart gesammelt. Diese Themensamm-

lung wird aufgeteilt auf Zweiergruppen, die dann versuchen, geeignete Lösungen und Verhaltensstrategien zu entwerfen. Die Ergebnisse werden in der Kleingruppe zusammengetragen und stecken den Rahmen ab für Ergänzungen und Vertiefungen durch die Seminarleiter.

Ein ungestörter Kommunikationsprozeß zeichnet sich vor allem dadurch aus, daß die Nachricht des Senders vom Empfänger richtig verstanden wird. Hilfreich für das gegenseitige Verständnis ist das Feedback, die Rückmeldung des Empfängers. Über das Feedback kann mitgeteilt werden, wie die Nachricht verstanden wurde, oder die Reaktion des Empfängers auf die Nachricht kann beschrieben werden.

3.2.6 Baustein 6: Moderationsübung zur Themenwahl

Ein wichtiges Definitionskriterium eines Qualitätszirkels ist die Themenzentrierung. Das Thema ist Ausgangspunkt und roter Faden für die Diskussion. Um eine effektive Gruppenarbeit zu gewährleisten, ist es unabdingbar, daß das jeweilige Thema von allen Gruppenteilnehmern befürwortet wird. Die Themenfindung ist erste gemeinsame Aufgabe einer neu etablierten Gruppe und sollte sehr sorgfältig durchgeführt werden, da die Akzeptanz und das Engagement jedes einzelnen entscheidend davon abhängt, inwieweit seine Wünsche und Bedürfnisse bei der Themenwahl berücksichtigt wurden. Eine elegante Technik, um ein Thema zu finden, das tatsächlich von allen Teilnehmern der Gruppe getragen wird, ist eine erweiterte Form der bereits in der ersten Kleingruppensequenz angewendeten Kartenabfrage. Damit die zukünftigen Moderatoren mit dieser Technik vertrauter werden können, ist auch dieser Arbeitsschritt als Moderationsübung mit detaillierter Arbeitsanleitung konzipiert.

Hier noch einmal eine kurze Übersicht über die einzelnen Schritte:

- Kartenabfrage: „Welche Problemfelder aus der eigenen Praxis wollen die Teilnehmer zum Thema machen?“
- Gruppieren nach thematischen Schwerpunkten
- Benennen der einzelnen Themenschwerpunkte
- Herstellen von Gruppenkonsens durch gestaffelte Punktabstimmung

3.2.7 Baustein 7: Konkrete Planungen für die eigene Qualitätszirkelarbeit

Der letzte Kleingruppenblock dient der konkreten Vorbereitung für die eigene Qualitätszirkelarbeit der zukünftigen Moderatoren. Nachdem man nochmals gemeinsam die vergangenen 1 1/2 Tage Revue passieren ließ,

wurden bereits die wichtigsten Punkte, die man für ein erstes Treffen beachten muß, deutlich. Als Resümee wurde gemeinsam mit den zukünftigen Moderatoren eine Struktur für eine mögliche Tagesordnung des ersten Treffens entwickelt (vgl. Übers. 1).

Der Kleingruppenblock wurde mit einer offenen Runde beschlossen, in der jeder Teilnehmer seine geplanten Aktivitäten darstellte, und noch offene Fragen geklärt wurden.

Übersicht 1: Struktur für eine mögliche Tagesordnung des ersten Qualitätszirkeltreffens

1. Begrüßung durch den Moderator

Ein paar kurze, herzliche Worte zur Begrüßung! Wichtig: die Teilnehmer dort „abholen“, wo sie momentan sind, d. h. sich auf deren momentane Situation einstellen. Die Teilnehmer haben evtl. einen langen Arbeitstag oder eine anstrengende Fahrt hinter sich. Kurze Informationen zu den geplanten Tagesordnungspunkten und dem Ziel und Zweck der Veranstaltung.

2. Vorstellungsrunde

Jede/r stellt sich kurz vor: Name, Alter, Praxiseigenschaften, Hobbys u.ä. (Variante: Paarinterview: jeweils 2 Teilnehmer interviewen sich gegenseitig und jeder stellt dann seinen Kollegen vor). So haben die Teilnehmer Gelegenheit, sich gegenseitig etwas kennenzulernen, sich auf die Kollegen einzustimmen und – was ganz wichtig ist – sich „warm“ zu sprechen.

3. Kurze Einführung in das Konzept „Qualitätszirkel“

Kurze (!!!) Einführung zum Thema Qualitätszirkel (wenn dies nicht schon in einer gesonderten Einführungsveranstaltung erfolgt ist).

4. Klären von Erwartungen und Befürchtungen

Z. B.: Jeder Teilnehmer erhält mehrere Karteikarten (blaue für die Erwartungen, rote für die Befürchtungen). Jeder liest seine Karten vor und heftet sie auf eine Wandtafel, die ebenfalls in die Rubriken Erwartungen, Befürchtungen unterteilt ist. Das Material sollte für einen Vergleich mit einer späteren Erhebung (was ist tatsächlich eingetroffen, was hat sich bestätigt) aufbewahrt werden.

5. Klären der organisatorischen Bedingungen

Terminwünsche, Zeit und Ort der Treffen, wenn möglich auch ein längerfristiger Turnus, sollten abgesprochen werden. In diesem Zusammenhang sollte auch auf das Problem der Kontinuität der (Zusammen-)Arbeit aufmerksam gemacht werden.

6. Diskussion der für die Gruppenarbeit geltenden Regeln

Für die Diskussion sollten bestimmte Kommunikationsregeln zugrunde gelegt werden.

Die Spielregeln sollten sich zumindest auf folgende Aspekte beziehen:

- allgemeine Basis zur Herstellung eines angenehmen, vertrauensvollen Gruppenklimas
- Vertraulichkeit der geführten Diskussionen
- Geben und Empfangen von Rückmeldungen

7. Themenauswahl

Um relevante Themen zu sammeln, kann man die Methode des Brainstorming benutzen oder läßt die Teilnehmer ihre Ideen auf Karteikarten schreiben und heftet diese nach thematischen Schwerpunkten an die Wandtafel. Um Gruppenkonsens zu erzielen, eignet sich die Methode der gestaffelten Abstimmung über die einzelnen Themen.

8. (Erfahrungsbezogener) Einstieg in die Qualitätszirkelarbeit

Wichtiger Aspekt der Qualitätszirkelarbeit ist der Bezug zur eigenen praktischen Tätigkeit der Teilnehmer. Dieser Bezug sollte auch beim ersten Treffen bereits hergestellt werden, z. B. durch die Diskussion eines Videomitschnittes oder eine Stehgreif-Fallschilderung zum Thema als allgemeiner Einstieg und Einstimmung auf die weitere Arbeit.

9. Vorbesprechung für das nächste Treffen

Nicht vergessen: gemeinsam mit den Teilnehmern festzulegen, was beim nächsten Mal wie bearbeitet werden soll. Einigen Sie sich darüber, mit welcher Methode die Praxisrealität im Hinblick auf das zu bearbeitende Thema abgebildet werden soll, welche Vorbereitungen von wem dazu getroffen werden und wer das entsprechende Material mitbringt.

10. Feedback zum Verlauf der Gruppenarbeit

Am Ende jedes Treffens sollten alle Gruppenmitglieder Gelegenheit bekommen, sich über ihre momentanen Gefühle bezüglich der Sitzung zu äußern. Eine gute Möglichkeit hierzu bietet das „Blitzlicht“, z. B.: Alle Teilnehmer geben (reihum) an, wie sie sich momentan fühlen und wie sie den Verlauf der Sitzung empfunden haben.

Im Vorfeld müssen auch organisatorische Fragen geklärt werden (vgl. Übers. 2). Von Vorteil ist es, dies gemeinsam mit Vertretern der entsprechenden Gremien (Zahnärztekammer, Kassenzahnärztliche Vereinigung) zu besprechen, die die Arbeit logistisch und evtl. auch finanziell unterstützen.

Übersicht 2: Organisatorische Fragen

1. Räumlichkeiten und Ausstattung

- Frühzeitig geeigneten Raum besorgen: d. h. ruhig, hell, angemessene Größe, keine Störungen und Ablenkungen von außen, für die Teilnehmer gut erreichbar. (Möglichkeiten: Hotels oder Gaststätten mit Tagungsräumen, Räumlichkeiten der ZÄK oder KZV, Praxisräume der Teilnehmer, evtl. bei Krankenkassen, Volkshochschulen etc. nachfragen).
- Benötigte Hilfsmittel (z. B. Pinwand, Flip-Chart, Overhead-Projektor oder ähnliches) besorgen.
- Technische Hilfsmittel wie Overhead- oder Dia-Projektor auf Funktionstüchtigkeit überprüfen.
- Notwendige Utensilien – falls nicht vorhanden – besorgen:
 - Sind für Flip-Chart genügend geeignete Blätter mit Perforation und funktionsfähige Farbstifte vorhanden?
 - Sind für Overhead-Projektor und Dia-Projektor Ersatzbirnen und Verlängerungskabel vorhanden?
 - Sind genügend Folienschreiber und Leerfolien bereitgelegt?

2. Materialien und Hilfsmittel

- Welche Materialien und Hilfsmittel müssen noch besorgt werden?
- Papier und Bleistift für Protokoll und Notizen
- bei Bedarf Videorecorder und Fernseher (rechtzeitig aufbauen, auf Funktionstüchtigkeit überprüfen und startklar machen)
- Checkliste für Kommunikationsregeln (pro Teilnehmer 1 Exemplar)
- bei Bedarf: Einen Fragebogen zum Gruppenprozeß in ausreichender Anzahl kopieren
- Karteikarten in verschiedenen Farben für die Kartenabfrage

3. Am Tag des Treffens

- Rechtzeitig am Ort sein, damit Sie sich überzeugen können, ob alles in Ordnung ist
- Sitzordnung arrangieren: Halbkreis oder Hufeisen mit Tischen sind meist die geeignete Form
- Getränke, falls erwünscht, bereitstellen lassen
- Informieren Sie ggf. das Hotelpersonal über die Pausenzeiten, um Störungen während der Gruppenarbeit zu vermeiden

3.3 Das Nachbereitungsseminar

Erfahrungsgemäß tauchen Probleme und Schwierigkeiten im Verlauf der Qualitätszirkelarbeit vor Ort auf, die im Vorfeld zum Zeitpunkt des Einführungsseminars nicht vorhersehbar waren. Deshalb ist es ganz besonders wichtig, den Moderatoren nicht einmalige, sondern kontinuierliche Unterstützung anzubieten. Durch regelmäßige Supervisionstreffen auf Ebene der Moderatoren können so für aktuelle Probleme und Schwierigkeiten im kollegialen Rahmen Lösungen gefunden werden.

Ergänzend dazu ist aber auch mindestens ein Nachbereitungsseminar unter professioneller Anleitung erforderlich, das ca. 6 – 8 Monate im Anschluß an das Einführungsseminar stattfindet. Es dauert einen Tag und bietet die Möglichkeit, auch für schwerwiegende Probleme, die den interkollegialen Austausch überfordern, Lösungen zu erarbeiten. Zudem besteht die Möglichkeit, Moderations- und Gruppenleitertechniken – je nach Bedarf in den einzelnen Gruppen – zu vertiefen. Mehr noch als das Konzept des Einführungsseminars, ist das Konzept für dieses Nachbereitungsseminar bewußt sehr offen angelegt (vgl. Übers. 3), um auf die Bedürfnisse der Moderatoren ganz gezielt und individuell eingehen zu können. Durch solche Angebote kann einer verfrühten Auflösung der Gruppe, beispielsweise

Übersicht 3: Vorschlag einer Tagesordnung für das Nachbereitungsseminar

Tagesordnung für das Nachbereitungsseminar

1. Begrüßung, Einführung in das Programm
2. Bericht der Teilnehmer über den Stand des Aufbaus der Qualitätszirkel
3. Erwartungen an das Seminar: Welche Probleme sollen besprochen werden?
4. Vorschläge/Angebote:
 - a. Kleingruppenarbeit
Diskussion der Probleme und Erarbeiten von Lösungen
o d e r
 - b. Rollenspiel: Schwierige Situation im QZ
5. Plenum: Bericht aus der Kleingruppenarbeit
6. Erfahrungen mit den Dokumentationstechniken und -hilfen
7. Erfahrungen mit den wissenschaftlichen Begleitinstrumenten (Fragebögen/Gruppenprotokolle) zur Evaluierung des Modellversuchs
8. Anliegen/Wünsche an die Projektleitung
9. Abschlußdiskussion und Besprechen des weiteren Vorgehens

weil der Moderator resigniert und sich durch die an ihn herangetragenen Aufgaben und Anforderungen überfordert sieht, vorgebeugt werden.

Durch die in der Veranstaltung geführten fruchtbaren Diskussionen über eigene Erfahrungen und Schwierigkeiten, mit denen die Moderatoren in ihren jeweiligen Gruppen konfrontiert waren, konnten alle Beteiligten das eigene Verhaltensrepertoire erweitern. Dieses Nachbereitungsseminar mit allen Moderatoren fand am 08.11.1995 in Münster statt.

Im folgenden werden die dort angesprochenen Bereiche erläutert:

- Problemsituationen können u. a. dadurch auftreten, daß in Qualitätszirkeln unterschiedliche Charaktere aufeinandertreffen. In fast jeder Gruppe gibt es beispielsweise die sog. **Vielredner**, die kaum zu bremsen sind. Sie dominieren den Gruppenprozeß durch lange Redebeiträge, ständig parate Handlungsanweisungen zum „korrekten“ Vorgehen etc. und verunsichern durch diese Verhaltensmuster andere, etwas zurückhaltendere Gruppenteilnehmer. Der Moderator sollte versuchen, den Redefluß des Vielredners zu unterbrechen mit dem Hinweis, daß eine Gruppenlösung intendiert wird. „Wir haben jetzt bereits ein mögliches Vorgehen/mögliche Lösung gehört. Gibt es andere Vorschläge?“ Zu massiveren Eingriffen, wie das Führen einer Rednerliste oder die strikte Begrenzung der Redezeit, sollte nur gegriffen werden, wenn anders keine Abhilfe geschaffen werden kann. Sie erübrigen sich von selbst, wenn sich eine bestimmte „Redekultur“ entwickelt hat. Ist dies nicht der Fall, sollte das Problem thematisiert werden und gemeinsam, selbstverständlich unter Beteiligung des „Vielredners“, mögliche Lösungen gefunden werden.
- Wie in fast allen Gruppen sind auch in zahnärztlichen Qualitätszirkeln häufig „**stille Teilnehmer**“ vertreten. Positiv kann hier eine angenehm gestaltete Anfangsphase mit gegenseitigem Kennenlernen wirken. Möglichst schnell sollte den Teilnehmern die Möglichkeit gegeben werden, zur Gruppe zu sprechen (z. B. Vorstellungsrunde oder zu einer bestimmten Fragestellung reihum die Gruppe zu Wort kommen lassen). So können gerade zurückhaltende Teilnehmer sich frühzeitig „freisprechen“; die Gefahr daß sich Redehemmungen aufbauen, ist so geringer. Allerdings sollte man stillere Teilnehmer auch nicht unter Druck setzen. Der Moderator muß aufmerksam insbesondere auch die nonverbalen Signale des Betreffenden beobachten, die oft Aufschluß darüber geben, ob derjenige, z. B. durch direktes Ansprechen, zum Äußern seines Beitrages ermuntert werden möchte oder ob der Moderator ihn lieber schweigen lassen sollte. Kasuistiken oder Themen, die die stillen Teilnehmer besonders interessieren oder in denen sie besondere Expertise besitzen, locken auch die zurückhaltenden Teilnehmer zumindest zeitweise

aus der Reserve. Eine Kartenabfrage bietet die Möglichkeit, daß sich alle Qualitätszirkelteilnehmer, auch ohne das gesprochene Wort, gleichberechtigt äußern können.

- Ein Wechsel der Moderationsmethode kann sich sowohl aktivierend auf stille Teilnehmer als auch auf eine allgemein **lustlose, müde Gruppe** auswirken. Insbesondere bietet sich hier die Paararbeit an, die jeden einzelnen fordert und durch das anschließende Zusammentragen der Ergebnisse kreative Gruppenlösungen fördern kann. Das Ausmaß der aktiven Beteiligung darf je nach Persönlichkeit der Teilnehmer ruhig unterschiedlich ausfallen (natürlich in gewissem Rahmen und solange das Arbeitsergebnis und die Gruppenatmosphäre nicht darunter leiden). Hilfreich kann auch das Setzen einer Zäsur beispielsweise durch das Einlegen einer Pause oder eine Auflockerung in der Moderation durch eine scherzhafte Provokation oder eine Anekdote sein.
- **Seitengespräche** signalisieren meist, daß eine Störung vorliegt und sollten als Hinweis darauf ernst genommen werden. Sie können Ausdruck weiteren Diskussionsbedarfs sein oder anzeigen, daß ein Thema ausgiebig genug behandelt wurde, auf die Notwendigkeit einer Pause hinweisen oder auch Hinweis auf Unstimmigkeiten in der Gruppe oder Unzufriedenheit mit der Moderation sein. Da die Hintergründe für störende Seitengespräche sehr unterschiedlich sein können, sollten sie möglichst auf der Metaebene hinterfragt werden. Allerdings sollte der Moderator deutlich machen, daß nicht er, sondern jeder einzelne für die Behebung der ausgedrückten Störung verantwortlich ist. Vorbeugend kann die Festsetzung einer entsprechenden Regel wirken, z. B. „Es spricht nur einer zur Zeit“.
- Schwierigkeiten bereitet den meist noch eher unerfahrenen Moderatoren häufig auch, am Thema zu bleiben und sich nicht in Nebenthemen zu verlieren. Um die Diskussion zu fokussieren ist es hilfreich, abweichende Beiträge auf einem gesonderten Flip-Chart-Bogen oder einer Folie zu sammeln und sie auf einen späteren Zeitpunkt zu vertagen. Dazu ist es aber wichtig, daß der Moderator die **Abweichung vom eigentlichen Thema**, dem roten Faden, bemerkt und der Gruppe widerspiegelt. Zum Sammeln der eigenen Gedanken ist es vorteilhaft, den bisherigen Stand in einer Zwischenbilanz zusammenzufassen und davon ausgehend das weitere Vorgehen gemeinsam auszuhandeln. Der Moderator muß von Zeit zu Zeit bewußt die Rolle des externen Gruppenbeobachters einnehmen und sich fragen, ob das Ziel, das sich die Gruppe zu Beginn der inhaltlichen Arbeit gestellt hat, noch im Zentrum der Diskussion steht. Wurde das eigentliche Ziel aus den Augen verloren, sollte der Moderator dies thematisieren und gemeinsam mit der Gruppe besprechen. Das eigentliche Thema kann dann zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgegriffen werden. Wichtig ist allerdings, daß

diese Situation vom Moderator transparent gemacht wird und die Gruppe insgesamt dieses „Abschweifen“ befürwortet.

- Vor heiklere Probleme sind Gruppen gestellt, die mit persönlichen Antipathien zwischen einzelnen Teilnehmern zu kämpfen haben oder mit teilnehmenden Ärzten, die wenig kritikfähig – notwendige Voraussetzung für eine konstruktive Auseinandersetzung in der Gruppe – sind. Beides sind Konstellationen, die im schlechtesten Fall das Ausscheiden eines Teilnehmers nach sich ziehen können. Im Falle **mangelnder Kritikfähigkeit** kann man hoffen, daß sich diese im Verlauf der Gruppenarbeit, nicht zuletzt im Sinne des Modellerns und im Zuge der sich verbessernden Gruppenatmosphäre, entwickelt.
- Bei persönlichen Antipathien zwischen einzelnen Teilnehmern sollte der Moderator, unabhängig davon, ob er persönlich betroffen ist oder nicht, versuchen, objektiv zu bleiben und so als Vorbild auch die anderen Beteiligten zur Objektivität anhalten. Falls es sich um keine gravierende Antipathie handelt, kann man versuchen, auf humorvolle Weise zu schlichten und an die gemeinsam vereinbarte Regel zur gegenseitigen Toleranz erinnern. Häufig werden **Beziehungskonflikte** dieser Art auf der Sachebene ausgetragen, seltener entstehen sie gerade deshalb, weil sich zwei scheinbar unvereinbare fachliche Positionen entgegenstellen. Auf der fachlichen Ebene kann es schlichtend wirken, die bestehenden Gemeinsamkeiten zu betonen oder fachlich offensichtlich abwegige Behauptungen durch objektive Belege, z. B. durch wissenschaftliche Literatur, zu widerlegen. Falls es eindeutige Standards gibt, kann dadurch die Diskussionsbasis definiert werden. Kann zu bestimmten fachlichen Fragen kein Konsens gefunden werden, bleibt der Dissens stehen, ohne eine Position wertend hervorzuheben. Häufig lassen sich divergierende Meinungen erklären oder verständlich machen, wenn man die zugrundeliegenden Umgebungsbedingungen klärt (z. B. Klientel, Ausstattung oder Lage der Praxis). Zudem sollte Rücksicht genommen werden auf Unterschiede im Aus- und Weiterbildungsstand und in der praktischen Berufserfahrung.
- Sind sog. medizinische **Schulenstreits** lediglich Ausdruck persönlicher Divergenzen, sollte dies transparent gemacht und der Konflikt an die Gruppe zurückgegeben werden. Persönliche Anfeindungen und Beleidigungen sollten allerdings, mit Verweis auf die entsprechenden Regeln zum Umgang miteinander, nicht toleriert werden. Bei tiefgreifender Antipathie, die vielleicht schon außerhalb der Gruppe seit langer Zeit besteht, empfiehlt es sich, eine Klärung außerhalb der Gruppe anzustreben. Sollte dies nicht zum gewünschten Erfolg führen, sollte einer der Kontrahenten in eine andere Gruppe wechseln.
- Die Wahrung der **Kontinuität der Gruppenarbeit** stellt ein weiteres häufiges Problem im Verlauf der Qualitätszirkelarbeit dar. Dabei sind

vorübergehende „Durststrecken“ allerdings völlig normal. Wichtig ist, die zukünftigen Teilnehmer bereits im Vorfeld nicht nur über den Sinn und Zweck und die positiven Effekte der Qualitätszirkelarbeit zu informieren, sondern auch über die, insbesondere zeitlichen, Verpflichtungen, die jeder Teilnehmer eingeht. Die Kontinuität wird umso weniger zum Problem, als die Arbeit – sowohl was die Inhalte als auch die Art und Weise des Vorgehens angeht – in der Eigenverantwortung der einzelnen Teilnehmer liegt und von jedem einzelnen befürwortet und mitgetragen wird. Eine anregend gestaltete Moderation und eine Terminplanung, die auf die Belange der Teilnehmer Rücksicht nimmt (langfristige Vorausplanung und Ausweichtermine), tun ihr übriges. Außerdem muß sich jeder Moderator darauf einstellen, daß einzelne Teilnehmer abspringen können. Ein gewisser Anteil an Aussteigern sollte eingeplant und durch eine von vornherein genügend große Gruppengröße aufgefangen werden. Eine Nachrückerliste mit weiteren Interessierten kann hier Verzögerungen verhindern helfen.

4 Die Arbeit in den Qualitätszirkeln – Problemstellungen, Inhalte und Durchführung

4.1 Fragestellung

Der Modellversuch „Zahnärztliche Qualitätszirkel“ führte niedergelassene Zahnärzte zusammen, um unter wissenschaftlicher Beobachtung das Qualitätszirkelkonzept mit Leben zu erfüllen. Alle Teilnehmer hatten diese Aktivität zusätzlich zu den bestehenden Verpflichtungen in ihren Arbeitsalltag zu integrieren. Der Studienplan sah vor, die unter diesen Bedingungen geleistete Zirkelarbeit qualitativ und quantitativ zu erfassen. Zu diesem Zweck führten die Moderatoren über jedes Treffen ein ausführliches Protokoll.

Die Dokumentation der konkreten Zirkelarbeit sollte die formalen Modalitäten der durchgeführten Sitzungen ermitteln und Aufschluß über Inhalt und Methoden der geleisteten Arbeit geben. Ferner sollte erfaßt werden, ob Moderator und Teilnehmer mit ihrer Realisierung des Qualitätszirkelkonzeptes zufrieden waren (vgl. hierzu Kapitel 2).

Die Untersuchung der durchgeführten Sitzungen gibt Aufschluß über

- Häufigkeit der Treffen
- Anzahl der Teilnehmer
- Zeitaufwand für Sitzung und Vorbereitung
- Kosten der Sitzungen.

Zu Themen und Methoden der Zirkelarbeit wurden folgende Fragen gestellt:

- Welche Themen wurden von den Zirkeln bearbeitet?
- Wie waren die Sitzungen gegliedert?
- Welche Unterlagen wurden präsentiert?
- Welche Methoden zur Darstellung der Praxisrealität wurden verwendet?
- Wie wurden die fachlichen Themen bearbeitet?
- Wie war die Zufriedenheit und die Atmosphäre innerhalb des Zirkels zu bewerten und welche Erfahrungen machten die Moderatoren?
- Welche fachlichen Handlungsleitlinien wurden gefunden?

4.2 Dokumentation

Die Moderatoren führten für jede Sitzung ein Protokoll. Hierfür war ein Formblatt entwickelt worden, das den Eintrag der wichtigsten Informationen festlegte, jedoch auch Raum für eigene Eintragungen vorsah. Es war in acht Bereiche gegliedert (vgl. Übers. 4 und Anhang A).

Übersicht 4: Aufbau der Protokolle der Qualitätszirkeltreffen

1. Formale Modalitäten

Es wurden die Namen von Moderator und Protokollant sowie Zeit, Dauer und Ort des Treffens erfaßt. Ferner wurde die Mitgliederzahl und die Anzahl der zur Sitzung erschienenen Zahnärzte festgehalten.

2. Themen

Die Themen der Sitzung als freier Texteintrag.

3. Gliederung der QZ-Sitzung (Tagesordnung)

Hier wurde die Tagesordnung des Treffens festgehalten, um eine Beurteilung des Ablaufes zu ermöglichen.

4. Beiträge als Diskussionsgrundlage

Dieser Protokollbereich erfaßte die didaktischen Hilfsmittel, die zur Unterstützung der Diskussion eingesetzt wurden. Folgende Angaben waren möglich: Befundbögen, Karteikarten, Photos, sonstige Dokumentationsbögen, mündlicher Bericht, Videodokumentation, Daten aus der Praxis-EDV, Modelle, Befragung von Patienten/Zahnärzten, Röntgenunterlagen, Gutachten/Arztbriefe, sonstige Methoden.

5. Qualitätsdiskussion

Das Protokoll sah vor, qualitätsrelevante Aspekte der Zirkeldiskussion als freien Texteintrag zu dokumentieren.

6. Forderungen außerhalb der Praxis

Der Moderator sollte festhalten, ob Forderungen an Institutionen außerhalb der individuellen Praxis gestellt wurden (Kammer, KZV, Krankenkasse etc.)

7. Zufriedenheit und Atmosphäre innerhalb des Zirkels

Der Moderator war aufgefordert, fünf Parameter zu bewerten. Für die Bewertung galt eine Skala von 1 bis 6, die in Art und Weise der Schulnoten aufgebaut war. Im einzelnen wurden folgende Parameter bewertet:

- Sachlicher Ertrag der Gruppenarbeit
- Gruppenatmosphäre
- Gesamtbeurteilung des Treffens

- Zufriedenheit der Teilnehmer
 - Unterstützung der Gruppe durch den Moderator
- Ferner sollte der Moderator in freiem Text angeben, welche Erfahrungen mit der einzelnen Sitzung verbunden waren und welche Anregungen für eine erfolgreiche Gruppenarbeit zu gewinnen waren.
- 8. Eigene Aufwendungen**
Zu dokumentieren waren die individuelle Vorbereitungszeit des Moderators sowie Kosten für Materialien und Tagungsraum.

Auf die Forderung, ein ausführliches Protokoll der Diskussion vorzulegen, wurde bewußt verzichtet. Zum einen sollten die Moderatoren zeitlich nicht überfordert werden, zum anderen hätte diese arbeitsintensive Forderung die Selbstorganisation der Zirkel beeinträchtigt. Dennoch wurden von einigen Gruppen sehr ausführliche formlose Protokolle ausgearbeitet und dem förmlichen Protokoll angefügt. Ferner entstanden methodische Arbeitsunterlagen, die ebenfalls ausgewertet werden konnten.

4.3 Durchgeführte Sitzungen

4.3.1 Dokumentationserfolg

Im Rahmen des Modellversuches formierten sich zehn Qualitätszirkel, die insgesamt 78 Treffen durchführten (vgl. hierzu auch Kapitel 2). Alle Sitzungen wurden mit Hilfe des o.a. Formblattes dokumentiert. Sechs Moderatoren fügten den Protokollen weitere Unterlagen zur Dokumentation der Zirkelarbeit bei. Angefügt wurden: Formlose Sitzungsprotokolle, fachliche Diskussionsgrundlagen (z. B. wissenschaftliche Artikel), Unterlagen zur Erhebung von Arbeitsroutinen und Handlungsleitlinien.

4.3.2 Sitzungen, Mitgliederzahl und Beteiligung

Die aktive Phase des Modellversuchs erstreckte sich von September 1995 bis September 1996. Termine und Abstand zwischen den Treffen wurden von den Gruppen in eigener Verantwortung festgelegt.

Die Anzahl der Sitzungen pro Qualitätszirkel schwankte zwischen 6 und 11. Allein Qualitätszirkel Nr. 10 hatte bis zur 6. Sitzung einen ständigen Rückgang der Teilnehmerzahlen und Schwankungen in der Zusammensetzung zu verzeichnen. Alle anderen Zirkel waren bis zum Ende dieses Zeitraumes mit großer Stabilität aktiv.

Die Zirkel trafen sich im Mittel ca. einmal im Monat. Der durchschnittliche zeitliche Abstand der Treffen lag genau bei 36 Tagen. Der geringste zeitliche Abstand betrug 7, der höchste 71 Tage.

Jeder Moderator klärte im Vorfeld die Zusammensetzung seiner Gruppe und führte eine Liste der Kollegen, die zur Mitarbeit bereit waren. Die Mitgliederzahl der einzelnen Zirkel war jedoch über den Zeitraum des Modellversuchs nicht konstant: In Einzelfällen stellten Zahnärzte ihre Teilnahme ein und wurden gestrichen; andererseits kam es auch zu Neuaufnahmen im fortgeschrittenen Verlauf der Zirkelarbeit.

Durchschnittlich 9,3 Mitglieder waren pro Sitzung präsent. Somit erschienen im Mittel ca. drei von vier Mitgliedern zu den anberaumten Treffen. Tabelle 5 zeigt das Profil der Sitzungen der einzelnen Qualitätszirkel¹. Aufgeführt werden die Anzahl der Treffen, mittlere Mitgliederzahl und Mittelwert der anwesenden Mitglieder.

Qualitätszirkel	Anzahl der Sitzungen	Mitglieder (Mittelwert)	Anwesende Mitglieder (Mittelwert)
Nr. 1	7	10,9	7,9
Nr. 2	8	13,3	8,3
Nr. 3	8	14,1	11,9
Nr. 4	7	12,0	10,6
Nr. 5	11	12,5	10,0
Nr. 6	8	15,5	11,5
Nr. 7	7	12,6	8,9
Nr. 8	9	11,7	8,1
Nr. 10	6	10,3	5,5
Nr. 11	7	11,7	9,1
Alle QZ	78	12,5	9,3

Die Bereitschaft, sich an der Zirkelarbeit zu beteiligen, nahm während der Versuchsperiode nur geringfügig ab. Die höchste Beteiligung wurde zum Zeitpunkt der zweiten Sitzung festgestellt, zu der sich im Durchschnitt 10,3 Zahnärzte einfanden. Zur siebten Sitzung, die von 9 Qualitätszirkeln erreicht wurde, kamen im Mittel 9, 2 Mitglieder. Lediglich die fünfte Sitzung zeigt einen deutlichen Rückgang der Beteiligung (7,5 Teilnehmer), was vermutlich auf witterungsbedingte Schwierigkeiten in den Monaten Januar und Februar zurückzuführen ist (vgl. Abb. 6).

¹ Qualitätszirkel Nr. 9 muß als Ausfall gewertet werden (vgl. Kapitel 2)

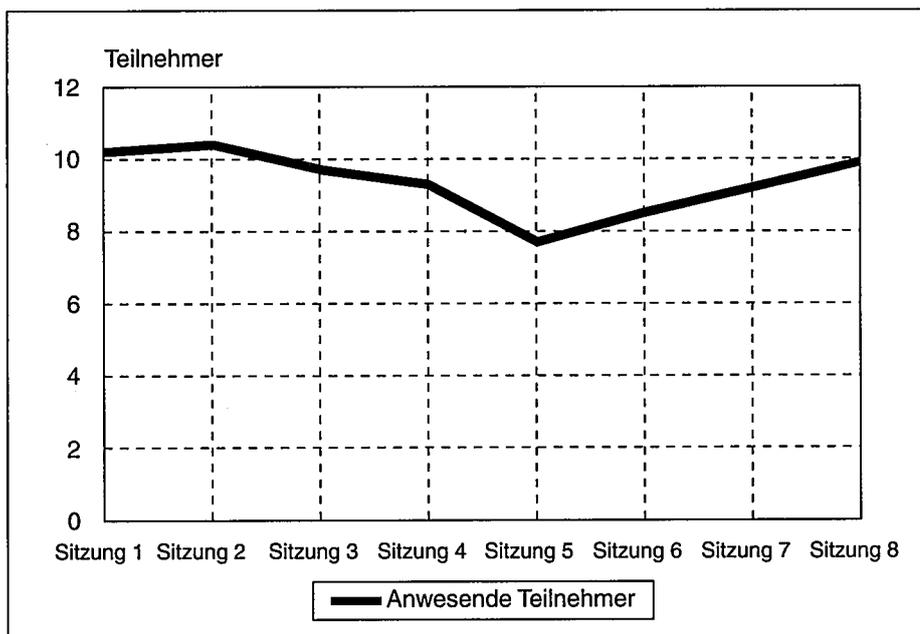


Abbildung 6: Anwesende Teilnehmer pro Sitzung (Mittelwert)

4.3.3 Zeitaufwand

Die Dauer einer Zirkelsitzung lag meist zwischen 2 und 3 Stunden. Tabelle 6 führt die durchschnittliche, die längste und die kürzeste Sitzungszeit auf.

Qualitätszirkel	Sitzungszeit [min] (Mittelwert)	Kürzeste Sitzung [min]	Längste Sitzung [min]
Nr. 1	140	120	165
Nr. 2	195	150	240
Nr. 3	165	140	200
Nr. 4	130	120	150
Nr. 5	195	165	210
Nr. 6	145	115	180
Nr. 7	120	115	130
Nr. 8	185	150	240
Nr. 10	145	120	205
Nr. 11	135	120	180
Alle QZ	160	115	240

Die Moderatoren dokumentierten auch den zur Vorbereitung erforderlichen Zeitaufwand. Dies umfaßte vorbereitende Korrespondenz und Telefongespräche sowie die fachliche und organisatorische Planung des Treffens. Hierbei können erhebliche Unterschiede zwischen den Moderatoren festgestellt werden. Der höchste Planungsaufwand wurde mit 10 Stunden angegeben. Drei Moderatoren gaben an, daß bei späteren Sitzungen kein Zeitaufwand für Vorbereitungen mehr angefallen sei. Teilweise wurden organisatorische Tätigkeiten (z. B. Telefonanrufe zur Erinnerung an den Termin) an das Praxispersonal delegiert. **Immerhin lag der durchschnittliche zeitliche Aufwand für die Vorbereitung eines Treffens im Mittel deutlich über zwei Stunden.** Im Verlauf des Versuches konnte der Zeitaufwand von den Moderatoren erheblich reduziert werden. Zur ersten Sitzung waren im Mittel über fünf Stunden für Planung und Organisation erforderlich. Dieser Aufwand verringerte sich bis zur siebten Sitzung auf eine Stunde und vierzig Minuten. Tabelle 7 ermöglicht eine Übersicht über die protokollierte Vorbereitungszeit.

Tabelle 7: Vorbereitungszeit der Moderatoren in Minuten (Mittelwert auf 5 Minuten gerundet)			
Qualitätszirkel	Vorbereitungszeit [min] (Mittelwert)	Geringster Aufwand [min]	Höchster Aufwand [min]
Nr. 1	195	75	420
Nr. 2	195	90	480
Nr. 3	145	60	360
Nr. 4	180	150	240
Nr. 5	225	120	600
Nr. 6	105	60	250
Nr. 7	60	0	300
Nr. 8	45	0	90
Nr. 10	195	60	420
Nr. 11	45	0	120
Alle QZ	140	0	600

4.3.4 Sitzungskosten

Große Unterschiede zwischen den Qualitätszirkeln sind hinsichtlich der anfallenden Sitzungskosten festzustellen. Einige Zirkel waren auf angemietete Räume angewiesen, für die bis zu 200 DM pro Sitzung aufgebracht werden mußten. Die Dokumentation unterschied Kosten für Materialien und sonstige Kosten (z. B. Raummiete). Tabelle 8 gibt einen Überblick über den Kostenaufwand. Im Mittel betragen die direkten Kosten eines Treffens ca. 150 DM.

Qualitätszirkel	Materialkosten [DM]	Sonstige Kosten (Raum, Tel.) [DM]
Nr. 1	8	9
Nr. 2	26	149
Nr. 3	0	198
Nr. 4	75	173
Nr. 5	36	96
Nr. 6	18	130
Nr. 7	29	200
Nr. 8	1	10
Nr. 10	14	151
Nr. 11	14	154
Alle QZ	22	125

4.4 Themen und Durchführung der Gruppenarbeit

4.4.1 Themen

Im Design des Modellversuchs war beabsichtigt, die Themenfelder Individualprophylaxe, Füllungstherapie und zahnprothetische Versorgung als Diskussionsgrundlage für die Gruppenarbeit anzubieten. Es bestand für die Gruppen jedoch keine Verpflichtung, diese Themen zu wählen bzw. sich auf diese Diskussionsinhalte zu beschränken. Vielmehr sollten die Zirkel ihre Themenauswahl selbst organisieren und an die Wünsche und Bedürfnisse der Mitglieder anpassen. In der ersten, konstituierenden Sitzung wurden Arbeitsthemen vorgeschlagen. Über die Vorschläge wurde abgestimmt. Dies bedeutete allerdings keine langfristige Festsetzung der Gruppenarbeit. Im Verlauf des Versuches wurden ständig neue Themen vorgeschlagen und, sofern sie Zustimmung fanden, auf die Tagesordnung gebracht.

Ein vorgegebener inhaltlicher Rahmen bestand lediglich in der ersten Sitzung, die zur Einführung in die Zirkelarbeit diente. Das inhaltliche Konzept war in der Moderatorenschulung (vgl. hierzu Abschnitt 3.2) erarbeitet worden. Folgende Themen wurden festgelegt:

- Einführung des Qualitätszirkel-Konzeptes und des Modellversuchs
- Vorstellung der Teilnehmer
- Organisationsfragen
- Diskussion der Erwartungen und Befürchtungen der Teilnehmer
- Themenauswahl

Auch in späteren Sitzungen wurden wiederholt Inhalt und Zielsetzung des Modellversuchs sowie die Methodik der begleitenden Evaluierung diskutiert. Schwerpunkt der Zirkelarbeit war jedoch die Erörterung selbstgewählter fachlicher Themen. Ein protokolliertes Abstimmungsergebnis wird in Abbildung 7 wiedergegeben.

Themenauswahl	
Im Rahmen eines Brainstorming wurden 10 Themenbereiche zusammengestellt und mit Punkten durch die Teilnehmer bewertet:	
Themenbereiche	Punkte
a) Amalgamalternativen	11
b) Prophylaxe – Methoden/Organisation	9
c) Parodontologie – Methoden/Grenzen	9
d) Abformmaterialien – Bißnahme/Zentrik	7
e) Verbindungselemente/Zahntechnik	7
f) Endodontie	5
g) Befundstandards	4
h) Behandlung des älteren Patienten	2
i) Gußfüllungen/Keramikfüllungen	2
j) Elektroakupunktur	0

Abbildung 7: Themenvorschläge und Abstimmungsergebnisse aus einem Qualitätszirkel

Das Abstimmungsergebnis verdeutlicht, daß innerhalb der Gruppe ein sehr eindeutiges Ergebnis hinsichtlich der zu behandelnden Themen erzielt wurde. Die überwiegende Mehrheit der Mitglieder war mit den ersten drei Themen einverstanden.

Die initiale Beschlußfassung über den Inhalt der Zirkelarbeit ergab in allen Zirkeln vergleichbare Ergebnisse. Die Problematik der Amalgamalternativen stieß aus aktuellen Gründen allgemein auf großes Interesse. Insgesamt wurde jedoch eine große Zahl verschiedener Themen vorgeschlagen und bearbeitet. Sieben Themengebiete können unterschieden werden, die sich in weitere Unterthemen einteilen lassen. Eine Übersicht über die bearbeiteten Inhalte gibt Tabelle 9.

Tabelle 9: Übersicht über bearbeitete Themen	
Themengebiet	Einzelthemen
Konservierende Zahnheilkunde, Restaurationen	<ul style="list-style-type: none"> – Composites, Compomere, Zemente – Composite versus Amalgam – Anwendung der Adhäsivtechnik – Indikation, Anwendung von restaurativen Materialien, Patientenaufklärung
Endodontie	<ul style="list-style-type: none"> – Indikation, Methoden – temporäre Versorgung – Wurzelfüllung versus Wurzelspitzenresektion
Parodontologie	<ul style="list-style-type: none"> – Indikation, Organisation
Individualprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> – Integration in den Praxisablauf, Methoden, Organisation, Patientenführung – Speicheltests – IP-Leistungen
Prothetik	<ul style="list-style-type: none"> – Therapie an Fallbeispielen – Planung an Fallbeispielen – Gutachten – Kieferrelationsbestimmung und Funktionstherapie – Freundsituation – Totalprothetik – Verbindungselemente – Abformtechnik
Praxisführung	<ul style="list-style-type: none"> – Verbesserung der interkollegialen Zusammenarbeit – Rationalisierungsmöglichkeiten in der Praxis – Erstellung von Dokumentationshilfen – Bewertung von Materialien, allgemein – Zahnarztshelferinneneinsatz, Qualifizierung des Personals – Hygiene in der Praxis – Zahnarztlabor – Zusammenarbeit Zahnarzt – Zahntechniker – Abrechnungsfragen
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> – Grundlagen mit Übungen, Patientengespräch

Sonstige Themen	<ul style="list-style-type: none"> - Problempatienten - Implantologie - Intraligamentäre Anästhesie - Schienentherapie - Kinderbehandlung - ND-Yag-Laser - KCP-Präparation - Alternative Behandlungsmethoden - Notfall - Notfallbehandlung - Röntgentechnik
-----------------	--

Besonders intensiv wurde der Bereich „Konservierende Restaurationen“ bearbeitet, der von neun Zirkeln als Thema gewählt wurde. Hierbei wurde vor allen Dingen die Frage der Amalgamalternativen besprochen. Sieben Gruppen widmeten sich prothetischen Themen, wobei verschiedene fachliche Gesichtspunkte behandelt wurden, und zwar meist auf Grundlage von aktuell verfügbaren Kasuistiken.

Sehr intensiv wurde auch das Thema Individualprophylaxe erörtert, das in fünf Gruppen als Diskussionsgegenstand gewählt wurde. Der wichtigste Gesichtspunkt hierbei war die erfolgreiche Integration der Prophylaxe in den Praxisbetrieb.

Die weiteren genannten Themen verteilen sich auf alle Gruppen. Wirkliche Spezialthemen (Laser, KCP-Präparation) stellten den Ausnahmefall dar. Die Gruppen widmeten sich Themen, die in der Zahnheilkunde von großer Bedeutung sind. Gefragt war, was der Zahnarzt jeden Tag tut.

4.4.2 Gliederung der Sitzungen

Die Zirkel strukturierten den Sitzungsablauf, um eine effiziente Zirkelarbeit zu gewährleisten. Die protokollierten Gliederungen ähneln einander, es gab jedoch einige Besonderheiten.

Allgemein wurden die Sitzungen mit einer Begrüßung begonnen, die einige Moderatoren zur Festlegung des Arbeitszieles nutzten. Die themenbezogene Arbeit wurde oft mit einem Kurzvortrag oder einer Falldarstellung eröffnet. Hierfür hatte der Moderator oder ein Zirkelmitglied sich eigens vorbereitet.

Umfangreichen Raum nahm die anschließende Diskussion auf Grundlage eigener Erfahrungen ein. In sehr vielen Fällen wurde das Thema in einzelne Fragestellungen untergliedert, die als Leitfaden für die Diskussion dien-

ten. Als Beispiel wird in Abbildung 8 eine Gliederung eines Zirkels wiedergegeben.

<p>Themen</p> <ol style="list-style-type: none">1. Füllungswerkstoffe in der konservierenden Behandlung2. Amalgam und seine Gesundheitsgefahren3. Patientenaufklärung über Füllungswerkstoffe <p>Gliederung der QZ-Sitzung</p> <ol style="list-style-type: none">1. Wo ist eine Amalgamfüllung verzichtbar und wo nicht?2. Risiken und Nebenwirkung des Werkstoffes Amalgam3. Wie und worüber muß der Patient bei Füllungstherapie aufgeklärt werden?4. Indikationen und Kontraindikationen für Composite, Compomere und Glasionomerzemente5. Wo liegt die „Überforderungsgrenze“ für nichtmetallische Restaurationen?6. Möglichkeiten und Grenzen der Inlaytechnik7. Abrechnung konservierender Leistungen, insbes. Kunststoff-Schicht-Füllungen8. Kasuistiken: Was? Bei wem? Bei welchem Befund?

Abbildung 8: Gliederung der Sitzung „Füllungswerkstoffe in der konservierenden Behandlung“ aus einem Qualitätszirkel

Die Mehrzahl der Gruppen führten vor dem Abschluß der Sitzung eine kurze Diskussion über das soeben erfolgte Treffen durch. Dieses „feedback“-Verfahren orientierte die Moderatoren über die Zufriedenheit der Teilnehmer (vgl. hierzu auch Kapitel 5) und förderte Anregungen zur ständigen Verbesserung der Zirkelarbeit. Die Sitzung wurde mit einer Vorbesprechung des nächsten Treffens beschlossen, in der Termin und Thematik festgelegt bzw. bestätigt wurden.

Einige Gruppen gingen dazu über, prinzipiell Zeit für ein aktuelles Thema zu reservieren, das in der Sitzung direkt bestimmt wurde und meist vor der geplanten, fachlichen Arbeit abgehandelt wurde. Häufig wurden hierbei standespolitische Fragen diskutiert. Dieser Tagesordnungspunkt wurde mit unterschiedlichen Überschriften versehen wie z. B. „Freispiel“ oder „Aktuelle Fragen aus der Praxis“.

4.4.3 Unterlagen der Präsentation

Schwerpunkt der Zirkelarbeit war der mündliche Bericht eigener Erfahrungen. Diese Berichte wurden in vielen Fällen durch besondere Unterlagen unterstützt. Art und Einsatzhäufigkeit dieser Mittel ist in Tabelle 10 festgehalten. Sehr oft wurden Unterlagen von klinischen Fällen herangezogen,

um den mündlichen Bericht zu untermauern. Am häufigsten wurde hierbei auf Röntgenbilder, Modelle und Befundbögen zurückgegriffen. Die Zirkel wurden auf Wunsch mit einem Tageslichtprojektor ausgestattet, der die Präsentation der Unterlagen sehr erleichterte. Häufig wurden Kopierfolien eingesetzt, um vorhandene Unterlagen allen Teilnehmern zugänglich zu machen.

Tabelle 10: Unterlagen zur Präsentation (Häufigkeit der Nennung in den Sitzungsprotokollen)	
Präsentierte Unterlagen	Häufigkeit
Röntgenbilder	24
Befundbögen	22
Modelle	21
Karteikarten	16
Photos	12
Sonstige Dokumentationsbögen	11
Unterlagen aus der Praxis-EDV	9
Befragungen	7
Video	3
Gutachten	3

4.4.4 Die fachliche Diskussion – Vorgehen und Ergebnisse

Wegen der erheblichen Unterschiede in der Protokollführung und dem sehr unterschiedlichen methodischen Vorgehen der Gruppen ist es schwer, die Zirkelarbeit in Kategorien zusammenzufassen. Resümierend kann folgende Einteilung gefunden werden:

- Diskussion, orientiert an vorhandener Kasuistik
- Diskussion nach vorangehendem Kurzvortrag
- Diskussion eigens erhobener Informationen aus der Praxis
- Diskussion eines eingeführten Sachthemas ohne einleitendes Referat

Der inhaltliche Umgang mit dem Sachthema wurde in der Gliederung festgelegt (vgl. Abb. 8). Verlauf und Ergebnisse der Diskussion sind im förmlichen Protokoll meist zusammenfassend dokumentiert. Prinzipiell suchten die Moderatoren einen Konsens oder einen „kleinsten gemeinsamen Nenner“ für die gewählten Fragen herzustellen. Dies gelang nicht in jedem Fall. Das Protokoll führt häufig Fragen auf, die im Verlauf der Diskussion offen blieben.

Das Protokoll zu der in Abbildung 8 beschriebenen Sitzung hält fest: *„Die derzeitige verworrene Situation aufgrund der unsachlichen Amalgamdiskussion wurde als generelles Problem erkannt. Gemeinsam wurden Richt-*

linien und Entscheidungskriterien für die Wahl des jeweils günstigsten Materials erarbeitet. Die Problematik der Aufklärung des Patienten über die Werkstoffe wurde eingehend besprochen, jedoch konnte die Diskrepanz zwischen dem Möglichen und dem von Juristen und Standesvertretern Geforderten nicht geklärt werden.“

Auch sehr konkrete Ergebnisse der fachlichen Erörterungen wurden festgehalten. Eine eingehende Beschreibung der Diskussionsergebnisse findet sich insbesondere bei denjenigen Gruppen, die ein formloses Protokoll ihrer Treffen anfertigten. Eine Gruppe erstellte ein solches Protokoll über das Thema „Plastische Füllungsmaterialien als Alternative zum Amalgam“ (vgl. Abb. 9). Es enthält die in der Diskussion besprochenen Parameter zu Indikation und Verarbeitungstechnik der wichtigsten plastischen Amalgamalternativen. Auch gegensätzliche Meinungen werden wiedergegeben. So bestanden z. B. für Compomerfüllungen unterschiedliche Standpunkte hinsichtlich der Notwendigkeit von Unterfüllungen. Im Laufe der Diskussion wurde der Konsens gefunden, daß bei Vorliegen einer Caries profunda eine Unterfüllung erfolgen sollte. Das Protokoll markiert den gefundenen Gruppenkonsens durch Unterstreichen der entsprechenden Passagen. Allerdings vermerkt der Protokollant, daß dieser Konsens nicht unbedingt mit kassenrechtlichen Belangen in Übereinstimmung zu bringen sei.

TOP 3: Diskussion und Darstellung des Hauptthemas	
■	Definition der Parameter, welche auf die Therapie mit plastischen Füllungsmaterialien, den sogenannten Amalgamalternativen, Einfluß nehmen.
■	Definition des kleinsten, für die Sitzungsteilnehmer relevanten, gemeinsamen Nenners bei der Anwendung dieser plastischen Füllungsmaterialien.
TOP 4: Erstellung einer Sammlung von Parametern für die Anwendung der drei Stoffklassen:	
■	Composites,
■	Compomere,
■	Glas-Ionomer-Zemente
Die Sitzungsteilnehmer selektieren anschließend die Mindestanforderungen in der Verarbeitung der Materialien als kleinsten gemeinsamen Nenner und zeigen ebenso auf, wo kein Konsens besteht.	
COMPOSITE	
Trockenheit	Absolut (abhängig von individuellen Parametern wie Füllungslage, Kasse/GOZ, Bereitschaft der Patienten/Kinder, etc.)
Schmelzbegrenzung – vollständig	Kein vollständiger Konsens, obwohl vielfach schlechte Erfahrungen bei der Verarbeitung im approximalen Bereich gesammelt wurden

Mundhygiene	Größere Anforderungen als bei anderen Füllungsmaterialien
Matrize	<u>Kunststoff/Metall</u> : Situationsbedingt
Lichtquelle	Allgem. von großer Bedeutung. Aushärtungstiefe und ausgehärtete Fläche sind abhängig von <ul style="list-style-type: none"> - <u>Wattzahl</u> - <u>Lichtaustrittsöffnung</u>: Sollte in Zusammenhang mit einer hohen Leistung möglichst groß sein <p><u>Leistungsprüfung</u> regelmäßig über</p> <ul style="list-style-type: none"> - Photometer - Probenpolymerisation
Unterfüllung	<ul style="list-style-type: none"> - „CP“ - Immer - Nie <p><u>Die Unterfüllung wird übereinstimmend abhängig gemacht von der Größe bzw. Tiefe der Kavität oder der praktizierten Technik (Total Bonding)</u></p>
COMPOMERE	
Milchzahnfüllung	<ul style="list-style-type: none"> - Ausschließlich - <u>Auch in permanenter Dentition – Zahnhalsfüllungen</u> - Okkl. approx. Kavitäten
Unterfüllung	<ul style="list-style-type: none"> - Nie - Immer - „CP“
<u>Im übrigen finden die gleichen Parameter wie bei den Composites Beachtung</u>	
GLAS-IONOMER-ZEMENTE

Abbildung 9: Ausschnitt aus dem Protokoll eines Qualitätszirkels „Plastische Füllungsmaterialien als Alternative zum Amalgam“

Eine andere Form der Konsensfindung dokumentiert die Abbildung 10, die das Protokoll einer Fallplanung wiedergibt. Insgesamt wurden 7 Vorschläge erarbeitet. Vor- und Nachteile wurden erörtert und festgehalten. Die Teilnehmer stimmten über die zu favorisierende Lösung ab. Jeder Vorschlag konnte mit Punkten bewertet werden. Die erzielte Punktzahl ist für jede Planungslösung dokumentiert. Die Mehrheit der Teilnehmer wählte eine andere Lösung als der Zahnarzt, der den Fall zur Vorstellung mitbrachte.

Um die Gruppendiskussion vorzubereiten, griffen einige Moderatoren zum Mittel einer gezielten Erhebung von Praxisroutinen. Abbildung 11 zeigt den

Prothetische Therapieplanung

Dr. L. stellt einen Fall vor:

- Patient männlich, ca. 40 Jahre alt, möchte unbedingt festsitzenden Zahnersatz
- Schalllücke 18- - -13-12, 8er mit Pfahlwurzel und Lockerung 0-1, kein PA-Fall
- sonst vollbezahnt
- Privatpatient

Die Teilnehmer erarbeiten folgende Lösungsvorschläge:

(Bewertung 2 Punkte für die bevorzugte Lösung bzw. 1 Punkt für die nächstbeste Lösung/je Teilnehmer)

1. **Implantatgetragene Brücke und Einzelkronen 12, 13 (11 Punkte)**
Vorteile: gute Statik, Ästhetik, Tragekomfort, PA-hygienisch
Nachteile: OP-Aufwand, Kosten
2. **Geteilte Brücke mit Geschiebe distal von 13 (8 Punkte)**
Vorteile: Ästhetik, Tragekomfort, PA-hygienisch
Nachteile: Beweglichkeit, Geschiebespalt-Hygiene, höhere Kosten
3. **Festsitzende Brücke (7 Punkte)**
Vorteile: Ästhetik, Tragekomfort, PA-hygienisch, Kosten
Nachteile: Statik wegen Spanne, Gefahr der Kronenlösung an 18
4. **Abnehmbare Brücke: 12, 13 Einzelkronen + aktivierbares Geschiebe distal 3, 18 Teleskopkrone + abnehmbarer Sattel mit Riegel (3 Punkte)**
Vorteile: Hygiene, Ästhetik, Erweiterbarkeit, Überprüfbarkeit von 18
Nachteile: hohe Kosten, aufwendige Pflege
5. **Geteilte Brücke mit Geschiebe (als Verbindungselement) distal 13 (1 Punkt)**
Vorteile: Tragekomfort, Erweiterbarkeit
Nachteile: schlechtere Ästhetik, höhere Kosten
6. **Teleskopierende Brücke 12, 13, 18 (mit Riegel) (0 Punkte)**
Vorteil: Erweiterbarkeit
Nachteile: Ästhetik, Kosten
7. **Freiendbrücke 12 – 13 – 14 (0 Punkte)**
Vorteil: Kosten
Nachteile: Ästhetik, kein Lückenschluß, Gegenbezahnung,
– keine praktikable Lösung –

Abbildung 10: Konsensfindung über eine Fallplanung eines Qualitätszirkels

Erfassungsbogen einer Zirkelgruppe, mit dessen Hilfe die in der Praxis verwendeten Materialien dokumentiert wurden. Jeder Teilnehmer war außerdem aufgefordert, eine Beurteilung abzugeben. Die erhobenen Ergebnisse

wurden diskutiert, wobei insbesondere Indikation und Probleme in der Anwendung erörtert wurden. Eine Gruppe benutzte das Werkzeug einer Teilnehmerbefragung zur Erhebung von Praxisroutinen im Bereich der Individualprophylaxe.

Liste und Beurteilung der in meiner Praxis verwendeten Materialien:		
Verwendungszweck	Material/Verfahren (Produktname)	Beurteilung (1 = sehr gut, gut, 2 = befriedigend, ausreichend, 3 = mangelhaft, ungenügend)
1. Füllungsmaterialien		
Direkte Überkappung	_____	_____
Indir. Überkappung	_____	_____
Unterfüllung	_____	_____
Temporäre Füllung	_____	_____
Def. Füllung Frontzahn	_____	_____
Def. Füllung Seitenzahn	_____	_____

Abbildung 11: Erhebungsbogen eines Qualitätszirkels für in der Praxis verwendete Materialien (Ausschnitt)

Sehr häufig wurden im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit **Kasuistiken** eingesetzt. Eine Gruppe widmete sich in sechs von sieben Sitzungen zahnmedizinischen Kasuistiken. Allerdings wurden sehr unterschiedliche Krankheitsbilder und Planungsentscheidungen durch diese Fälle beleuchtet. Pro Sitzung wurden meist nur zwei Fälle, ausnahmsweise auch drei Fälle besprochen. Die fallgestützte Diskussion sicherte einen besonders engen Praxisbezug.

4.5 Zufriedenheit und Atmosphäre innerhalb des Zirkels – Erfahrungen der Moderatoren

Die Moderatoren bewerteten Zufriedenheit und Atmosphäre der jeweiligen Arbeitstreffen anhand einer vorgegebenen Skala mit den Werten 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend). Die Treffen wurden insgesamt positiv beurteilt. Insbesondere die Gruppenatmosphäre erfuhr häufig die Bewertung „sehr gut“. Relativ selbstkritisch waren die Moderatoren bei der Beurteilung ihrer eigenen Rolle. Abbildung 12 gibt die Mittelwerte der Beurteilungen aller Treffen wieder. Besonders herauszustellen ist die günstige Bewertung des sachlichen Ertrages der Gruppenarbeit. Sie lag im Durchschnitt bei 2,1. Insgesamt herrschte bei den Treffen offenbar eine intensive, am Sachthema orientierte Arbeitsatmosphäre, die erheblich zur Zufriedenheit von Moderatoren und Teilnehmern beitrug.

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Moderatoren sind gering. Die höchste Differenz zwischen den Mittelwerten der Bewertung trat bei der Frage nach der Unterstützung der Gruppe durch den Moderator auf. Ein Moderator gab sich die Note 1,9 während ein anderer Moderator sich mit 2,9 einschätzte.

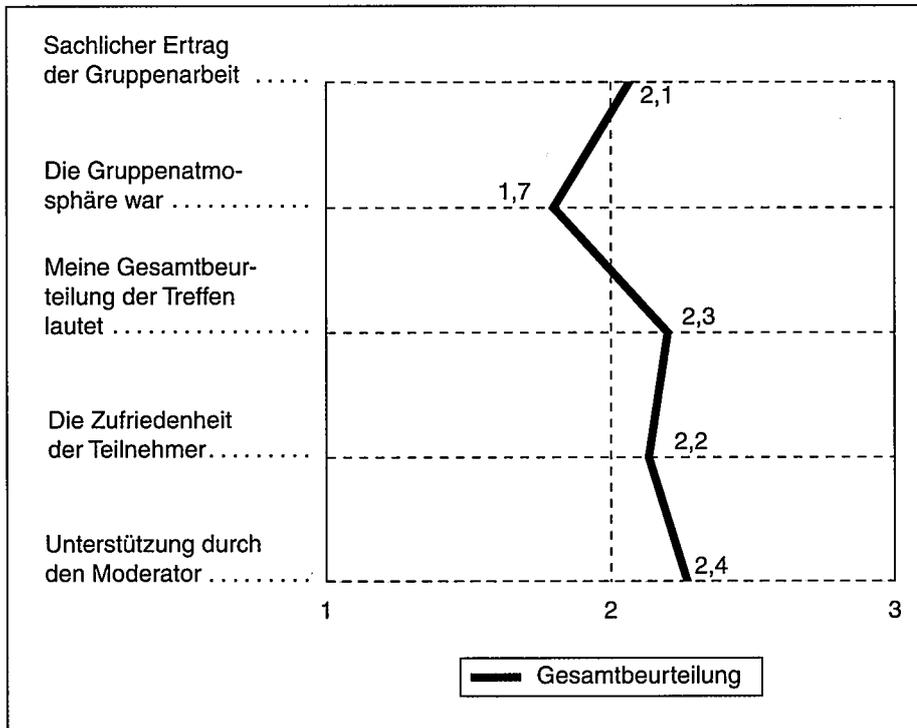


Abbildung 12: Gesamtbewertung der Treffen durch den Moderator (Mittelwerte aller Treffen)

Die formale Bewertung der Zirkelarbeit änderte sich im Verlauf des Versuches wenig. Durch das Zusammenwachsen der Gruppe verbesserte sich die Beurteilung etwas. Sehr deutlich ist dieser Anstieg hinsichtlich der Bewertung der **sozioemotionalen Gruppenzufriedenheit**. Bei der ersten Sitzung wurde die Zufriedenheit der Teilnehmer mit 2,6 eingeschätzt. Bis zur 7. Sitzung stieg dieser Wert auf 1,8. Die Abbildung 13 zeigt eine Gegenüberstellung der Bewertungen dieser Sitzungen.

Die Moderatoren hielten nach jedem Treffen fest, welche Erfahrungen sie selbst bei der Begegnung mit der Gruppe gemacht hatten. Auch Anregungen zur weiteren Zirkelarbeit wurden niedergelegt. Dieser Protokollbereich gibt Aufschluß über häufig beobachtete Schwierigkeiten mit der Gruppenarbeit.

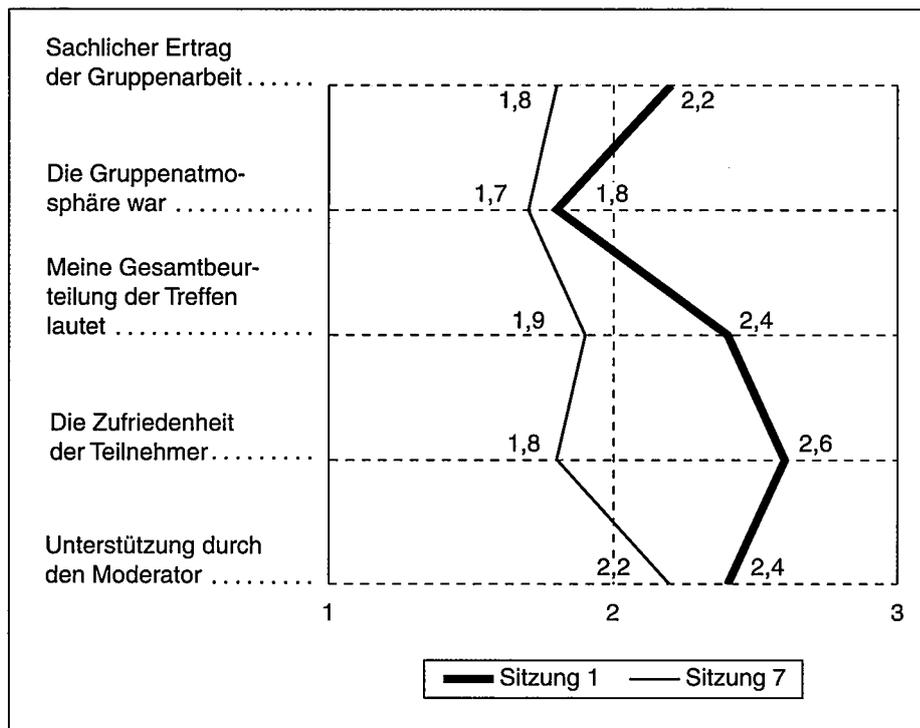


Abbildung 13: Bewertung der Sitzung 1 und der Sitzung 7

Die am häufigsten geäußerte Klage war, daß es trotz eines vereinbarten Rasters für die Diskussion ständig zu **Abschweifungen vom Thema** gekommen sei. Die Mehrzahl der Moderatoren gab an, immer wieder um die Tagesordnung kämpfen zu müssen. Ein hohes Maß an Durchsetzungsvermögen sei erforderlich gewesen, um die Teilnehmer auf die abgesprochene Thematik zu verpflichten.

Besonders ausgeprägt waren diese Schwierigkeiten, wenn das **Thema zu global** gewählt wurde. Dies führte zu der Schlußfolgerung, ein Thema müsse sehr gut eingegrenzt sein. Auf der anderen Seite wurde die Erfahrung gemacht, daß Themen, die alle Zirkelmitglieder betrafen, tatsächlich die lebendigsten und positivsten Diskussionen nach sich zögen.

Teilweise waren Moderatoren mit ihrer Rolle nicht ganz zufrieden, weil sie fachliche Zurückhaltung üben mußten, um den Verlauf der Diskussion zu leiten und zu fördern. Nur einmal findet sich der Hinweis, es sei schwer, die Mitglieder zur Teilnahme an der Diskussion zu bewegen. **Die richtige Balance zwischen Vielrednern und zurückhaltenderen Kollegen zu finden, bereitete jedoch oft Schwierigkeiten.**

4.6 Forderungen an Institutionen außerhalb des Qualitätszirkels

Der Protokollbereich „Forderungen außerhalb der Praxis“ dokumentiert, wo die Zirkel die Grenzen ihrer Kompetenz zogen. Zum einen wurden hier berufspolitische Forderungen genannt (leistungsgerechte Honorierung, klare Abgrenzung Kassen-/Privatleistung), zum anderen wurde ein Konsens über rechtliche Fragen angemahnt. So hält zum Beispiel das Protokoll der in Abbildung 8 vorgestellten Sitzung als Forderung fest: *„Es müssen praktikable und einfache Wege der Risikoaufklärung gefunden und juristisch abgesichert werden. Es ist ein unhaltbarer Zustand, daß eine Patientenaufklärung in der Form, wie von Kammer und KZV sowie von der deutschen Rechtsprechung gefordert, länger dauert als das Legen einer Füllung.“*

Diese Protokollnotiz zeigt, daß Problemlösungen von „außen“ auch in Bereichen gewünscht werden, die eigentlich der zahnärztlichen Kompetenz unterliegen.

4.7 Fachliche Handlungsleitlinien

Prinzipiell wurde von den Moderatoren ein Konsens über fachliche Fragestellungen angestrebt. In einigen Fällen gelang es den Gruppen, ausformulierte Diskussionsergebnisse zu erarbeiten, die den Teilnehmern als Handlungs- und Entscheidungsunterstützung dienen können. Die Erarbeitung einer solchen Handlungsleitlinie ist aufwendig und stellt den Endpunkt intensiver Diskussionen um ein gegebenes Thema dar (s. hierzu auch Abschnitt 5.2). Sie ist das sichtbare Zeichen eines gefundenen Gruppenkonsenses zu einer klinisch relevanten Fragestellung. Zwei Ergebnisse sollen hier beispielhaft zitiert werden.

Eine Gruppe beschäftigte sich in vier Sitzungen mit der Integration der Individualprophylaxe in den klinischen Betrieb der zahnärztlichen Praxis.

Das Themengebiet wurde insgesamt in 5 Punkte untergliedert: Organisation und Delegation, Fixpunkte der Organisation, Fixpunkte der Delegation, Erfolgreiche Motivation und Wirtschaftlichkeit.

Nach intensiver Diskussion wurden zu jedem Punkt organisatorische Anforderungen formuliert, die bei der Durchsetzung eines Prophylaxekonzeptes zu berücksichtigen sind. Das Mitglied des Qualitätszirkels erhielt somit eine wichtige Hilfestellung bei der Erschließung eines neuen wichtigen Bereiches zahnärztlicher Tätigkeit. Erfahrene Gruppenmitglieder ließen hierbei Ergebnisse aus bereits realisierten Konzepten einfließen. Schwerpunkt der Handlungsleitlinie ist eindeutig die geplante systematische Kommunikation zwischen Zahnarzt, Prophylaxehelferin und Patient. Abbildung 14 zeigt einen Ausschnitt der Leitlinie.

Ziele

- Jeden Patienten, der es braucht, zu erreichen
- Möglichst wenig vergeblichen Aufwand betreiben
- Erhalt der eigenen Freude durch wenig Reibungsverluste

Fixpunkte der Organisation

- Patienten so früh wie möglich ansprechen
- Prophylaxe einbetten in systematische Behandlungsabläufe
- definierte Inhalte für Instruktion
- möglichst viele Prophylaxemitarbeiter dort, wo es paßt
- Kommunikationssystem zwischen Prophylaxemitarbeiterinnen und Chef
- Berichterstattung der Prophylaxemitarbeiterinnen beim Recall

Fixpunkte der Delegation

- Zahnarzt definiert Informations- und Instruktionseinhalte
- Planendes Gespräch zwischen Prophylaxemitarbeiterinnen und Zahnarzt
- Eingreifen des Zahnarztes nach Wichtigkeit
- Ausbildung und Weiterbildung der Prophylaxemitarbeiterinnen

Abbildung 14: Handlungsleitlinie eines Qualitätszirkels zum Themenfeld Prophylaxe (Ausschnitt) – Organisation und Delegation

Ein weiteres Beispiel für die Formulierung einer Handlungsleitlinie findet sich in den Protokollen einer anderen Zirkelgruppe, die das Problemfeld „Freundsituation“ behandelte (vgl. Abb. 15). Die Problematik wird definiert und in zwei Fragestellungen untergliedert: Fehlender 7er und Fehlen aller Molaren. Sehr zurückhaltend ist die Lösung, die für die Situation „fehlender 7er“ angegeben wird. Bei Fehlen aller Molaren werden verschiedene Behandlungsoptionen einander gegenübergestellt. Für die einseitige Freundsituation werden 5 Behandlungsmöglichkeiten festgehalten. Wichtige Vor- und Nachteile werden benannt. Liegt eine beidseitige Freundsituation vor, werden 4 Möglichkeiten angeboten, wobei eine Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit den eigentlichen Behandlungsoptionen vorangestellt wird.

Die Leitlinie beinhaltet keine eindeutige Handlungsanweisung für eine definierte klinische Fragestellung. Es werden jedoch klinische Lösungen systematisch diskutiert, wodurch die klinische Routine des einzelnen Mitglieds in Frage gestellt wird und alternative Behandlungsmöglichkeiten ins Blickfeld geraten. Die hier vorgestellten Beispiele zeigen anschaulich, inwieweit es einem zahnärztlichen Kreis gelingen kann, Lösungen für konkrete Praxis- und Behandlungsprobleme zu finden.

Freiendsituation

Definition: Wo fängt diese an? – ab Zahn 7

1. 7er fehlt:

- abwarten – eventuelle Elongation im Gegenkiefer beobachten, dann verblockte Inlays (Kronen)

2. 6er/7er fehlen:

a. einseitig

- Implantate (2): optimale Funktion, operativer Eingriff, Kosten (privat)
- Freundprothese (einseitig – mit Riegel/Teleskop): gute Funktion, regelmäßige Sattelunterfütterung, 2 Pfeilerzähne beschleifen
- Freundbrücke (bis 6er als Prämolare): sehr gute Funktion, 7er nicht gefaßt, 2 Pfeilerzähne beschleifen
- Distalisierung des 5ers (KFO): Aufwand, Kosten (Erwachsenen-KFO), häufig Devitalisierung des 5ers durch KFO, Beschleifen für Brücke anschließend notwendig
- Modellgußprothese: „Notlösung“, eine Elongation der Antagonisten kann sie nicht verhindern, Patientenakzeptanz fraglich

b. beidseitig

- im OK + UK: keine Therapie, evtl. Aufbißschiene
- im OK oder UK: Teleskop- oder Geschiebeprothese (2-4 Pfeiler)
- 4 Implantate – Komfortlösung
- Modellgußprothese – Einfachlösung

Abbildung 15: Handlungsleitlinie eines Qualitätszirkels zum Themenfeld prothetische Behandlung der Freiendsituation

4.8 Zusammenfassung

Den Teilnehmern des Modellversuches ist es gelungen, das Qualitätszirkelkonzept mit Leben zu erfüllen. Alle Zirkel, mit einer Ausnahme, blieben über den Versuchszeitraum stabil. Jede Gruppe stellte ihr eigenes Arbeitsprogramm zusammen und führte es in eigener Verantwortung durch. Die Aktivität der Gruppen war unterschiedlich. Die Anzahl der durchgeführten Sitzungen schwankte bei den stabilen Gruppen zwischen 7 und 11. Die Teilnahme war in diesen Gruppen bis zum Versuchsende sehr stabil.

Die Moderatoren hatten erhebliche Vorbereitungsarbeit zu leisten, um die Zirkel zu gründen und zu unterhalten. Das zeitliche Engagement zeigte jedoch Unterschiede. Vor der ersten Sitzung war allgemein ein hoher zeitlicher Aufwand erforderlich. Im Verlauf des Versuches konnten einige Moderatoren den Aufwand reduzieren, während andere weiterhin sehr stark engagiert waren.

Die Zirkelarbeit konzentrierte sich auf die fachliche, zahnmedizinische Diskussion. Berufspolitische Probleme wurden nur selten behandelt. Die Themen wurden selbständig und unabhängig voneinander bestimmt und erarbeitet. Eine Vielzahl von fachlichen Diskussionsgegenständen wurde erörtert. Hauptsächlich wurden Themen von allgemeinem Interesse gewählt, denen sich der Zahnarzt jeden Tag stellen muß. Das aktuelle Thema der Amalgamalternativen wurde am häufigsten bearbeitet, gefolgt von den Themen Prothetik und Individualprophylaxe.

Die Moderatoren bewerteten die Zufriedenheit der Teilnehmer und den sachlichen Ertrag der Treffen sehr positiv. Ihre eigene Rolle schätzten sie etwas kritischer ein, dennoch waren sie insgesamt mit sich zufrieden (vgl. hierzu auch Kapitel 6). Die Leitung der Gruppe wurde als schwierige Aufgabe erkannt. Sie erforderte die Bereitschaft, sich selbst fachlich zurückzunehmen und sich hauptsächlich der Moderation des Gespräches zu widmen.

Ein Konsens über praktische, fachliche Fragestellungen wurde angestrebt. Verschiedene Techniken der Konsensfindung wurden erprobt. In einigen Fällen wurden Handlungsleitlinien formuliert, die zur Lösung konkreter Praxis- und Behandlungsprobleme beitragen können.

5 Die Entwicklung der Zirkel im Spiegel der Teilnehmer

Oben (vgl. Kap. 2) wurde schon herausgearbeitet, daß ein wesentliches Ziel der begleitenden wissenschaftlichen Evaluation des Modellversuches „Zahnärztliche Qualitätszirkel“ darin bestand, die Akzeptanz bzw. die Akzeptanzentwicklung im Zeitverlauf seitens der an den Zirkeln teilnehmenden Zahnärzte zu erhellen. Der Begriff der Akzeptanz sollte in diesem Zusammenhang in einem alltagssprachlichen Sinne verstanden werden, nämlich als subjektive Wertschätzung der Zirkelarbeit durch die Teilnehmer selbst.

Als methodisches Instrument wurde hierzu ein weitgehend durchstrukturierter Fragebogen (vgl. Anhang B) verwendet, der – naturgemäß mit einigen inhaltlichen Anpassungen – am Anfang des Modellversuches (t0), dann ungefähr zur Mitte der Zirkelarbeit (t1) nach 4-5 Monaten und schließlich zum Ende des Modellversuches (t2) nach 7-8 Monaten durch die Teilnehmer (schriftliche Befragungsform) ausgefüllt werden sollte. Die Fragebögen wurden durch den jeweiligen Moderator in der Gruppe ausgeteilt, dann in anonymisierter Form, also ohne jeden Namensbezug, ausgefüllt, wiederum durch den Moderator eingesammelt und am Folgetag an das IDZ zur Auswertung abgeschickt.

Die inhaltliche Konzeption der entwickelten Fragebögen orientierte sich an den theoretischen und empirischen Arbeiten der Qualitätszirkelforschungsgruppe von Hannover/Göttingen (vgl. Bahrs, Gerlach und Szecsenyi, 1995; Gerlach und Bahrs, 1994), gleichzeitig wurden naturgemäß die Besonderheiten der zahnärztlichen Arbeitssituation bei der Ausformulierung der Einzelfragen berücksichtigt. Verschiedene „offene Fragen“ – also Fragen ohne spezifische Antwortvorgaben – sollten zusätzlich helfen, die Stellungnahmen und Einschätzungen der Teilnehmer möglichst authentisch abzubilden.

Von den insgesamt N = 102 Teilnehmern des Modellversuches konnten folgende Fallzahlen für die Fragebogenauswertung zugrunde gelegt werden, die auch die Basis für die Verteilungen in den Abbildungen 16-22 darstellen:

Zeitpunkt t0: N = 93 Fragebögen (zu Beginn)
Zeitpunkt t1: N = 91 Fragebögen (nach 4-5 Monaten)
Zeitpunkt t2: N = 83 Fragebögen (nach 7-8 Monaten)

Bei dieser Fallzahlenfestlegung wurden die Teilnehmer des Qualitätszirkels Nr. 10 (vgl. Kapitel 2) nicht berücksichtigt, da für diese Gruppe aufgrund der andauernden Fluktuation der Teilnehmer nur fragmentierte Fragebogeninformationen vorlagen, die für eine Längsschnittbetrachtung zur Akzeptanzentwicklung (von t0 über t1 bis t2) methodisch ungeeignet erschienen. Die folgenden Darstellungen beziehen sich also nur auf diejenigen Zahnärzte, die über den gesamten Beobachtungszeitraum (ca. acht Monate) befragt werden konnten.

5.1 Allgemeine Erwartungen und Erfahrungen im Kontext Qualitätssicherung/Qualitätszirkel

Die Qualitätszirkelteilnehmer bewerten das Thema der Qualitätssicherung sowohl aus allgemein berufspolitischer Sicht als auch aus der Perspektive der eigenen Praxistätigkeit als bedeutsam: Mehr als vier Fünftel aller Zirkelteilnehmer geben in diesem Fragekontext die Wertung „sehr wichtig“ oder „wichtig“ ab, wobei interessant erscheint, daß dieses Bewertungsniveau auch im Zeitverlauf des Modellversuches bzw. der praktischen Zirkelarbeit konstant bleibt (vgl. Abb. 16 und Abb. 17).

Dies läßt darauf schließen, daß sich – naheliegenderweise – vor allem diejenigen Zahnärzte an einer Mitarbeit in einem Qualitätszirkel interessiert gezeigt hatten, die insgesamt dem Thema Qualität eine besondere Bedeutung zumessen. Oder anders ausgedrückt: Die hier zu unterstellende Selektion oder „Positivauslese“ bei der Qualitätszirkelrekrutierung muß als ein funktionales Äquivalent der strukturellen Besonderheiten eines Qualitätszirkelangebotes aufgefaßt werden, da sich sicherlich vor allem themenengagierte „Zahnärzte“ von dieser Form der angebotenen Gruppenarbeit angezogen fühlen. Dies sollte unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten keineswegs nur als Nachteil über die Verfahrensweise der Zirkelarbeit interpretiert werden, da die Diskussionsprozesse bei den Gruppenzusammenkünften genau durch diese „Positivauslese“ einen Zuwachs an inhaltlicher Substanz erhalten dürften. Andererseits wirft dieser Selektionsbefund aber auch selbstverständlich Fragen nach der Reichweite der Qualitätszirkelmaßnahme auf; darauf soll im Kapitel 7 näher eingegangen werden.

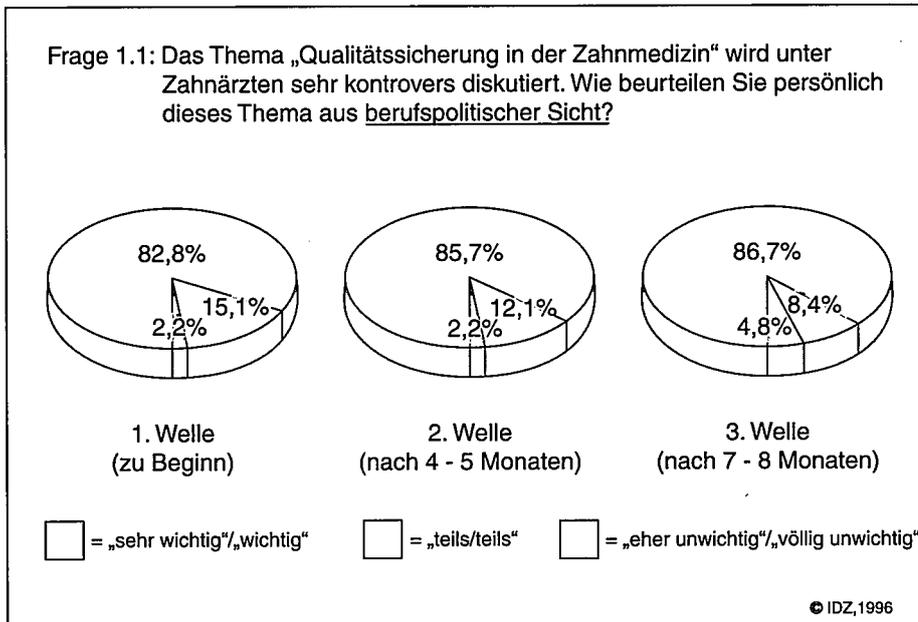


Abbildung 16: Bewertung der Qualitätssicherung aus berufspolitischer Sicht

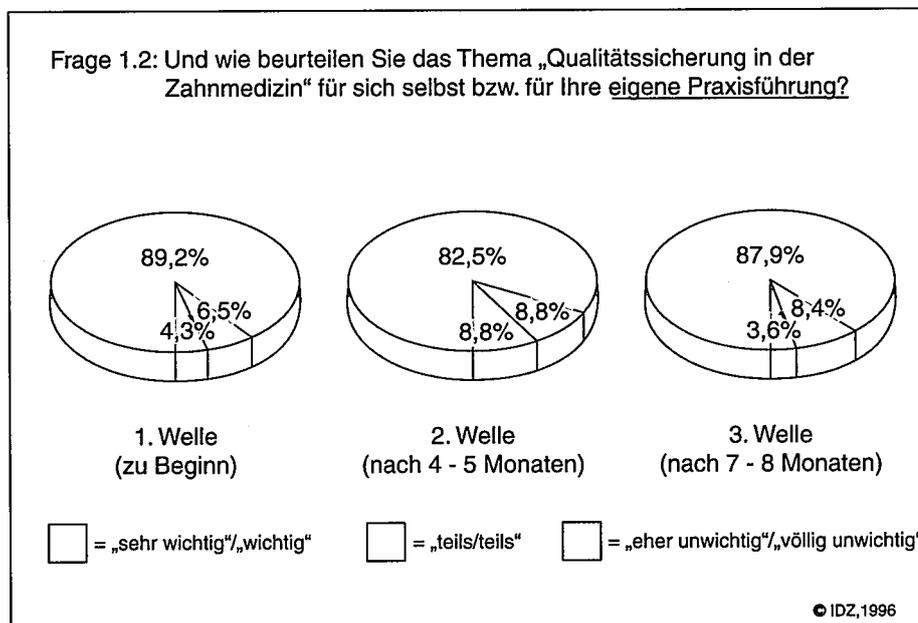


Abbildung 17: Bewertung der Qualitätssicherung für die eigene Praxisführung

Aufschlußreich dürfte in dem gerade angesprochenen Kontext auch die Antwortverteilung auf die Frage sein, welche „Beweggründe“ (t0) bzw. welche „Dinge“ (t1 + t2) den Teilnehmern bei der Zirkelarbeit besonders wichtig erscheinen (vgl. Abb. 18): Auch hier zeigt sich eine beachtliche Stabilität während der gesamten Laufzeit des Modellversuches: Der Erfahrungsaustausch (mit Kollegen) und Anregungen für die eigene Praxisführung bestimmen als entscheidende Motivatoren das Einstellungsbild der Teilnehmer.

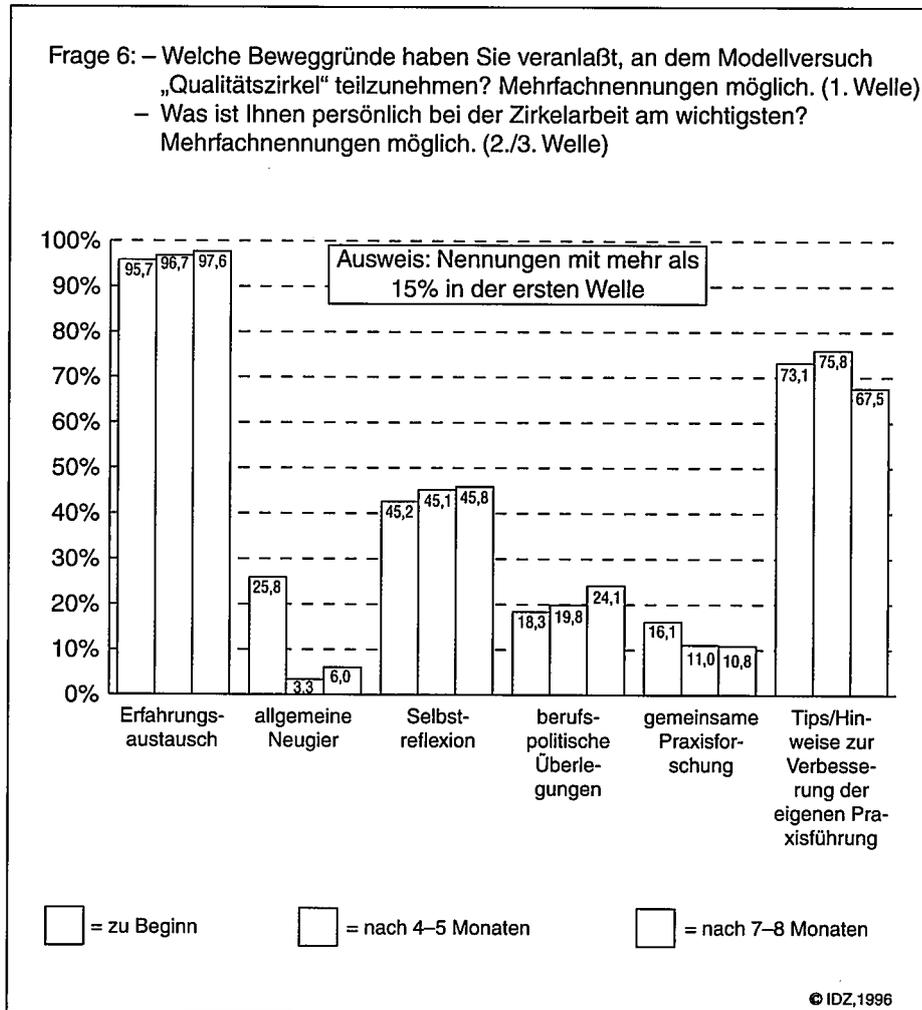


Abbildung 18: Beweggründe für die Teilnahme an einem Qualitätszirkel

Gerade durch diesen **egalitären Gruppenbezug** – also einen gleichberechtigten Austausch der Gruppenmitglieder untereinander über ihre Arbeitserfahrung – ist auch das Erwartungsbild über die Aufgaben/Funktionen des Zirkelmoderators geprägt (vgl. Abb. 19). Die organisatorische Führung der Gruppe im Hinblick auf eine positive Beeinflussung der sozialen Gruppenatmosphäre und eine geeignete technische Rahmensetzung stehen im Zentrum der Erwartungshaltung. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang auch, daß im Verlaufe der Gruppenarbeit im Qualitätszirkel die Erwartung an den Moderator vor allem in Richtung „technische Rahmensetzung“ deutlich zunimmt. Auch dies läßt sich sicherlich als ein Hinweis auf das egalitäre Grundverständnis der Zirkelarbeit im Spiegel der Teilnehmer interpretieren.

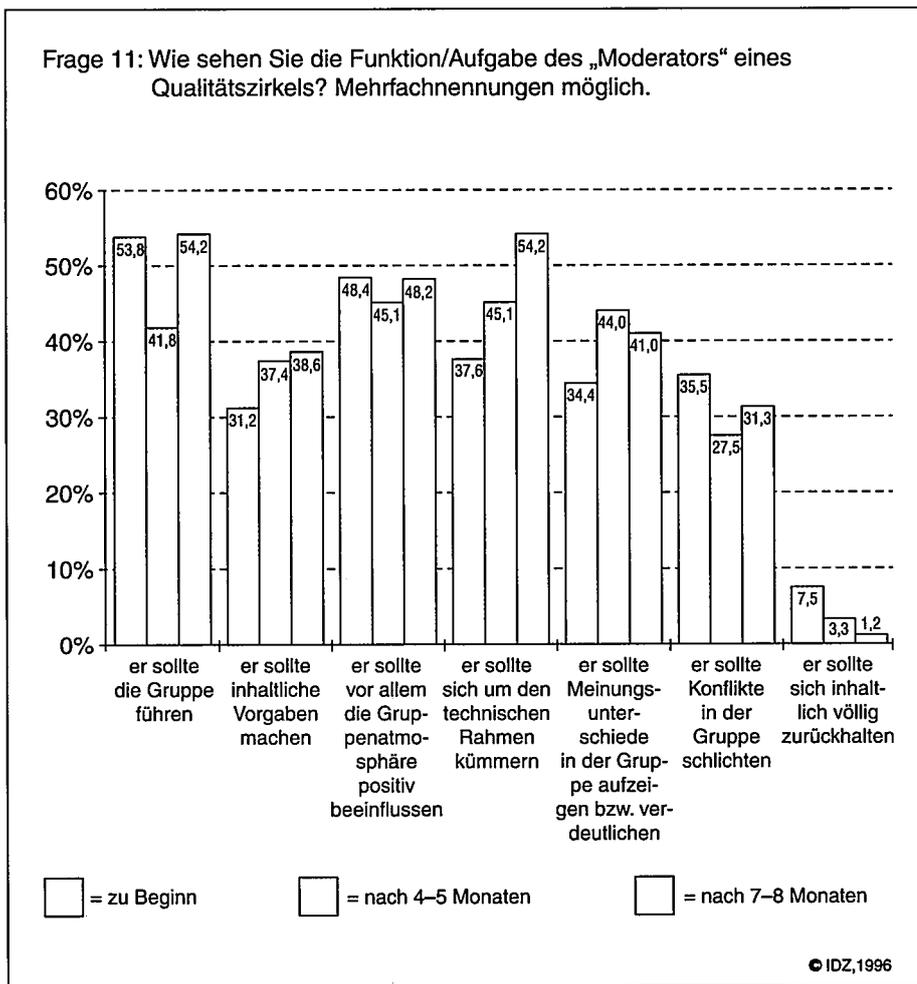


Abbildung 19: Erwartungen der Zirkelteilnehmer an den Moderator

5.2 Spezielle Einschätzungen zu Dokumentationsmethoden für die Zirkelarbeit und Handlungsleitlinien

Bereits oben wurde mehrfach herausgestellt (vgl. Kapitel 2 und 3), daß der **kasuistische Problembezug** ein tragendes Merkmal der gesamten Qualitätszirkelphilosophie darstellt. Insofern kann es nicht erstaunen, daß auch im subjektiven Erleben der Qualitätszirkelteilnehmer die didaktischen Prinzipien der „mündlichen Falldarstellung“ (durch die Teilnehmer), der „Vorträge“ (durch die Teilnehmer) und die gemeinsame Diskussion von „Gebißmodellen aus der eigenen Praxis“ mit Abstand die höchste Zustimmung finden

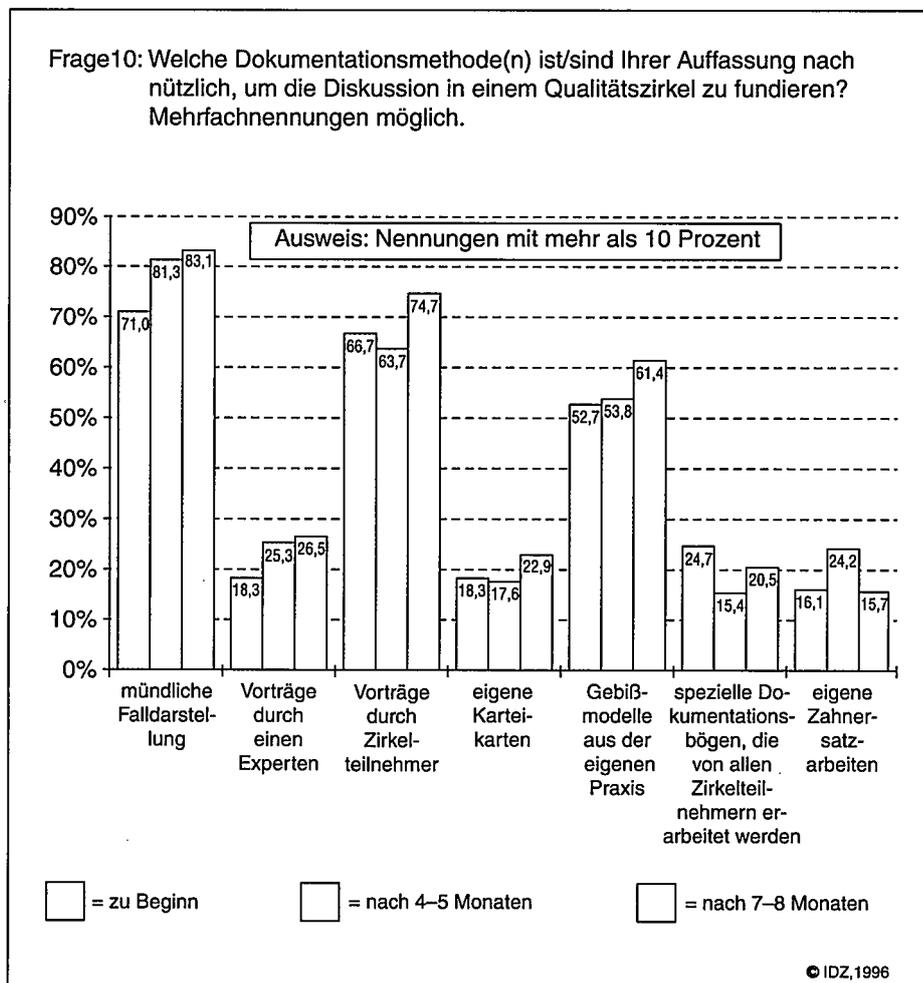


Abbildung 20: Wertungshierarchie zu zahnmedizinischen Dokumentationsmethoden für die Qualitätszirkelarbeit

(vgl. Abb. 20). Die Antwortraten liegen hier in einer Spannweite zwischen 53% und 83%.

Diese drei didaktischen Grundprinzipien erhalten nicht nur ganz grundsätzlich die höchste Zustimmung, sondern werden im zeitlichen Verlauf der praktischen Zirkelarbeit (also von t0 bis t2) noch weiter verstärkt.

Recht schwierig erscheint im Einstellungsbild der Zirkelteilnehmer die Frage, inwieweit „**Handlungsleitlinien**“, also Empfehlungen (vgl. Abschnitt 4.7), nach denen man das diagnostische und therapeutische Vorgehen ausrichten kann, durch die Qualitätszirkelgruppe erarbeitet werden sollten (vgl. Abb. 21).

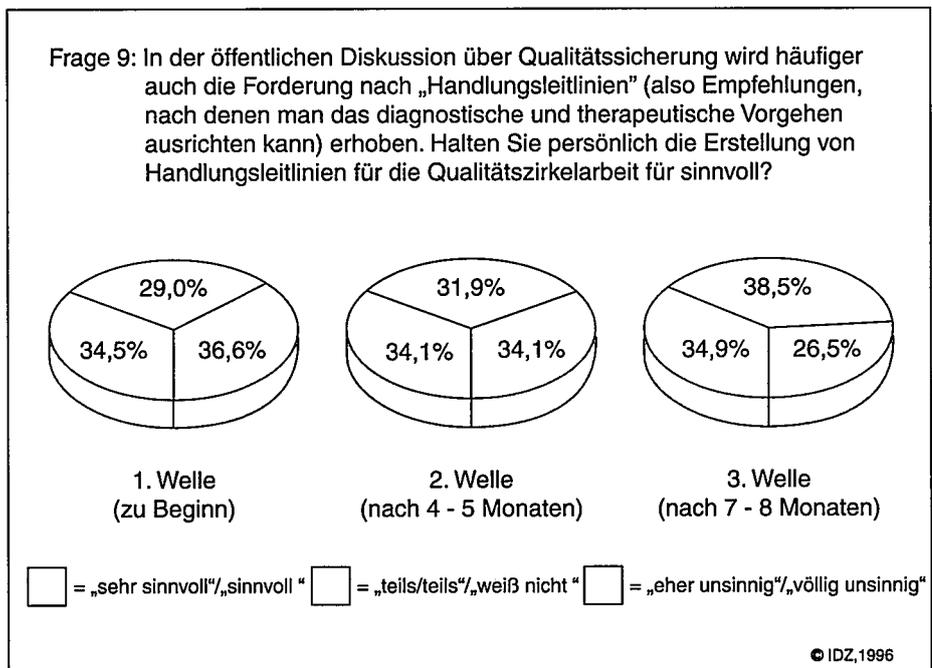


Abbildung 21: Einschätzungen zur Bedeutung von Handlungsleitlinien

Hier zeigt sich im Antwortbild der Teilnehmer eine Dreiteilung, rund ein Drittel sieht dies als sinnvoll an, rund ein Drittel ist in dieser Frage eher meinungslos und rund ein Drittel hält Handlungsleitlinien im obigen Sinne eher für unsinnig. Offenbar drückt sich bei der Beantwortung dieser Frage insgesamt eine gewisse Unsicherheit aus, man weiß vielleicht zu wenig, wie denn genau solche Handlungsleitlinien aussehen könnten und fürchtet

womöglich auch einen gewissen moralischen Sanktionsdruck, wenn man – aus welchen Gründen auch immer – von diesen Leitlinien abweichen möchte. Interessant ist aber immerhin, daß die Zahl der „ablehnenden“ Zahnärzte hier im Verlaufe der praktischen Zirkelarbeit in der statistischen Tendenz zurückgeht (von 36,6% auf 26,5%). Dies spricht dafür, daß durch die konkrete Diskussionsarbeit in den Qualitätszirkelgruppen doch einige Befürchtungen im Hinblick auf den vermeintlichen Verbindlichkeitsgrad von zahnmedizinischen Handlungsleitlinien abgebaut werden können.

5.3 Nachteile/Probleme und Perspektiven im Kontext der Zirkelarbeit

Bei der Konstruktion des Akzeptanzfragebogens spielte selbstverständlich auch der Fragekomplex zu möglichen kritischen Punkten der Zirkelarbeit eine wichtige Rolle. Dies deswegen, um genauer abschätzen bzw. einordnen zu können, inwieweit eine Weiterführung des Qualitätszirkelangebotes über die Laufzeit des eigentlichen Modellversuches im Spiegel der Teilnehmer tatsächlich gewünscht wird. Sicherlich dürfte die konkrete Bereitschaft der Teilnehmer, in ihrem Qualitätszirkel weiter mitarbeiten zu wollen, einen methodisch starken Indikator zur Akzeptanz der Qualitätszirkelidee darstellen.

Gefragt nach den Dingen, die bei der Zirkelarbeit nicht so gefallen haben, weisen die Teilnehmer vor allem (> 50%) auf das Problem des eigenen „**Zeitaufwandes**“ hin, der ihnen durch die Mitwirkung im Zirkel entstanden ist (vgl. hierzu auch Kapitel 4). Interessant ist in diesem Zusammenhang die subjektive Einstellungsdynamik über die gesamte Laufzeit des Modellversuches zu den Kritikpunkten (vgl. Abb. 22).

Es zeigt sich, daß das Zeitaufwandsproblem sehr stabil eingeschätzt wird bzw. kritisch von rund jedem zweiten Teilnehmer vermerkt wird, während die Problempunkte eines Mehraufwandes durch eine Dokumentation des Praxisgeschehens (als Input für die Gruppenarbeit) und die Strittigkeit von Handlungsleitlinien (für die eigene Praxistätigkeit) eine deutlich abnehmende Tendenz von t0 bis t2 zeigen. Hier war sicherlich die konkrete Erfahrung im Laufe der Gruppenzusammenkünfte maßgebend, daß man es sehr wohl selbst in der Hand hat, welche Freiheitsgrade man bei seiner eigenen Mitwirkung in der Gruppe in Anschlag bringen möchte.

Unter dem Gesichtspunkt der subjektiven Einstellungsdynamik ist ferner interessant, daß bei der sozioemotionalen Komponente im Rahmen einer Gruppenteilnahme, nämlich einerseits Beschämungsbefürchtungen bei der Verbalisierung von Kritik an Kollegen und andererseits bei dem psychischen Aushalten von Kritik durch Kollegen, ebenfalls eine deutlich fallende Tendenz von t0 bis t2 festzustellen ist; das Problem einer gewissen „Verunsicherung“ durch die Gruppenteilnahme bleibt aber bestehen. Ganz

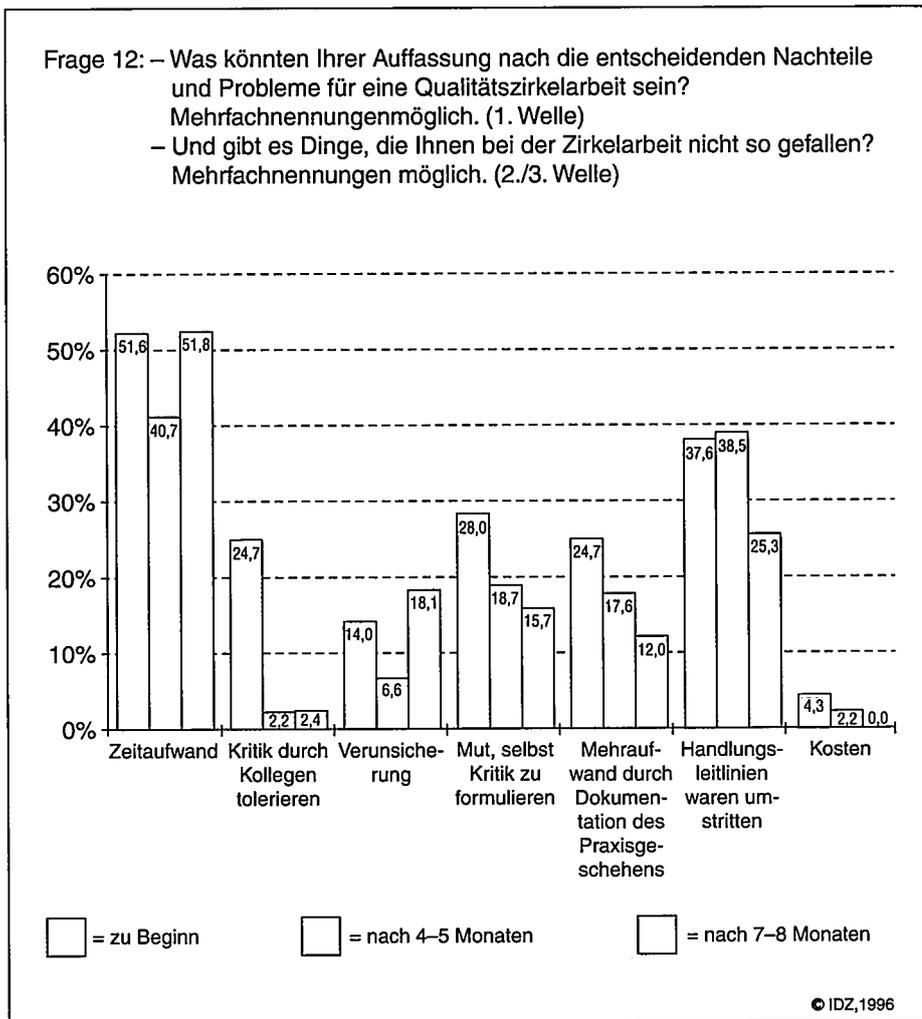


Abbildung 22: Nachteile/Probleme der Qualitätszirkelarbeit

offensichtlich hat also diese **psychosoziale Seite der Zirkelarbeit** ein deutliches Gewicht: Eine Herausforderung, der sich jeder Qualitätszirkelmoderator zu stellen hat mit dem Ziel, eine emotional entspannte Gruppenatmosphäre zur Entfaltung zu bringen.

Der Gesichtspunkt des **finanziellen Kostenaufwands** bei der Beteiligung an einem Qualitätszirkel spielt im Urteil der Zirkelteilnehmer eine nur geringe bis überhaupt keine Rolle.

Im Rahmen der Schlußbefragung (t2) der Zirkelteilnehmer nach rund acht Monaten laufender Zirkelarbeit wurde die Frage nach einer **weiteren Mit-**

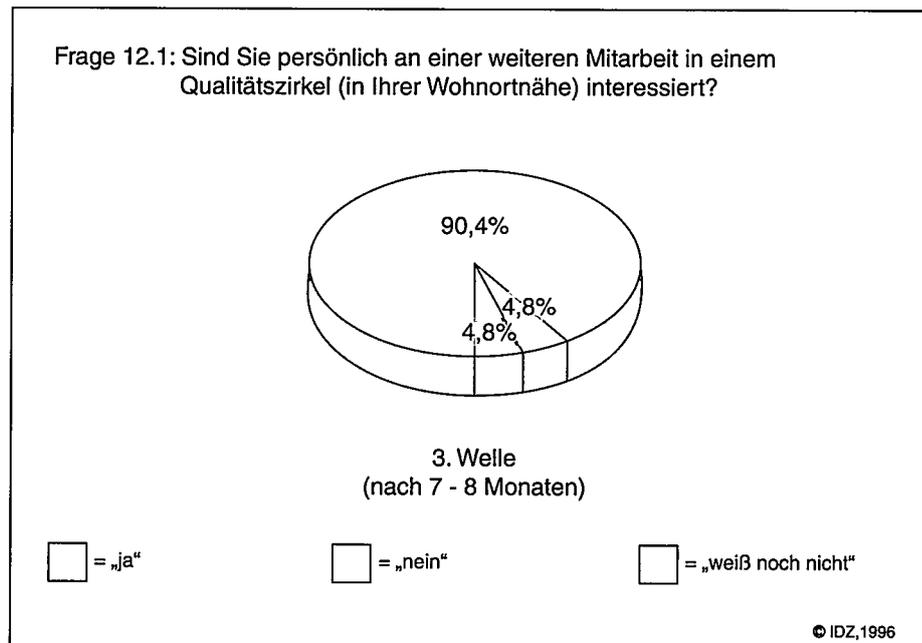


Abbildung 23: Interessenlage zur weiteren Mitarbeit im Qualitätszirkel
Basis: N = 83 niedergelassene Zahnärzte (t2/nach 7 – 8 Monaten)

arbeit im Qualitätszirkel gestellt (vgl. Abb. 23): Von insgesamt N = 83 befragten Zahnärzten beantworteten 75 (= 90,4%) diese Frage mit einem klaren „Ja“, 4 Zahnärzte (= 4,8%) mit einem ebenso klaren „Nein“, und 4 Zahnärzte (= 4,8%) äußerten in diesem Fragezusammenhang „Weiß noch nicht“. Aus dieser Antwortverteilung ist gut erkennbar, daß die ganz überwiegende Mehrheit der Zirkelteilnehmer offensichtlich einen subjektiven Nutzen aus der Mitarbeit im Zirkel zieht und deswegen die Arbeit gerne fortsetzen möchte. Die Akzeptanz derjenigen Zahnärzte, die sich zu einer Qualitätszirkelmitarbeit im Rahmen des Modellversuches zunächst einmal „probeweise“ entschlossen hatten, bewegt sich also auf einem recht hohen Zufriedenheitsniveau.

Auch der Befund, daß von 95 Zahnärzten zu Beginn des Modellversuches noch 84 Zahnärzte am Schluß des Modellversuches an der Zirkelarbeit partizipierten, spricht für diese Einschätzung – die in Anschlag gebrachten Zahlen sind hier ohne die Teilnehmer des Zirkels Nr. 10 ausgewiesen, da dieser Zirkel über die gesamte Laufzeit nicht personenidentisch geblieben war.

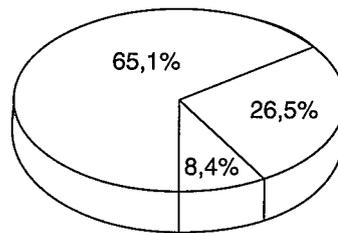
Gestützt wird dieses gerade formulierte Fazit aus der Teilnehmerbefragung darüber hinaus durch eine semantisch orientierte Inspektion des Antwort-

materials zu der Frage, welche Gründe denn für die weitere Mitarbeitsbereitschaft im Qualitätszirkel ausschlaggebend seien. Auf der Basis von insgesamt 67 Nennungen/Kommentaren von 67 Zirkelteilnehmern, die hier von der Möglichkeit einer freien Antwortformulierung Gebrauch gemacht hatten, zeigten sich folgende Antwortschwerpunkte (Auswahl von Zitaten):

- „fachlicher Austausch für mich wichtig“
- „Reflexion der täglichen Arbeit“
- „kollegialer Austausch“
- „immer am Ball bleiben“
- „Erfahrungsaustausch“
- „interessante Fortbildung“
- „Routine und Alltagsblindheit durchbrechen“
- „kollegialer Zusammenhalt“
- „Tips zur Erweiterung des Horizonts“
- „Abstimmung mit Kollegen“
- „sehr bereichernd für das eigene Praxisgeschehen“
- „positiv für Motivation bei der täglichen Arbeit“
- „erheblicher Vertrauensgewinn“
- „Erarbeitung eines einheitlichen Konsens“
- „gute Diskussionsabende“
- „Kollegialität vor Ort wird erhöht“
- „Vermeidung von Betriebsblindheit“
- „Kommunikationswillen über Praxiserfahrung“
- „Einzelkämpfergefühl wird weniger“
- „ermöglicht eigene Standortbestimmung“

Daß das Verfahren eines Qualitätszirkels auf der anderen Seite aber auch keineswegs idealisiert wird, zeigen die Antworten der Zirkelteilnehmer auf die sogenannte Bilanzfrage zum Stellenwert des Qualitätszirkels im Kontext des gesamten Spektrums möglicher Qualitätssicherungsverfahren (vgl. Abb. 24): Knapp 2/3 der befragten Zahnärzte sehen insgesamt im Qualitätszirkel ein „nützliches Verfahren“, aber rund jeder vierte Zirkelteilnehmer betont daneben auch, daß es „wahrscheinlich sehr viel wirksamere Verfahren zur Qualitätssicherung“ gebe als das Instrument der Qualitätszirkelgruppe; knapp jeder zehnte Befragte äußert sich diesbezüglich mehr oder weniger deutlich kritisch zur Wirksamkeit des Qualitätszirkels im Hinblick auf zahnärztliche Qualitätssicherungsfragen.

Frage 13: Wenn Sie jetzt das Thema „Qualitätszirkel“ einmal alles in allem beurteilen: Welcher der folgenden Aussagen würden Sie am ehesten zustimmen?



3. Welle
(nach 7–8 Monaten)

- = „Qualitätszirkel sind ein nützliches Verfahren zur Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung“
- = „Qualitätszirkel sind sicherlich ganz nützlich, aber es gibt wahrscheinlich sehr viel wirksamere Verfahren zur Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung“
- = „Qualitätszirkel sind kein besonders wirksames Verfahren zur Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung, da sie letztlich dem einzelnen Zahnarzt nicht viel bringen“

© IDZ, 1996

Abbildung 24: Einschätzung zur Effektivität des Qualitätszirkels

Basis: N = 83 niedergelassene Zahnärzte (t2/nach 7 – 8 Monaten)

Entsprechend zu diesem insgesamt positiven Einstellungsbild hinsichtlich der Effektivität des Qualitätszirkels veranschlagen die Zirkelteilnehmer den Stellenwert der „Fortbildung“ im Kontext der gesamten Qualitätssicherungsdebatte als hoch. Auf der Grundlage von 52 Nennungen ergibt sich folgendes **Antwortbild auf die Frage, welche Maßnahmen in der eigenen Zahnarztpraxis geeignet seien, um die Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung weiterzuentwickeln** (Auswahl von Zitaten):

- „Fortbildung verstärken“
- „Fortbildungen, kollegiale Fachgespräche“
- „ständige Fortbildung“
- „Reflexion bei der Arbeit“
- „Mitarbeiter schulen, selber auf dem laufenden bleiben“
- „Umsetzung von neuen Methoden und Verfahren nach qualifizierter Weiterbildung“

- „ständige Selbstkontrolle“
- „Besuch von Fortbildungsveranstaltungen, Selbstreflexion“
- „bewußter planen und dann erst handeln“
- „sorgfältige Diagnostik, Kollegengespräche bei offenen Fragen oder Problemen“
- „regelmäßige Kollegentreffen in der Praxis, Teambesprechungen, Helferinnenschulungen intern und extern“
- „Tips und Anregungen von Kollegen umsetzen“
- „Fortbildungsveranstaltungen besuchen“
- „Fortbildung und Erfahrungsaustausch“
- „durch Fortbildung, auch der eigenen Mitarbeiter“
- „sich selbst kritisch sehen“
- „mehr Systematik in den Arbeitsabläufen“
- „Umsetzen der gewonnenen Erkenntnisse, keine weitere Belastung durch Bürokratie“
- „Professionalisierung aller Arbeitsgänge im Praxisteam mit Hinblick auf Prozeß-, Ergebnis- und Strukturqualität“
- „kritische Selbstüberprüfung mit Unterstützung durch Externe“
- „Qualitätszirkel“
- „Patienten unterschiedliche Ansatzmöglichkeiten darstellen, die im Zirkel besprochen wurden“
- „Selbstkritik, Selbstkontrolle, Fortbildung, Streben nach Perfektion“
- „mehr Selbstkritik“
- „Richtlinien des Zirkels in die Tat umsetzen“
- „das Gleiche für zahnärztliche Mitarbeiter durchführen“
- „Übernahme der für mich wichtigen Dinge aus dem Qualitätszirkel“
- „Erarbeitung von Behandlungsrastern mit eigenen Zielvorgaben zur Beurteilung der durchgeführten Maßnahmen“
- „Qualitätszirkeltreffen in der eigenen Praxis“
- „Systematisierung von Behandlungsabläufen und deren Abrechnung“
- „Fortbildung des Zahnarztes/der Zahnärztin und des Praxispersonals“
- „eigene Kritikfähigkeit gegenüber jedem Behandlungs-/Verwaltungsabschnitt weiterentwickeln“
- „fachlicher Meinungsaustausch mit Kollegen“
- „Terminketten besser planen“
- „mache selbst viel Fortbildung“

Mit diesen zitierten Einschätzungen schließt sich aber auch gleichsam der Kreis zwischen der „Fortbildung“ und dem „Qualitätszirkel“: Wenn letztlich auch der Qualitätszirkel nur eine bestimmte Ausformung von Fortbildungsmaßnahmen darstellt – und zwar als kasuistisch orientierte Fortbildung in Kleingruppen –, dann ist der Qualitätszirkel offenbar ein Verfahren, das mit einem recht hohen Akzeptanzpotential seitens fortbildungsengagierter Zahnärzte rechnen kann.

Im Spiegel der zahnärztlichen Teilnehmer scheint der Qualitätszirkel gleichsam zwischen „Stammtisch“ und „traditioneller Fortbildung“ angesiedelt zu sein. Das spezifisch Neue eines Qualitätszirkels liegt wohl für die Teilnehmer in dem Charakter der Kleingruppenarbeit auf egalitärer Grundlage mit einer sozialen Moderatorfunktion, die primär dafür sorgt, daß die kommunikativen Gruppenabläufe in geregelten Bahnen verlaufen.

6 Das Resümee der Moderatoren

Es wurde bereits ausgeführt (vgl. Kapitel 2), daß die wissenschaftliche Begleitung des Modellversuches neben einer periodischen Wiederholungsbefragung (von t0 bis t2) zur Teilnehmerakzeptanz und einem ausführlichen Protokoll über jedes Qualitätszirkeltreffen (durch die Moderatoren) ferner auch eine abschließende Gruppendiskussion mit allen Moderatoren umfaßte. Ziel dieser abschließenden Diskussion war eine gedankliche Nachbereitung und Bewertung des abgelaufenen Modellversuches durch die Moderatoren selbst.

Die Gruppendiskussion wurde anhand eines Leitfadens (vgl. Anhang C) geführt, wobei der Diskussionsverlauf selbst auf Tonband aufgezeichnet und für die Auswertung wortwörtlich abgeschrieben wurde. Die Gesamtdiskussionsdauer dieser Veranstaltung umfaßte rund 180 Minuten. An der Diskussion nahmen 9 der insgesamt 12 ausgebildeten Moderatoren des Modellversuches teil; ein Moderator war aus privaten Gründen verhindert (und schickte stattdessen einen Teilnehmer seines Qualitätszirkels zur Gruppendiskussion), ein anderer Moderator war ohne Angabe von Gründen zu dieser Veranstaltung nicht erschienen und ein Moderator hatte aus familiären Gründen seine Mitarbeit schon zu Beginn des Modellversuches eingestellt (vgl. hierzu Abschnitt 2.3).

6.1 Erfahrungen bei der Zirkelgründung

Im Hinblick auf die gemachten Erfahrungen bei der Zirkelgründung stellten die Moderatoren heraus, daß die eigentliche Akquisitions- oder Konstituierungsphase eines Qualitätszirkels offenbar auf sehr unterschiedlichen Wegen angegangen werden kann. Auf der einen Seite besteht die Möglichkeit, quasi über eine Art „Ankündigungseffekt“ (auf Bezirksstellenebene oder mit Hilfe des Zahnärzteblattes) die Dinge erst einmal wirken zu lassen und entsprechend abzuwarten, inwieweit sich interessierte Teilnehmer bei dem Moderator melden (wörtliche Zitate):

- *„Bei mir war es eigentlich relativ unproblematisch. Ich habe das lange Zeit ohne meine eigene Aktivität ganz bewußt laufen lassen, weil ich gesagt habe, je mehr ich jemanden anspreche, wenn ich den auch noch*

gut kenne und womöglich auch noch jemanden aus unserem Arbeitskreis, den wir in ... haben mit 17 Kollegen und Kolleginnen, um so mehr fühlt der sich vielleicht veranlaßt, da mitzumachen, doch auch weil er mich kennt, und so richtig will er gar nicht.“

- „Was die Akquisition von Zirkelteilnehmern angeht, habe ich mich zunächst mal überhaupt nicht darum gekümmert. Ich habe als 'Pausenfüller' auf einer Bezirksstellenversammlung das Projekt ganz kurz vorgestellt. Das hat dazu geführt, daß nach den Veröffentlichungen dann auch entsprechende telefonische Anfragen kamen, was ist denn damit und was hat das zu bedeuten. Welchen Sinn und Zweck hat das ganze Projekt? Die habe ich dann ganz einfach damit beantwortet, daß ich gesagt habe, am besten ist es, wenn man an derartigen Zirkelsitzungen zunächst mal teilnimmt, da wird das Projekt mit Sicherheit entsprechend vorgestellt: Und die Nachfrage war recht reichhaltig. Ich muß gestehen, daß ich die Teilnehmer in der Tat nach der Reihenfolge der Bewerbungen aufgenommen habe.“

Gerade bei diesem **abwartenden Akquisitionsmodell** rechnet man offenbar mit einer Motivstruktur innerhalb der zahnärztlichen Kollegenschaft, die entweder eine allgemeine Neugier und/oder ein professionelles Bedürfnis nach der Erweiterung des eigenen Wissenshorizontes ausdrückt (wörtliche Zitate):

- „Wenn die Leute mit Begeisterung ihren Beruf ausüben, dann werden sie sich auch mit Begeisterung mit anderen Leuten austauschen, wenn dieses Forum geschaffen wird. Wenn die Leute aber den Beruf ergriffen haben aus irgendwelchen anderen Gründen, dann werden sie sich auch nicht dafür interessieren, im Qualitätszirkel zu arbeiten. Gut, das ist ein Dogma. Wir müssen natürlich erst mal sehen, welche Art von Kollegen sind da denn überhaupt ansprechfähig. Und daß es vielleicht ein politisch extrem schwieriger Bereich ist, dort Prozentsätze aufzubauen. Aber wenn wir feststellen, daß nur zehn Prozent wirklich mit voller Kraft dabei sind, dann ist das natürlich eine gewisse Grenze für uns ...“
- „Es hat auch die Nachfrage an sich in der ganzen Zeit nicht nachgelassen. Man spricht also auch außerhalb dieses Zirkels über denselben, so daß wir vor einiger Zeit ganz einfach vor der Frage standen, wie halten wir es möglicherweise – ohne Schutz des IDZ – mit einer Erweiterung der Gruppe? Das wurde ganz grundsätzlich abgelehnt. Oder aber inwieweit können wir da einen zweiten Zirkel etablieren? Das sah ich im ersten Moment an sich noch hoffnungsfroh und kriegte dann aber gleich einen Dämpfer, indem mir gesagt wurde, das war jetzt vor zwei Sitzungen, ist ja alles schön und gut, aber wir stehen doch, was unsere Erfahrungen in der Zirkelarbeit angeht, auch erst mal am Anfang, und wenn wir die Gruppe jetzt teilen, um einen zweiten Kristallisationspunkt zu kriegen, dürften wir auch noch unsere Schwierigkeiten haben. Also die

Gruppe ist im Grundsatz nicht gewillt, auseinanderzugehen, um dann eben weitere Personen aufzunehmen.“

Häufiger scheint seitens der Moderatoren aber die Erfahrung vorherrschend gewesen zu sein, daß ein bewußtes Anschieben einer geplanten Zirkelgründung im Sinne eines **aktiven Akquisitionsmodells** notwendig ist, um die Zirkelarbeit personell umzusetzen (wörtliche Zitate):

- *„Die Resonanz auf den Aufruf im Zahnärzteblatt war absolut mager. ... Wir haben so viele Publikationen, die tagtäglich 'reinschneien, so daß die Möglichkeit durchaus besteht, daß man bei den meisten Publikationen erst mal nur das Inhaltsverzeichnis durchschaut oder von hinten nach vorne blättert. Und dann ist es natürlich vom Layout ganz erheblich abhängig, ob man da hängenbleibt oder nicht. Und dann schaut man, kennt man den Betreffenden oder kennt man den nicht. – Dann habe ich die Leute aktiv angesprochen.“*
- *„Es haben sich konkret nur drei spontan gemeldet. Und die anderen mußte ich puschen. Das heißt, ich habe mir überlegt, wer paßt da rein oder wer könnte da 'reinpassen, wobei natürlich dann so ein bißchen Hintergrundwissen über die Arbeitsweise der Kollegen vorhanden war meinerseits. Andererseits denke ich, muß das ja auch in der Kommunikation passen. Wenn man sich da schon nicht ab kann, dann harmoniert die Arbeit auch so nicht.“*
- *„Für unseren Bereich muß vielleicht nochmal erwähnt werden, es gab ja einen anderen Moderator, der die Segel gestrichen hat, bei dem sich nach seiner Auskunft sieben Bewerber auf den Artikel des Zahnärzteblattes gemeldet haben. Einer dieser Bewerber hat sich dann schließlich bei mir gemeldet, ist aber nur einmal gekommen. Ich habe die Teilnehmer jedesmal morgens anrufen lassen an dem Tag, wo der Zirkel war, um auch die Thematik in Erinnerung zu rufen ...“*
- *„Ich bin im Vorfeld auch schon in unserem Kreis aktiv geworden, also im Bekanntenkreis, wir haben so einen kleinen Fortbildungskreis. Auf den Aufruf haben sich bei mir insgesamt fünf Interessenten gemeldet, davon zwei erst, nachdem wir unseren Zirkel schon komplett hatten. Von den ersten dreien, die zur konstituierenden Sitzung erwartet worden waren, kam dann leider nur einer. Aber ich glaube, die Resonanz, die freiwillige Resonanz von außen, ist ein bißchen abhängig von den Moderatoren, die hier sitzen, denn der eine oder andere in unserem Kreise ist mehr oder weniger bekannt durch Aktivitäten im Kammer- und KZV-Bereich. Ich glaube, wenn mein Bezirksstellenvorsitzender aktiv was macht, dann bin ich vielleicht auch eher da, um zu wissen, was läuft da.“*

Und wenn auf diesem Wege eines aktiven Anschiebens unter Nutzung **informeller sozialer Netzwerke des Moderators am Praxisstandort**

genügend Teilnehmer für einen Qualitätszirkel gewonnen werden konnten, besteht dann sogar die Möglichkeit, gezielt nach den persönlichen Überlegungen und Arbeitsvorstellungen des Zirkelleiters die Gruppe endgültig zusammenzustellen (wörtliche Zitate):

- *„Eine war's, eine Kollegin. Ich habe mit der Kollegin gesprochen und die Struktur dargelegt, wir wollen es gerne so machen, um nicht die festgefahrenen Umgangsformen, die wir in unserem Arbeitskreis haben, letztlich in diese Gruppe zu übertragen, weil dann Mechanismen einlaufen, die sich seit zehn, zwölf, fünfzehn Jahren einfach eingeschliffen haben. Und für den Anfang fand ich es zu schwierig, das dann zu regeln, und darum haben wir gesagt, wir wollen es ein bißchen mischen, daß also nur zwei aus dem Arbeitskreis da sind, ansonsten eine zufällig zusammengesetzte Gruppe, dann auch unterschiedlich vom Alter her.“*
- *„Ich hatte mir aber auch vorher nicht klargemacht, daß ich die Altersstruktur vielleicht hätte anders zusammenstellen sollen. Ich habe dann als ich sah, das läuft also doch relativ gut an, ich kriege keine Absage, zumindest versucht, noch weibliche Zirkelteilnehmer 'reinzuholen. Ich habe am Anfang nur Männer gehabt. Jetzt sind mindestens drei Damen dabei. Und dann habe ich zum Schluß, als ich gesagt habe, zwölf und nicht mehr, noch drei weitere Anmeldungen bekommen, allerdings nur von Leuten, die sehr jung niedergelassen waren. Und das war dann zu dem Zeitpunkt schon nicht mehr so gut, daß ich dann sagte, also jetzt müssen wir hier Schluß machen bei zwölf; wenn jemand abspringt, dann komme ich auf Sie zu. Aber das ist nun mal nicht passiert.“*

6.2 Bewertungen zur Gruppenarbeit

Die eigentlichen Bewertungen zur Gruppenarbeit bzw. zu den Gesprächsergebnissen in den Zirkeln stellen zweifellos ein zentrales Evaluationsmerkmal des gesamten Modellversuches dar. Bei der folgenden Zusammenstellung wörtlicher Zitate der Moderatoren zu diesem Thema muß man sich erneut vor Augen führen, in welcher Weise das Qualitätszirkelverfahren idealiter ansetzt: nämlich bei einer Förderung der Prozeßqualität auf kasuistischer bzw. fallorientierter Grundlage unter Einbezug der Alltagsbedingungen einer Praxis (vgl. hierzu Kapitel 2). Und wenn nun ein Qualitätszirkel gut „läuft“, dann hilft er dem einzelnen Teilnehmer dabei, seine aktuellen Arbeitsprobleme eventuell in einem neuen Licht zu sehen, kleinere oder größere Hinweise zur weiteren Verbesserung seines Behandlungsvorgehens zu erhalten, oder auch nur eine subjektiv sichernde Bestätigung seines gewählten Vorgehens im Kontext von Diagnostik und Therapie zu finden. Größere Neuentdeckungen bzw. Fehleraufdeckungen dürften sicherlich eher die Ausnahme als die Regel markieren, der entscheidende Lerneffekt und kognitive Wert eines Qualitätszirkels liegt in einer **reflektie-**

renden Selbstüberprüfung der eigenen Arbeitsgestaltung (wörtliche Zitate):

- *„Ich habe immer versucht, alle anzusprechen und zu sagen, wir ziehen eine Zusammenfassung, einen Konsens zu dem gewissen Thema heraus. Was jeder damit macht, das muß er selbst entscheiden. Ich kann nicht für ihn in die Praxis gehen und sagen, du mußt das jetzt so machen. Das ist auch nicht Sinn der Sache. Er selbst muß das ja umsetzen, wenn er feststellt, da habe ich Defizite, da könnte ich mich verändern. Diese Leistung muß er selbst erbringen.“*
- *„Die Rückmeldung war allgemein: Das ist eine positive Sache, hat mir was gebracht, hat mir was für meine Praxis gebracht. Aber jetzt die ganz konkrete Antwort, seitdem benutze ich diesen oder jenen Zement, das ist die unterste Ebene, das geht in den Arbeitsablauf ein. Wenn Sie das ganz konkret wissen wollen, dann hätten Sie in das Protokoll 'reinschreiben müssen, was ist der Tip des Tages?‘“*
- *„Ein Feedback dahingehend, daß man gesagt hat, da kann man ja immer wieder 'reingucken und das immer wieder nachlesen. Aber das mir jemand gesagt hätte, ich habe jetzt mein Behandlungsverhalten speziell konkret geändert, da habe ich keine Informationen. Ich habe aber auch das Gefühl, daß die überwiegende Teilnehmeranzahl eigentlich von ihrem Behandlungsstandard, wenn man das mal so sagen kann, relativ weit oben angesiedelt war, so daß da Defizite nicht so groß waren.“*
- *„Ich weiß von einigen Teilnehmern, daß sie aufgrund unserer Materialbesprechung andere Materialien verwenden, beispielsweise daß es sinnvoll ist, Microhybrid-Kunststoffe zu verwenden. Hatte einer überhaupt noch nie ausprobiert, und da weiß ich, daß er das umgestellt hat und einen anderen Kunststoff verwendet. Sicherlich eine qualitätsverbessernde Maßnahme. Solche Dinge auch im Bereich der Registrare und im Umgang mit Registraren.“*
- *„Ich kann natürlich den Qualitätszirkelteilnehmern nur vor den Kopf gucken. Und ich habe den Eindruck gewonnen, wir haben herausgearbeitet, was ist denn nun falsch, was ist richtig. Es gibt natürlich viele Wege, das falsch zu machen, aber auch einige Wege, das richtig zu machen. Was habe ich da jetzt, auch an kleinen Beispielen, mitgenommen? Das habe ich dann auch mal diskutiert mit Teilnehmern, ...“*
- *„Das sind viele, viele Kleinigkeiten, die von den Teilnehmern eingebracht worden sind. Das ist genau diese Tip-Ebene, die wir vorhin schon angesprochen haben, wo der eine ein bißchen mehr zu beitragen kann, der andere eben nicht. Genau das gleiche, was bei Fortbildungen stattfindet. Eine konkrete Sache.“*

- *„Gut habe ich mich gefühlt in dem Bemühen, der Gruppe Hilfestellung zu geben, die Struktur der Sitzung zu erarbeiten. Schwierig war es, abschließend die Gruppe bei der Stange zu halten, diese Regeln oder diese Struktur, die wir uns gegeben hatten, noch einzuhalten. Wir hatten uns zum Beispiel einen Raster erarbeitet, was macht jeder in der Prophylaxe, das sollte jeder darstellen. Es waren also Raster aufgestellt, zum Beispiel welche Medien werden verwandt? Dann, wie läuft die Prophylaxe bei Kindern usw.? So konnte das gesamte Gebiet der Prophylaxe in diesem Raster abgehandelt werden. Jeder sollte zu jedem Rasterpunkt stichwortartig Kernsätze sagen, die Diskussion sollte ja noch kommen. Bei der Darstellung der Kernsätze zu den einzelnen Rasterpunkten war es schwierig, die Teilnehmer bei der Stange zu halten, daß sie nicht abschweiften auf Punkte, die sowieso später noch kamen. Da habe ich auch in der Führung Probleme gehabt, einzuhaken und zu vermitteln. Da waren dann so viele Punkte, die jedem in den Kopf kamen, die er besprechen mußte.“*

Bei der Durchsicht der Formulierungen der Moderatoren fällt auf, daß es offenbar aus der Leiterfunktion nicht immer ganz einfach erscheint, abzuschätzen, inwieweit neue Diskussionsergebnisse bei der Zirkelarbeit von den Teilnehmern auch tatsächlich umgesetzt werden; hier fehlt es offenbar an einer ausreichend klaren Rückmeldung (**Rückmeldungsprobleme**) seitens der Gruppenmitglieder.

6.3 Gesamtfazit

Das Gesamtfazit über die Zirkelarbeit der vergangenen sieben bis acht Monate fällt aus der Sicht der Moderatoren – alles in allem – positiv aus: Von den zehn Moderatoren, die über die gesamte Laufzeit am Modellversuch teilgenommen haben, **wollen neun Moderatoren mit der Zirkelarbeit weitermachen** und ein Moderator sieht hierzu keine konkrete Möglichkeit, da seine eigene Zirkelgruppe eine zu starke Fluktuation in der Teilnehmerzusammensetzung aufwies. Im folgenden seien erneut entsprechende Äußerungen aus der Abschlusdiskussion zitiert (wörtliche Zitate):

- *„Ja, ich habe eigentlich auch nur Positives zu berichten und mir hat es auch Spaß gemacht, muß ich sagen. Ich hatte auch den Eindruck, daß alle Teilnehmer immer im nachhinein doch verwundert waren, wieviel so dabei herauskommt für den einzelnen. Irgendwo war es doch ein Zeitaufwand. Bei uns hat das immer vier, fünf Stunden gedauert.“*
- *„Bei mir denke ich, im großen und ganzen sehr positive Ansätze. Es geht auch weiter. Im nächsten Monat haben wir eine weitere Sitzung konzipiert, allerdings ohne festen Themenkreis, den wollen wir dann demnächst festlegen. Allerdings denke ich, das Eigenengagement der Teilnehmer ist verbesserungswürdig. Die Einstellung, so war mein Ein-*

druck, war mehr, das zu nutzen als Möglichkeit zum Gedankenaustausch. Das ist gerne angenommen worden und hat aber auch Probleme gemacht, Themen in dem vorgegebenen Zeitrahmen wirklich abarbeiten zu können. ... Ich hatte so einige Probleme, da eine entsprechende Tagesordnungsdisziplin reinzubringen – weil ich ja auch nicht wie so ein Zuchtmeister da reingehen wollte, was auch nicht Sinn der Sache ist –, die Themenkomplexe entsprechend sinnvoll auszugestalten.“

- „Bei uns in ... ist der Qualitätszirkel, wenn man den Tenor oder den Überblick mal sieht, eigentlich rundweg positiv. Es hat auch damit zu tun, daß die Gruppe, die wir haben, relativ homogen ist, das heißt, es sind nicht allzu viele krasse Außenseiter dabei, die unter Umständen Störung hineinbringen. So daß also die Sache insgesamt auch vom Arbeitstechnischen her und von den Ergebnissen, die wir erzielt haben, eigentlich ganz positiv gelaufen ist, vor allen Dingen für mich als Moderator, der also die Vorbereitung gemacht hat und auch die Nachbereitung, um dann zu sehen, was ist denn jetzt in den zwei Stunden oder zweieinhalb Stunden eigentlich 'rumgekommen ...“
- „Mein Fazit, sicherlich auch insgesamt sehr positiv. Wenn ich auch genau wie Herr ... am Anfang die Erfahrung gemacht habe, daß zwei Kollegen erst ein-, zweimal da waren, dann nicht mehr gekommen sind. Ich habe das besonders gelöst, weil – nachdem sich dieser Qualitätszirkel konstituiert hatte – mehr Interessenten da waren, habe ich gesagt, warum soll ich nicht noch zwei aufnehmen. Die habe ich dann aufgenommen ...“
- „Ja, wir hatten eine relativ große Gruppe, bestehend aus 15 Personen einschließlich des Moderators. Diese Gruppe ist also auch komplett zusammengeblieben. Wir haben sieben Sitzungen gemacht. Wir haben auf der letzten Sitzung auch besprochen und ohne Gegenstimmen ganz kategorisch erklärt: Wir machen das auf privater Ebene weiter. Die erste Sitzung eigenständig findet morgen statt.“
- „Unser Teilnehmerkreis ist sehr konstant gewesen. Es steht ja auch in den Protokollen immer drin. Ich habe zwölf, teilweise dreizehn Mann angegeben. Bei dreizehn war allerdings einer, der zweimal kam und der sehr viel Kammerarbeit betreibt und da nicht mehr soviel Interesse hatte, im Qualitätszirkel zu arbeiten. Wahrscheinlich hat er auch genügend Kontakte in anderen Bereichen, so daß er dann das Gespräch in dem Zirkel nicht unbedingt brauchte. Aber ansonsten – die anderen sind mit einer Präsenz von 80 Prozent, wechselnd durch Urlaub, Krankheit und sonstige Kleinigkeiten, immer gekommen. Es stand eigentlich überhaupt nicht zur Diskussion, daß dieser Kreis sich in irgendeiner Weise davon tangiert fühlt, daß er wissenschaftlich oder nicht wissenschaftlich betreut wird und ich hoffe, daß es tatsächlich so bleibt. Wir haben auf

der letzten Sitzung mal so das Programm für die nächsten Monate klargezogen.“

- *„Kurz und knapp: Die Gruppe war zu groß und sie ist im Laufe der Zeit kleiner geworden, was sich sehr positiv ausgewirkt hat. Das ist ein Punkt. Und je spezieller das Thema war, desto erquicklicher auch das Ergebnis. Also, zu globale Themen haben irgendwo dann nicht zu einem Ziel geführt. Man hat sich in der Diskussion hinterher verlaufen, beziehungsweise die Gefahr bestand. Ich sage jetzt mal – nicht meine persönliche Ansicht, sondern das Resümee von unserem Qualitätszirkel in ... – im kleinen Kreise wird es weitergehen, also reduziert.“*
- *„Also dieses Engagement, wirklich das für wichtig halten und sich die Termine freihalten dafür, das halte ich für diese Zirkel zumindest für sehr hilfreich, wenn man weiterkommen will. Ansonsten, von diesen zehn, die übriggeblieben sind, haben sich fünf gemeldet, die weitermachen wollen. Wir haben das nicht an dem letzten Abend entschieden, sondern haben gesagt, wer weitermachen will, soll ganz frei sich bis dann und dann, irgendwie melden, daß er mitmachen will, und die anderen brauchen sich nicht zu entschuldigen oder begründen, warum sie nicht mitmachen wollen.“*
- *„Diese Fluktuation, die von Anfang bis Ende drin war, war für mich sehr negativ und – wie von drüben der Einwurf kam – die Gruppe kann zu groß sein, bei uns war sie im Endeffekt zu klein mit vier beziehungsweise fünf Teilnehmern, wo dann auch noch jemand dabei war, der die Diskussion so ein bißchen dominiert hat oder an sich gerissen hat oder wie auch immer, dem man in Ermangelung von Alternativen nicht immer das Wort abnehmen konnte. Das war also ein gewisses Problem.“*

In einer schriftlichen Nachbefragung aller zehn Moderatoren läßt sich zum Thema Gesamtfazit der Zirkelarbeit zusätzlich anführen, daß acht Moderatoren fest planen, ihre Qualitätszirkel zusätzlich auch **für neue Teilnehmer zu öffnen** und ferner, daß fast alle einen Zeitrhythmus von sechs bis acht Wochen als Abstand der einzelnen Zirkelsitzung anpeilen wollen. Ferner wird aus dieser Nachbefragung deutlich, daß sich alle Moderatoren auch weiterhin eine gewisse finanzielle (Sachkosten), organisatorische und technische **Unterstützung durch die Kammer** wünschen. Als generell kritische Grenze des eigenen Qualitätszirkelengagements wird von allen Moderatoren primär der Punkt eines „nachlassenden Interesses seitens der Teilnehmer“ herausgestellt. Die Moderatoren rechnen für die nähere Zukunft ihrer Zirkelarbeit mit einer durchschnittlichen Teilnehmerzahl zwischen acht und vierzehn Kollegen pro Zirkelgruppe.

7 Schlußfolgerung und Ausblick

Die am Modellversuch beteiligten Zahnärzte haben das Konzept des „Zahnärztlichen Qualitätszirkels“ erfolgreich mit Leben erfüllt. Rund ein Jahr gelang es ihnen, stabile Gruppen zu bilden, die in eigener Verantwortung fachliche Arbeit leisteten. Zusammenfassend bleibt als Ergebnis des Modellversuches festzuhalten:

- Der Aufruf zur Mitarbeit in Qualitätszirkeln stieß auf Resonanz. Elf Moderatoren riefen dazu auf, sich an einem Qualitätszirkel zu beteiligen, zehn Gruppen konnten konkret eingerichtet werden.
- Neun dieser Gruppen waren über das gesamte Versuchsintervall stabil. Die Zahl der sich beteiligenden Mitglieder änderte sich in diesen Gruppen nur unwesentlich.

Die Arbeit unterschied sich wesentlich von formlosen Zahnärztetreffen (Stichwort: Stammtisch) und von kollegialen Studiengruppen (Stichwort: traditionelle Fortbildung) mit spezifischer Aufgabenstellung:

- Die Qualitätszirkel wurden durch geschulte (vgl. Kapitel 3) Moderatoren geleitet, die für die Gruppenarbeit verantwortlich waren.
- Sie gaben sich eine strukturierte Tagesordnung, die den Bedürfnissen einer effektiven Gruppenarbeit Rechnung trug.
- In der fachlichen Diskussion wurden eigene Erfahrungen ausgetauscht und ein Gruppenkonsens angestrebt.
- Die Themen wurden selbständig gewählt.
- Es wurden schwerpunktmäßig Themen des zahnärztlichen Alltags bearbeitet, die das Arbeitsleben und die Praxisroutine des niedergelassenen Praktikers entscheidend prägen.
- Einigen Gruppen gelang es, Arbeitsergebnisse in Form von Handlungsleitlinien auszuformulieren.

Die Qualitätszirkel haben somit in eigener Verantwortung zu solchen Themen gefunden, die für den **Erfolg zahnärztlicher Therapie** außerordentlich bedeutsam sind (vgl. Kapitel 4). Randthemen des zahnärztlichen Arbeitslebens spielten fast keine Rolle. Hierdurch war gesichert, daß sich alle Teilnehmer am Erfahrungsaustausch beteiligen konnten und Informationen über wichtige Fragen der zahnärztlichen Therapie ausgetauscht wurden.

Die Auswertung der Teilnehmerbefragung sowie der Sitzungsprotokolle erlaubt einen – methodisch allerdings nur begrenzten (vgl. Kapitel 2) – Aufschluß über Verhaltensänderungen der Zirkelmitglieder im Verlauf des Versuches:

- Die Moderatoren schätzten den sachlichen Ertrag und die Gruppenatmosphäre als gut ein. Die Beurteilung verbesserte sich im Laufe der Zirkelarbeit.
- Aus der Befragung läßt sich schließen, daß die Teilnehmer für bestimmte Aspekte der zahnärztlichen Tätigkeit zunehmend sensibilisiert wurden (z. B. Diagnostik und psychologische Führung des Patienten).
- Die Teilnehmer zeigten insgesamt eine zunehmende Bereitschaft, Handlungsleitlinien als Hilfestellung für die eigene Praxisroutine zu akzeptieren.
- Einige der initial geäußerten Befürchtungen (vgl. Kapitel 5) zur Praxis der Qualitätszirkelarbeit wurden im Verlauf des Versuches entscheidend verringert (Kritik durch Kollegen, Mehraufwand in der Praxis).
- Die ganz überwiegende Mehrheit der Teilnehmer zeigte sich nach dem Modellversuch an einer **weiteren Mitarbeit in einem Qualitätszirkel** interessiert.

Diese Ergebnisse lassen den Schluß zu, daß unter den Zahnärzten eine erkennbare Bereitschaft zu bestehen scheint, das Konzept der Qualitätszirkel anzunehmen und zur ständigen Überprüfung der eigenen Praxis anzuwenden. Die Mitwirkung in Qualitätszirkeln bietet dem niedergelassenen Zahnarzt die Chance, die Isolierung in der eigenen Praxis zu überwinden und sich dem **interkollegialen Dialog** (egalitärer Gruppenbezug) zu stellen. Hierdurch kann das Qualitätszirkelkonzept wohl grundsätzlich eine wesentlich höhere Akzeptanz unter Praktikern erreichen als andere Konzepte der medizinischen Qualitätssicherung, die auf die Durchsetzung technischer Standards in der zahnärztlichen Therapie zielen. Derartige Konzepte identifizieren zahnmedizinische Qualitätssicherung mit der Erfüllung technischer Parameter. So wurden Kataloge technischer Beurteilungskriterien veröffentlicht, die im wesentlichen den Kriterien gleichen, welche in der zahnärztlichen Ausbildung zum visuellen und technischen Training der studentischen Leistung angewandt werden (vgl. Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Zahnmedizin, 1988). Diese Kriterien sind zwar hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Mundgesundheit ungeklärt (vgl. beispielsweise Kerschbaum, 1995) und erfassen nur einen sehr geringen Teil der zahnärztlichen Leistung (vgl. Heners, 1994; Heners und Walther, 1994; Walther, 1995); dennoch wurde im gesundheitspolitischen Raum diskutiert, inwieweit sie als Grundlage einer externen Kontrolle zahnärztlicher Behandlung herangezogen werden könnten.

Der Ansatz des Qualitätszirkelkonzeptes hingegen zielt auf **interne Qualitätssicherungsmaßnahmen**, die der Zahnarzt eigenverantwortlich in sei-

ner Praxis durchführt. Er verwirklicht darüber hinaus das Prinzip der „**Lernschleife**“ (vgl. Bahrs, Gerlach und Szecsenyi, 1995), das allen modernen Ansätzen der Qualitätssicherung zugrunde liegt. Der Zahnarzt wird durch seine Mitgliedschaft im Qualitätszirkel dazu veranlaßt, seine eigene Therapie kritisch zu beobachten. Die Diskussion im Qualitätszirkel ermöglicht ihm, seine Beobachtungen mit denen seiner Kollegen zu vergleichen und diese als Korrektiv der eigenen Praxisroutine zu verwenden (siehe hierzu auch Kapitel 2 in diesem Buch). Dieser Ansatz kann überholten, technisch einseitig ausgerichteten Konzepten entgegengesetzt werden. Er betont die unmittelbare Verantwortung, die der Zahnarzt für seine Therapie trägt.

Der Modellversuch wurde von der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe auf vielfältige Weise unterstützt. Der Aufruf zur Mitarbeit wurde durch das Publikationsorgan der Kammer veröffentlicht. Die Moderatoren hatten auf Kammerebene einen Ansprechpartner zur Lösung technischer und organisatorischer Probleme, der auch die finanzielle Unterstützung koordinierte (vgl. Kapitel 2). Diese Betreuung trug mit Sicherheit zum Erfolg des Modellversuches bei. Die Moderatoren wußten, daß ihre Standesvertretung den Versuch voll und ganz unterstützte.

Ein weiterer Rückhalt für die Moderatoren war die **wissenschaftliche Betreuung** des Modellversuches. Wiederholt trafen die Beteiligten zusammen und konnten sich mit ihren Moderatorenkollegen und den wissenschaftlichen Leitern über den Stand der Zirkelarbeit austauschen. Sie waren somit nicht sozial isoliert, sondern wurden in ihrer Arbeit durch die gemeinsame Diskussion unterstützt. Hieraus kann gefolgert werden, daß zwei übergeordnete Aspekte für eine erfolgreiche Arbeit von zahnärztlichen Qualitätszirkeln bedeutsam sind:

- Rückhalt und Unterstützung von seiten der Standesvertretung
- Austausch der verantwortlichen Moderatoren untereinander.

Diese Aspekte dürfen bei der Diskussion der zukünftigen Bedeutung zahnärztlicher Qualitätssicherung nicht vernachlässigt werden. Durch den Modellversuch werden erstmals empirische Daten als Grundlage für diese Diskussion vorgelegt.

Eine weitere entscheidende Grundlage des Modellversuchs war, daß alle **Beteiligten sich freiwillig zur Teilnahme** entschlossen. Auf diese Grundlage wird auch in Zukunft keinesfalls verzichtet werden können. Jede Art von Verpflichtung zur Beteiligung würde die Effizienz der Zirkelarbeit erheblich beeinträchtigen. Das Qualitätszirkelkonzept stellt also keinen Ansatz für eine obligatorische Qualitätssicherung dar. Es eröffnet eine neue Option für qualitätssichernde Maßnahmen durch das Engagement der beteiligten Zahnärzte selbst. Durch den Modellversuch kann nicht abgeschätzt werden, welche Verbreitung die Arbeit von zahnärztlichen Qualitätszirkeln in Zukunft finden wird. Die Bereitschaft, in Qualitätszirkeln mitzuarbeiten,

könnte jedoch gefördert werden, wenn das Qualitätszirkelkonzept als Aufgabe der Zahnärzteschaft anerkannt würde.

Für die Zukunft von zahnärztlichen Qualitätszirkeln ist außerdem von großer Bedeutung, das Qualitätszirkelkonzept auf wissenschaftlicher Basis weiterzuentwickeln und die Effizienz der Arbeit zu steigern (vgl. Walther, 1995). Hierzu gehört auch der wissenschaftliche Nachweis konkreter Änderungen der Praxisroutine, veranlaßt durch Mitarbeit in einem Zirkel. Ein solcher Nachweis durch Erhebungen in den einzelnen beteiligten Praxen konnte im Rahmen dieses Versuches nicht geleistet werden (vgl. Kapitel 2). Diese interessante Fragestellung bleibt zukünftigen Untersuchungen vorbehalten, die auf eine umfangreichere Datenbasis aufgebaut sein müssen. Auch die **Grenzen des Konzeptes** werden erst nach eingehenderen Untersuchungen zu belegen sein. Im Rahmen solcher Untersuchungen wäre es auch möglich, die Methodik der Zirkeltreffen hinsichtlich ihrer Effizienz zu überprüfen und zu verbessern. Hierbei muß der Schwerpunkt darauf gelegt werden, die „Lernschleife“ – Voraussetzung jeder nachhaltigen Verhaltensänderung – als Grundlage der Zirkelarbeit weiterzuentwickeln.

Der vorliegende Modellversuch hat die Effizienz der Zirkelarbeit durch eine Befragung der Teilnehmer und Moderatoren eingeschätzt. Das Ergebnis ist insofern bedeutsam, als die **subjektive Überzeugung, sinnvolle Arbeit zu leisten, immer die wichtigste Motivation zur Teilnahme an einem Zirkel** sein wird. Zirkelarbeit muß Spaß machen, um Wirkung zu haben. Die Teilnehmer gaben ihrer Arbeit diesbezüglich gute Noten.

8 Abstract/Zusammenfassung

The present publication in the "IDZ-Materialienreihe" (volume 18) is the documentation of an extensive pilot study regarding "Dental Quality Circles" which was conducted in 1995/96 in co-operation with a regional dental chamber (dental chamber of Westfalen-Lippe). More than 100 practising dentists took part in the pilot study and met regularly during the one-year-period for an exchange of views and experience with problems of routine dental practice and specific dental treatment complexes. The circles were led by specially trained so-called "moderators" which had also been recruited from among the dental profession in the Westfalen-Lippe region.

The report describes in detail the organisational structure of this field experiment, the main instruments used for the scientific evaluation and above all the development over the one-year-period of group meetings. Statistical data and verbatim quotations from circle participants and dental moderators are presented. As a central result it can be pointed out that the "quality circle concept" as an instrument of peer review meets with a lot of response. Thus dental quality circles can be assessed to be an effective instrument to secure and/or improve "process quality" in the system of dental care by the profession itself.

Die vorliegende IDZ-Materialie dokumentiert die Ergebnisse eines umfangreichen Modellversuches zum Thema „Zahnärztliche Qualitätszirkel“, der 1995/96 in Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe durchgeführt wurde. An diesem Modellversuch waren insgesamt rund 100 niedergelassene Zahnärzte beteiligt, die sich in 10 Qualitätszirkeln regelmäßig (über rund 1 Jahr) über ihre praktischen Arbeitsprobleme und fachlichen Versorgungsfragen untereinander austauschten. Geleitet wurden diese Qualitätszirkel durch speziell geschulte „Moderatoren“, die ebenfalls für diesen Modellversuch aus dem Kreis der niedergelassenen Zahnärzteschaft in Westfalen-Lippe rekrutiert worden waren.

Der Forschungsbericht informiert detailliert über die organisatorischen Grundlagen dieses Feldexperimentes, erläutert die wesentlichen Instru-

mente der wissenschaftlichen Begleitforschung und präsentiert vor allem sowohl im statistischen Zahlenbild als auch durch ausführliche Zitate seitens der Zirkelteilnehmer und der zahnärztlichen Moderatoren die Entwicklungen im Laufe der einjährigen Gruppenarbeit. Als zentrales Ergebnis kann herausgestellt werden, daß das Konzept des „Qualitätszirkels“ als Hilfsmittel zur selbstreflexiven Praxisführung auf eine beachtliche Resonanz stößt. Zahnärztliche Qualitätszirkel können insofern als ein nützlicher Beitrag zur innerprofessionellen Sicherung/Verbesserung der sogenannten Prozeßqualität im System der zahnärztlichen Versorgung eingeschätzt werden.

9 Literaturverzeichnis

Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Zahnmedizin: Studienhandbuch des Projektes Qualitätssicherung in der Zahnmedizin – Definitionsphase –. Würzburg, März 1988

Bahrs, O., Gerlach, F. M., Szecsenyi, J. (Hrsg.): Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1995, 2. durchgesehene Auflage

Bauch, J., Micheelis, W.: Die Qualitätsdiskussion muß sozialmedizinisch erweitert werden. Zahnärztl. Mitt 79 (1989), S. 2856 – 2860

BDZ/KZBV-Arbeitsgruppe Qualitätsfragen: Grundsatzpapier zur Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung. Zahnärztliche Mitteilungen 78 (1988), S. 588 – 593

Berufsverband Deutscher Kieferorthopäden (Hrsg.): Weißbuch Kieferorthopädie. Stand und Perspektiven der Qualitätssicherung in der Kieferorthopädie für die vertragszahnärztliche Versorgung. Pröll Druck, Augsburg 1993

Boehme, P.: Qualitätssichernde Rahmenbedingungen. Die Zukunft der Qualitätssicherung in der Zahnmedizin. Zahnärztl. Nachrichten Sachsen-Anhalt 5/1995, S. 10 – 12

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Zahnmedizin. Carl Hanser Verlag, München/Wien 1990

Donabedian, A.: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. I. Health Administration. Press Ann Arbor, Michigan 1980

Gerlach, F. M., Bahrs, O.: Qualitätssicherung durch hausärztliche Qualitätszirkel. Strategien zur Etablierung. Ullstein Mosby, Berlin/Wiesbaden 1994

Heners, M., Walther, W.: Unzureichende Zielvorgaben. Kriterien für die Qualitätssicherung in der Zahnmedizin. Gesellschaftspolitische Kommentare (gpk) Nr. 10/11, Oktober/November 1994, S. 411 – 414

Heners, M.: Qualitätssicherung braucht klare Ziele. Zahnärztl. Mitt 84 (1994), S. 1440 – 1443

Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung. Weißbuch. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1995, 2. Auflage

Kerschbaum, Th.: Normierter Kronenrand? – Eine Analyse aus klinischer Sicht. In: Walther, W., Heners, M. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde. Hüthig Verlag, Heidelberg 1995, S. 19 – 45

Marxkors, R. und Mitarbeiter: Zur Qualität zahnärztlicher Prothetkarbeiten. In: BMG: Beiträge zur Qualitätssicherung in der Zahnmedizin. Nomos-Verlag, Baden-Baden 1993, S. 267 – 346

Micheelis, W.: Mundgesundheit der Bevölkerung. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung. Weißbuch. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1995, 2. Auflage, S. 319 – 327

Olsen, E. D.: The Structure and Scope of Dental Quality Assurance Systems in Member Countries of Fédération Dentaire Internationale. International Dental Journal 45 (1995), S. 111 – 116

Schwartz, F. W., Dörning, H., Bitzer, E. M., Grobe, Th.: Akzeptanz von Standardtherapien bei niedergelassenen Fachärzten – Potentiale für die Qualitätssicherung? KrV, März 1996, S. 75 – 83

Schwartz, F. W.: Institutionalisierte Ansätze und Maßnahmen. In: Schwartz, F. W., Selbmann, H. K. (Hrsg.): Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1981, S. 9 – 17

Sinha, M.: Qualität und Wirtschaftlichkeit in der zahnmedizinischen Versorgung. In: BMG: Beiträge zur Qualitätssicherung in der Zahnmedizin. Nomos-Verlag, Baden-Baden 1993, S. 1 – 266

Walther, W.: Qualitätskriterien in der Zahnheilkunde. In: Walther, W., Heners, M. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde. Hüthig Verlag, Heidelberg 1995, S. 6 – 18

Walther, W., Weindler, T.: Indikationsentscheidung und Qualitätssicherung – Aus der Arbeit eines zahnärztlichen Qualitätszirkels. Quintessenz 46, S. 691 – 700 (1995)

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe und Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (Hrsg.): Qualitätszirkel. ZBWL 4/1995, S. 16 – 18

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe und Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (Hrsg.): Mitarbeit in Qualitätszirkeln. ZBWL 5/1995, S. 12

10 Verzeichnis der Abbildungen, Tabellen und Übersichten

Abbildung 1:	Zusammenspiel ausgewählter Qualitätsfaktoren im Versorgungsprozeß	14
Abbildung 2:	Der Qualitätszirkel im Vergleich zu anderen Fortbildungsformen (nach Bahrs et al., 1995, S. 18) . .	17
Abbildung 3:	Aufbau IDZ-Modellversuch „Qualitätszirkel“ im Kammerbereich Westfalen-Lippe	23
Abbildung 4:	Kreislauf der Qualitätsentwicklung	27
Abbildung 5:	Ziele des Moderatorenseminars	28
Abbildung 6:	Anwesende Teilnehmer pro Sitzung (Mittelwert)	47
Abbildung 7:	Themenvorschläge und Abstimmungsergebnisse aus einem Qualitätszirkel	50
Abbildung 8:	Gliederung der Sitzung „Füllungswerkstoffe in der konservierenden Behandlung“ aus einem Qualitätszirkel	53
Abbildung 9:	Ausschnitt aus dem Protokoll eines Qualitätszirkels „Plastische Füllungsmaterialien als Alternative zum Amalgam“	55
Abbildung 10:	Konsensfindung über eine Fallplanung eines Qualitätszirkels	57
Abbildung 11:	Erhebungsbogen eines Qualitätszirkels für in der Praxis verwendete Materialien (Ausschnitt)	58
Abbildung 12:	Gesamtbewertung der Treffen durch den Moderator (Mittelwerte aller Treffen)	59
Abbildung 13:	Bewertung der Sitzung 1 und der Sitzung 7	60
Abbildung 14:	Handlungsleitlinie eines Qualitätszirkels zum Themenfeld Prophylaxe (Ausschnitt) – Organisation und Delegation	62
Abbildung 15:	Handlungsleitlinie eines Qualitätszirkels zum Themenfeld prothetische Behandlung der Freundsituation	63
Abbildung 16:	Bewertung der Qualitätssicherung aus berufspolitischer Sicht	67
Abbildung 17:	Bewertung der Qualitätssicherung für die eigene Praxisführung	67
Abbildung 18:	Beweggründe für die Teilnahme an einem Qualitätszirkel	68
Abbildung 19:	Erwartungen der Zirkelteilnehmer an den Moderator . .	69

Abbildung 20:	Wertungshierarchie zu zahnmedizinischen Dokumentationsmethoden für die Qualitätszirkelarbeit	70
Abbildung 21:	Einschätzungen zur Bedeutung von Handlungsleitlinien	71
Abbildung 22:	Nachteile/Probleme der Qualitätszirkelarbeit	73
Abbildung 23:	Interessenlage zur weiteren Mitarbeit im Qualitätszirkel	74
Abbildung 24:	Einschätzung zur Effektivität des Qualitätszirkels	76
Tabelle 1:	Soziodemographische Struktur der zwölf ausgebildeten Qualitätszirkelmoderatoren	19
Tabelle 2:	Teilnehmerzahlen Qualitätszirkeltreffen (Ausweis: anwesende Mitglieder beim jeweils ersten und letzten Treffen)	20
Tabelle 3:	Soziodemographische Struktur aller Qualitätszirkelteilnehmer (Ausweis: 1. Sitzung der institutionalisierten 10 Qualitätszirkel, N = 102 Teilnehmer)	21
Tabelle 4:	Frequenz der Zusammenkünfte der 10 Qualitätszirkel .	22
Tabelle 5:	Zirkelsitzungen, aufgegliedert nach Qualitätszirkel, Anzahl, Mitglieder und Beteiligung (Mittelwert)	46
Tabelle 6:	Dauer der Zirkelsitzungen in Minuten (Mittelwert auf 5 Minuten gerundet), aufgegliedert nach Qualitätszirkeln	47
Tabelle 7:	Vorbereitungszeit der Moderatoren in Minuten (Mittelwert auf 5 Minuten gerundet)	48
Tabelle 8:	Kosten pro Sitzung (Mittelwert) nach Qualitätszirkeln in DM	49
Tabelle 9:	Übersicht über bearbeitete Themen	51
Tabelle 10:	Unterlagen zur Präsentation (Häufigkeit der Nennung in den Sitzungsprotokollen)	54
Übersicht 1:	Struktur für eine mögliche Tagesordnung des ersten Qualitätszirkeltreffens	34
Übersicht 2:	Organisatorische Fragen	36
Übersicht 3:	Vorschlag einer Tagesordnung für das Nachbereitungsseminar	37
Übersicht 4:	Aufbau der Protokolle der Qualitätszirkeltreffen	44

Anhang

- A Erhebungsblatt „Protokoll der Qualitätszirkeltreffen“

- B Fragebogen „Subjektiver Einschätzungsbogen zum IDZ-Modellversuch ‚Qualitätszirkel‘ im Kammerbereich Westfalen-Lippe“ (3 Fassungen):
 - 1. Welle / von den Teilnehmern zu Beginn der Qualitätszirkelarbeit ausgefüllt
 - 2. Welle / von den Teilnehmern nach 4-5 Monaten Qualitätszirkelarbeit ausgefüllt
 - 3. Welle / von den Teilnehmern nach 7-8 Monaten Qualitätszirkelarbeit ausgefüllt

- C Leitfaden zur Gruppendiskussion mit den Moderatoren zum Abschluß des Modellversuches

**IDZ-Modellversuch "Zahnärztliche Qualitätszirkel" im
Kammerbereich Westfalen-Lippe
- Protokoll der Qualitätszirkeltreffen -**

1. Formalia

Moderator: _____ Ort/Datum: _____
 Protokollant: _____ Zeit/Dauer (Min.): _____
 Gruppenmitglieder insgesamt: ____ davon anwesend: ____ Wievielte Sitzung: _____
 zusätzliche Experten/Gäste (Anzahl, Funktion): _____

2. Thema/Themen

1. _____
2. _____
3. _____

3. Gliederung der QZ-Sitzung (Tagesordnung)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

4. Beiträge als Diskussionsgrundlage

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Befundbögen | <input type="checkbox"/> Karteikarten | <input type="checkbox"/> Photos |
| <input type="checkbox"/> Sonst. Dokumentationsbögen | <input type="checkbox"/> Mündlicher Bericht | <input type="checkbox"/> Videodokumentation |
| <input type="checkbox"/> Daten aus Praxis-EDV | <input type="checkbox"/> Modelle | <input type="checkbox"/> Befragung von Patienten/Zahnärzten |
| <input type="checkbox"/> Röntgenunterlagen | <input type="checkbox"/> Gutachten/Arztbriefe | <input type="checkbox"/> Sonstige Methoden: |

bitte wenden!

5. Qualitätsdiskussion

- Wurde die zur Diskussion gestellte Problematik als Sonderfall oder als generelles Problem betrachtet?
- Wurden Maßnahmen zur Erkennung von Qualitätsproblemen hinsichtlich der besprochenen Thematik empfohlen?
- Wurden Maßnahmen zur Behebung erkannter Qualitätsdefizite empfohlen?
- Wurde eine Selbstevaluation zur Überprüfung der problemlösenden Maßnahmen empfohlen?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

6. Forderungen außerhalb der Praxis?

- Wurden Forderungen an Institutionen außerhalb der individuellen Praxis gestellt (KZV, Kammer, Krankenkasse etc.)?

1. _____
2. _____
3. _____

7. Zufriedenheit und Atmosphäre innerhalb des Zirkels

- Bewertung der Sitzung nach Schulnoten (1 = sehr gut, 6 = ungenügend)

- Den sachlichen Ertrag der Gruppenarbeit bewerte ich mit ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- Die Gruppenatmosphäre war ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- Meine Gesamtbeurteilung des heutigen Treffens lautet ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- Die Zufriedenheit der Teilnehmer des heutigen Treffens schätze ich ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- Als Moderator konnte ich die Arbeit der Gruppe unterstützen ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

Aus den Erfahrungen der heutigen Sitzung ergeben sich folgende Anregungen für eine erfolgreiche Gruppenarbeit:

8. Eigene Aufwendungen

Dauer d. eigenen Vorbereitungen Kosten f. Materialien sonstige Kosten (z. B. Raum, Tel.)

_____ Min. _____ DM _____ DM

**Subjektiver Einschätzungsbogen zum IDZ-Modellversuch
„Qualitätszirkel“ im Kammerbereich Westfalen-Lippe: 1. Welle**

Dieser Fragebogen ist Bestandteil der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellversuch "Qualitätszirkel" unter niedergelassenen Zahnärzten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in aller Offenheit. Die Auswertungen der Angaben erfolgen selbstverständlich völlig anonym; es interessiert nur das statistische Zahlenbild aus den Antworten aller teilnehmenden Zahnärzte. Der Moderator Ihres Qualitätszirkels leitet die ausgefüllten Fragebögen direkt an das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) nach Köln weiter.
Vielen Dank!

Ihr IDZ

Köln, im Juni 1995

- 1.1 Das Thema "Qualitätssicherung in der Zahnmedizin" wird unter Zahnärzten sehr kontrovers diskutiert. Wie beurteilen Sie persönlich dieses Thema aus berufspolitischer Sicht?

sehr wichtig ()
wichtig ()
teils/teils ()
eher unwichtig ()
völlig unwichtig ()

- 1.2 Und wie beurteilen Sie das Thema "Qualitätssicherung in der Zahnmedizin" für sich selbst bzw. für Ihre eigene Praxisführung?

sehr wichtig ()
wichtig ()
teils/teils ()
eher unwichtig ()
völlig unwichtig ()

2. Bitte denken Sie jetzt einmal nur an Ihre eigene zahnärztliche Tätigkeit. In welchen Leistungsbereichen zeigen sich in der täglichen Praxis häufiger, eher selten oder überhaupt keine Arbeitsprobleme?

	häufiger	eher selten	überhaupt keine
prophylaktische Leistungen	()	()	()
konservierende Leistungen	()	()	()
chirurgische Leistungen	()	()	()
Leistungen bei Mundschleimhaut- und Parodontalerkrankungen	()	()	()
prothetische Leistungen	()	()	()
kieferorthopädische Leistungen	()	()	()
sonstige Leistungen	()	()	()

3. Und in welchen Leistungsbereichen gibt es erfahrungsgemäß häufiger Probleme mit der Mitarbeit des Patienten? Mehrfachnennungen möglich.

prophylaktische Leistungen ()
 konservierende Leistungen ()
 chirurgische Leistungen ()
 Leistungen bei Mundschleimhaut- und
 Parodontalerkrankungen ()
 prothetische Leistungen ()
 kieferorthopädische Leistungen ()

4. Einmal alles in allem genommen: Bitte versuchen Sie die folgenden Aspekte der zahnärztlichen Tätigkeit aus Ihrer Berufserfahrung so zu ordnen, daß der Aufgabenbereich mit dem größten Schwierigkeitsgrad an erster Stelle, der Aufgabenbereich mit dem zweitgrößten Schwierigkeitsgrad an zweiter Stelle usw. steht. Bitte gehen Sie hier nur von Ihrer eigenen Berufserfahrung aus und tragen Sie die Rangplätze 1 bis 6 selbst ein.

Rangplatz

Diagnostik ____
 Befundplanung ____
 Behandlungsmaßnahmen ____
 Rehabilitation ____
 psychologische Führung des Patienten ____
 Kooperation mit anderen Heilberufen bei einer
 bestimmten Patientenversorgung ____

5. Bitte denken Sie jetzt einmal an den Fortbildungsbereich. Gibt es bestimmte Formen der Fortbildung, die Sie für Ihre zahnärztliche Arbeit bevorzugen? Bitte maximal drei Nennungen ankreuzen.

Besuch von Kursen der Zahnärztekammer ()
 Teilnahme an wissenschaftlichen Tagungen ()
 Besuch von Fortbildungsveranstaltungen seitens der Industrie ()
 Lektüre von Fachbüchern ()
 Nutzung von Videos ()
 Lektüre von Fachzeitschriften ()
 informelle Treffen mit Kollegen ()
 Sonstiges, und zwar:
 _____ ()

6. Nun zum Thema "Qualitätszirkel": Welche Beweggründe haben Sie veranlaßt, an dem Modellversuch "Qualitätszirkel" teilzunehmen? Mehrfachnennungen möglich.

- Erfahrungsaustausch mit Kollegen ()
- allgemeine Neugier ()
- kollegiale Supervision ()
- Selbstreflexion ()
- Anschluß an Forschung ()
- Geselligkeit in kleiner Gruppe ()
- berufspolitische Überlegungen ()
- gemeinsame Praxisforschung ()
- Tips/Hinweise zur Verbesserung
der eigenen Praxisführung ()
- Sonstiges, und zwar:
..... ()

7. Welche Kriterien sollten Ihrer persönlichen Auffassung nach für die Wahl eines Themas im Qualitätszirkel ausschlaggebend sein? Mehrfachnennungen möglich.

- Relevanz für die tägliche Arbeit in der Praxis ()
- Häufigkeit des Problems ()
- bisher unbefriedigende Problemlösung ()
- Möglichkeit des Rückgriffs auf wissenschaftliche
Erkenntnisse ()
- praktische Beeinflußbarkeit ()
- Abgrenzbarkeit ()
- Machbarkeit ()
- wirtschaftliche Bedeutung ()

8. Welche Bedeutung hat Ihrer Auffassung nach der Fallbezug (aus der eigenen Praxis) für die Bearbeitung eines Themas im Qualitätszirkel?

- entscheidende Bedeutung ()
- wichtig ()
- teils/teils ()
- eher unwichtig ()
- völlig unwichtig ()
- weiß nicht ()

9. In der öffentlichen Diskussion über Qualitätssicherung wird häufiger auch die Forderung nach "Handlungsleitlinien" (also Empfehlungen, nach denen man das diagnostische und therapeutische Vorgehen ausrichten kann) erhoben. Halten Sie persönlich die Erstellung von Handlungsleitlinien für die Qualitätszirkelarbeit für sinnvoll?

sehr sinnvoll ()
 sinnvoll ()
 teils/teils ()
 eher unsinnig ()
 völlig unsinnig ()
 weiß nicht ()

10. Welche Dokumentationsmethode(n) ist/sind Ihrer Auffassung nach nützlich, um die Diskussion in einem Qualitätszirkel zu fundieren? Mehrfachnennungen möglich.

mündliche Falldarstellungen ()
 Vorträge durch einen Experten ()
 Vorträge durch Zirkelteilnehmer ()
 eigene Karteikarten ()
 Tonband ()
 Video ()
 Gebißmodelle aus der eigenen Praxis ()
 spezielle Dokumentationsbögen, die von allen
 Zirkelteilnehmern erarbeitet werden ()
 Praxisbesuche ()
 EDV-Ausdrucke ()
 Patientenvorstellungen ()
 eigene Zahnersatzarbeiten ()
 Sonstiges, und zwar:
 _____ ()

11. Wie sehen Sie die Funktion/Aufgabe des "Moderators" eines Qualitätszirkels? Mehrfachnennungen möglich.

der Moderator sollte die Gruppe führen ()
 der Moderator sollte inhaltliche Vorgaben machen ()
 der Moderator sollte vor allem die Gruppenatmosphäre positiv beeinflussen ()
 der Moderator sollte sich um den technischen Rahmen wie Räumlichkeiten,
 Getränke, technische Ausstattung usw. kümmern ()
 der Moderator sollte Meinungsunterschiede in der Gruppe aufzeigen bzw.
 verdeutlichen ()
 der Moderator sollte Konflikte in der Gruppe schlichten ()
 der Moderator sollte sich inhaltlich völlig zurückhalten ()

12. Was könnten Ihrer Auffassung nach die entscheidenden Nachteile und Probleme für eine Qualitätszirkelarbeit sein? Mehrfachnennungen möglich.

- Zeitaufwand ()
- Kosten ()
- Kritik durch Kollegen tolerieren ()
- Verunsicherung ()
- Mut, selbst Kritik zu formulieren ()
- Mehraufwand durch Dokumentation
des Praxisgeschehens ()
- Handlungsleitlinien können umstritten sein ... ()
- Sonstiges, und zwar:
_____ ()

13. Zum Abschluß bitten wir Sie noch um einige statistische Angaben zu Ihrer Person:

13.1 Ihr Geschlecht:

- männlich ()
- weiblich ()

13.2 Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- unter 35 Jahre ()
- 35 bis unter 45 Jahre ()
- 45 bis unter 55 Jahre ()
- 55 bis unter 65 Jahre ()
- 65 Jahre und älter ()

13.3 Ungefähre Ortsgrößenklasse Ihres Praxisstandortes?

- bis unter 5.000 Einwohner ()
- 5.000 bis unter 20.000 Einwohner ()
- 20.000 bis unter 100.000 Einwohner ()
- 100.000 bis unter 500.000 Einwohner ... ()
- 500.000 Einwohner und mehr ()

13.4 Wieviele Behandlungsstühle haben Sie in Ihrer Praxis?

- 1 Stuhl ()
- 2 Stühle ()
- 3 Stühle ()
- 4 Stühle ()
- 5 Stühle und mehr ()

13.5 Wie groß ist Ihre Praxis ungefähr auf das Quartal gesehen?

- unter 200 Scheine ()
- 200 bis unter 400 Scheine ()
- 400 bis unter 600 Scheine ()
- 600 bis unter 800 Scheine ()
- 800 bis unter 1000 Scheine ()
- 1000 Scheine und mehr ()

13.6 Wie hoch ist ungefähr der Anteil der Privatpatienten in Ihrer Praxis?

- unter 10 Prozent ()
- 10 bis unter 20 Prozent ()
- 20 bis unter 30 Prozent ()
- über 30 Prozent ()
- habe reine Privatpraxis ()

Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!

**Subjektiver Einschätzungsbogen zum IDZ-Modellversuch
„Qualitätszirkel“ im Kammerbereich Westfalen-Lippe: 2. Welle**

Dieser Fragebogen ist Bestandteil der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellversuch "Qualitätszirkel" unter niedergelassenen Zahnärzten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in aller Offenheit. Die Auswertungen der Angaben erfolgen selbstverständlich völlig anonym; es interessiert nur das statistische Zahlenbild aus den Antworten aller teilnehmenden Zahnärzte. Der Moderator Ihres Qualitätszirkels leitet die ausgefüllten Fragebögen direkt an das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) nach Köln weiter.
Vielen Dank!

Ihr IDZ

Köln, im September 1995

1.1 Das Thema "Qualitätssicherung in der Zahnmedizin" wird unter Zahnärzten sehr kontrovers diskutiert. Wie beurteilen Sie persönlich dieses Thema aus berufspolitischer Sicht?

- sehr wichtig ()
- wichtig ()
- teils/teils ()
- eher unwichtig ()
- völlig unwichtig ()

1.2 Und wie beurteilen Sie dieses Thema "Qualitätssicherung in der Zahnmedizin" für sich selbst bzw. für Ihre eigene Praxisführung?

- sehr wichtig ()
- wichtig ()
- teils/teils ()
- eher unwichtig ()
- völlig unwichtig ()

2. Bitte denken Sie jetzt einmal nur an Ihre eigene zahnärztliche Tätigkeit. In welchen Leistungsbereichen zeigen sich in der täglichen Praxis häufiger, eher selten oder überhaupt keine Arbeitsprobleme?

	häufiger	eher selten	überhaupt keine
prophylaktische Leistungen	()	()	()
konservierende Leistungen	()	()	()
chirurgische Leistungen	()	()	()
Leistungen bei Mundschleimhaut- und Parodontalerkrankungen	()	()	()
prothetische Leistungen	()	()	()
kieferorthopädische Leistungen	()	()	()
sonstige Leistungen	()	()	()

3. Und in welchen Leistungsbereichen gibt es erfahrungsgemäß häufiger Probleme mit der Mitarbeit des Patienten? Mehrfachnennungen möglich.

prophylaktische Leistungen ()
 konservierende Leistungen ()
 chirurgische Leistungen ()
 Leistungen bei Mundschleimhaut- und
 Parodontalerkrankungen ()
 prothetische Leistungen ()
 kieferorthopädische Leistungen ()

4. Einmal alles in allem genommen: Bitte versuchen Sie die folgenden Aspekte der zahnärztlichen Tätigkeit aus Ihrer Berufserfahrung so zu ordnen, daß der Aufgabenbereich mit dem größten Schwierigkeitsgrad an erster Stelle, der Aufgabenbereich mit dem zweitgrößten Schwierigkeitsgrad an zweiter Stelle usw. steht. Bitte gehen Sie hier nur von Ihrer eigenen Berufserfahrung aus und tragen Sie die Rangplätze 1 bis 6 selbst ein.

Rangplatz

Diagnostik _____
 Befundplanung _____
 Behandlungsmaßnahmen _____
 Rehabilitation _____
 psychologische Führung des Patienten _____
 Kooperation mit anderen Heilberufen bei einer
 bestimmten Patientenversorgung _____

5. Nun zu Ihrem "Qualitätszirkel": Wie häufig haben Sie bereits an den Zirkelzusammenkünften im Rahmen des Modellversuches teilgenommen?

1 mal ()
 2 mal ()
 3 mal ()
 4 mal ()
 5 mal ()
 6 mal ()

6. Wenn Sie einmal eine Art "Zwischenbilanz" ziehen: Was ist Ihnen persönlich bei der Zirkelarbeit am wichtigsten? Bitte maximal 3 Nennungen.

Erfahrungsaustausch mit Kollegen ()
 allgemeine Neugier ()
 kollegiale Supervision ()
 Selbstreflexion ()
 Anschluß an Forschung ()
 Geselligkeit in kleiner Gruppe ()
 berufspolitische Überlegungen ()
 gemeinsame Praxisforschung ()
 Tips/Hinweise zur Verbesserung
 der eigenen Praxisführung ()
 Sonstiges, und zwar:
 _____ ()

7. Und gibt es Dinge, die Ihnen bei der Zirkelarbeit nicht so gefallen? Bitte wieder maximal 3 Nennungen markieren.

Zeitaufwand ()
 Kosten ()
 Kritik durch Kollegen tolerieren ()
 Verunsicherung ()
 Mut, selbst Kritik zu formulieren ()
 Mehraufwand durch Dokumentation
 des Praxisgeschehens ()
 Handlungsleitlinien können umstritten sein ... ()
 Sonstiges, und zwar:
 _____ ()

8. Bitte denken Sie jetzt einmal nur an die Aufgaben Ihres Gruppenmoderators bei den Zirkelzusammenkünften. Welche Bedeutung hat Ihrer ganz persönlichen Erfahrung nach der Moderator für die Gruppenarbeit?

entscheidende Bedeutung ()
 wichtig ()
 teils/teils ()
 eher unwichtig ()
 völlig unwichtig ()
 weiß nicht ()

9. Wie sehen Sie die Funktion/Aufgabe des "Moderators" eines Qualitätszirkels? Mehrfachnennungen möglich.
- der Moderator sollte die Gruppe führen ()
 - der Moderator sollte inhaltliche Vorgaben machen ()
 - der Moderator sollte vor allem die Gruppenatmosphäre positiv beeinflussen ()
 - der Moderator sollte sich um den technischen Rahmen wie Räumlichkeiten, Getränke, technische Ausstattung usw. kümmern ()
 - der Moderator sollte Meinungsunterschiede in der Gruppe aufzeigen bzw. verdeutlichen ()
 - der Moderator sollte Konflikte in der Gruppe schlichten ()
 - der Moderator sollte sich inhaltlich völlig zurückhalten ()
10. In der öffentlichen Diskussion über Qualitätssicherung wird häufiger auch die Forderung nach "Handlungsleitlinien" (also Empfehlungen, nach denen man das diagnostische und therapeutische Vorgehen ausrichten kann) erhoben. Halten Sie persönlich die Erstellung von Handlungsleitlinien für die Qualitätszirkelarbeit für sinnvoll?
- sehr sinnvoll ()
 - sinnvoll ()
 - teils/teils ()
 - eher unsinnig ()
 - völlig unsinnig ()
 - weiß nicht ()
11. Welche Dokumentationsmethode(n) sind Ihrer Auffassung nach nützlich, um die Diskussion in einem Qualitätszirkel zu fundieren? Mehrfachnennungen möglich.
- mündliche Falldarstellungen ()
 - Vorträge durch einen Experten ()
 - Vorträge durch Zirkelteilnehmer ()
 - eigene Kartelkarten ()
 - Tonband ()
 - Video ()
 - Gebißmodelle aus der eigenen Praxis ()
 - spezielle Dokumentationsbögen, die von allen Zirkelteilnehmern erarbeitet werden ()
 - Praxisbesuche ()
 - EDV-Ausdrucke ()
 - Patientenvorstellungen ()
 - eigene Zahnersatzarbeiten ()
 - Sonstiges, und zwar:
 - _____ ()

12.1 Werden Sie weiterhin an den Gruppenzusammenkünften im Rahmen des Modellversuches "Qualitätszirkel" teilnehmen?

- ja ()
- nein ()
- weiß noch nicht ()

12.2 Gibt es Kritik/Anregungen, die Sie zur Zirkelarbeit artikulieren möchten?

13. Zum Abschluß bitten wir Sie noch um einige statistische Angaben zu Ihrer Person:

13.1 Ihr Geschlecht:

- männlich ()
- weiblich ()

13.2 Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- unter 35 Jahre ()
- 35 bis unter 45 Jahre ()
- 45 bis unter 55 Jahre ()
- 55 bis unter 65 Jahre ()
- 65 Jahre und älter ()

13.3 Ungefähre Ortsgrößenklasse Ihres Praxisstandortes?

- bis unter 5.000 Einwohner ()
- 5.000 bis unter 20.000 Einwohner ()
- 20.000 bis unter 100.000 Einwohner ()
- 100.000 bis unter 500.000 Einwohner ... ()
- 500.000 Einwohner und mehr ()

Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!

**Subjektiver Einschätzungsbogen zum IDZ-Modellversuch
„Qualitätszirkel“ im Kammerbereich Westfalen-Lippe: 3. Welle**

Dieser Fragebogen ist Bestandteil der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellversuch "Qualitätszirkel" unter niedergelassenen Zahnärzten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in aller Offenheit. Die Auswertungen der Angaben erfolgen selbstverständlich völlig anonym; es interessiert nur das statistische Zahlenbild aus den Antworten aller teilnehmenden Zahnärzte. Der Moderator Ihres Qualitätszirkels leitet die ausgefüllten Fragebögen direkt an das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) nach Köln weiter.
Vielen Dank!

Ihr IDZ

Köln, im Januar 1996

- 1.1 Das Thema "Qualitätssicherung in der Zahnmedizin" wird unter Zahnärzten sehr kontrovers diskutiert. Wie beurteilen Sie persönlich dieses Thema aus berufspolitischer Sicht?

sehr wichtig ()
wichtig ()
teils/teils ()
eher unwichtig ()
völlig unwichtig ()

- 1.2 Und wie beurteilen Sie das Thema "Qualitätssicherung in der Zahnmedizin" für sich selbst bzw. für Ihre eigene Praxisführung?

sehr wichtig ()
wichtig ()
teils/teils ()
eher unwichtig ()
völlig unwichtig ()

2. Bitte denken Sie jetzt einmal nur an Ihre eigene zahnärztliche Tätigkeit. In welchen Leistungsbereichen zeigen sich in der täglichen Praxis häufiger, eher selten oder überhaupt keine Arbeitsprobleme?

	häufiger	eher selten	überhaupt keine
prophylaktische Leistungen	()	()	()
konservierende Leistungen	()	()	()
chirurgische Leistungen	()	()	()
Leistungen bei Mundschleimhaut- und Parodontalerkrankungen	()	()	()
prothetische Leistungen	()	()	()
kieferorthopädische Leistungen	()	()	()
sonstige Leistungen	()	()	()

3. Und in welchen Leistungsbereichen gibt es erfahrungsgemäß häufiger Probleme mit der Mitarbeit des Patienten? Mehrfachnennungen möglich.

- prophylaktische Leistungen ()
- konservierende Leistungen ()
- chirurgische Leistungen ()
- Leistungen bei Mundschleimhaut- und
Parodontalerkrankungen ()
- prothetische Leistungen ()
- kieferorthopädische Leistungen ()

4. Einmal alles in allem genommen: Bitte versuchen Sie die folgenden Aspekte der zahnärztlichen Tätigkeit so zu ordnen, daß der Aufgabenbereich mit dem größten Schwierigkeitsgrad an erster Stelle, der Aufgabenbereich mit dem zweitgrößten Schwierigkeitsgrad an zweiter Stelle usw. steht. Bitte gehen Sie hier nur von Ihrer eigenen Berufserfahrung aus und tragen Sie die Rangplätze 1 bis 6 selbst ein.

Rangplatz

- Diagnostik _____
- Befundplanung _____
- Behandlungsmaßnahmen _____
- Rehabilitation _____
- psychologische Führung des Patienten _____
- Kooperation mit anderen Heilberufen bei einer
bestimmten Patientenversorgung _____

5. Nun zu Ihrem "Qualitätszirkel": Wie häufig haben Sie insgesamt an Zirkelzusammenkünften im Rahmen des Modellversuches teilgenommen?

- 1 mal ()
- 2 mal ()
- 3 mal ()
- 4 mal ()
- 5 mal ()
- 6 mal ()
- 7 mal ()
- 8 mal ()
- 9 mal ()
- 10 mal ()
- 11 mal ()
- 12 mal ()

6. Wenn Sie jetzt am Ende des IDZ-Modellversuches "Qualitätszirkel" einmal eine Gesamtbilanz ziehen: Was war Ihnen persönlich bei der Zirkelarbeit am wichtigsten? Bitte maximal drei Nennungen markieren.

Erfahrungsaustausch mit Kollegen ()
 allgemeine Neugier ()
 kollegiale Supervision ()
 Selbstreflexion ()
 Anschluß an Forschung ()
 Geselligkeit in kleiner Gruppe ()
 berufspolitische Überlegungen ()
 gemeinsame Praxisforschung ()
 Tips/Hinweise zur Verbesserung
 der eigenen Praxisführung ()
 Sonstiges, und zwar:
 _____ ()

7. Und gab es Dinge, die Ihnen bei der Zirkelarbeit nicht so gefallen hatten? Bitte wieder maximal 3 Nennungen markieren.

Zeitaufwand ()
 Kosten ()
 Kritik durch Kollegen tolerieren ()
 Verunsicherung ()
 Mut, selbst Kritik zu formulieren ()
 Mehraufwand durch Dokumentation
 des Praxisgeschehens ()
 Handlungsleitlinien waren umstritten ()
 Sonstiges, und zwar:
 _____ ()

8. Bitte denken Sie jetzt einmal nur an die Aufgaben Ihres Gruppenmoderators bei den Zirkelzusammenkünften. Welche Bedeutung hatte Ihrer ganz persönlichen Erfahrung nach der Moderator für die Gruppenarbeit?

entscheidende Bedeutung ()
 wichtig ()
 teils/teils ()
 eher unwichtig ()
 völlig unwichtig ()
 weiß nicht ()

9. Wie sehen Sie die Funktion/Aufgabe des "Moderators" eines Qualitätszirkels? Mehrfachnennungen möglich.
- der Moderator sollte die Gruppe führen ()
 - der Moderator sollte inhaltliche Vorgaben machen ()
 - der Moderator sollte vor allem die Gruppenatmosphäre positiv beeinflussen ()
 - der Moderator sollte sich um den technischen Rahmen wie Räumlichkeiten, Getränke, technische Ausstattung usw. kümmern ()
 - der Moderator sollte Meinungsunterschiede in der Gruppe aufzeigen bzw. verdeutlichen ()
 - der Moderator sollte Konflikte in der Gruppe schlichten ()
 - der Moderator sollte sich inhaltlich völlig zurückhalten ()
10. In der öffentlichen Diskussion über Qualitätssicherung wird häufiger auch die Forderung nach "Handlungsleitlinien" (also Empfehlungen, nach denen man das diagnostische und therapeutische Vorgehen ausrichten kann) erhoben. Halten Sie persönlich die Erstellung von Handlungsleitlinien für die Qualitätszirkelarbeit für sinnvoll?
- sehr sinnvoll ()
 - sinnvoll ()
 - teils/teils ()
 - eher unsinnig ()
 - völlig unsinnig ()
 - weiß nicht ()
11. Welche Dokumentationsmethode(n) sind Ihrer Auffassung nach nützlich, um die Diskussion in einem Qualitätszirkel zu fundieren? Mehrfachnennungen möglich.
- mündliche Falldarstellungen ()
 - Vorträge durch einen Experten ()
 - Vorträge durch Zirkelteilnehmer ()
 - eigene Karteikarten ()
 - Tonband ()
 - Video ()
 - Gebißmodelle aus der eigenen Praxis ()
 - spezielle Dokumentationsbögen, die von allen Zirkelteilnehmern erarbeitet werden ()
 - Praxisbesuche ()
 - EDV-Ausdrucke ()
 - Patientenvorstellungen ()
 - eigene Zahnersatzarbeiten ()
 - Sonstiges, und zwar:
 - _____ ()

12.1 Sind Sie persönlich an einer weiteren Mitarbeit in einem Qualitätszirkel (in Ihrer Wohnortnähe) interessiert?

- ja ()
- nein ()
- weiß nicht ()

12.2 Und warum? Bitte formulieren Sie mit Ihren eigenen Worten.

13. Wenn Sie jetzt das Thema "Qualitätszirkel" einmal alles in allem beurteilen: Welcher der folgenden Aussage würden Sie am ehesten zustimmen?

Qualitätszirkel sind ein nützliches Verfahren zur Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung ()

Qualitätszirkel sind sicherlich ganz nützlich, aber es gibt wahrscheinlich sehr viel wirksamere Verfahren zur Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung ()

Qualitätszirkel sind kein besonders wirksames Verfahren zur Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung, da sie letztlich dem einzelnen Zahnarzt nicht viel bringen ()

14. Was sollte Ihrer Auffassung nach getan werden, um die Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung weiterzuentwickeln? Bitte formulieren Sie wieder in eigenen Worten.

a) Maßnahmen durch die zahnärztliche Standespolitik:

keine ()

b) Maßnahmen in der eigenen Zahnarztpraxis:

keine ()

15. Zum Abschluß bitten wir Sie noch um einige statistische Angaben zu Ihrer Person:

15.1 Ihr Geschlecht:

- männlich ()
- weiblich ()

15.2 Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- unter 35 Jahre ()
- 35 bis unter 45 Jahre ()
- 45 bis unter 55 Jahre ()
- 55 bis unter 65 Jahre ()
- 65 Jahre und älter ()

15.3 Ungefähre Ortsgrößenklasse Ihres Praxisstandortes?

- bis unter 5.000 Einwohner ()
- 5.000 bis unter 20.000 Einwohner ()
- 20.000 bis unter 100.000 Einwohner ()
- 100.000 bis unter 500.000 Einwohner ... ()
- 500.000 Einwohner und mehr ()

Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!

**Leitfaden zur Gruppendiskussion mit den Moderatoren des
Modellversuches „Zahnärztliche Qualitätszirkel“**

Ziel: Gedankliche Nachbereitung und Bewertung der Zirkelarbeit im Spiegel der gesamten Moderatorengruppe

Dauer: ca. 3 Stunden

Prinzip: freie Diskussion nach Themenblöcken

**1. Thema:
Persönliches Gesamtfazit**

Blitzlicht

- Erfolge
- Mißerfolge
- Erfreuliches
- Unerfreuliches

**2. Thema:
Spezielle Erfahrungen zur Zirkelgründung**

- Akquisition
- Kampagnen
- Kammerunterstützung
- Hauptschwierigkeiten
- Moderatorenrolle
- „Gruppenängste“

**3. Thema:
Erfahrungen zur technischen Zirkelorganisation**

- Räumlichkeiten
- Terminplanung
- Finanzaufwand
- didaktische Hilfsmittel
- Verbesserungsideen (für die Zukunft)

**4. Thema:
Das entfaltete Gruppenleben**

- Frequenz
- Themensuche
- Diskussionsmuster
- Einsatz didaktischer Hilfsmittel
- Moderatorenrolle (Führungsproblematik)
- „Gruppenkultur“
- subjektive Qualitätsbegriffe
- Diskussionbarrieren
- Handhabung der „Tagesordnungen“

**5. Thema:
Erfahrungen zur gedanklichen Vor- und Nachbereitung**

- Aufwand
- Probleme
- Entwicklung in der Zeit (Stichwort: Routine)
- Nutzung von Fachliteratur

**6. Thema:
Aussprache über ausgewählte Punkte der Gruppen-
protokolle**

→ Dr. Walther

7. Thema:
Wirksamkeitseinstufung der Zirkelarbeit

- Für sich selbst?
- Für die Teilnehmer?
- Entwicklung/Veränderung des Qualitätsbegriffes
- Wo setzt der Zirkel an (Stichwort: „Prozeßqualität“)?
- Änderung des Diagnose-/Therapieverhaltens
- Was kann ein Zirkel nicht?
- Selektion bei der Teilnehmerzusammensetzung
- Wann ist ein Zirkel „gescheitert“?
- Wie sieht ein „idealer“ Zirkel aus? Blitzlicht
- Wann ist ein Zirkel beendet?
- Abgrenzung zu „Stammtisch“ und „wissenschaftlicher Fortbildung“

8. Thema:
Nutzen der Moderatorenschulung

- Umfang
- Themen
- Schwerpunkte
- Defizite
- Stellenwert der Psychologie
- Verbesserungsvorschläge

9. Thema:
**Spezielle Fragen zur wissenschaftlichen Begleit-
evaluierung des Modellversuches**

- Austeilen der Fragebögen
- Reaktionen der Zirkelteilnehmer
- Umgang mit den Gruppenprotokollen
- „Selbstbefindlichkeit“ der Moderatoren
- Unterstützung durch Kammer

10. Thema:
**Perspektiven von Qualitätszirkeln in der zahnärztlichen
Versorgung**

- Fortsetzung des eigenen Qualitätszirkels
- Erwartungen an die Landespolitik
- Erwartungen an die allgemeine Politik
- Erwartungen an die Kollegen
- Erwartungen an die Patienten
- Spezifika im GKV-System (insbesondere: § 12 SGBV)
- Fragen der Evaluierung

Dank an alle!

Veröffentlichungen des Instituts der Deutschen Zahnärzte

Stand: Januar 1997

Materialienreihe

Amalgam – Pro und Contra. Gutachten – Referate – Statements – Diskussion. Wissenschaftliche Bearbeitung und Kommentierung von G. Knolle, IDZ-Materialienreihe Bd. 1, 3. erweiterte Aufl., ISBN 3-7691-7830-0, Deutscher Ärzte-Verlag, 1992

Parodontalgesundheit der Hamburger Bevölkerung – Epidemiologische Ergebnisse einer CPITN-Untersuchung. G. Ahrens/J. Bauch/K.-A. Bublitzi/I. Neuhaus, IDZ-Materialienreihe Bd. 2, ISBN 3-7691-7812-2, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

Zahnarzt und Praxiscomputer – Ergebnisse einer empirischen Erhebung. S. Becker/F. W. Wilker, unter Mitarbeit von W. Micheelis, IDZ-Materialienreihe Bd. 3, ISBN 3-7691-7813-0, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

Der Zahnarzt im Blickfeld der Ergonomie – Eine Analyse zahnärztlicher Arbeitshaltungen. W. Rohmert/J. Mainzer/P. Zipp, 2. unveränderte Aufl., IDZ-Materialienreihe Bd. 4, ISBN 3-7691-7814-9, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

Möglichkeiten und Auswirkungen der Förderung der Zahnprophylaxe und Zahnerhaltung durch Bonussysteme. M. Schneider, IDZ-Materialienreihe Bd. 5, ISBN 3-7691-7815-7, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

Mundgesundheitsberatung in der Zahnarztpraxis. Th. Schneller/D. Mittermeier/D. Schulte am Hülse/W. Micheelis, IDZ-Materialienreihe Bd. 6, ISBN 3-7691-7817-3, Deutscher Ärzte-Verlag, 1990

Aspekte zahnärztlicher Leistungsbewertung aus arbeitswissenschaftlicher Sicht. M. Essmat/W. Micheelis/G. Rennenberg, IDZ-Materialienreihe Bd. 7, ISBN 3-7691-7819-X, Deutscher Ärzte-Verlag, 1990

Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung. E. Helmstädter, IDZ-Materialienreihe Bd. 8, ISBN 3-7691-7821-1, Deutscher Ärzte-Verlag, 1990

Bedarf an Zahnärzten bis zum Jahre 2010. E. Becker/F.-M. Niemann/J. G. Brecht/F. Beske, IDZ-Materialienreihe Bd. 9, ISBN 3-7691-7823-8, Deutscher Ärzte-Verlag, 1990

Der Praxiscomputer als Arbeitsmittel – Prüfsteine und Erfahrungen. M. Hildmann unter Mitarbeit von W. Micheelis, IDZ-Materialienreihe Bd. 10, ISBN 3-7691-7824-6, Deutscher Ärzte-Verlag, 1991

Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland – Ergebnisse des nationalen IDZ-Survey 1989. Gesamtbearbeitung: W. Micheelis, J. Bauch. Mit Beiträgen von J. Bauch/P. Dünninger/R. Eder-Debye/J. Einwag/J. Hoeltz/K. Keß/R. Koch/W. Micheelis/R. Naujoks/K. Pieper/E. Reich/E. Witt, IDZ-Materialienreihe Bd. 11.1, ISBN 3-7691-7825-4, Deutscher Ärzte-Verlag, 1991

Oral Health in Germany: Diagnostic Criteria and Data Recording Manual – Instructions for examination and documentation of oral health status – With an appendix of the sociological survey instruments for the assessment of oral health attitudes and behavior. J. Einwag/K. Keß/E. Reich, IDZ-Materialienreihe Bd. 11.2, ISBN 3-7691-7826-2, Deutscher Ärzte-Verlag, 1992

Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland – Ergebnisse des IDZ-Ergänzungssurvey 1992. Gesamtbearbeitung: W. Micheelis, J. Bauch. Mit Beiträgen von J. Bauch/A. Borutta/J. Einwag/J. Hoeltz/W. Micheelis/P. Potthoff/E. Reich/H. Stechemesser, IDZ-Materialienreihe Bd. 11.3, ISBN 3-7691-7834-3, Deutscher Ärzte-Verlag, 1993

Risikogruppenprofile bei Karies und Parodontitis – Statistische Vertiefungsanalysen der Mundgesundheitsstudien des IDZ von 1989 und 1992. Gesamtbearbeitung: W. Micheelis, E. Schroeder. Mit Beiträgen von J. Einwag/W. Micheelis/P. Potthoff/E. Reich/E. Schroeder, IDZ-Materialienreihe Bd. 11.4, ISBN 3-7691-7839-4, Deutscher Ärzte-Verlag, 1996

Psychologische Aspekte bei der zahnprothetischen Versorgung – Eine Untersuchung zum Compliance-Verhalten von Prothesenträgern. Th. Schneller/R. Bauer/W. Micheelis, IDZ-Materialienreihe Bd. 12, 2. unveränderte Aufl., ISBN 3-7691-7829-7, Deutscher Ärzte-Verlag, 1992

Gruppen- und Individualprophylaxe in der Zahnmedizin – Ein Handbuch für die prophylaktische Arbeit in Kindergarten, Schule und Zahnarztpraxis. Gesamtbearbeitung: N. Bartsch, J. Bauch. Mit Beiträgen von N. Bartsch/J. Bauch/K. Dittrich/G. Eberle/J. Einwag/H. Feser/K.-D. Hellwege/E. H. Hörschelmann/K.G. König/C. Leitzmann/F. Magri/J. Margraf-Stiksrud/W. Micheelis/H. Pantke/E. Reihlen/R. Roehl/F. Römer/H. P. Rosemeier/Th. Schneller, IDZ-Materialienreihe Bd. 13, ISBN 3-7691-7829-9, Deutscher Ärzte-Verlag, 1992

Betriebswirtschaftliche Entscheidungshilfen durch den Praxiscomputer. E. Knappe/V. Laine/P. Klein/St. Schmitz, IDZ-Materialienreihe Bd. 14, ISBN 3-7691-7831-9, Deutscher Ärzte-Verlag, 1992

Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung. Weißbuch. J. Bauch/J. Becker/E.-A. Behne/B. Bergmann-Krauss/P. Boehme/C. Boldt/K. Bößmann/K. Budde/D. Buhtz/H.-J. Gronemeyer/K. Kimmel/H.-P. Küchenmeister/W. Micheelis/P. J. Müller/T. Muschallik/C.-T. Plöger/M. Schneider/H. Spranger/M. Steudle/B. Tiemann/J. Viohl/K. Walther/W. Walther/J. Weitkamp/P. Witzel, 2. Auflage, IDZ-Materialienreihe Bd. 15, ISBN 3-7691-7837-8, Deutscher Ärzte-Verlag, 1995

Prophylaxe ein Leben lang – ein lebensbegleitendes oralprophylaktisches Betreuungskonzept. Gesamtbearbeitung: J. Bauch. Mit Beiträgen von N. Bartsch/J. Einweg/H.-J. Gülzow/G. Johnke/W. Kollmann/L. Laurisch/J. Margraf-Stiksrud/Th. Schneller/K.-P. Wefers, IDZ-Materialienreihe Bd. 16, ISBN 3-7691-7838-6, Deutscher Ärzte-Verlag, 1995

Streß bei Zahnärzten. Ch. von Quast, IDZ-Materialienreihe Bd. 17, ISBN 3-7691-7840-8, Deutscher Ärzte Verlag, 1996

Broschürenreihe

Zur medizinischen Betreuung der zahnärztlichen Therapie mit festsitzendem Zahnersatz (Kronen und Brücken) im Rahmen der Versorgung. Th. Kerschbaum, IDZ-Broschürenreihe Bd. 1, ISBN 3-7691-7816-5, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

Zum Stand der EDV-Anwendung in der Zahnarztpraxis – Ergebnisse eines Symposiums. IDZ-Broschürenreihe Bd. 2, ISBN 3-7691-7818-1, Deutscher Ärzte-Verlag, 1989

Mundgesundheit in der Bundesrepublik Deutschland – Ausgewählte Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung des Mundgesundheitszustandes und -verhaltens in der Bundesrepublik Deutschland. IDZ-Broschürenreihe Bd. 3, ISBN 3-7691-7822-X, Deutscher Ärzte-Verlag, 1990

Interprofessionelle Zusammenarbeit in der zahnärztlichen Versorgung/ Interprofessional Cooperation in Dental Care – Dokumentation/Documentation FDI-Symposium Berlin, September 1992. IDZ-Broschürenreihe Bd. 4, ISBN 3-7691-7833-5, Deutscher Ärzte-Verlag, 1993

Sonderpublikationen

Das Dental Vademekum. Hg.: Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Redaktion: IDZ, 5. Ausgabe, ISBN 3-7691-4058-3, Deutscher Ärzte-Verlag, 1995

Dringliche Mundgesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen – Fakten – Perspektiven. W. Micheelis, P. J. Müller, ISBN 3-924474-00-1, Selbstverlag, 1990*, Überarbeiteter Auszug aus: „Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen – Fakten – Perspektiven“ von Weber, I., Abel, M., Altenhofen, L., Bächer, K., Berghof, B., Bergmann, K., Flatten, G., Klein, D., Micheelis, W. und Müller, P. J., Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1990

Dringliche Mundgesundheitsprobleme der Bevölkerung im vereinten Deutschland. Zahlen – Fakten – Perspektiven. A. Borutta/W. Künzel/W. Micheelis/P. J. Müller, ISBN 3-924474-01-X, Selbstverlag, 1991*

Curriculum Individualprophylaxe in der vertragszahnärztlichen Versorgung – Handreichung für Referenten zur Fortbildung von Zahnärzten und zahnärztlichen Assistenzberufen. Projektleitung und Redaktion: W. Micheelis/D. Fink, Bearbeitung: J. Einwag/K.-D. Hellwege/J. Margraf-Stiksrud/H. Pantke/H. P. Rosemeier/Th. Schneller, Fachdidaktische Beratung von N. Bartsch, 2. aktualisierte Aufl., ISBN 3-7691-7835-1, Deutscher Ärzte-Verlag, 1993*

Geschichte, Struktur und Kennziffern zur zahnärztlichen Versorgung in der ehemaligen DDR – eine kommentierte Zusammenstellung verfügbarer Daten von 1949–1989. D. Bardehle, ISBN 3-924474-02-8, Selbstverlag, 1994*

*Die Publikationen des Instituts sind im Fachbuchhandel erhältlich. Die mit * gekennzeichneten Bände sind direkt über das IDZ zu beziehen.*

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) ist eine gemeinsame Einrichtung der Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung K.d.ö.R. (KZBV). Das IDZ erfüllt die Funktion, für die Berufspolitik der deutschen Zahnärzte praxisrelevante Forschung, Entwicklung und Beratung im Rahmen der Aufgabenbereiche von BZÄK und KZBV zu betreiben. Das IDZ hat seinen Sitz in Köln.

Die vorliegende IDZ- Materialie dokumentiert die Ergebnisse eines umfangreichen Modellversuches zum Thema „Zahnärztliche Qualitätszirkel“, der 1995/96 in Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe durchgeführt wurde. An diesem Modellversuch waren insgesamt rund 100 niedergelassene Zahnärzte beteiligt, die sich in 10 Qualitätszirkeln regelmäßig (über rund 1 Jahr) über ihre praktischen Arbeitsprobleme und fachlichen Versorgungsfragen untereinander austauschten. Geleitet wurden diese Qualitätszirkel durch speziell geschulte „Moderatoren“, die ebenfalls für diesen Modellversuch aus dem Kreis der niedergelassenen Zahnärzteschaft in Westfalen-Lippe rekrutiert worden waren.

Der Forschungsbericht informiert detailliert über die organisatorischen Grundlagen dieses Feldexperimentes, erläutert die wesentlichen Instrumente der wissenschaftlichen Begleitforschung und präsentiert vor allem sowohl im statistischen Zahlenbild als auch durch ausführliche Zitate seitens der Zirkelteilnehmer und der zahnärztlichen Moderatoren die Entwicklungen im Laufe der einjährigen Gruppenarbeit. Als zentrales Ergebnis kann herausgestellt werden, daß das Konzept des „Qualitätszirkels“ als Hilfsmittel zur selbstreflexiven Praxisführung auf eine beachtliche Resonanz stößt. Zahnärztliche Qualitätszirkel können insofern als ein nützlicher Beitrag zur innerprofessionellen Sicherung/ Verbesserung der sogenannten Prozeßqualität im System der zahnärztlichen Versorgung eingeschätzt werden.