

**Ärztliche Qualitätszirkel in der
Gesundheitsförderung – Erfahrungen und
Chancen für die Qualitätsdiskussion in der
Gesundheitsförderung**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades Doktor Public Health
im Zentrum für Sozialpolitik an der Universität Bremen

vorgelegt von **Dirk Pohl** aus Bremen

Bremen 2006

1. Referent: Prof. Dr. Rainer Müller

2. Referent: Prof. Dietrich Milles

Colloquium am 13.7.2006

1.	Einleitung.....	1
2.	Was sind Qualitätszirkel und wo haben sie sich bewährt?.....	8
2.1	Die Entwicklung ärztlicher Qualitätszirkel.....	10
2.2	Das Konzept der ärztlichen Qualitätszirkel.....	11
2.2.1	Ablauf eines Qualitätszirkels.....	12
3.	Methoden.....	16
3.1	Qualitätsdimensionen im Evaluationskonzept.....	17
3.2	Eingesetzte Erhebungsinstrumente.....	18
3.3	Methoden der Datenauswertung.....	31
3.3.1	Auswertung der qualitativen und quantitativen Daten.....	31
3.3.2	Auswertung hinsichtlich des Verlaufs und der konkreten Ergebnisse der Qualitätszirkel.....	33
3.3.2.1	Kriterien der Auswertung.....	33
3.4	Die teilnehmende Beobachtung als Evaluations- und Unterstützungsinstrument.....	40
3.4.1	Ablauf der Beobachtungen.....	41
3.4.2	Funktionsausweitung der teilnehmenden Beobachtung.....	43
3.4.3	Effekte der teilnehmenden Beobachtungen.....	44
4.	Ergebnisse der Qualitätszirkel im Verlauf.....	45
5.	Ergebnisse der Konzepterprobung.....	60
5.1	Die Umsetzung des Konzepts - Die Qualitätszirkel auf dem Prüfstand.....	61
5.2	Welchen Einfluss haben unterschiedliche Startbedingungen auf den Verlauf der Qualitätszirkel?.....	74
5.2.1	Startzeitraum.....	78
5.2.2	Teilnehmergewinning.....	78
5.2.3	Institutionelle Unterstützung und Rahmenbedingungen für Moderatoren und Teilnehmer.....	78
5.2.4	Kongruenz der Vorstellungen und Erwartungen der Moderatoren und Teilnehmer.....	79
5.2.5	Einschätzungen der Moderatoren zu Problemen in der Startphase.....	85
5.2.6	Zusammenfassung.....	86
5.3	Chancen und Probleme der Anknüpfung an bestehende Arbeitsgruppen.....	87
5.3.1	Motivation und Erwartungen der Moderatoren.....	90
5.4	Gruppenstruktur und Qualitätszirkel-Typen.....	96
5.4.1	Altersverteilung in den Gruppen.....	96
5.4.2	Geschlechterverteilung in den Gruppen.....	102
5.4.3	Kontinuität der Gruppen.....	103

5.4.4	Kontinuität der Gruppentreffen.....	106
5.4.5	Gruppenzusammensetzung.....	109
5.4.6	Homogenität der Gruppenzusammensetzung.....	110
5.5	Wie hat sich die "Fallarbeit" in den Qualitätszirkeln entwickelt?.....	115
5.5.1	Fallarbeit in den Qualitätszirkeln.....	115
5.5.2	Fazit.....	121
5.6	Wirkungen der Qualitätszirkel: Wie schätzen die Teilnehmer und Moderatoren die Arbeit im Qualitätszirkel ein?.....	123
5.6.1	Bewertungen der Qualitätszirkeltreffen durch Moderatoren und Teilnehmer im Verlauf.....	123
5.6.1.1	Konzeptumsetzung und Bewertungen der Teilnehmer und Moderatoren.....	131
5.6.2	Einschätzungen der Moderatoren und Teilnehmer nach Abschluss der Arbeit der Qualitätszirkel.....	130
5.6.2.1	Die Teilnehmer der Qualitätszirkel (n=58).....	131
5.6.2.2	Die Moderatoren der Qualitätszirkel (n=15).....	135
5.6.3	Wie beurteilen Teilnehmer und Moderatoren das QZ-Konzept?.....	138
5.6.3.1	Die Teilnehmer der Qualitätszirkel (n=58).....	138
5.6.3.2	Die Moderatoren der Qualitätszirkel (n=15).....	142
6.	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	146
6.1	Ergebnisse der Qualitätszirkel.....	146
6.2	Ergebnisse zur Konzeptadaption.....	150
6.3	Modifikationen am Konzept.....	152
7.	Resümee und Ausblick.....	156
8.	Literatur.....	159

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit beruht auf dem Modellprojekt „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention“. Dieses Projekt wurde durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von 1999 bis 2002 gefördert und hatte zum Ziel das Instrument der „Ärztlichen Qualitätszirkel“ in der Gesundheitsförderung zu erproben. Im Modellprojekt war insbesondere die Frage zu prüfen, welche Modifikationen an diesem Konzept notwendig sein würden, um es auch in der Gesundheitsförderung als Instrument der Qualitätssicherung nutzen zu können.¹ In dieser Arbeit werden aber die Kriterien einer erfolgreichen Konzeptumsetzung genauer untersucht. Durch die sehr unterschiedlichen Qualitätszirkel, die in diesem Projekt initiiert wurden, erscheint eine Untersuchung über die Bedingungen, die zu einer erfolgreichen Arbeit nach dem Konzept der Qualitätszirkel beitragen, außerordentlich fruchtbar. Die initiierten Qualitätszirkel sind alle in dem Feld der Gesundheitsförderung angesiedelt. Der hier verwandte Begriff der Gesundheitsförderung ist nicht theoretisch geprägt, sondern es konnten Qualitätszirkel überall dort initiiert werden, wo die Moderatoren der Auffassung waren, dass ihr Qualitätszirkel ebenfalls zur Gesundheitsförderung zu zählen ist.

In der gesellschaftlichen Diskussion wurde der Begriff der „Gesundheitsförderung“ mit unterschiedlichen Intentionen von Vertretern verschiedener Institutionen und Berufsgruppen für sich reklamiert; so kann es darum gehen mögliche Berufsfelder zu besetzen oder auch neue Einnahmequellen unter neuen Etiketten zu erschließen.² Um eine Vorstellung von der Bandbreite der Gesundheitsförderung in diesem Projekt zu gewinnen, sind die Teilnehmer der Qualitätszirkel zu Beginn des Projektes nach ihrer Charakterisierung von Gesundheitsförderung gefragt worden.³ Hier zeigte sich, dass Aufklärung und Prävention („*Vermittlung gesundheitsrelevanten Wissens*“, „*einfache Techniken zur Gesunderhaltung*“) am häufigsten genannt wurden, aber auch die individuelle Ressourcenstärkung („*Hilfe zur Selbsthilfe*“) und ungünstige gesellschaftliche Rahmenbedingungen („*Gesundheitsförderung erreicht nicht alle gesellschaftlichen Gruppen*“) wichtige Aspekte der Gesundheitsförderung für die Teilnehmer darstellten (Eingangsbefragung Teilnehmer). Die wachsende Bedeutung der Gesundheitsförderung kam allerdings in den meisten Äußerungen zum Ausdruck („*unverzichtbar*“).⁴

Den Hintergrund für die zunehmende gesellschaftliche Bedeutung der Gesundheitsförderung bilden u.a. demographische Faktoren. So hat der Anstieg der Lebenserwartung zu einem deutlichen Wandel des Krankheitsspektrums geführt, insbesondere zur Zunahme von Mehrfacherkrankungen im Alter und von chronisch-degenerativen Erkrankungen.⁵ Außerdem ist eine deutliche Zunahme der Kenntnisse über den Einfluss ungesunder Lebensweise auf die Krankheitsentstehung und -verlauf zu beobachten. Dies drückt sich auch im wachsenden Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung aus, sich aber in konkretem Verhalten oft nicht niederschlägt. Der Begriff der Gesundheitsförderung hat scheinbar Konjunktur. Um so mehr scheint eine begriffliche Klärung angebracht zu sein, zumal schon ein

¹ Hintergründe und genauer Ablauf in: Projektbericht Qualitätszirkel. Hg.: BZgA. Fachheft Bd. 26, Köln 2005 im Druck

² Vgl. Pohl D, Bahrs O: Gesundheitsförderung und Prävention in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung, in: Z. Allg. Med., 1999:75, 30-33 und Kaba-Schönstein: Gesundheitsförderung V. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Hg.: BZgA, Köln 1996.

³ Die offene Frage lautete: Wie würden Sie aus Ihrer Erfahrung heraus die „Gesundheitsförderung“ charakterisieren?

⁴ BZgA (2005): Ergebnisband Modellprojekt Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“ S.119-120.

⁵ Vgl. Ulrich G, Friedrich HJ, Wittek L, Ollenschläger G: Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgaben des niedergelassenen Arztes – Stellenwert und aktuelle Defizite. Z. Ärzt. Fortb. (1995) 89: 299-302. S. 1.

ausgewiesener Experte wie Trojan feststellte, dass „...manchmal ... die Konzepte `Gesundheit` oder `Gesundheitsförderung` wie Seifenblasen (sind), die – will man sie ergreifen – zerplatzen“⁶.

Daher ein kurzer Exkurs zur Prävention und zur Entwicklung der Gesundheitsförderung.

„Prävention (Krankheitsverhütung) sucht ... eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktionen zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern.“⁷

Den unbestrittenen Sinn präventiver Medizin verdeutlicht folgendes Zitat von Rose: „It is better to be healthy than ill or dead. That is the beginning and the end of the only argument for preventive medicine. It is sufficient.“⁸ Neben der Unterscheidung nach den drei, vom Interventionszeitpunkt her unterschiedenen Teile, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention⁹, stellt das Veränderungsziel ein weiteres Unterscheidungskriterium der Prävention dar. So kann die **Prävention durch Verhaltensbeeinflussung** von der **Verhältnisprävention** unterschieden werden.

Bei der Verhaltensprävention soll der Einzelne durch Verhaltensänderungen Erkrankungsrisiken ausschließen. Auf der bevölkerungsbezogenen Verhaltensprävention beruhen die großen Erfolge in der Bekämpfung der klassischen Infektionskrankheiten. Auf diese Maßnahmen trifft auch das Präventionsparadoxon zu, in dem es heißt: „Es müssen viele präventiv handeln, damit bei einigen wenigen das Ereignis verhütet werden kann.“¹⁰ Dieses Paradoxon zeigt die Schwierigkeit, den Einzelnen zu präventivem Verhalten zu motivieren, da der individuelle Nutzen nur schwer zu erkennen ist. Das Problem besteht eigentlich darin, dass das Ziel der bevölkerungsbezogenen Verhaltensprävention ein „Nicht-Ereignis“ ist, d.h. präventive Erfolge erscheinen für den Einzelnen nicht immer sichtbar oder spürbar. Der Erfolg der Verhaltensprävention ist also dann umso größer, je eher das alternative Verhaltensangebot der Lebensweise der Zielgruppe entspricht.

Bei der Umsetzung verhaltenspräventiver Vorstellungen ist zu bedenken, dass sozial geprägte Unterschiede der Lebensweise unterschiedliche Gestaltungsspielräume der Veränderung implizieren. So kann beispielsweise der Druck der täglichen Lebensorganisation in einer Unterschichtfamilie so groß sein, dass der Mutter durch unrealistische Ansprüche an die Lebensführung und Ernährung sicher nicht geholfen ist. Die unbeabsichtigte Wirkung solcher Versuche der Verhaltensbeeinflussung sehen Kühn und Rosenbrock im Verlust von Selbstbewusstsein und der Ausbildung von Schuldgefühlen bei denjenigen, die die Angebote nicht nutzen können. So führen die propagierten Gesundheitsimperative möglicherweise zu vermehrten Arztbesuchen und Medikamentenkonsum und treiben die Medikalisierung voran.¹¹ Denkbar wäre auch die Reaktion einer zunehmenden Vermeidung von Arztbesuchen und zunehmender Selbstmedikation. Die Verhältnisprävention richtet sich in erster Linie auf die biologische, soziale oder technische Umwelt der Menschen. So können beispielsweise die Arbeiterschutzgesetzgebung und die Verbesserung der Ernährungs- und Bildungslage als deutliche Erfolge der Verhältnisprävention angeführt werden. Ein Beispiel ist der „Clean Air Act“ im Stadtgebiet von London Anfang der 50er Jahre, wodurch die Mortalität an chronischer Bronchitis deutlich abnahm.

⁶ Trojan A: Zukunftsmodelle der Prävention. In: Doppelcharakter der Prävention. Hg.: Kaupen-Haas u. Rothmaler, Frankfurt am Main 1995, S. 124.

⁷ Schwartz FW, Walter U: Prävention. In: Das Public Health Buch. Hg. Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J. München Wien Baltimore, 1998. S. 151.

⁸ Rose GA: The Strategy of Preventive Medicine. Oxford 1992, S.4.

⁹ Primärprävention: Krankheitsverhütung, Sekundärprävention: Krankheitsfrüherkennung, Tertiärprävention: Verhütung des Rückfalls (Rehabilitation), vgl. auch Waller H: Gesundheitswissenschaft. Stuttgart Berlin Köln. 1995, S. 150ff.

¹⁰ Grüninger UJ: Risiko als Chance: Prävention für den Praktiker. In: Präventivmedizin, Praxis, Methoden, Arbeitshilfen. Hg.: Allhof PJ, Leidel J, Ollenschläger G, Voigt P. Springer Loseblattsysteme 1997. S. 12.

¹¹ Vgl. Kühn und Rosenbrock: Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften, a.a.O., S. 36/37.

Zwar stehen soziale und krankheitsunspezifische Präventionskonzepte unter erheblich höherem Legitimationsdruck als individuenbezogene Konzepte, doch entzündet sich am klassischen verhaltenspräventiven Ansatz auch deutliche Kritik aus verschiedenen Perspektiven. Aus der Betroffenenperspektive eines Behinderten übt *Sierck* Kritik am vorherrschenden Präventionsansatz. Verhaltensprävention sei demnach mit der Definitionsmacht über Normalität und der Macht in Lebenszusammenhänge eingreifen zu können, ausgestattet. Die Folgen seien häufig soziale Ausgrenzung, physische und psychische Gewalt gerade dann, wenn die Behinderung als vermeidbares Übel angesehen werde. „*Lebende behinderte Menschen sind eine Provokation für die Experten und PraktikerInnen der Prävention.*“¹²

In dieser Perspektive komme Rehabilitation die Aufgabe zu, das Versagen der Prävention zu kompensieren. Medizin erscheint hier als Institution sozialer Kontrolle, die unverhältnismäßig in die Lebenszusammenhänge behinderter Menschen eingreife, so dass *Sierck* zu dem Schluss kommt: „*Rehabilitation und Prävention sind zwei Seiten einer Medaille, die auf individuelle Schuldzuweisung und persönliche Verantwortung setzt und selektiv wirkt.*“¹³

Ähnliche Kritik äußert *Kaba-Schönstein* am Konzept der Gesundheitserziehung, dem bis in die 80er Jahre vorherrschendem Konzept in der Verhaltensprävention.¹⁴ Auch hier wird die Tendenz zu individualisierenden Schuldzuweisungen bemängelt. *Kaba-Schönstein* greift aber weiter, wenn sie auch die Krankheits-, Medizin-, und Risikofaktorenorientierung kritisiert, die eine Einengung der Perspektive auf individuelle medizinische Risikofaktoren und statistisch konstruierte Risikogruppen impliziere.¹⁵

Das Konzept der **Gesundheitsförderung**¹⁶ greift aber demgegenüber weiter: dem Menschen soll Autonomie über sich und seinen Körper ermöglichen, es soll der Blick auf die ganze Bevölkerung gerichtet und sich nicht an Risikogruppen orientieren. Gesundheitsförderung soll verschiedene Ansätze integrieren, nach Meinung von *Franzkowiak* sind das beispielsweise verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze.¹⁷ Gesundheitsförderung soll weiterhin die Öffentlichkeit einbeziehen und stellt im Grunde keine spezifische medizinische Dienstleistung mehr dar.¹⁸

Nach dem Verständnis der WHO setzt die Gesundheitsförderung auf die Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potentiale der Menschen auf allen gesellschaftlichen Ebenen an und hat somit auch prozessualen Charakter: „health promotion is the process of enabling people to exert control over the determinants of health and thereby improve their health“¹⁹. Dieser **salutogenetische Ansatz** sieht sich im Gegensatz zum klassischen pathogenetischen Ansatz der Medizin und geht u.a. auf *Antonovsky* zurück.²⁰ *Antonovsky* fragte nicht nach den Ursachen von Krankheit, sondern nach den Ursachen von Gesundheit und stellte u.a. fest, dass dieselben Bedingungen bei unterschiedlichen Menschen zu unterschiedlichen Erscheinungen führen können. Menschen verfügen über unterschiedliche generalisierte Widerstandsressourcen, die es ihnen ermöglichen, mit den Störungen der Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren konstruktiv umgehen zu können. Bei ausreichenden Wider-

¹² Sierck U: Prävention und Normalität. In: Doppelcharakter der Prävention. Hg.: Kaupen-Haas u. Rothmalder. Frankfurt am Main 1995, S. 44.

¹³ Ebenda S. 47.

¹⁴ Vgl. Kaba-Schönstein L: Gesundheitsförderung II: Ziele und Prinzipien. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Hg.: BZgA, Schwabenheim 1996. Hier stellvertretend für viele andere Autoren.

¹⁵ Ebenda S. 44.

¹⁶ Vgl. bspw. BZgA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim 1996, S. 15ff.

¹⁷ Franzkowiak P: Prävention. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Hg.: BZgA, Schwabenheim 1996, S. 86.

¹⁸ Vgl. Kaba-Schönstein a.a.O., S. 45.

¹⁹ Nutbeam D: Evaluating health promotion – progress, problems and solution. Health Promotion International. Vol. 13, No 1, 1998:28.

²⁰ Vgl. Antonovsky A: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997.

standsressourcen bilden die Menschen einen Kohärenzsinn, der ein positives Selbstbild des Menschen bezüglich seiner Ressourcen fördert. Am Beispiel Stress lässt sich zeigen, dass gesunde Menschen:

- Anforderungen und Belastungen in sinnvoller Weise verstehen, ordnen, interpretieren können,
- unter Belastungen innere und äußere Ressourcen zu deren Bewältigung mobilisieren können,
- in den auferlegten Belastungen übergeordneten Bedeutungen sehen oder diesen einen Sinn geben können als Herausforderung, an der sie wachsen können.²¹

„Je ausgeprägter der Kohärenzsinn, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, Stressoren erfolgreich und mit positiven Auswirkungen auf die Gesundheit zu bewältigen.“²²

Daraus folgt einerseits, dass Gesundheitsförderung Sinn machen muss, d.h. verstehbar, handhabbar und sinnhaft für die Menschen sein sollte. Außerdem gilt es, die generalisierten Widerstandsressourcen der Menschen, d.h. ihre Bewältigungskompetenz zu stärken. Nach Meinung von *Franzkowiak* basiert die Gesundheitsförderung zwar auf einer Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention²³, doch zeigt sich deutlich, dass die Prävention in der Gesundheitsförderung gegenüber klassischen verhaltenspräventiven Konzepten modifiziert werden sollte. So sprechen *Rosenbrock* und *Gerlinger* von einer modernen Verhaltensprävention, die *„ressourcen- und zielgruppenorientiert ... die sozialen Bedingungen des Handelns berücksichtigt und versucht diese zielgerichtet zu verändern“²⁴*

Aus den Ausführungen sollte deutlich geworden sein, dass einerseits die Gesundheitsförderung eine wachsende Bedeutung im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft hat und über den medizinischen Sektor hinausgreift, woraus folgt, dass auch nichtärztliche Berufsgruppen ihren legitimen Platz in der Gesundheitsförderung und Prävention haben. Die zunehmende Spezialisierung der gesundheitsbezogenen professionellen Tätigkeiten, die Verknappung der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel und die zunehmende Konkurrenz der verschiedenen Anbieter führen zu einer wachsenden Notwendigkeit, **Qualität** und **Effektivität** der Arbeit aufzuzeigen. Dieser Trend findet bereits seine Fortsetzung auch in der ehrenamtlichen Arbeit.²⁵

Trotz des häufigen Bezugs auf die Ottawa-Charta fehlt es aber in der Gesundheitsförderung noch an bindenden Qualitätsstandards²⁶, da es dem weit gefassten Anspruch der Gesundheitsförderung gemäß, eine hohe Variation der Gesundheitsförderungspraxis hinsichtlich Arbeitsinhalten, Zielen und Arbeitsbedingungen gibt,²⁷ was nicht ausschließt, dass in vielen Bereichen an der Entwicklung einheitlicher Qualitätsstandards gearbeitet wird²⁸. Qualitätskriterien müssen daher kontextbezogen und kontextspezifisch sein: *„Je mehr es (ein Gesundheitsförderungsprogramm) einen Aktions- und Politcharakter hat, desto innovativer müssen die Ansätze für Qualitätssicherung und Evaluation sein...“²⁹*.

²¹ Vgl. Grüniger UJ: Risiko als Chance, a.a.O., S. 21ff.

²² Franzkowiak P: Salutogenese. A.a.O. S. 97.

²³ Vgl. Franzkowiak P: Prävention. A.a.O. S. 86.

²⁴ Rosenbrock R, Gerlinger T: Gesundheitspolitik, Bern 2004. S. 69.

²⁵ Vgl. Kreling E: Der Empowerment-Ansatz in der Supervision mit Selbsthilfegruppen aus dem Gesundheitsbereich; DAG SHG (Hg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2002: 52 – 59, Giessen.

²⁶ Hafen M: Die Geschichte von Prävention und Gesundheitsförderung, Teil 1: frühe Konzepte; Suchtmagazin, 2(2001):40-43. Hafen M (2001): Präventionsgeschichte Teil 2: die Karriere des Suchtbegriffs und die „moderne“ Prävention; Suchtmagazin, 3/2001:56-60. Hafen M: Präventionsgeschichte Teil 3: Neuere Entwicklungen in der Prävention; Suchtmagazin 4/2001:34-38. Bröskamp-Stone U, Kickbusch I, Walter U: Gesundheitsförderung. In: Das Public Health Buch. A.a.O.: S. 141 – 150.

²⁷ Riemann K: Evaluation. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Hg.: BZgA, Schwabenheim 1996. S. 19-20.

²⁸ Vgl. den Sammelband Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention. Hg.: BZgA Köln 2001.

²⁹ Trojan A: Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Hg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln 2001. S. 68.

Auch die Befragung der Teilnehmer der Qualitätszirkel vor der Zirkelarbeit zeigte, dass diese die Methodik der Gesundheitsförderung, die mangelnde Evaluation und die Schwierigkeit theoretische Erkenntnisse in die berufliche Praxis umzusetzen, am umstrittensten einschätzten (Eingangsbefragung Teilnehmer).³⁰

Da die Gesundheitsförderung ihre Prioritäten auf langfristige Prozesse (Beeinflussung von individueller Lebensweise, kollektiver Lebensstile und sozialer Welten) setzt, deren Einfluss auf die Gesundheit nur indirekt wirkt und daher mit den „evidence-based“ Verfahren kaum zu messen ist, sollten auch Evaluationsprogramme diesem Hintergrund Rechnung tragen.³¹ Bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsverfahren für die Gesundheitsförderung bieten sich daher basisorientierte („bottom-up“) Verfahren an, die die Betroffenen in die Entwicklung der Kriterien zur Qualitätsbeurteilung der eigenen Arbeit einbeziehen (interne Evaluation), wohingegen bei externen Evaluationsverfahren, die Betroffenen eher Objekte der Betrachtung durch Experten darstellen. Durch den Einbezug von praktisch tätigen Gesundheitsförderern werden deren Mitgestaltungschancen deutlich erhöht, was letztlich auch dem Charakter der Gesundheitsförderung entspricht, denn „*health promotion is not something that is done on or to people, it is done with people*“ (Hervorhebungen im Original)³².

Unter der Vielzahl teils miteinander konkurrierender, teils sich ergänzender Verfahren seien daher Qualitätszirkel hervorgehoben, die sich seit Anfang der 90er Jahre in der ambulanten und in der stationären medizinischen Versorgung zunehmend als Verfahren der internen Qualitätssicherung durchgesetzt haben.³³ In beiden Versorgungsbereichen ist das Konzept aber unterschiedlich weiterentwickelt worden; während im stationären Bereich - ähnlich wie in der Industrie - Aspekte der Organisationsentwicklung im Vordergrund stehen, liegt der Schwerpunkt im ambulanten Bereich in der kritischen Selbstüberprüfung des eigenen Handelns („review“) im Kreis von hinsichtlich Erfahrung und Hierarchie Gleichgestellten („peers“). (vgl. Kapitel 2)

Die besonderen Eigenschaften des Instrumentes „Qualitätszirkel“ haben die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) veranlasst, ein Projekt zu initiieren und zu fördern, in dem die Übertragbarkeit dieses Konzeptes auf den Bereich der Gesundheitsförderung überprüft werden sollte.

Das Projekt dauerte von 1999 bis 2002 und wurde in Göttingen von der Abteilung Medizinische Psychologie durchgeführt. Entsprechende Ergebnisse werden 2005 von der BZgA in einem Projektbericht Qualitätszirkel in der Fachheftreihe Band 26 veröffentlicht.³⁴ Über die Fragestellung des Projektes der BZgA hinaus, wird in der vorliegenden Arbeit folgende Fragen nachgegangen:

³⁰ Die offene Frage lautete: In welchen Bereichen ist Ihrer Auffassung nach die Qualität der Gesundheitsförderung besonders umstritten? Finanzielle Probleme wurden fast ebenso häufig genannt.

³¹ Vgl. Ruckstuhl B, Abel T: Ein Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung. Prävention 2/2001: 35-38.

³² Nutbeam D: Evaluating health promotion – progress, problems and solution. A.a.O.:28.

³³ Vgl. bspw. Bahrs O: Qualitätszirkel als Instrument der Qualitätssicherung. In: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Hg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln 2001, 151 - 162. Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, Andres E: Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für Praxis und Klinik. Köln 1999. Tausch B: Ärztliche Qualitätszirkel auf dem Prüfstand. Eine arbeits- und organisationspsychologische Analyse des ärztlichen und betrieblichen Qualitätszirkelkonzepts. Münster – New York – München – Berlin 2000.

³⁴ BZgA: Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention, Reihe: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 26, Köln 2005.

BZgA: Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren. Köln 2005.

1. Ist die Vermittlung des Konzeptes an Moderatoren aus der Gesundheitsförderung erfolgreich gewesen?

Diese Frage ließ sich durch Befragungen der Moderatoren teilweise beantworten, aber auch die Dokumentation und Aufbereitung der Begleitseminare gab wesentlichen Aufschluss über erreichte und unerreichte Vermittlungsziele der Seminare, die damit immer zugleich Vermittlungs- und Erhebungscharakter hatten. Um diese Frage beantworten zu können, muss aber auch folgende Frage geprüft werden:

2. Welche Faktoren begünstigten die Umsetzung des Konzeptes und welche Faktoren waren der Umsetzung in den Qualitätszirkel eher hinderlich?

Die Beantwortung dieser Frage könnte letztlich Klarheit darüber verschaffen, ob das Konzept vermittelt werden konnte und welche Modifikationen am Konzept aus den jeweiligen Kontextbedingungen erforderlich erscheinen. Dazu kommt es aber darauf an zu unterscheiden, aus welchen Gründen ein Qualitätszirkel mit seinem Moderator das Konzept erfolgreich hat umsetzen können und, was noch wichtiger ist, warum ein Moderator das Konzept nicht hat erfolgreich umsetzen können. War das Konzept der Qualitätszirkel für diesen Bereich nicht geeignet, oder aber waren die Vermittlungsbemühungen in diesem Fall nicht erfolgreich gewesen? Insbesondere hinsichtlich einer möglicherweise geplanten Implementation von Qualitätszirkeln wären konkrete Empfehlungen außerordentlich hilfreich.

Die vorliegende Arbeit beginnt mit einer kurzen Darstellung des Konzeptes der „Ärztlichen Qualitätszirkel“ in Kapitel 2, da es sinnvoll erscheint, sich die konzeptionelle Ausgangsbasis zu vergegenwärtigen. Anschließend sollen in Kapitel 3 die Methoden vorgestellt werden, auf denen die Ergebnisse dieser Arbeit beruhen. Der genaue Ablauf des Projektes lässt sich im Projektbericht „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention, Reihe: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 26“ nachlesen, daher werden hier nur einige Strukturdaten zu den beteiligten Qualitätszirkeln kurz skizziert. Im genannten Bericht lassen sich auch die konkreten Ergebnisse der Qualitätszirkel nachlesen. Jeder Qualitätszirkel wurde im Verlauf ausgewertet. Diese Auswertungen beruhen auf gemeinsamen Auswertungsdiskussionen in der Projektgruppe (die 5 Personen umfasste) auf der Grundlage aller vorliegenden Informationen aus den Erhebungsinstrumenten zu jedem Qualitätszirkel. Diese Diskussionen wurden für diese Arbeit inhaltlich zusammengefasst und interpretiert und anschließend wieder in der Projektgruppe verifiziert.

Die Darstellung jedes Qualitätszirkels erfolgte nach den Kategorien *Ausgangsbedingungen, Institutionelles Umfeld, Strukturmerkmale, Gruppendynamik, Arbeitsweise, Dokumentation und Evaluation, Verlauf, Bearbeitete Themen, Inhaltliche Ergebnisse, Konzeptumsetzung, Fazit* und *Perspektive*. Diese Darstellung soll es ermöglichen, die spezielle Situation jedes Qualitätszirkels nachvollziehbar zu machen und auch Einblicke in die inhaltliche Arbeit der Qualitätszirkel zu ermöglichen. Diese Ausführungen bilden den Hintergrund für die späteren Auswertungen. Im Kapitel 4 finden sich nur die Zusammenfassungen der zirkelbezogenen Auswertung. Für detailliertere Informationen verweise ich auf den oben genannten Bericht.

In Kapitel 5 wird der jeweilige Erfolg der Konzeptumsetzung in den einzelnen Qualitätszirkeln auf der Basis eines hierzu entwickelten Einschätzungsbogens in Kapitel 5.1 analysiert und die Qualitätszirkel dem Erfolg der Konzeptumsetzung entsprechend in einer Rangordnung sortiert. Um nun die Bedin-

gungen der Arbeit der Qualitätszirkel und dem jeweiligen Grad der Konzeptumsetzung näher zu kommen, werden in Kapitel 5.2 die konkreten Startbedingungen der Qualitätszirkel untersucht. Die Startbedingungen werden unter den Aspekten „Startzeitraum“, „Teilnehmergewinnung“, „Institutionelle Unterstützung und Rahmenbedingungen für Moderatoren und Teilnehmer“ und „Kongruenz der Vorstellungen und Erwartungen der Moderatoren und Teilnehmer“ näher untersucht. In die Analyse wurden auch Angaben der Moderatoren in der Abschlussbefragung einbezogen. Insbesondere die Untersuchung der Erwartungsdifferenzen liefert einige Indikatoren zur Konzeptumsetzung in den Qualitätszirkeln.

Neben den Startbedingungen könnten auch die Vorerfahrungen von Teilnehmern und Moderatoren mit anderen Formen der Gruppenarbeit zu wesentlichen Prädiktoren der späteren Gruppenarbeit zählen. Daher werden in Kapitel 5.3 die Erfahrungen der Moderatoren und Teilnehmer nach den Typen „Supervision“, „Kursleitung“, „Qualitätszirkel“ und „Gremienarbeit“ analysiert und in Beziehung zur Konzeptumsetzung in den Qualitätszirkeln gesetzt. Ähnlich wurden mit den Angaben der Moderatoren zu ihrer Motivation zur Projektteilnahme verfahren. Diese Angaben wurden in fünf Kategorien („Emotionale Aspekte“, „Stärkung der eigenen beruflichen Qualifikation“, „Stärkung der institutionellen Qualifikation“, „Interessen am Projekt“ und „Stärkung der eigenen Kompetenz im Arbeitsalltag“) zusammengefasst und in Beziehung zu Konzeptumsetzung gesetzt.

Als wesentlicher Prädiktor für den Erfolg der Gruppenarbeit wurde die Kohärenz der Gruppe eingeschätzt, die hier als „Gruppenklima“ verstanden wird und nach Irle als „...die Attraktivität, welche die Gruppe bei ihren Mitgliedern genießt“³⁵ definiert ist. Hinweise dazu können in grundlegenden Strukturinformationen zu den Qualitätszirkeln gesehen werden, die in Kapitel 5.4 untersucht wurden. Nach diesen eher allgemeinen Betrachtungen wird nun die Arbeitsweise in den Qualitätszirkeln in den Blick genommen, da sich bereits im Projektverlauf gezeigt hat, dass hier ganz spezifische Probleme bei der Umsetzung aufgetreten sind.

Der Frage nach dem Zusammenhang zwischen spezifischen Schwierigkeiten und Anforderungen mit der Fallarbeit in den jeweiligen Qualitätszirkeln und der Umsetzung des Konzeptes wird in Kapitel 5.5 nachgegangen. Abschließend werden die Auswertungen der Befragungen der Moderatoren und Teilnehmer zu ihren Erfahrungen mit dem Konzept „Qualitätszirkel“ im Modellprojekt dargestellt (Kapitel 5.6). In Kapitel 6 werden die Ergebnisse dieser Arbeit noch einmal kurz zusammengefasst, wobei hier auch die Frage nach möglichen Modifikationen am Konzept der Qualitätszirkel angeschnitten wird. Im Schlusskapitel 7 werden Perspektiven des Konzeptes in der Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung erwogen und Schlüsse für eine Implementation im Feld der Gesundheitsförderung gezogen.

³⁵ Irle, M: Lehrbuch der Sozialpsychologie. Göttingen 1975, S. 452.

2. Was sind Qualitätszirkel und wo haben sie sich bewährt?

In der ambulanten Versorgung sind seit Anfang der 90er Jahre Qualitätszirkel entwickelt worden, die Erfahrungen ärztlicher Gruppenarbeit aus Fortbildung und Supervision aufnahmen – z.B. Balintgruppen – und sich aber auch an der insbesondere in Belgien, England und den Niederlanden bewährten Art kollegialer Selbstüberprüfung im „peer review“ - Verfahren orientierten.³⁶ Das Konzept der Qualitätszirkel, basiert auf der Entwicklung der ärztlichen Qualitätszirkel im ambulanten Bereich, die nun kurz dargestellt werden soll.³⁷

Etwa 1988 entstanden unabhängig voneinander erste Qualitätszirkel in Berlin, Göttingen, Hamburg und Düsseldorf. Diese waren teilweise im Kontext von Forschungsprojekten angesiedelt, teilweise wurden sie auch von niedergelassenen Hausärzten in Eigenregie initiiert. Die wissenschaftliche Allgemeinmedizin war noch wenig entwickelt und ein wesentliches Motiv der ersten Qualitätszirkel lag darin, eigene Handlungsleitlinien zu definieren.³⁸

In Hamburg entwickelte bereits 1987 ein Qualitätszirkel einen Erhebungsbogen, der im ärztlichen Alltag einen Beitrag zur Früherkennung von Krebs, Rheuma und Herz-Kreislauf-Erkrankungen leisten sollte. Ergebnis war, dass die präventionsrelevanten Informationen häufig Nebenbefunde sind, die leicht übersehen werden können. Um die Beratungspraxis effizienter gestalten zu können, wurde ein krankheitsunspezifischer Dokumentationsbogen erarbeitet, der die bereits vorliegenden Daten zu strukturieren erlaubt und Lücken aufzeigt, die im gezielten Gespräch dann geschlossen werden können. Es entstand eine Anleitung für die „epikritische Fallbetrachtung“³⁹, die die teilnehmenden Ärzte über das Projektende hinaus nutzten und die mittlerweile u.a. in Hessen in Fortbildungen in der Psychosomatischen Grundversorgung verwandt werden.

In Berlin bildete sich 1989 ein Qualitätszirkel um den Allgemeinmediziner *Abholz*, in dem die Teilnehmer die Supervision ihrer Arbeit selbst organisierten. Sie entwickelten eigene Leitlinien als Maßstab für die Beurteilung ihrer Behandlungsqualität bei Patienten und diskutierten aus einer Stichprobe diejenigen Fälle, in denen sie von ihren eigenen Maximen abgewichen waren.⁴⁰ Dies zeigte u.a., dass die Berücksichtigung des individuellen biographischen und psychosozialen Kontextes als spezifisch hausärztliche Leitorientierung einzuschätzen ist. Als wichtigstes sich wiederholendes Defizit stellte die Gruppe fest, dass sich in der Ausbildung erworbene Arbeitsroutinen festgesetzt hatten, die das Handeln entgegen zum Teil besseren neueren Wissens weiterhin bestimmten.⁴¹

³⁶ Schillemans L, Grande L de, Remmen R: Using quality circles to evaluate the efficacy of primary health care. In: Conner RF, Hendricks M (Hg.): International innovations in evaluation methodology. New directions in program evaluation 42. Jossey-Bass, San Francisco, 19-27, 1989. Und: Schillemans L, Remmen R, Maes R, Grol R: Quality circles in primary health care: possibilities and applications. In: University of Newcastle upon Tyne (Hg.): Quality and its applications 1993. University of Newcastle upon Tyne, 393-398, 1993. Und: Grol R, Mookink H, Schellevis F: The effects of peer review in general practice. J Roy Coll Gen Pract; 38:10-13, 1988. Und: Gerlach FM, Bahrs O: Qualitätssicherung durch hausärztliche Qualitätszirkel. Strategien zur Etablierung. Berlin Wiesbaden 1994.

³⁷ Qualitätszirkel erlangen zunehmend auch in Kurwesen, Pflege, Psychotherapie usw. Bedeutung.

³⁸ vgl. Abholz H H, Dreykluft H-R Meyer, B: Bericht über einen Qualitätszirkel. Z Allg Med 1992; 68: 468-472. Und: Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J: Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Köln, 3. Auflage 1996.

³⁹ Brucks U, Wahl WB, Schüffel W: Epikritische Fallbetrachtung – Einführung in die Methode und Anleitung zur Dokumentation für Fallbesprechungen in Balintgruppen und ärztlichen Arbeitskreisen; Oldenswort u. Marburg 1997.

⁴⁰ Abholz u.a. 1992, a.a.O. Und: Abholz, HH: Grenzen medizinischer Prävention. In: Präventionspolitik. Hg.: Rosenbrock u.a., Berlin. 1994a.

⁴¹ BZgA: Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention. aaO. 26: 24-25. Köln 2005.

1989 entstand aus einem an der Universität Göttingen durchgeführten Projekt über Erstgespräche in Hausarztpraxen⁴² das Videoseminar. Videoaufzeichnungen von Sprechstundengesprächen dienten als Diskussionsgrundlage der Fallkonferenzen, die für die beteiligten Wissenschaftler als Forschungsinstrument, für die Hausärzte als problembezogene Fortbildung fungierten. Hier konnten implizite Regeln allgemeinmedizinischen Handelns verdeutlicht und die handlungspraktische Bedeutung von Interaktionsanalysen erfahren werden⁴³.

Während bei den bislang beschriebenen Qualitätszirkeln die Exploration von für das hausärztliche Handeln spezifischen – aber zumeist implizit bleibenden – Regeln im Vordergrund stand, ging es den beiden 1989 an der Universität Düsseldorf begonnenen Modellprojekten darum, in Zusammenarbeit mit Hausärzten und „hausarztfreundlichen Experten“ die Standards der Spezialdisziplinen auf eine für Praktiker handhabbare Form „runterzubrechen“ und Leitlinien für das hausärztliche Handeln zu formulieren. *Helmich* und seine Mitarbeiter thematisierten in den jeweils über ein Jahr laufenden Qualitätszirkeln die hausärztliche Behandlung von Diabetes, von chronischen Erkrankungen der Atemwege und die psychosomatische Grundversorgung.⁴⁴ Die Arbeitsgruppe um *L. v. Ferber* konzentrierte sich auf die Arzneimittelverordnung und arbeitete Routinedaten der Krankenkassen für die Diskussionen im Qualitätszirkel auf, um eine erfahrungsbezogene Diskussion des eigenen Verordnungsverhaltens zu ermöglichen.⁴⁵

Im Ausland bestanden nach einer 1992 durchgeführten Erhebung der European Working Party on Quality in Family Practice (Equip) in 12 europäischen Ländern Qualitätszirkel im hausärztlichen Bereich („quality circles“ oder „peer review“). Dabei kommen ärztliche Qualitätszirkel im ambulanten Bereich bevorzugt in Gesundheitssystemen zur Anwendung, in denen die Einzelarztpraxis im ambulanten Bereich vorherrscht. Bereits Anfang der 80er Jahre initiierte die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) erste Programme der Evaluation der allgemeinmedizinischen Arbeit. 1986 wurde von der SGAM-Arbeitsgruppe das Pilotprojekt „EVA“ gestartet. Die beteiligten Arztpraxen wurden von jeweils zwei allgemeinmedizinischen Kollegen besucht, die die Praxisorganisation und konkrete Arzt-Patient-Konsultationen mit unterschiedlichen Methoden untersuchten. Das Projekt entwickelte mit dem „peer review“ bereits grundlegende Elemente der Qualitätszirkelarbeit.⁴⁶

⁴² Bahrs O, Köhle M, Szecsenyi J: Das Videoseminar - Ein symptomübergreifender Supervisionsansatz. Qualitätszirkel von Allgemeinärzten und Sozialwissenschaftlern. *Psychol Med*, 3 (4): 23-29, 1992. Und: Bahrs O: Das Videoseminar - Erfahrungen mit einem Hausärztlichen Qualitätszirkel; in: *Vom Ablichten zum im-Bilde-Sein: Video-Dokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen im ärztlichen Qualitätszirkel*, Bahrs O, Fischer-Rosenthal W, Szecsenyi J, Würzburg, 151-181. 1996.

⁴³ Bahrs O, Hesse E: Das Motivationsgespräch - Chancen der Selbsthilfeförderung im Rahmen der ärztlichen Sprechstunde, in: *Vom Ablichten zum im-Bilde-Sein: Video-Dokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen im ärztlichen Qualitätszirkel*, Bahrs O, Fischer-Rosenthal W, Szecsenyi J, Würzburg 1996, 219-260.

⁴⁴ Sohn W: Qualitätssicherung durch Handlungsleitlinien für niedergelassene Allgemeinärzte. In: Häusser B, Schliehe F, Brennecke Weber-Falkensammer HW (Hg.): *Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und Rehabilitation. Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen*, Bd. 2, Berlin Heidelberg Tokyo New York, 1992: 128-134.

⁴⁵ von Ferber L, Köster I: Qualitätsbewußte Arzneimitteltherapie ist wirtschaftlich. *Evaluation der Pharmakothherapie*, ISAB-Schriftenreihe 28, Leipzig 1994

⁴⁶ vgl. Egli, N: Qualitätssicherung in der schweizerischen Hausarztmedizin – Erfahrungen der letzten 23 Jahre. *ZFA*, 77:2001, 465-466.

2.1 Die Entwicklung ärztlicher Qualitätszirkel

Zwei Modellprojekte begannen 1992 an der Medizinischen Hochschule Hannover und an der Universität Göttingen, um ein für die Breitenumsetzung taugliches Konzept der Qualitätssicherung durch Qualitätszirkel entwickelten. Diese Projekte entwickelten zunächst folgende Arbeitsdefinition: Beim ärztlichen Qualitätszirkel handelt es sich um eine Form der **Gruppenarbeit**, die **freiwillig, themenzentriert, erfahrungsbezogen, kontinuierlich** und **zielorientiert** ist.

Es wurde ebenfalls deutlich, dass der Wunsch, in der Gruppe von Kollegen mit gleichem Erfahrungshintergrund das Einzelkämpfertum zu überwinden, bei den beteiligten Ärzten eine große Rolle spielte. Außerdem erschien das „bottom-up“ Prinzip der Qualitätszirkel als Chance, sich gegen drohende „top-down“ Verfahren zu wehren zu setzen.⁴⁷ In den Qualitätszirkeln erwiesen sich gerade die Erfahrungen als besonders lernintensiv, die durch die Konfrontation von Idealität und Realität des eigenen Verhaltens Diskrepanzen aufzeigten. Um diese Diskrepanzerfahrungen zu ermöglichen wurde versucht, das Alltagshandeln in Form **objektiver (Be-)Handlungsprotokolle** für die Zirkelteilnehmer nachvollziehbar aufzubereiten. Dies erschien als eine wesentliche Voraussetzung erfolgreicher Qualitätszirkelarbeit.⁴⁸ In den Modellprojekten war – wie auch in den meisten Pionierzirkeln – die dafür erforderliche Methodenkompetenz durch die wissenschaftliche Begleitung gewährleistet. Im Hinblick auf die Breitenimplementation wurde aber deutlich, dass ein die Diskussion strukturierender **Moderator** notwendig ist. Dieser hat darauf zu achten, dass die Diskussion zielorientiert bleibt, und auf Aspekte hinzuweisen, die in der Diskussion aufgrund der Betriebsblindheit der Zirkelteilnehmer zu kurz kommen.⁴⁹ Darüber hinaus hat er die Aufgabe, den Gruppenzusammenhalt zu gewährleisten und die Gruppendynamik so zu beeinflussen, dass eine von Ängsten und Hierarchiekonflikten freie Auseinandersetzung möglich wird. Um diese Rolle auszufüllen, bedarf der Moderator nicht nur der Unterstützung durch die Gruppe, sondern auch spezifischer Erfahrungen und Kompetenzen.

Die Arbeit des Qualitätszirkels wird **durch (geschulte) Moderatoren unterstützt**, ohne dass diese leitende Positionen einnehmen. Die **Teilnehmer eines Qualitätszirkels** sind prinzipiell **gleichrangig** und **wählen ihre Themen selbst**.

Die Projektgruppen in Hannover und Göttingen entwickelten gemeinsam den „Leitfaden ärztliche Qualitätszirkel“,⁵⁰ der bereits im Vorfeld der Veröffentlichung die 1993 verabschiedeten Qualitätssicherungsrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer entscheidend beeinflusste. Der Leitfaden und das auf dessen Grundlage entwickelte Seminarkonzept für die Schulung von Moderatoren⁵¹ bildeten die Grundlage der nun einsetzenden Etablierung der Qualitätszirkel.

⁴⁷ Gerlach u. Bahrs 1994 a.a.O.

⁴⁸ Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J: Rationalitäten in der Medizin und deren Rekonstruktion im Qualitätszirkel. In: Jahrbuch für Kritische Medizin - Rationalitäten in der Medizin, 1994: 22, 96-118. Und: Häusser B, Schliehe F, Brennecke Weber-Falkensammler HW: Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und Rehabilitation. Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen, Bd. 2, Berlin Heidelberg Tokyo New York 1992.

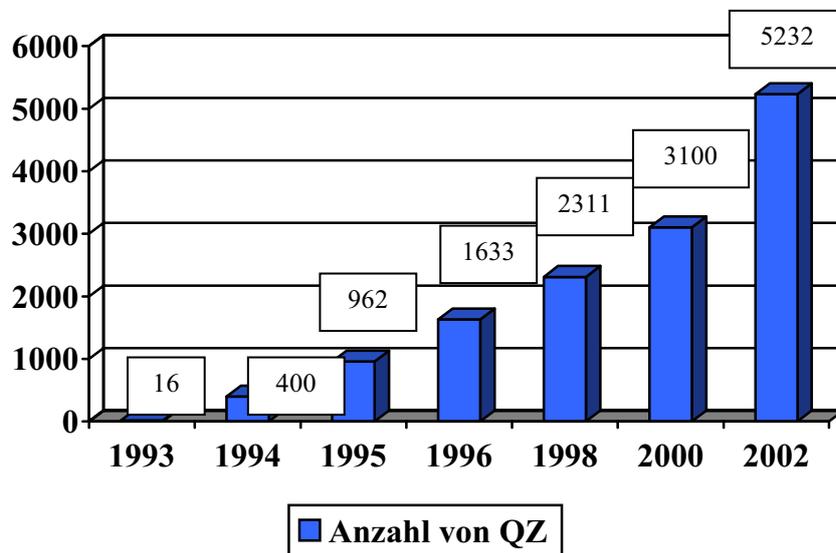
⁴⁹ Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, a.a.O. 1994.

⁵⁰ Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, a.a.O. 1994.

⁵¹ Szecsenyi J, Andres E, Bahrs O, Gerlach FM, Weiß-Plumeyer M: Evaluation eines Trainingsprogrammes für Moderatoren von vertragsärztlichen Qualitätszirkeln. Eine Zwischenbilanz. Z ärztl Fortb, 89: 419-423, 1995.

Mit der Verabschiedung der Qualitätssicherungsrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde die Verbreitung des Qualitätszirkelkonzepts gewaltig gefördert, wie folgende Abbildung 1 veranschaulicht:

Abbildung 1: Entwicklung ärztlicher Qualitätszirkel in Deutschland⁵²



Die Implementation wurde z.T. im Rahmen von Modellprojekten unterstützt. *Gerlach* befragte Hausärzte über ihre Einstellung zur Qualitätssicherung und zeigte, dass die Notwendigkeit von Qualitätssicherung zwar nicht grundsätzlich in Frage gestellt wurde, jedoch erhebliche Vorbehalte und Kontrollängste bestanden, denen eine Politik der Qualitätsförderung Rechnung zu tragen hatte.⁵³ Darauf aufbauend wurden die Entwicklungen in Bremen, Westfalen-Lippe, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein kontinuierlich dokumentiert. Die KV Südwürttemberg startete 1994 ein Programm zur Etablierung hausärztlicher Qualitätszirkel, das von der Universität Freiburg wissenschaftlich begleitet und in dessen Rahmen 1994 fast 50 Moderatoren ausgebildet wurden.⁵⁴

2.2 Das Konzept der ärztlichen Qualitätszirkel

Unter einem ärztlichen Qualitätszirkel wird der freiwillige Zusammenschluss einer Gruppe von Ärzten - gleicher oder benachbarter Fachrichtungen – beziehungsweise von in der Patientenversorgung beteiligten Berufen verstanden, mit dem Ziel, die eigene Arbeit zu analysieren, sie bezüglich der Qualität zu bewerten und, falls erforderlich, gezielt zu verändern. So bietet der Qualitätszirkel die

⁵² BZgA: Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung. A.a.O., S. 28.

⁵³ Gerlach u. Bahrs a.a.O. 1994

⁵⁴ Härter M, Tausch B, Niebling W, Vauth R, Berger M: Qualitätszirkel in der hausärztlichen Versorgung - ein Modellprojekt in Südbaden. Z Allg Med 16, 653-656, 1994. Und: Tausch B, Härter M (1996). Qualitätszirkel in der hausärztlichen Versorgung - Evaluation des Modellprojektes der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden. München 1996. Und: Tausch B, Härter M: Zielanalyse von Teilnehmern und Moderatoren hausärztlicher Qualitätszirkel. Z ärzt Fortb 90, 454-458, 1996a. Und: Tausch, B: Ärztliche Qualitätszirkel auf dem Prüfstand. Eine arbeits- und organisationspsychologische Analyse des ärztlichen und betrieblichen Qualitätszirkelkonzepts. Münster - New York - München - Berlin 2000.

Chance, sowohl die Versorgung der Patienten als auch die Arbeits- und Lebensqualität der Teilnehmer zu verbessern.

Die generelle Zielsetzung der Qualitätszirkelarbeit ist die Verbesserung der Patientenversorgung durch kontinuierliche Optimierung des eigenen Handelns und der Rahmenbedingungen, unter denen die Patientenversorgung stattfindet. Dies kann durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- Beschreibung, Rekonstruktion und Bewusstmachung eigener Regeln für das Vorgehen in der täglichen Praxis und Besprechung dieser Regeln in der Gruppe;
- Auffrischen und Erwerb von Wissen;
- Schulung der Fähigkeit zur Selbstbeurteilung und Selbstbeobachtung über das im jeweiligen Qualitätszirkel gewählte Thema hinaus;
- Exemplarisches Lernen am selbst gewählten Thema für ärztliches Handeln generell;
- Entwicklung von kommunikativen Kompetenzen und Teamfähigkeit;
- Förderung der Kooperation der an der Gesundheitsversorgung Beteiligten;
- Verbesserte Arbeitsmotivation durch emotionale Entlastung;

Die Qualitätszirkelarbeit ist charakterisiert durch die **freiwillige** Arbeit in einer **festen Gruppe** mit einem **Moderator**. Die Zirkelteilnehmer bringen sich als **gleichberechtigte Experten** in die Diskussion ein, indem sie ihr **Alltagshandeln dokumentieren** und im Qualitätszirkel, in der Regel **fallbezogen**, zur Diskussion stellen.

Erfahrungen mit anderen teilen heißt: **Erfahrungswissen** nachvollziehbar machen und sich bewähren lassen. Die Konfrontation von Selbst- und Fremdbeurteilung auf der Grundlage von für jeden Teilnehmer nachvollziehbaren eigenen Behandlungsdaten kann so besonders lernintensiv wirken. Je konkreter der Vergleich in der Gruppendiskussion ausfällt, umso stärker ist der Anreiz zur Verhaltensänderung. **Falldiskussionen** spielen eine wichtige Rolle, weil sie **exemplarisches Lernen** ermöglichen, die Einübung von Problemlösungsverhalten fördern und dadurch für den Prozess der gemeinsamen Selbstaufklärung in der Gruppe besonders geeignet sind. Die Gruppe wählt sich ihre Themen selbst. Die Ergebnisse der Qualitätszirkelarbeit werden wiederum im Qualitätszirkel geprüft und bewertet.

2.2.1 Ablauf eines Qualitätszirkels: von der Themenfindung bis zur Evaluation

Grundlage der Arbeit im Qualitätszirkel ist ein Prozess zur Qualitätsverbesserung, der auch als „Qualitätskreislauf“ bezeichnet wird (vgl. Abbildung 2). Dieser Prozess stellt die Basis aller Maßnahmen zur Qualitätssicherung dar und betont die Notwendigkeit eines kontinuierlichen, immer wieder durch Phasen der Evaluation gekennzeichneten Vorgehens.

Abbildung 2: Qualitätskreislauf



Die **Themenwahl** ist zumeist Ausgangspunkt der inhaltlichen Arbeit eines Qualitätszirkels. Sie muss - wenn nicht vorgegeben - in einem Konsensfindungsprozess erfolgen, da jeder Teilnehmer in der Regel eine Vielzahl von Interessen einbringt, so dass grundsätzlich immer mehrere Themen in Frage kommen. Nach der Themenwahl skizzieren die Teilnehmer in gemeinsamer Ideensammlung die **Probleme**, die sie in diesem Thema sehen. Bezogen auf das gewählte Thema werden Schwierigkeiten beschrieben und die Fragen formuliert, auf die die Teilnehmer im Qualitätszirkel eine Antwort finden wollen. Im Anschluss gilt es zu definieren, welche **Kriterien zur Beurteilung der Qualität** der eigenen Arbeit in diesem Themenfeld angemessen erscheinen.

Den gewählten Fragestellungen und aufgeworfenen Problemen entsprechend werden dann die Methoden zur **Dokumentation des Alltagshandelns** der Versorgung in der Praxis gewählt. Dabei ist zu prüfen, ob für die themenzentrierte Diskussion ausreichendes Dokumentations- und Datenmaterial vorhanden ist oder ob neue Daten erhoben werden müssen. Die Dokumentation kann somit retrospektiv und/oder prospektiv (z.B. unter Inanspruchnahme von Fragebögen) angelegt sein.

Sobald entsprechende Dokumentationen aus dem Alltag der Teilnehmer vorliegen, kann die erfahrungsbezogene Diskussion (**Analyse der Arbeitsrealität**) im Qualitätszirkel beginnen. Ziel ist es, zunächst konkrete Probleme zu erkennen und Prioritäten festzulegen: Welche Punkte sollen in welcher Reihenfolge bearbeitet werden? Die Auseinandersetzung mit dem eigenem Handeln erfolgt nicht nur im Hinblick auf die vorab formulierten Problemstellungen. Fast noch wesentlicher ist es, nunmehr auf empirischer Basis das jeweilige Routinehandeln kritisch zu analysieren.

Aus der Problemanalyse folgt die **Formulierung von Zielvorstellungen**. Die Teilnehmer erstellen nach jedem Treffen sowie nach Beendigung eines Themas ein Resümee. Da sich nicht immer ein Konsens erzielen lässt, sollte auch ein möglicher Dissens - durch Skizzierung der Grundpositionen - festgehalten werden.

In der nächsten Arbeitsphase versuchen die Teilnehmer des Qualitätszirkels, die erarbeiteten Lösungsvorschläge in der eigenen Arbeitspraxis umzusetzen (**Planung und Umsetzung von Veränderungen**).

Der nun folgende Evaluationsschritt hat das Ziel, **mögliche Veränderungen** auf empirischer Basis zu **überprüfen**: Untersucht wird, inwieweit die selbstgesetzten Handlungsleitlinien praxistauglich sind und zu einer tatsächlichen Veränderung des Alltagshandelns und letztlich auch zu Auswirkungen auf die Beratungsqualität führen konnten. „Sind die Probleme beseitigt? Hat sich die Qualität verbessert?“ Um diese Fragen zumindest ansatzweise beantworten zu können, ist eine Vergleichsdokumentation und deren kritische Analyse erforderlich. Dieser Schritt ist wesentlicher Bestandteil der Zirkelevaluation. In einer abschließenden Diskussion werden der Gruppenprozess reflektiert, die erarbeiteten Ergebnisse mit den anfangs gestellten Fragen verglichen und gegebenenfalls modifiziert. In aller Regel schließt sich an diese Abschlussdiskussion die Frage an, ob und wie es mit dem Qualitätszirkel weitergehen soll. Sowohl der Neueinstieg in den Qualitätskreislauf mit dem gleichen bzw. einem modifizierten Thema als auch die Neuwahl eines Themas bzw. die Bildung eines neuen Qualitätszirkels sind denkbar.⁵⁵

Ein Beispiel für den Durchlauf eines Zyklus des Qualitätskreislaufes zeigt Abbildung 8. Hier trifft sich ein fiktiver Qualitätszirkel von Fachbereichsleitern und hat sich als Thema für die aktuelle Sitzung die Gestaltung eines Kursleitertreffens vorgenommen. Folgende mögliche Probleme wurden dabei zusammengetragen: Nervosität, inhaltlicher Erfolg, mögliches Feedback der Kursleiter. Als Qualitätsindikatoren könnten die Zufriedenheit der teilnehmenden Kursleiter, die eigene Zufriedenheit oder die wahrgenommene Gruppenatmosphäre dienen.

Um die Diskussion am konkreten Fall zu ermöglichen, wurden Videodokumentationen von solchen Treffen vereinbart. Diese Dokumentation bildet dann die Grundlage für die Fallrekonstruktion im Qualitätszirkel, die Formulierung von Zielvorstellungen, die Planung von Änderungen, deren Umsetzung und Überprüfung möglicherweise anhand erneuter Videodokumentationen.

⁵⁵ Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, Andres E: Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Köln, 4. Auflage 2001. Und: Bahrs O, Lehmann M, Nave M, Pohl D, Schmidt U: Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention. Projektbroschüre, Göttingen 2000.

Abbildung 3: Qualitätskreislauf am Beispiel eines DozentInnentreffens an der KVHS



3. Methoden

Als wesentliches Zielkriterium der Evaluation der Arbeit eines Qualitätszirkels gilt, dass der Qualitätszirkel bei der Bearbeitung eines Themas den Qualitätskreislauf vollständig durchläuft. Damit ergeben sich die folgenden Fragen: Ist ein Thema vom Qualitätszirkel selbst einvernehmlich gewählt worden? Sind Kriterien dafür definiert worden, was Qualität in diesem Fall sein soll? Ist eine dem Thema angemessene Dokumentationsform gewählt worden? Ist die Arbeitsrealität dokumentiert worden und ist auf Basis der Dokumentation die Analyse der Arbeitsrealität erfolgt? Sind Stärken und Schwachpunkte herausgearbeitet worden? Sind diese in Beziehung zu der ursprünglichen Frage gestellt worden? Ist die Angemessenheit der zuvor entwickelten Qualitätskriterien überprüft worden? Sind aus der Analyse Vorschläge zur Verbesserung abgeleitet worden? Ist versucht worden, die Vorschläge in der eigenen Arbeitspraxis umzusetzen? Ist anschließend eine vergleichende Analyse der Arbeitsrealität erfolgt, um die Wirksamkeit der Umsetzung zu überprüfen? Sind für den Vergleich geeignete Parameter gewählt worden? Sind vergleichbare Situationen/Fälle ausgewählt worden? Sind andere intervenierende Variablen einkalkuliert worden? Tabelle 1 zeigt – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – in formaler Abgrenzung mögliche Qualitätsdimensionen der Qualitätszirkelarbeit und Verweise auf vorliegende Evaluationsergebnisse.

Dimension	Kriterien	Beispiel
Strukturqualität	Erreichbarkeit (räumlich, zeitlich) Ausstattung des Tagungsraums	Hausärztliche QZ Hannover (Bahrs u.a. 1994)
	Qualifikation von Moderator und Teilnehmern	Tausch u. Härter 1996, Tausch 2000
Prozessqualität	<u>Inhaltlich</u> : Durchlaufen des Qualitätskreislaufs	Hausärztl. QZ Hannover (Bahrs u.a. 1994, Gerlach u.a. 1995); QZ Lübeck (Träder 1996)
	<u>Gruppendynamisch</u> : Vertrauen und Vertrauensschutz, Gleichrangigkeit, Verbindlichkeit, Arbeitsteilung, Konsensfindung, Zulassen abweichender Meinungen	QZ Lübeck (Träder 1996), Interdisziplinärer QZ Göttingen (Bahrs, Heim 2002), Gerlach u. Beyer 2001, Tausch 2000
	<u>Interaktionsanalytisch</u> : Teilnehmerbeteiligung und Moderation, Gruppenklima, Themenzentrierung und Erfahrungsbezogenheit, Leitlinienerarbeitung	Hausärztliche Qualitätszirkel Südbaden (Weisser, Härter, Tausch 2000), Interdisziplinärer QZ Göttingen (Bahrs, Heim 2002)
Ergebnisqualität	Ebene 1 : Entwicklung einer arbeitsfähigen Gruppe	QZ Kassel: seit 1992, einige Teilnehmer inzwischen Moderatoren (vgl. Bahrs u.a. 2001)
	Ebene 2 : Erzeugung manifester Ergebnisse	Dokumentationsbogen zur Früherkennungsanamnese (Brucks & Wahl 1997); Leitfaden Ärztliche QZ (Bahrs u.a. 1994); Konzept für Moderatorenschulung (Szecsenyi u.a. 1995)
	Ebene 3 : Einstellungs- und Verhaltensänderungen, Wissenszuwachs	Zufriedenere, kompetentere, belastbarere und ihre Grenzen besser einschätzende Ärzte (Überblick bei Bahrs u.a. 2001, Tausch 2000); in der Folge ausstrahlend auf Teamkollegen (Träder 1996); bessere Kooperation mit anderen Versorgern; Solidarisierung und Politisierung (Szecsenyi u.a. 1999)
	Ebene 4 : Verbesserung der Versorgung	Zufriedenere Patienten und Angehörige (Klingenberg u. Szecsenyi 1999); gezieltere, besser koordinierte und weniger aufwändige Versorgung, weniger Kosten (Szecsenyi u.a. 1999)

Tabelle 1: Dimensionen von Qualität der Qualitätszirkelarbeit⁵⁶

⁵⁶ BZgA (2005): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung. A.a.O., S. 34-35

3.1 Qualitätsdimensionen im Evaluationskonzept

Die inzwischen klassischen Qualitätsdimensionen **Strukturqualität**, **Prozessqualität** und die **Ergebnisqualität** gehen auf *Donabedian* (1982) zurück⁵⁷. Die **Strukturqualität** bezieht sich auf die vorgegebenen Rahmenbedingungen für die Erbringung einer Dienstleistung. Sie gewährleistet eine Konstanz der Dienstleistung durch eine genaue Festlegung und Verdeutlichung der Qualifikation, der Ausrüstung des Personals, der organisatorischen Bedingungen und den Zugangs- und Nutzungsmöglichkeiten durch Nachfolger.

Die **Prozessqualität** beschreibt die Aktivitäten und Qualitätsmomente, die bei der Umsetzung der Dienstleistung gemacht werden. Gerade für beratende Tätigkeiten bedeutet das die häufig gestellte Frage: „War meine Art zu handeln gut genug?“ Bei der Prozessqualität geht es einerseits um die Reflexions-(kultur) des eigenen Handelns als auch um die Art und Festlegung der Dokumentation der Handlungen.

Bei der **Ergebnisqualität** wird das Ergebnis einer Leistung oder eines gesamten Prozesses bewertet. Hierbei gibt es mannigfaltige Bewertungskriterien, wie z.B. direkt nach einer Erbringung einer Leistung oder nach einem längeren Zeitraum.

Dieses Modell fand insbesondere Anwendung in der klinischen Medizin, wurde aber auch zunehmend auf andere Bereiche übertragen (vgl. Riemann 1996). *Trojan* erweiterte die Qualitätsdimensionen um die **Konzeptqualität**, da gerade im Feld der Gesundheitsförderung sehr diffuse Leitvorstellungen existieren, die sich auf „*normativ und wissenschaftlich begründete Leitprinzipien*“⁵⁸ stützen. Der **Konzeptqualität** fällt die Aufgabe zu, den Grad der programmatischen Klarheit über konzeptionelle Grundlagen einer Maßnahme zu beschreiben. Eine weitere Dimension ist die **Beziehungsqualität**, die sich auf die Art bezieht, wie Beziehungen innerhalb eines Projektteams und mit Personen, die mit dem Projekt zu tun haben, gepflegt werden. Die wichtigsten Elemente der Beziehungsqualität sind Motivation, Arbeitsklima und Kommunikationsstil (vgl. <http://www.quint-essenz.ch>). Häufig wird die Beziehungsqualität als Bestandteil der Prozessqualität gesehen.

Folgende Tabelle 5 bietet eine Übersicht über die eingesetzten Erhebungsinstrumente hinsichtlich der von diesen erfassten Qualitätsdimensionen (s.o.):

⁵⁷ Donabedian A: A Exploration of Structure, Process an Outcome as Approaches to Quality Asessment. In: Selbmann HK, Überla KK (Hg.): Quality Assesment of Medical Care. Gerlingen 1982.

⁵⁸ Trojan A: Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Hg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln 2001.

+ = sehr, 0 = neutral, - = eher nicht

INSTRUMENTE	QUALITÄTSDIMENSIONEN			
	Prozessqualität	Ergebnisqualität	Strukturqualität	Beziehungs- qualität
Kurzbeurteilungsbögen (Moderatoren / Teilnehmer)	+	0	0	-
QZ - Check (mehrfach)	+	+	0	0
Eingangsbefragung Moderatoren	-	+	+	0
Eingangsbefragung TN	-	+	+	0
Abschlussbefragung Moderatoren	-	+	-	0
Abschlussbefragung Teilnehmer	-	+	-	0
Stand der QZ - Arbeit (mehrfach)	+	+	-	0
Teiln. Beobachtung	0	+	-	+
Protokoll der QZ-Sitzungen	+	+	+	+
Begleitseminare (incl. Doku)	+	+	+	+
Evaluation der Begleitseminare	+	-	-	+

Tabelle 2. Reichweite und Perspektiven der Erhebungsinstrumente

Aus der Tabelle 2 geht hervor, dass die meisten Erhebungsinstrumente Erkenntnisse hinsichtlich mehrerer Qualitätsdimensionen liefern.

3.2 Eingesetzte Erhebungsinstrumente

Die im Projekt eingesetzten Erhebungsinstrumente stellen vielfach Weiterentwicklungen dar und sind in ähnlicher Form bereits bei der Implementation von Qualitätszirkeln im ambulanten medizinischen Sektor erprobt worden. Alle in dieser Arbeit dargestellten Ergebnisse beruhen auf den Ergebnissen

der Erhebungen mit den nachfolgend genannten Instrumenten, die ausführlich im Projektbericht zum Modellprojekt beschrieben sind⁸⁶.

a) Kurzbeurteilungsbögen

Kurzbeurteilungsbogen wurde von Moderatoren und Teilnehmern der Qualitätszirkel nach jeder Sitzung ausgefüllt zurückgesandt.

Frageformulierung	Frage typ
Bewerten Sie bitte das Treffen aus heutiger Sicht: <ul style="list-style-type: none"> - Mit dem sachlichen Ertrag bin ich: - Mit der Gruppenatmosphäre bin ich: - Mit der Unterstützung der Gruppe durch den Moderator bin ich: - Mit dem eigenen Beitrag bin ich: - Meine Gesamtbeurteilung des heutigen Treffens lautet: 	Geschlossen 6-stufige Skala: 1 (sehr zufrieden) – 6 (sehr unzufrieden)
Was fanden sie am heutigen Treffen besonders gut? Haben Sie Verbesserungsvorschläge? Haben Sie auf diesem Treffen praktische Anregungen erhalten? Ich glaube, die erhaltenen Anregungen auch umsetzen zu können?	offen

Tabelle 3. Items der Kurzbeurteilungen der QZ-Treffen

b) Qualitätszirkel - Check

	Antwortalternativen	
A. Strukturmerkmale		
Freiwilligkeit	ja , die Teilnahme am QZ ist uneingeschränkt freiwillig oder ja , die Teilnahme ist bedingt freiwillig	nein , es besteht Teilnahmepflicht
Konstanz des Rahmenthemas	ja , ein Thema wird im Rahmen des Rahmenthemas über mehrere Sitzungen behandelt und erst gewechselt, wenn wir es abgeschlossen haben	nein , unsere Themen wechseln von Sitzung zu Sitzung und werden meist innerhalb von einer einzigen Sitzung bearbeitet,
Regelmäßigkeit der Teilnahme (Anwesenheit)	ja , regelmäßig nehmen mehr als 2/3 der Teil an den Sitzungen teil.	nein , die Teilnahme ist stark schwankend
Konstanz des TN-Kreises (feste Gruppe)	ja , regelmäßig nehmen mehr als 2/3 der TN an den Sitzungen teil.	nein , die Zusammensetzung wechselt von Sitzung zu Sitzung (mehr als 20% neue TN oder sich abwendende TN)
Kontinuität der Treffen	ja , der QZ trifft sich mindestens alle 4 – 8 Wochen	nein , es gibt nur unregelmäßige und seltene Treffen
Protokollführung (inhaltliche Kontinuität)	ja , die inhaltlichen Ergebnisse werden in Protokollen festgehalten und den TN zugeschickt/an die Hand gegeben. Die Protokollführung erfolgt durch den Moderator/ durch die TN/ im Wechsel	nein , es gibt keine regelmäßige Fixierung von Sitzungsverlauf und Ergebnissen
Moderation	ja , die Moderation erfolgt durch einen ausgebildeten Moderator Oder ja , durch einen ausgebildeten Moderator und Ko-Moderator	nein , es gibt keinen ausgebildeten Moderator
B. Gruppendynamik		
Gruppenatmosphäre	ja , die Atmosphäre in der Gruppe ist gut. Mit Spannungen und Konflikten, die sich ergeben, können wir als Gruppe gut und kollegial umgehen.	nein , derzeit bestehen starke und die Arbeit behindernde Spannungen zwischen den TN Oder nein , zwischen der Gruppe und dem Moderator
Kollegialität/gegenseitige Kritik	ja , die TN sehen sich als prinzipiell Gleiche an. Kollegiale Kritik kann geübt werden.	nein , es gibt deutliche Autoritätsunterschiede in der Gruppe

⁸⁶ Vgl. Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention... a.a.O. S. .

		Oder nein , kollegiale Kritik stößt häufig auf Widerstände und Empfindlichkeiten
Gleichmäßigkeit der Mitarbeit	ja , alle TN beteiligen sich gleichermaßen aktiv	nein , einige TN bringen sich selten ein Oder nein , einzelne TN exponieren sich und andere kommen weniger zu Wort
Moderator und Gruppe	ja , die TN und der Moderator sehen sich als prinzipiell Gleiche an Oder ja , es besteht ein gemeinsamer Konsens über die Aufgaben des Moderators und der Gruppe	nein , es bestehen deutliche Autoritätsunterschiede zwischen Moderator und Gruppe Oder nein , die Gruppe lässt sich nicht auf die QZ-Arbeit ein.
C. Arbeitsweise in der Gruppe		
Themenwahl	ja , die Gruppe bearbeitet selbstgewählte Themen	nein , die Themen sind vorgegeben
Zielsetzung und systematisches Vorgehen	ja , zu Beginn der Bearbeitung eines Themas formuliert die Gruppe ein Ziel und legt fest, welche einzelnen Arbeitsschritte im Qualitätszirkelkreislauf notwendig sind	nein , die Gruppe formuliert in der Regel kein solches Programm, sondern geht davon aus, daß sich in der Diskussion alle wesentlichen Aspekte von selbst ergeben
Problemliste	ja , wir einigen uns zu Beginn unserer Arbeit darauf, welche Aspekte des Themas in unserer alltäglichen Arbeit besonders wichtig sind und legen Qualitätsindikatoren fest	nein , wir legen unseren Diskussionen keine solche explizite Verständigung über Kriterien von Relevanz und Qualität zugrunde
Analyse des Alltagshandelns	ja , bei der Bearbeitung des Themas analysieren wir auf Grund unserer praktischen Erfahrungen, welche Aspekte des Problems besonders wichtig sind	nein , wir gehen nicht von einer Analyse von Stärken und Schwächen unserer eigenen Arbeitspraxis aus, sondern analysieren die Probleme vom fachlich-wissenschaftlichen Standpunkt aus
Nachvollziehbarkeit des Alltagshandelns / Dokumentation	ja , wir dokumentieren die uns vorliegenden eigenen Erfahrungen für die QZ-Teilnehmer nachvollziehbar (z.B. Wandzeitung, Drehbuch für Rollenspiel) oder ja , wir entwickeln zum Thema des Qualitätszirkels spezielle Dokumentationen (z.B. Tagebuch, eigene Dokumentationsbögen, Audio- oder Videoaufzeichnungen), und zwar oder ja , wir nutzen die in unserer eigenen Arbeitspraxis routinemäßig erstellten Dokumentationen zum ausgewählten Thema (z.B. Karteikarten- oder EDV-Dokumentation)	nein , wir bereiten unsere Erfahrungen für den Qualitätszirkel nicht extra auf
Fallbezug	ja , wir arbeiten an konkreten Fällen, die, aus der eigenen Alltagspraxis gewonnen werden, die Beziehungen zwischen den Akteuren thematisieren (Vorstellender im Verhältnis zu Person/Ereignis), die Selbstreflexion über unsere Alltagsroutinen ermöglichen.	nein , wir arbeiten nicht an konkreten Fällen oder nein , wir diskutieren berufspolitische Themen oder nein , wir laden externe Referenten zu spezifischen Fragestellungen ein
Der Umgang mit dem Fall	ja , bei uns wird in der Regel in jeder Sitzung ein konkreter Fall zur Diskussion gestellt, ist jeder Teilnehmer zu einer derartigen ausführlichen Fallvorstellungen bereit, wird nach der Fallvorstellung durch kritische Gruppendiskussion und Nachfragen der situative Kontext analysiert. Die Diskussion orientiert sich eng an der Fallvorstellung, werden gezielt Handlungsalternativen erörtert und Vorschläge für künftiges Vorgehen entwickelt.	nein , diese Voraussetzungen liegen bei uns nicht vor
Umsetzung in berufliches Alltagshandeln	ja , uns reicht es nicht, die 'richtige Vorgehensweise' herauszubekommen, sondern wir diskutieren zusätzlich eingehend <i>die</i> Probleme, die bei der praktischen Umsetzung besonders zu beachten sind	nein , unser Schwerpunkt liegt eher auf der gegenseitigen Fortbildung und im allgemeinen Austausch theoretischer Konzepte
Zielsetzung Qualitätsförderung	Bei der Behandlung des Themas haben wir explizit mindestens eine der folgenden Zielsetzungen gewählt: ja , kollegiale Absprache über die gemeinsame Vorgehensweise oder ja , Formulierung von Richtlinien und Qualitätsmerkmalen oder ja , Erarbeitung individueller Veränderungsvorschläge, die wir in unserem jeweiligen Arbeitsfeld anschließend umsetzen	nein , ein solches Ziel haben wir nicht explizit formuliert

	oder ja , Steigerung der Eigen-, Professionellen- und Gestaltungskompetenz	
D. Evaluation		
Evaluation der Zirkelarbeit selbst	ja , im QZ wird gezielt diskutiert, ob das Arbeitsergebnis und die Art des Vorgehens: den Vorstellungen der Teilnehmer entspricht, dem Problem angemessen ist, ob die Arbeitsweise des QZ zufriedenstellend war	nein , die Zirkelarbeit selbst wird nicht oder nur sehr selten diskutiert
Evaluation von Veränderungen im Handeln der TN	ja , wir berichten regelmäßig über die weitere Entwicklung bei den vorgestellten Fällen bzw. diskutieren nach Abschluß eines Themas, welche Veränderungen in der Arbeitspraxis jedes einzelnen eingeführt wurden / sich ergeben haben, und welche Erfahrungen die Teilnehmer bei der Umsetzung des Arbeitsergebnisses gemacht haben	nein , wir diskutieren solche Veränderungen nicht regelmäßig (z.B. weil wir davon ausgehen, daß jeder Teilnehmer seine Konsequenzen selbst zieht)
Schriftliche Evaluation der Arbeitsergebnisse	ja , nach Abschluß eines Themas bilanzieren wir <i>schriftlich</i> die Ergebnisse der Arbeit sowie unsere Erfahrungen bei der Umsetzung in die Arbeitspraxis	nein , wir erstellen keine solchen schriftlichen Bilanzen der Qualitätszirkelarbeit
Dokumentation von Veränderungen in der praktischen Tätigkeit	ja , wir führen eine erneute Dokumentation in unserem Arbeitsfeld durch und überzeugen uns anhand der Ergebnisse, daß tatsächlich Veränderungen eingetreten sind und ob es Veränderungen gegeben hat, die nicht erwartet wurden	nein , wir haben noch keine erneute Dokumentation durchgeführt
Evaluation der Zielerreichung	ja , als Ergebnis der Zirkelarbeit zu einem Thema formulieren wir Ziele, die durch Veränderungen in der Arbeitspraxis erreicht werden sollen, <i>und</i> wir überprüfen anhand <i>einer erneuten</i> Dokumentation, inwieweit diese Ziele erreicht werden konnten (<i>'Audit'</i>)	nein , wir setzen uns keine Ziele und überprüfen die Zielerreichung auch später nicht weiter
Wiederholung der Evaluation von Veränderungen zu einem späteren Zeitpunkt	ja , wir haben zu einem späteren Zeitpunkt nochmals diskutiert, welche Veränderungen in unserer Arbeitspraxis Bestand hatten bzw. sich dauerhaft als sinnvoll erwiesen	nein , diese Diskussion haben wir noch nicht geführt

Tabelle 4. Items des QZ-Checks

Der Selbsteinschätzungsbogen ermöglicht den Moderatoren eine realistische Beurteilung ihrer Qualitätszirkelarbeit und hat im Projekt eine gute Arbeitsgrundlage für die Reflexion der Erfahrungen im eigenen Qualitätszirkel im Kreis der Moderatoren dargestellt. Im Projektverlauf wurde der Selbsteinschätzungsbogen von jedem Moderator mindestens einmal ausgefüllt.

c) Eingangsbefragung der Moderatoren

Frageformulierung	Fragetyp
<p>Namen, Alter und Adressen</p> <p>Was hat Sie motiviert, am Modellprojekt teilzunehmen?</p> <p>Bitte stellen Sie noch einmal kurz den von Ihnen geplanten QZ, das Thema, die avisierten TN und die Institutionen dar, mit denen Sie zusammenarbeiten wollen?</p> <p>Welche Probleme gab es in der Initiierungsphase Ihres QZ, welche Probleme liegen noch vor Ihnen?</p> <p>Wo sehen Sie derzeit noch Unterstützungsbedarf durch die Projektgruppe für ihren Zirkel?</p> <p>Welche Erwartungen und Befürchtungen haben Sie bzgl. Ihrer künftigen Zirkelarbeit?</p> <p>Wie stellen Sie sich die Unterstützung durch die Projektgruppe im Verlaufe des Projektes vor? Was würden Sie sich wünschen?</p> <p>Wie könnte es Ihrer Meinung nach mit den QZ in der Gesundheitsförderung weitergehen? Wie sehen Sie Ihre persönlichen Perspektiven?</p> <p>Der Begriff der Gesundheitsförderung findet in sehr vielen Bereichen Anwendung, wie würden Sie aus Ihrer Erfahrung heraus die Gesundheitsförderung charakterisieren?</p>	<p>offen</p>

Tabelle 5. Eingangsbefragung der Moderatoren

d) Abschlussbefragung der Moderatoren

Frageformulierung	Fragetyp
Geben Sie bitte Ihren Namen an.	
<p>Qualitätszirkel sind ein anerkanntes Instrument in der Qualitätssicherung. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von zum Teil gegensätzlichen Aussagen zur Qualitätssicherung. Bitte geben Sie nach jeder Aussage an, inwieweit Sie der aufgestellten Behauptung zustimmen können.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung ist notwendig. • Qualitätssicherungsprogramme können eine Bedrohung für die Gesundheitsförderer darstellen. • Nach meiner Einschätzung überwiegen die Vorteile von Qualitätssicherung die Nachteile. • Alle Gesundheitsförderer sollten zur Qualitätssicherung verpflichtet werden. 	Geschlossen (5-stufige Skala ja-eher ja-teils/teils-eher nein-nein)
<p>Die folgende Frage soll dazu dienen, darzustellen, inwieweit Ihre Erwartungen an die Projektmitarbeit realisiert wurden. Die Mitarbeit im Projekt ermöglicht mir ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... ein neues Konzept mit zu erproben • ... mit netten Kollegen zusammenzuarbeiten • ... meine Neugier zu befriedigen • ... eine neue Herausforderung anzunehmen • ... den Kontakt zur Universität • ... den Kontakt zur BZgA • ... die Entwicklung eines weiteren beruflichen Standbeins • ... eine berufliche Umorientierung • ... an der Schärfung des Profils der Gesundheitsförderung mitzuwirken • ... an der Vernetzung der Gesundheitsförderer mitzuwirken • ... mich über aktuelle Entwicklungen auf dem Laufenden zu halten • ... einen Beitrag zur besseren Außendarstellung meiner Institution zu leisten • ... mich in der Qualitätssicherung weiterzuqualifizieren • ... zu akuten Problemstellungen Lösungen zu erarbeiten 	Geschlossen (5-stufige Skala ja-eher ja-teils/teils-eher nein-nein)
<p>In der Rückschau: Welche Kriterien sollten Ihrer persönlichen Auffassung nach für die Wahl eines Themas im Qualitätszirkel ausschlaggebend sein? Mehrfachnennungen möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relevanz für die tägliche Arbeit in der Praxis Häufigkeit der Probleme - Bisher unbefriedigende Problemlösung Praktische Beeinflussbarkeit Abgrenzbarkeit Machbarkeit - Wirtschaftliche Bedeutung - Sonstiges, und zwar: 	Geschlossen, Zustimmung durch ankreuzen
<p>Die folgende Frage soll dazu dienen, Ihre Erfahrungen mit Ihrer eigenen Qualitätszirkelarbeit kennenzulernen.</p> <p>Durch meine Mitarbeit im Qualitätszirkel habe ich...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... mehr Nachteile als Vorteile gehabt • ... mein Verhalten in der täglichen Arbeit geändert • ... die Beratung meiner Klienten verbessert • ... den Kontakt zu meinen Kollegen verbessert • ... mehr Einblicke in meine eigene Tätigkeit bekommen • ... mehr emotionalen Ruckhalt für die tägliche Arbeit bekommen • ... mehr fachbezogene Handlungssicherheit erworben • ... eine größere Bewusstheit meiner Grenzen erreicht • ... eigene Erfahrung weitergegeben • ... Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner erhalten • ... mehr Freude an der Arbeit gewonnen • ... mein Verständnis für Gesundheitsförderung erweitert • ... eine Aufwertung gegenüber anderen Berufsgruppen erfahren 	Geschlossen (5-stufige Skala ja-eher ja-teils/teils-eher nein-nein)
<p>In der Rückschau: Welche Bedeutung hat Ihrer Auffassung nach der Fallbezug (aus der eigenen Praxis) für die Bearbeitung eines Themas im Qualitätszirkel?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entscheidende Bedeutung • wichtig • teils/teils • eher unwichtig • völlig unwichtig • Sonstiges, und zwar: 	Geschlossen, Zustimmung durch ankreuzen
<p>In der Rückschau: Wie sehen Sie die Funktion/Aufgabe des "Moderators" eines Qualitätszirkels? Mehrfachnennungen möglich.</p> <p>Der Moderator sollte ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... die Gruppe führen • ... inhaltliche Vorgaben machen • ... vor allem die Gruppenatmosphäre positiv beeinflussen • ... sich um den technischen Rahmen wie Räumlichkeiten, Getränke, techn. Ausstattung usw. 	Geschlossen, Zustimmung durch ankreuzen

<p>kummern</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... Meinungsunterschiede in der Gruppe aufzeigen bzw. verdeutlichen • ... Konflikte in der Gruppe schlichten • ... sich inhaltlich völlig zurückhalten • ... Sonstiges, und zwar: 	
<p>Was waren für Sie persönlich die entscheidenden Nachteile und Probleme für eine Qualitätszirkelarbeit? Mehrfachnennungen möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeitaufwand • Kosten • Kritik durch Kollegen tolerieren • Verunsicherung • Mut, selbst Kritik zu formulieren • Mehraufwand durch Dokumentation des Arbeitsalltags • Sonstiges, und zwar: 	Geschlossen, Zustimmung durch ankreuzen
Den durchschnittlichen Zeitaufwand schätze ich auf:	offen
In welchen Bereichen ist die Qualität der Gesundheitsförderung für Sie besonders umstritten?	offen
Der Begriff der „Gesundheitsförderung“ findet in sehr vielen Bereichen Anwendung, wie würden Sie aus Ihrer Erfahrung heraus die „Gesundheitsförderung“ charakterisieren?	offen
Welche Aspekte von Gesundheitsförderung haben in Ihrem QZ eine besondere Rolle gespielt?	offen
Wie unterscheidet sich nach Ihrer Erfahrung die Arbeit im QZ von der Arbeit in anderen Gruppen?	offen
Erscheint Ihnen der QZ als ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung in Ihrem Arbeitsbereich?	offen
Könnten Sie sich vorstellen, den bestehenden QZ fortzusetzen?	offen
Können Sie sich vorstellen einen neuen QZ zu initiieren? Wenn ja: Haben Sie bereits konkrete Vorstellungen (Thema, Teilnehmerkreis, Institutionen, Honorar)?	offen
Haben Sie Anmerkungen und Ideen zum Konzept „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“?	offen
Wo sehen Sie derzeit noch Unterstützungsbedarf durch die Projektgruppe für Ihren Zirkel?	offen
Wie sind Sie durch die Projektgruppe unterstützt worden?	offen
Welchen (weiteren) Unterstützungsbedarf sehen Sie für sich persönlich als Moderator?	offen
Wo wird Ihrer Meinung nach bei der Implementation von Qualitätszirkeln im Bereich der Gesundheitsförderung ein besonderer Unterstützungsbedarf für die Moderatoren bestehen?	offen
Wie wird man einem solchen Bedarf aus Ihrer Sicht gerecht werden können?	offen
Welche Institutionen sollten Ihrer Meinung nach die Implementation unterstützen?	offen
Können Sie sich vorstellen, sich als Schulungsleiter an der Implementierung zu beteiligen?	offen
Welche Erwartungen und Befürchtungen haben Sie bezüglich Ihrer eigenen zukünftigen Qualitätszirkelarbeit?	offen
Wie könnte es Ihrer Meinung nach mit den Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung weitergehen? Wie sehen Sie ihre persönlichen Perspektiven?	offen
Wie beurteilen Sie Qualitätszirkel im Vergleich zu anderen Instrumenten der Qualitätssicherung?	offen
<p>Kurzbeurteilung der Zirkeltreffen insgesamt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit dem sachlichen Ertrag war ich: • Mit der Gruppenatmosphäre war ich: • Mit der Unterstützung der Gruppe als Moderator war ich: • Mit dem eigenen Beitrag der Gruppenteilnehmer war ich: • Meine Gesamtbeurteilung des Zirkels lautet: 	geschlossen (6-stufige Skala: 1 (= sehr zufrieden) bis 6 (= sehr unzufrieden))
<p>Kurzbeurteilung der Begleitseminare insgesamt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit dem sachlichen Ertrag war ich: • Mit der Gruppenatmosphäre war ich: • Mit der Unterstützung der Gruppe durch die Moderation war ich: • Mit meinem eigenen Beitrag war ich: • Meine Gesamtbeurteilung der Begleitseminare lautet: 	geschlossen (6-stufige Skala: 1 (= sehr zufrieden) bis 6 (= sehr unzufrieden))
Mit der Unterstützung bezüglich:	
<ul style="list-style-type: none"> • der Konzeptvermittlung war ich: • der Materialien war ich: • der Kurzevaluation war ich: • der teilnehmenden Beobachtung war ich: • der Begleitseminare war ich: • dem Kontakt zu Kollegen war ich: 	geschlossen (6-stufige Skala: 1 (= sehr zufrieden) bis 6 (= sehr unzufrieden))

• der Mitgestaltungschance war ich:	
Ihr Geschlecht?	
• Männlich	geschlossen
• Weiblich	
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	geschlossen

Tabelle 6. Abschlussbefragung der Moderatoren

e) Eingangsbefragung der Teilnehmer

Frageformulierung	Fragetyp
Geben Sie bitte Ihr Arbeitsfeld, ggf. Ihre Institution (Zahl der Mitarbeiter) und Ihre Position in der Institution an.	offen
Qualitätszirkel sind ein anerkanntes Instrument in der Qualitätssicherung. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von zum Teil gegensätzlichen Aussagen zur Qualitätssicherung. Bitte geben Sie nach jeder Aussage an, inwieweit Sie der aufgestellten Behauptung zustimmen können. • Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung ist notwendig. • Qualitätssicherungsprogramme können eine Bedrohung für die Gesundheitsförderer darstellen. • Nach meiner Einschätzung überwiegen die Vorteile von Qualitätssicherung die Nachteile. • Alle Gesundheitsförderer sollten zur Qualitätssicherung verpflichtet werden.	Geschlossen (5-stufige Skala ja-eher ja-teils/teils-eher nein-nein)
Die folgende Frage soll dazu dienen, Ihre Vorstellungen und Bedürfnisse zu Ihrer eigenen Qualitätszirkelarbeit kennenzulernen. Ich nehme an, dass ich durch meine Mitarbeit im Qualitätszirkel... • ... mehr Nachteile als Vorteile haben werde • ... mein Verhalten in der täglichen Arbeit ändern werde • ... die Beratung meiner Klienten verbessern kann • ... den Kontakt zu meinen Kollegen verbessern kann • ... mehr Einblicke in meine eigene Tätigkeit bekomme • ... mehr emotionalen Ruckhalt für die tägliche Arbeit bekomme • ... mehr fachbezogene Handlungssicherheit erwerben kann • ... eine größere Bewusstheit meiner Grenzen erreichen werde • ... eigene Erfahrung weitergeben kann • ... Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner erhalte • ... mehr Freude an der Arbeit haben werden	Geschlossen (5-stufige Skala ja-eher ja-teils/teils-eher nein-nein)
Welche Beweggründe haben Sie veranlasst, an diesem QZ teilzunehmen • ... Erfahrungsaustausch mit Kollegen • ... kollegiale Supervision • ... allgemeine Neugier • ... Selbstreflexion • ... Anschluss an die Forschung • ... Geselligkeit in kleiner Gruppe • ... berufspolitische Überlegungen • ... Tips, Hinweise für die eigene Tätigkeit • ... Sonstiges, und zwar:	Geschlossen (5-stufige Skala ja-eherja-teils/teils-eher nein-nein)
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 der Probleme - Bisher unbefriedigende Problemlösung - Praktische Beeinflussbarkeit - Abgrenzbarkeit - Machbarkeit - Wirtschaftliche Bedeutung - Sonstiges, und zwar:	Geschlossen, Zustimmung durch ankreuzen

<p>Welche Bedeutung hat Ihrer Auffassung nach der Fallbezug (aus der eigenen Praxis) für die Bearbeitung eines Themas im Qualitätszirkel?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entscheidende Bedeutung • wichtig • teils/teils • eher unwichtig • völlig unwichtig • Sonstiges, und zwar: 	Geschlossen, Zustimmung durch ankreuzen
<p>Wie sehen Sie die Funktion/Aufgabe des "Moderators" eines Qualitätszirkels? Mehrfachnennungen möglich. Der Moderator sollte ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... die Gruppe führen • ... inhaltliche Vorgaben machen • ... vor allem die Gruppenatmosphäre positiv beeinflussen • ... sich um den technischen Rahmen wie Raumlichkeiten, Getränke, techn. Ausstattung usw. kümmern • ... Meinungsunterschiede in der Gruppe aufzeigen bzw. verdeutlichen • ... Konflikte in der Gruppe schlichten • ... sich inhaltlich völlig zurückhalten • ... Sonstiges, und zwar: 	Geschlossen, Zustimmung durch ankreuzen
<p>Was könnten Ihrer Auffassung nach, die entscheidenden Nachteile und Probleme für eine Qualitätszirkelarbeit? Mehrfachnennungen möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeitaufwand • Kosten • Kritik durch Kollegen tolerieren • Verunsicherung • Mut, selbst Kritik zu formulieren • Mehraufwand durch Dokumentation des Arbeitsalltags • Sonstiges, und zwar: 	Geschlossen, Zustimmung durch ankreuzen
In welchen Bereichen ist die Qualität der Gesundheitsförderung für Sie besonders umstritten?	offen
Der Begriff der „Gesundheitsförderung“ findet in sehr vielen Bereichen Anwendung, wie würden Sie aus Ihrer Erfahrung heraus die „Gesundheitsförderung“ charakterisieren?	offen
Ihr Geschlecht?	
• Männlich	geschlossen
• Weiblich	
Welcher Altersgruppe gehören Sie an?	
<ul style="list-style-type: none"> • Unter 35 Jahre • 35 bis unter 45 Jahre • 45 bis unter 55 Jahre • 55 bis unter 65 Jahre • 65 Jahre und älter 	geschlossen

Tabelle 7. Eingangsbefragung der Teilnehmer

f) Abschlussbefragung der Teilnehmer

Frageformulierung	Fragetyp
Geben Sie bitte Ihr Arbeitsfeld, ggf. Ihre Institution (Zahl der Mitarbeiter) und Ihre Position in der Institution an.	offen
<p>Qualitätszirkel sind ein anerkanntes Instrument in der Qualitätssicherung. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von zum Teil gegensätzlichen Aussagen zur Qualitätssicherung. Bitte geben Sie nach jeder Aussage an, inwieweit Sie der aufgestellten Behauptung zustimmen können.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung ist notwendig. • Qualitätssicherungsprogramme können eine Bedrohung für die Gesundheitsförderer darstellen. • Nach meiner Einschätzung überwiegen die Vorteile von Qualitätssicherung die Nachteile. • Alle Gesundheitsförderer sollten zur Qualitätssicherung verpflichtet werden. 	Geschlossen (5-stufige Skala ja-eher ja-teils/teils-eher nein-nein)
<p>Welche Erwartungen an die Teilnahme am Modellprojekt haben sich erfüllt? Mehrfachnennungen möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... Erfahrungsaustausch mit Kollegen • ... kollegiale Supervision • ... allgemeine Neugier • ... Selbstreflexion • ... Anschluss an die Forschung 	Geschlossen (5-stufige Skala ja-eher ja-teils/teils-eher nein-nein)

<ul style="list-style-type: none"> • ... Geselligkeit in kleiner Gruppe • ... berufspolitische Überlegungen • ... Tips, Hinweise für die eigene Tätigkeit • ... Sonstiges, und zwar: 	
<p>In der Rückschau: Welche Kriterien sollten Ihrer persönlichen Auffassung nach für die Wahl eines Themas im Qualitätszirkel ausschlaggebend sein? Mehrfachnennungen möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relevanz für die tägliche Arbeit in der Praxis - Häufigkeit der Probleme - Bisher unbefriedigende Problemlösung - Praktische Beeinflussbarkeit - Abgrenzbarkeit - Machbarkeit - Wirtschaftliche Bedeutung - Sonstiges, und zwar: 	Geschlossen, Zustimmung durch ankreuzen
<p>Die folgende Frage soll dazu dienen, in Erfahrung zu bringen, inwieweit sich Ihre Erwartungen an die Qualitätszirkelarbeit erfüllt haben. kennenzulernen. Durch meine Mitarbeit im Qualitätszirkel habe ich...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... mehr Nachteile als Vorteile gehabt • ... mein Verhalten in der täglichen Arbeit geändert • ... die Beratung meiner Klienten verbessert • ... den Kontakt zu meinen Kollegen verbessert • ... mehr Einblicke in meine eigene Tätigkeit bekommen • ... mehr emotionalen Ruckhalt für die tägliche Arbeit bekommen • ... mehr fachbezogene Handlungssicherheit erworben • ... eine größere Bewusstheit meiner Grenzen erreicht • ... eigene Erfahrung weitergegeben • ... Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner erhalten • ... mehr Freude an der Arbeit gewonnen • ... mein Verständnis für Gesundheitsförderung erweitert • ... eine Aufwertung gegenüber anderen Berufsgruppen erfahren 	Geschlossen (5- stufige Skala ja- eher ja-teils/teils- eher nein-nein)
<p>In der Rückschau: Welche Bedeutung hat Ihrer Auffassung nach der Fallbezug (aus der eigenen Praxis) für die Bearbeitung eines Themas im Qualitätszirkel?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entscheidende Bedeutung • wichtig • teils/teils • eher unwichtig • völlig unwichtig • Sonstiges, und zwar: 	Geschlossen, Zustimmung durch ankreuzen
<p>In der Rückschau: Wie sehen Sie die Funktion/Aufgabe des "Moderators" eines Qualitätszirkels? Mehrfachnennungen möglich. Der Moderator sollte ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... die Gruppe führen • ... inhaltliche Vorgaben machen • ... vor allem die Gruppenatmosphäre positiv beeinflussen • ... sich um den technischen Rahmen wie Raumlichkeiten, Getränke, techn. Ausstattung usw. kümmern • ... Meinungsunterschiede in der Gruppe aufzeigen bzw. verdeutlichen • ... Konflikte in der Gruppe schlichten • ... sich inhaltlich völlig zurückhalten • ... Sonstiges, und zwar: 	Geschlossen, Zustimmung durch ankreuzen
<p>Was könnten Ihrer Auffassung nach, die entscheidenden Nachteile und Probleme für eine Qualitätszirkelarbeit? Mehrfachnennungen möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeitaufwand • Kosten • Kritik durch Kollegen tolerieren • Verunsicherung • Mut, selbst Kritik zu formulieren • Mehraufwand durch Dokumentation des Arbeitsalltags • Sonstiges, und zwar: 	Geschlossen, Zustimmung durch ankreuzen
In welchen Bereichen ist die Qualität der Gesundheitsförderung für Sie besonders umstritten?	offen
Der Begriff der „Gesundheitsförderung“ findet in sehr vielen Bereichen Anwendung, wie würden Sie aus Ihrer Erfahrung heraus die „Gesundheitsförderung“ charakterisieren?	offen
Welche Aspekte von Gesundheitsförderung haben in Ihrem QZ eine besondere Rolle gespielt?	offen
Wie unterscheidet sich nach Ihrer Erfahrung die Arbeit im QZ von der Arbeit in anderen Gruppen?	offen
Erscheint Ihnen der QZ als ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung in Ihrem Arbeitsbereich?	offen
Könnten Sie sich vorstellen, selber eine Ausbildung zum Moderator eines QZ zu machen?	offen
Können Sie sich vorstellen selber einen QZ zu initiieren? Wenn ja: Haben Sie bereits konkrete Vorstellungen?	offen

Haben Sie Anmerkungen und Iden zum Konzept „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“?	offen
Kurzbeurteilung der Zirkeltreffen insgesamt: <ul style="list-style-type: none"> • Mit dem sachlichen Ertrag war ich: • Mit der Gruppenatmosphäre war ich: • Mit der Unterstützung der Gruppe durch den Moderator war ich: • Mit dem eigenen Beitrag war ich: • Meine Gesamtbeurteilung des Zirkels lautet: 	geschlossen (6-stufige Skala: 1 (= sehr zufrieden) bis 6 (= sehr unzufrieden))
Ihr Geschlecht?	
• Männlich	geschlossen
• Weiblich	
Welcher Altersgruppe gehören Sie an?	
<ul style="list-style-type: none"> • Unter 35 Jahre • 35 bis unter 45 Jahre • 45 bis unter 55 Jahre • 55 bis unter 65 Jahre • 65 Jahre und älter 	geschlossen

Tabelle 8. Abschlussbefragung der Teilnehmer

g) Stand der Qualitätszirkel-Arbeit

Der Fragebogen zum Stand der Qualitätszirkelarbeit wurde jeweils zu den Begleitseminaren eingesetzt, so dass jeder Moderator diesen Fragebogen fünfmal ausfüllen konnte. Bei der Auswertung der einzelnen Qualitätszirkel stellten die Fragebögen zum Stand der Qualitätszirkelarbeit eine wesentliche ergänzende Informationsquelle dar, da sich hier bei vergleichender Analyse auch Entwicklungen der Qualitätszirkel abgebildet haben.

Frageformulierung	Fragetyp
Derzeitiger Stand der Qualitätszirkelarbeit	offen
Erfahrung bei der Gewinnung von Teilnehmer	offen
Kooperationsbereitschaft der eigenen Institution?	offen
Kooperationsbereitschaft der Institutionen der Teilnehmer?	offen
Erfahrungen mit der Gruppenarbeit des QZ?	offen
Erfahrungen mit der Rolle als Moderator	offen
Erfahrungen im QZ mit dem QZ-Konzept?	offen
Erfahrungen mit einer Ko-Moderatorin	offen
Erfahrungen mit Materialien und Änderungsbedarf?	offen
Konkreter Unterstützungsbedarf zum jetzigen Zeitpunkt?	offen
Insgesamt in der bisherigen Zirkelarbeit negativ und schwierig?	offen

Insgesamt in der bisherigen Zirkelarbeit positiv?	offen
Sonstiges	offen

Tabelle 9. Fragebogen zum Stand der Qualitätszirkelarbeit

h) Das Protokoll der Qualitätszirkel-Arbeit

Das Protokoll ist das wesentliche Instrument zur Dokumentation und Evaluation der Gruppenarbeit und im Qualitätszirkel unverzichtbar. Es dient der Unterstützung des Moderators und der Gruppe, kann Forschungsinteressen befriedigen und stellt ein Standardinstrument der Gruppenarbeit dar. Der hier eingesetzte Protokollbogen basiert auf einem Protokollbogen von *Bahrs, Gerlach* und *Szecsényi*⁸⁷, der bereits erfolgreich in der Implementation von Qualitätszirkeln in der ambulanten medizinischen Versorgung eingesetzt wurde.

Fragen des eingesetzten Protokollbogens

Sitzung: (Nr.)

Thema der Sitzung

Ort, Datum

Dauer der Sitzung

Anzahl der Teilnehmer der Sitzung (inkl. Moderator(en))

Anzahl der Gäste der Sitzung I. Rückblick auf das vorige Treffen:

- Ia) Nachträge/ Änderungen zum Protokoll
- Ib) Konnten die verabredeten Ziele umgesetzt werden
- II. Verlauf und Ergebnisse des heutigen Treffens:
 - IIa) Was wurde zum heutigen Thema besprochen
 - IIb) Wurden konkrete Änderungen im Vorgehen vereinbart? (z. B. „Was wollen wir in Zukunft anders machen?“ oder „Worauf wollen wir verstärkt achten?“)
 - IIc) Hinsichtlich welcher Punkte konnte keine Einigung erzielt werden? Gab es offene Fragen, die zu einem späteren Zeitpunkt geklärt werden?
- III) Planungen für das nächste Treffen zum Thema:
- IV) Was ist Ihnen besonders positiv oder negativ hinsichtlich der Zusammenarbeit bzw. hinsichtlich des Gruppenprozesses aufgefallen?
- V) Sonstiges (z. B. Anmerkungen, weitere Ergebnisse, Erkenntnisse neben der eigentlichen inhaltlichen Diskussion)

Tabelle 10. Items des Protokollbogens

⁸⁷ Bahrs O, Gerlach FM, Szecsényi J a.a.O. 1996.

j) Die Begleitseminare

Die Begleitseminare waren ein wesentliches Vermittlungsinstrument für das Konzept und zugleich ein Erhebungsinstrument für die Begleitforschung. Hier wurden wesentliche Informationen über Fortgang und Erfolg des Projektes in Hinblick auf die Arbeit der Moderatoren und der Projektgruppe gewonnen.

k) Teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung wurde als offenes Erhebungsinstrument auf der Grundlage eines Beobachtungsleitfadens konzipiert. Vor der teilnehmenden Beobachtung führte die Projektgruppe eine Gruppendiskussion zum betreffenden Qualitätszirkel durch, die zum Ziel hatte, die verteilten Informationen zum Qualitätszirkel zu bündeln und bestehende Vorurteile aufgrund der bisher vorliegenden Informationen zum Qualitätszirkel explizit zu machen. Grundlage der teilnehmenden Beobachtung war ein Protokollbogen, auf dem wesentliche Erkenntnisziele der Beobachtung zusammengefasst waren, und der als Hintergrundmatrix für die Beobachtung dienen sollte.

Folgende Aspekte sollten bei der teilnehmenden Beobachtung besondere Beachtung finden:

- **Situationaler Kontext** (In welchen Räumlichkeiten finden die Sitzungen statt, Einbezug szenischer Informationen)
- **Stimmung/ Atmosphäre im QZ/ Interaktionsmuster/ Gruppenkonstellation/ Position des Moderators** (Dazu zählt u.a.: In welcher Stimmung kommen die Teilnehmer an? Wie wirkt die Atmosphäre insgesamt im Zirkel? Was passiert konkret im QZ? Wie sieht die Gruppenkonstellation aus? Welche Position hat der Moderator oder auch der Ko-Moderator?)
- **Präsentation und Akzeptanz des Konzepts** (Wie wird das Konzept im QZ angewandt? Was sind notwendige Modifikationen an dem Konzept, damit der Zirkel arbeiten kann?)
- **Bezug zur Gesundheitsförderung** (Inwieweit ist das, was im QZ thematisiert wird, Bestandteil der Gesundheitsförderung)

Im Anschluss an die Erhebung führte die Projektgruppe erneut eine Gruppendiskussion durch, die Eindrücke, Ergebnisse und implizite Einschätzungen bewusst machen sollte. Nach dieser Diskussion fertigte der Beobachter ein Protokoll der Beobachtung an. Ergebnisse der Beobachtungen wurden den Moderatoren teilweise direkt am Anschluss an die Beobachtung zurückgemeldet, wobei diese Eindrücke nur vorläufigen Charakter haben konnten. In anderen Fällen ist im Anschluss ein kurzes Resümee für den Moderator angefertigt worden.

Folgende Tabelle liefert einen Überblick über die eingesetzten Erhebungsinstrumente und ihren spezifischen Informationsgehalt.

Erhebung von: Infos- quellen	Ausgangs- bedingungen	Institu- tionelles Umfeld	Struktur- merkmale des QZ	Gruppen- dynamik	Arbeits- weise	Doku. u. Eva.	Verlauf der QZ	Bearbei- tete Themen	Inhaltl. Ergebnisse	Konzept- umsetzung
Kurzbeurteilungen TN			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurzbeurteilungen MO			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QZ-Check				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Eingangsbefragung MO	<input type="radio"/>									
Abschlussbefragung MO			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eingangsbefragung TN	<input type="radio"/>									
Abschlussbefragung TN				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stand der QZ-Arbeit MO		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Protokolle der QZ-Arbeit MO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dokumentation der Begleitseminare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Protokolle der teil- nehmenden Beobachtung		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Dokumentation der Moderatorenschulung	<input type="radio"/>									

Tabelle 11. Erhebungsinstrumente und ihr Informationsgehalt für verschiedene Indikatoren der Qualitätszirkelarbeit

3.3 Methoden der Datenauswertung

3.3.1 Auswertung der qualitativen und quantitativen Daten

Im Folgenden wird beschrieben, mit welchen Methoden die Daten der Eingangs- und Abschlussbefragung sowie der Kurzbeurteilungen ausgewertet und aufbereitet wurden. Sowohl die Eingangsbefragung als auch die Abschlussbefragung bestand aus einem Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen (Eingangsbefragung: 4 offene, 7 geschlossene Fragen; Abschlussbefragung: 9 offene, 9 geschlossene Fragen; vgl. Kap. 3.2). Die von Zirkelteilnehmern und Moderatoren ausgefüllten Fragebögen wurden gesammelt und in den Computer eingegeben. Zur Erfassung der Daten wurden dabei die Programme Microsoft Word und Microsoft Excel sowie das Statistikprogramm SPSS benutzt.

Die geschlossenen Fragen der **Eingangsbefragung** und **Abschlussbefragung** wurden mit Hilfe des Tabellenkalkulationsprogramms Excel sowie mit dem Statistikprogramm SPSS erfasst und ausgewertet. Zur Auswertung wurde jeweils der prozentuale Anteil derjenigen Teilnehmer berechnet, die die vorgegebenen Antwortkategorien mit „Ja“ (bei dichotomen Antwortmöglichkeiten) bzw. mit „Ja“ und „Eher ja“ (bei nach der Likertskala 5-fach gestuften Antwortkategorien) beantwortet hatten.

Die offenen Fragen wurden zunächst ebenfalls mit dem Statistikprogramm SPSS erfasst. Die Einträge wurden daraufhin einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Das heißt, dass die Rohdaten paraphrasiert, generalisiert und reduziert wurden. Aus dieser zusammenfassenden Inhaltsanalyse und induktiven Kategorienbildung ergaben sich voneinander abgrenzbare Kategorien, denen die einzelnen Aussagen bei den offenen Fragen zugeordnet wurden. Auf diese Weise war es möglich, auch die Antworten auf die offenen Fragen in quantifizierbare und vergleichbare Einheiten zu überführen. Die deskriptive Darstellung erfolgte – genau wie bei den Antwortkategorien der geschlossenen Fragen – durch Berechnung der prozentualen Anteile derjenigen Teilnehmer, die diese Aussagen getroffen bzw. ihnen zugestimmt hatten.

Analog zu der Auswertung der Fragen der Eingangs- und Abschlussbefragung wurden die **Kurzbeurteilungsbögen**, in denen sowohl offene als auch geschlossene Fragen vorkamen, ausgewertet.

Der **Stand der QZ-Arbeit** wurde mit einem 15 offene Fragen umfassenden Fragebogen erhoben, der jeweils bei den Begleitseminaren von den Moderatoren ausgefüllt wurde. Die Auswertung geschah danach, indem die Eintragungen diskutiert und eingeordnet wurden. Es wurde dabei besonderes Augenmerk auf spezifische Aspekte einzelner Zirkel gelegt. Dadurch konnten Materialien angepasst und Begleitseminare flexibel gestaltet werden. Außerdem bildeten sich in den Eintragungen dieser Fragebögen Entwicklungen innerhalb der einzelnen Qualitätszirkel ab, die in die weitere Beurteilung der Zirkelarbeit aufgenommen werden konnten.

Die **Begleitseminare** wurden per Audioaufnahme erfasst und transkribiert. Diese Transkripte wurden selektiv durchgearbeitet und lieferten u.a. Hinweise für die Gestaltung der weiteren Veranstaltungen. Die Evaluationsbögen zu den Begleitseminaren wurden mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS erfasst und quantitativ ausgewertet.

Die **teilnehmenden Beobachtungen** wurden pro Zirkel mindestens einmal durchgeführt. Im Anschluss an diese Beobachtungen führte die Projektgruppe eine Gruppendiskussion durch, um bestimmte Aspekte expliziter herauszuarbeiten. Aufgrund dieser Diskussionen wurde ein Protokoll ange-

fertigt. In der folgenden Tabelle 12 sind noch einmal übersichtsartig die eingesetzten Erhebungsinstrumente, die Erfassung sowie die Auswertung der Daten aufgeführt.

Erhebungsinstrument	Erfassung der Rohdaten	Auswertung
Kurzbeurteilungen MO	Word, Excel SPSS	<u>geschlossene Fragen</u> : quantitative Analyse, relativer Anteil der Zustimmung; <u>offene Fragen</u> : qualitative Inhaltsanalyse (zusammenfassende Inhaltsanalyse und induktive Kategorienbildung), quantitative Analyse, relativer Anteil der Zustimmung
Kurzbeurteilungen TN	Word, Excel SPSS	<u>geschlossene Fragen</u> : quantitative Analyse, relativer Anteil der Zustimmung; <u>offene Fragen</u> : qualitative Inhaltsanalyse (zusammenfassende Inhaltsanalyse und induktive Kategorienbildung), quantitative Analyse, relativer Anteil der Zustimmung
QZ-Check MO	keine EDV-Erfassung	Diskussion und Bewertung in der Projektgruppe (Unterschiedliche Grade der Erfüllung der Kriterien der Dimensionen des QZ-Checks) und Auswertung der Bögen in Kleingruppen auf den Begleitseminaren.
Eingangsbefragung MO	Word, Excel SPSS	<u>geschlossene Fragen</u> : quantitative Analyse, relativer Anteil der Zustimmung; <u>offene Fragen</u> : qualitative Inhaltsanalyse (zusammenfassende Inhaltsanalyse und induktive Kategorienbildung), quantitative Analyse, relativer Anteil der Zustimmung
Eingangsbefragung TN	Word, Excel SPSS	<u>geschlossene Fragen</u> : quantitative Analyse, relativer Anteil der Zustimmung; <u>offene Fragen</u> : qualitative Inhaltsanalyse (zusammenfassende Inhaltsanalyse und induktive Kategorienbildung), quantitative Analyse, relativer Anteil der Zustimmung
Abschlussbefragung MO	Word, Excel SPSS	<u>geschlossene Fragen</u> : quantitative Analyse, relativer Anteil der Zustimmung; <u>offene Fragen</u> : qualitative Inhaltsanalyse (zusammenfassende Inhaltsanalyse und induktive Kategorienbildung), quantitative Analyse, relativer Anteil der Zustimmung
Abschlussbefragung TN	Word, Excel SPSS	<u>geschlossene Fragen</u> : quantitative Analyse, relativer Anteil der Zustimmung; <u>offene Fragen</u> : qualitative Inhaltsanalyse (zusammenfassende Inhaltsanalyse und induktive Kategorienbildung), quantitative Analyse, relativer Anteil der Zustimmung
Stand der QZ-Arbeit MO	Fragebogen	Die Angaben der Moderatoren in diesem FB wurden als zusätzliche Informationsquelle herangezogen aufgrund derer ein differenzierteres Bild der einzelnen Zirkel entwickelt werden konnte. Die Auswertung der FB erfolgte derart, dass sie von den Mitgliedern der Projektgruppe gründlich durchgelesen und in gemeinsamen Sitzungen diskutiert wurden. Dabei wurden besonders spezifische Aspekte der einzelnen Zirkel herausgegriffen und bearbeitet.
Protokoll der QZ-Arbeit	Fragebogen	Die Protokollbögen wurden von den Mitgliedern der PG gelesen und vermittelten so einen Überblick über Prozesse und Entwicklungen in den einzelnen Zirkeln zu bestimmten Zeitpunkten. Die Angaben wurden diskutiert und flossen in die Beurteilung der Arbeit der einzelnen Zirkel ein.
Teilnehmende Beobachtung	Protokollbogen	Die Protokollbögen wurden von den Mitgliedern der PG gelesen und vermittelten so einen Überblick über Prozesse und Entwicklungen in den einzelnen Zirkeln zu bestimmten Zeitpunkten. Die Angaben wurden diskutiert und flossen in die Beurteilung der Arbeit der einzelnen Zirkel ein.

Tabelle 12. Eingesetzte Erhebungsinstrumente, Erfassung und Auswertung der Daten

Das wesentliche Auswertungsinstrument auf dem die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit beruhen, stellt die **Gruppendiskussion** in der Projektgruppe dar⁸⁸. Diese strukturierten Diskussionen unter Anleitung des Projektleiters wurden nach den unten beschriebenen Auswertungskriterien zu jedem Qualitätszirkel durchgeführt.

⁸⁸ Zur historischen Entwicklung und Grundlagen der Methodik vgl. Loos und Schäfer 2001.

Verfahren:

- Zusammenstellung der relevanten Informationen aus allen Erhebungen nach den unten aufgeführten Auswertungskategorien.
- Vorstellung aller Informationen in der Diskussion mit der Projektgruppe.
- Diskussionen mit allen fünf Mitgliedern der Projektgruppe.
- Dauer zwischen vier und sechs Stunden.
- Gemeinsame Bewertung der vorliegenden Informationen und Erstellung eines Gesamtbildes jedes Qualitätszirkels nach den Auswertungskategorien.
- Schriftliche Zusammenfassung der Diskussionsergebnisse für jeden Qualitätszirkel durch den Bearbeiter.
- Validierung der schriftlichen Zusammenfassungen und erneute Vorlage für jedes Mitglied der Projektgruppe
- Einarbeitung von Änderungen nach der Kontrolle durch die Projektgruppenmitglieder
- Erstellung der Zirkeldarstellungen (vgl. Kap. 4.)

Auf diesen Gruppendiskussionen beruhen auch die Einschätzungen jeweiliger Konzeptumsetzung in den Qualitätszirkeln nach dem QZ-Check, die die Grundlage der Analysen von Kapitel 6 darstellen. Auf diese Weise entstand ein differenziertes Bild jedes Qualitätszirkels mit seinen spezifischen Stärken und Schwächen.

3.3.2 Auswertung hinsichtlich des Verlaufs und der konkreten Ergebnisse der Qualitätszirkel

Die Auswertung der Qualitätszirkel gestaltete sich als äußerst komplexe Aufgabe, da Informationen ganz unterschiedlicher Dimensionen und Quellen vorlagen. Dementsprechend galt es, eine Auswertungsstrategie zu entwickeln, die zugleich der Datenlage gerecht wurde und entsprechend den Fragestellungen des Projektes relevante Ergebnisse erwarten ließ. Um den inhaltlichen Verlauf der Qualitätszirkel rekonstruieren zu können, sind verschiedene Datenquellen in die Analyse einbezogen worden. Diese orientieren sich am realen Verlauf der Qualitätszirkel, die unter ganz unterschiedlichen Bedingungen gearbeitet haben. Es wurden also alle wesentlichen Informationen, die Aufschluss über die Arbeitsbedingungen der Qualitätszirkel zu unterschiedlichen Zeitpunkten liefern konnten, in die Analyse einbezogen. Hinsichtlich der Arbeit der Qualitätszirkel im Verlauf sind vorab Kriterien entwickelt worden, die die Einschätzung der Qualitätszirkel hinsichtlich unterschiedlicher Dimensionen ermöglichen sollen.

3.3.2.1 Kriterien der Auswertung

a) Ausgangsbedingungen

Unter den Ausgangsbedingungen werden Umstände und Haltungen verstanden, die Einfluss auf den Qualitätszirkel nehmen können. Hierzu zählen bisherige Erfahrungen der Teilnehmer mit der Qualitätssicherung im Allgemeinen und den Qualitätszirkeln als Instrument im Besonderen. Diese Erfahrungen werden sich in Einstellungen niederschlagen, die nun die Motivation der Teilnehmer maßgeb-

lich bestimmen werden. Die Motivation von Teilnehmern zur Teilnahme am Qualitätszirkel und am Modellprojekt stellt eine wesentliche Ausgangsbedingung dar. Von besonderer Bedeutung ist aber auch die Position des Moderators, von dessen Vorerfahrungen, Qualifikation und Motivation die konzeptgetreue Arbeit im Qualitätszirkel maßgeblich bestimmt werden dürfte.

Interessen und Motivation der Teilnehmer und Moderatoren stellen somit wesentliche Ausgangsbedingungen dar.

Um die Bedeutung der Ausgangsbedingungen für den Erfolg und Verlauf der weiteren Arbeit im Qualitätszirkel zu ermitteln, sind die Startbedingungen der Qualitätszirkel jeweils zusammengestellt und in der Gruppendiskussion mögliche Verläufe des Qualitätszirkels diskutiert worden.

Zur Interpretation der Ausgangsbedingungen der Qualitätszirkel wurden Informationen aus folgenden Quellen genutzt:

- Halbstandardisierte Eingangsbefragung der Moderatoren
- Halbstandardisierte Eingangsbefragung der Teilnehmer
- Offene Befragung zum Stand der Qualitätszirkelarbeit zum ersten Begleitseminar
- Dokumentation der Moderatorenschulung
- Dokumentation des ersten Begleitseminars
- Protokolle der Sitzungen der Qualitätszirkel

b) Institutionelles Umfeld

Unter dem institutionellen Umfeld wird der Einfluss des institutionellen Rahmens auf den Qualitätszirkel verstanden. Die Qualitätszirkel arbeiteten nicht im luftleeren Raum, sondern waren ihrerseits Bestandteile anderer Organisationseinheiten (z.B. die betrieblichen Qualitätszirkel), so dass Interessen dieser Organisation und/oder ihrer Vertreter Einfluss auf die Arbeit im Qualitätszirkel nahmen. Dies bezieht sich auf den Moderator, die Teilnehmer und auch auf die Umsetzungschancen der erarbeiteten Ergebnisse. So macht es einen erheblichen Unterschied, ob ein Qualitätszirkel Bestandteil eines umfangreicheren Qualitätsmanagement-Systems in einem Großunternehmen ist und so auch in Erwartungen und Denkmodelle des Qualitätsmanagement-Systems eingebunden ist. So mögen hier Vorteile für den Moderator u.a. in der relativ einfachen Gewinnung von Teilnehmern und der institutionellen Unterstützung (Raum, Verpflegung, Technik, Freistellung der Mitarbeiter) liegen. Offenkundig gestalten sich die Arbeitsbedingungen dieses Qualitätszirkels ganz anders als in einem interdisziplinären Qualitätszirkel, dessen Teilnehmer den Qualitätszirkel neben ihrer beruflichen Tätigkeit besuchen und möglicherweise hier sogar in einer Konkurrenz zueinander stehen. Welche Wirkungen haben die Interessen auch mittelbar beteiligter anderer Institutionen auf die Arbeit im Qualitätszirkel?

Zur Interpretation des institutionellen Umfelds der Qualitätszirkel wurden Informationen aus folgenden Quellen genutzt:

- Offene Befragung zum Stand der Qualitätszirkelarbeit zu den Begleitseminaren
- Dokumentationen der Begleitseminare
- Protokolle der teilnehmenden Beobachtung
- Protokolle der Sitzungen der Qualitätszirkel

c) Strukturmerkmale des Qualitätszirkels

Um wesentliche Merkmale der Qualität der Arbeit im Qualitätszirkel beurteilen zu können, ist die Einhaltung bestimmter Kriterien von hoher Bedeutung.

Die Strukturierung des Qualitätszirkels erfolgt zunächst durch die räumliche und zeitliche Organisation sowie durch die Gruppenteilnehmer und den Moderator. Mögliche Fragen zur Strukturqualität gelten damit der Erreichbarkeit des Zirkels (Anfahrtsweg u.Ä.) und den Vorerfahrungen der Gruppenteilnehmer und dem Moderator. Wie aus bislang vorliegenden Befragungen von Teilnehmern ärztlicher Qualitätszirkel hervorgeht, wird die Erreichbarkeit wesentlich durch Tagungsort und -termin bestimmt.⁸⁹ Die Kontinuität der Arbeit wird weiterhin auch bei klarer Terminfestlegung durch rechtzeitige, erinnernde Einladungen bzw. rechtzeitig eingehende Absagen durch verhinderte Teilnehmer begünstigt. Die Qualifikation von Moderator und Gruppenteilnehmern entscheidet dann darüber, inwieweit sie sich in kontinuierlichen Treffen als Qualitätszirkel organisieren.

Weitere Strukturmerkmale sind: die Freiwilligkeit und Regelmäßigkeit der Teilnahme, die Konstanz des Teilnehmerkreises und des Rahmenthemas, die Kontinuität der Treffen, die inhaltliche Kontinuität (Protokollführung) sowie die Moderation.

Zur Interpretation der Strukturmerkmale der Qualitätszirkel wurden Informationen aus folgenden Quellen genutzt:

- Protokolle der Sitzungen der Qualitätszirkel
- Kurzbeurteilungen der Teilnehmer zu jeder Sitzung der Qualitätszirkel
- Kurzbeurteilungen des Moderators zu jeder Sitzung der Qualitätszirkel
- Offene Befragung zum Stand der Qualitätszirkelarbeit zu den Begleitseminaren
- Halbstandardisierte Abschlussbefragung der Moderatoren
- Halbstandardisierte Abschlussbefragung der Teilnehmer
- Dokumentationen der Begleitseminare
- Protokolle der teilnehmenden Beobachtung
- Selbsteinschätzung der Strukturmerkmale durch den Moderator im QZ - Check

d) Gruppendynamik

Unter der Gruppendynamik wird die Atmosphäre in der Gruppe, der Umgang mit Konflikten und der Dynamik im Kommunikationsverhalten unter den Gruppenmitgliedern verstanden. Von deren Kritikfähigkeit und Kritikbereitschaft hängt die Produktivität in der Gruppenarbeit im hohen Maße ab. Eine große Rolle spielen auch die Interaktionen zwischen dem Moderator und der Gruppe. Die Entwicklung einer produktiven Gruppenarbeit wird in hohem Maße von der Entwicklung der Gruppendynamik abhängen.

Zur Interpretation der Gruppendynamik der Qualitätszirkel wurden Informationen aus folgenden Quellen genutzt:

- Protokolle der Sitzungen der Qualitätszirkel
- Kurzbeurteilungen der Teilnehmer zu jeder Sitzung der Qualitätszirkel
- Kurzbeurteilungen des Moderators zu jeder Sitzung der Qualitätszirkel

⁸⁹ Bahrs, Köhle, Szecsenyi a.a.O., 1992.

- Offene Befragung zum Stand der Qualitätszirkelarbeit zu den Begleitseminaren
- Halbstandardisierte Abschlussbefragung der Moderatoren
- Halbstandardisierte Abschlussbefragung der Teilnehmer
- Dokumentationen der Begleitseminare
- Selbsteinschätzung der Strukturmerkmale durch den Moderator im QZ-Check
- Protokolle der teilnehmenden Beobachtung

e) Arbeitsweise

Unter der Arbeitsweise wird Frage nach der konzeptgetreue Arbeit verstanden, die sich am Qualitätskreislauf, der maßgeblichen Systematik für die Arbeit im Qualitätszirkel, orientieren sollte. Dazu gehört die gemeinschaftliche Themenwahl, die Zielsetzung und die Vereinbarung eines systematischen Vorgehens bei der Zielerreichung, Problemanalyse, Analyse des Alltagshandelns, Nachvollziehbarkeit des Alltagshandelns/Dokumentation, Fallbezug, Umsetzung in berufliches Alltagshandeln und die Zielsetzung auf die Qualitätsförderung in der eigenen Arbeit. Hier wird es von hoher Bedeutung sein, die Arbeitsweise in den Qualitätszirkeln zu rekonstruieren, um Differenzen und Annäherungen an die Arbeit im Qualitätszirkel erkennen und produktiv wenden zu können.

Zur Interpretation der Arbeitsweise der Qualitätszirkel wurden Informationen aus folgenden Quellen genutzt:

- Protokolle der Sitzungen der Qualitätszirkel
- Kurzbeurteilungen der Teilnehmer zu jeder Sitzung der Qualitätszirkel
- Kurzbeurteilungen des Moderators zu jeder Sitzung der Qualitätszirkel
- Offene Befragung zum Stand der Qualitätszirkelarbeit zu den Begleitseminaren
- Halbstandardisierte Abschlussbefragung der Moderatoren
- Halbstandardisierte Abschlussbefragung der Teilnehmer
- Dokumentationen der Begleitseminare
- Selbsteinschätzung der Strukturmerkmale durch den Moderator im QZ-Check
- Protokolle der teilnehmenden Beobachtung

f) Dokumentation und Evaluation

Die Dokumentation und Evaluation der Zirkelarbeit selbst stellt eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Arbeit im Qualitätszirkel dar. So beginnt die Arbeit mit einer für die anderen Teilnehmer nachvollziehbaren Dokumentation des eigenen Arbeitsalltags durch den Fallvorsteller. Diese Dokumentation stellt eine notwendige Bedingung dar, um nach der Arbeit des Qualitätszirkels zu dem vorgestellten Fall, die Veränderungen im Handeln des Fallvorstellers (und anderer Teilnehmer) evaluieren zu können. Die spezifischen Stärken der Arbeit im Qualitätszirkel liegen in der schriftlichen Dokumentation der Arbeitsergebnisse im Qualitätszirkel; der Überprüfung der Zielerreichung im praktischen Handeln nach vorher definierten Kriterien und zu guter Letzt der Wiederholung der Evaluation von Veränderungen zu einem späteren Zeitpunkt, um langfristigen Wirkungen der Arbeit im Qualitätszirkel nachzuspüren.

Zur Interpretation der Dokumentation und Evaluation der Qualitätszirkel wurden Informationen aus folgenden Quellen genutzt:

- Protokolle der Sitzungen der Qualitätszirkel
- Kurzbeurteilungen der Teilnehmer zu jeder Sitzung der Qualitätszirkel
- Kurzbeurteilungen des Moderators zu jeder Sitzung der Qualitätszirkel
- Offene Befragung zum Stand der Qualitätszirkelarbeit zu den Begleitseminaren
- Halbstandardisierte Abschlussbefragung der Moderatoren
- Halbstandardisierte Abschlussbefragung der Teilnehmer
- Dokumentationen der Begleitseminare
- Selbsteinschätzung der Strukturmerkmale durch den Moderator im QZ–Check
- Protokolle der teilnehmenden Beobachtung

g) Verlauf des Qualitätszirkels

Die Darstellung des Verlaufs des Qualitätszirkels liefert wesentliche Aufschlüsse über die Dynamik der Arbeit im Zirkel. Welche Themen wurden auf welche Weise im Qualitätszirkel behandelt? Wie sind die einzelnen Sitzungen beurteilt worden? Gibt es Hinweise auf Brüche in der Arbeit im Verlauf der Sitzungen des Qualitätszirkels und worauf lassen sich diese zurückzuführen?

Zur Interpretation des Verlaufs der Qualitätszirkel wurden Informationen aus folgenden Quellen genutzt:

- Protokolle der Sitzungen der Qualitätszirkel
- Kurzbeurteilungen der Teilnehmer zu jeder Sitzung der Qualitätszirkel
- Kurzbeurteilungen des Moderators zu jeder Sitzung der Qualitätszirkel
- Offene Befragung zum Stand der Qualitätszirkelarbeit zu den Begleitseminaren
- Halbstandardisierte Abschlussbefragung der Moderatoren
- Halbstandardisierte Abschlussbefragung der Teilnehmer
- Dokumentationen der Begleitseminare
- Selbsteinschätzung der Strukturmerkmale durch den Moderator im QZ–Check
- Protokolle der teilnehmenden Beobachtung

h) Bearbeitete Themen

Unter dieser Kategorie sollen die eigentlich behandelten Themen des Qualitätszirkels nach einmal kurz zusammengefasst werden. Für die Vermittlung der Arbeit der Qualitätszirkel ist es von wesentlicher Bedeutung, nachzuvollziehen, welche Themen im Qualitätszirkel eigentlich behandelt worden sind. Auf dieser Grundlage lassen sich erst die inhaltlichen Ergebnisse des Qualitätszirkels beurteilen.

Zur Darstellung der bearbeiteten Themen in den Qualitätszirkeln wurden Informationen aus folgenden Quellen genutzt:

- Protokolle der Sitzungen der Qualitätszirkel
- Kurzbeurteilungen der Teilnehmer zu jeder Sitzung der Qualitätszirkel
- Kurzbeurteilungen des Moderators zu jeder Sitzung der Qualitätszirkel
- Offene Befragung zum Stand der Qualitätszirkelarbeit zu den Begleitseminaren
- Dokumentationen der Begleitseminare
- Protokolle der teilnehmenden Beobachtung

j) Inhaltliche Ergebnisse

Eine wesentliche Qualität von Qualitätszirkeln liegt darin, ergebnisorientiert zu arbeiten. Diese Ergebnisse werden daher ebenfalls noch einmal kurz zusammengefasst.

Zur Darstellung der inhaltlichen Ergebnisse der Arbeit in den Qualitätszirkeln wurden Informationen aus folgenden Quellen genutzt:

- Protokolle der Sitzungen der Qualitätszirkel
- Kurzbeurteilungen der Teilnehmer zu jeder Sitzung der Qualitätszirkel
- Kurzbeurteilungen des Moderators zu jeder Sitzung der Qualitätszirkel
- Offene Befragung zum Stand der Qualitätszirkelarbeit zu den Begleitseminaren
- Halbstandardisierte Abschlussbefragung der Moderatoren
- Halbstandardisierte Abschlussbefragung der Teilnehmer
- Dokumentationen der Begleitseminare
- Protokolle der teilnehmenden Beobachtung

k) Konzeptumsetzung

Diese Kategorie stellt ebenfalls eine Sammelkategorie dar, da es hier darum geht, die gewonnenen Informationen über die Arbeit eines Qualitätszirkels hinsichtlich der Konzeptumsetzung zu bewerten. Da die Qualitätszirkel ein vorgegebenes Konzept erproben und auch Hinweise für mögliche Modifikationen am Konzept identifizieren sollen, galt es, die Anwendung des Konzepts in den unterschiedlichen Qualitätszirkeln nachzuvollziehen und einer Bewertung zu unterziehen. Die bloße Tatsache, dass sich das Konzept im konkreten Qualitätszirkel nicht umsetzen ließ, kann bei näherer Analyse außerordentlich wichtig werden, da eventuell systematische Gründe dafür zu finden sind.

Ebenso können die Ursachen für eine konzeptferne Arbeit des Qualitätszirkels in der konkreten Gruppenarbeit und –dynamik liegen, so dass hier übereilte Rückschlüsse auf die Anwendbarkeit vermieden werden können.

Zur Interpretation der Konzeptumsetzung in den Qualitätszirkeln wurden Informationen aus folgenden Quellen genutzt:

- Protokolle der Sitzungen der Qualitätszirkel
- Kurzbeurteilungen der Teilnehmer zu jeder Sitzung der Qualitätszirkel
- Kurzbeurteilungen des Moderators zu jeder Sitzung der Qualitätszirkel
- Offene Befragung zum Stand der Qualitätszirkelarbeit zu den Begleitseminaren
- Halbstandardisierte Abschlussbefragung der Moderatoren
- Halbstandardisierte Abschlussbefragung der Teilnehmer
- Dokumentationen der Begleitseminare
- Selbsteinschätzung der Strukturmerkmale durch den Moderator im QZ–Check
- Protokolle der teilnehmenden Beobachtung

l) Fazit

Im Fazit sollen alle Informationen zusammenfassend bewertet werden, um eine Gesamtwürdigung der Arbeit des Qualitätszirkels zu ermöglichen. Hier können wesentliche Erkenntnisse aus der Analyse des konkreten Zirkelverlaufs zusammengetragen werden, um der Auswertung über den einzelnen Qualitätszirkel hinaus Impulse zu verleihen.

m) Perspektive

Hier geht es einerseits um die konkrete Perspektive des zuvor beschriebenen Qualitätszirkels, darüber hinaus aber auch die Perspektive von Qualitätszirkeln in ähnlichen Arbeitszusammenhängen. Denn hinsichtlich einer breiteren Implementation von Qualitätszirkeln ist es von erheblicher Bedeutung, welche nachhaltigen Effekte der Qualitätszirkel beim Moderator, den Teilnehmern, den involvierten Institutionen und im Umfeld dieser Akteure hinterlassen hat. So ist eine Fortführung eines Qualitätszirkels einem Moderator möglicherweise aus beruflichen Gründen nicht möglich, aber ein Teilnehmer aus dem Qualitätszirkel greift den Gedanken auf und initiiert einen weiteren Qualitätszirkel (wie in einem Fall geschehen).

3.4 Die teilnehmende Beobachtung als Evaluations- und Unterstützungsinstrument

Die teilnehmende Beobachtung war ursprünglich als reines Erhebungsinstrument gedacht, das je einmal in vier verschiedenen Qualitätszirkeln in unterschiedlichen Phasen ihrer Arbeit zum Einsatz kommen sollte. Da sich der hohe Erkenntnis- und Nutzwert der teilnehmenden Beobachtungen früh abzeichnete, wurde der Umfang der Beobachtungen so erhöht, dass jeder Zirkel mindestens einmal besucht werden konnte. Ein Qualitätszirkel (QZ 6) wurde insgesamt viermal besucht, was eine kontinuierlichere Beobachtung der Gruppenentwicklung ermöglichen sollte, aber auch mit der relativen Nähe zusammenhing. Ein weiterer Qualitätszirkel (QZ 9) wurde zweimal besucht. In einigen Qualitätszirkeln sind teilnehmende Beobachtungen von zwei Beobachtern zugleich durchgeführt worden. Dieses Modell wurde ursprünglich als Trainings- und Validierungsmethode eingesetzt, erwies sich jedoch hinsichtlich des Erkenntnisgewinns als außerordentlich fruchtbar, so dass in Absprache mit den Moderatoren weitere Doppelbeobachtungen stattfinden konnten. So wurden insgesamt neun Einzelbeobachtungen und sieben Doppelbeobachtungen durchgeführt.

Oktober 2000	November 2000	Dezember 2000	Januar 2001	Februar 2001	März 2001	Mai 2001
QZ 6 E 3. Sitzung	QZ 9 E 3. Sitzung	QZ 5 E 4. Sitzung	QZ 6 E 5. Sitzung	QZ 3 D 5. Sitzung	QZ 6 E 7. Sitzung	QZ 6 D 9. Sitzung
QZ 10 D 3. Sitzung	QZ 11 D 2. Sitzung	QZ 2 D 7. Sitzung			QZ 4 D 5. Sitzung	QZ 12 D 8. Sitzung
					QZ 8 E 8. Sitzung	QZ 9 E 8. Sitzung
						QZ 1 E 7. Sitzung
						QZ 7 E 6. Sitzung

E = Einzelbeobachtung **D** = Doppelbeobachtung

Tabelle 13. Durchgeführte Beobachtungen

Aus der Tabelle geht hervor, dass die meisten Beobachtungen im März und im Mai 2001 durchgeführt wurden, also einer Phase, in der diese Qualitätszirkel schon ihrem Ende entgegen sahen. Bezieht man aber die Zahl der bis dahin durchgeführten Sitzungen in die Betrachtung ein, so zeigt sich ein relativ ausgewogenes Bild.

2. – 3. Sitzung	4. – 5. Sitzung	6. – 7. Sitzung	8. – 9. Sitzung
4 Beobachtungen	4 Beobachtungen	4 Beobachtungen	4 Beobachtungen

Tabelle 14. Sitzungen und Beobachtungszeitpunkte

Die Durchführung der teilnehmenden Beobachtungen erfolgte innerhalb eines umschriebenen Rahmens, der die Vorbereitung, die Durchführung und die Nachbereitung der Beobachtungen umfasste. Die Beobachtungen selbst wurden nach vorher festgelegten Beobachtungskriterien durchgeführt und anschließend protokolliert:

Situationaler Kontext

- Wie wirkt das Umfeld des Qualitätszirkels auf den Beobachter, was wirkt in welcher Weise auf die vorgefundene Situation?

Stimmung der Teilnehmer/Atmosphäre im QZ

Interaktionsmuster/Gruppenkonstellation/Position des Moderators

- Was fällt bzgl. der Interaktionen in der Gruppe auf?
- Werden die Gruppenregeln eingehalten?
- Exponieren sich einige Teilnehmer sehr gegenüber anderen, welche Konkurrenzen lassen sich beobachten?
- Wie wird die Rolle des Moderators von ihm und von der Gruppe interpretiert?

Präsentation und Akzeptanz des Konzeptes

- Einhaltung des Handlungsbogen der Qualitätszirkelsitzung durchgehalten?
- Inwiefern scheint das Qualitätszirkelkonzept in dieser Sitzung durch?
- Wie wird das Qualitätszirkelkonzept präsentiert?
- Wie reagieren die Teilnehmer auf spezifische Elemente des Konzeptes?
- Wodurch werden Abweichungen verursacht, wie wird darauf reagiert (Teilnehmer, Moderator)?
- Wie nachvollziehbar sind die Abweichungen und geben sie Hinweise auf notwendige Modifikationen des Konzeptes?

3.4.1 Ablauf der Beobachtungen

Vor der Beobachtung:

Es wurde ein Gespräch innerhalb der Projektgruppe geführt, das zum Ziel hatte, das auf die Projektgruppe verteilte Wissen über den Qualitätszirkel zusammenzuführen. Das Gespräch diente auch der Bewusstmachung eigener Voreinschätzungen des Beobachters und der Formulierung spezifischer Fragen, die auf Grundlage der teilnehmenden Beobachtungen beantwortet werden sollten. Diese Fragen gingen in Einzelfällen auch über das zugrunde liegende Protokoll hinaus, wenn beispielsweise besondere Problemlagen vom Moderator des zu besuchenden Qualitätszirkels erwartet wurden.

Nach Anreise des Beobachters:

Vor der Beobachtung kam es in der Regel zu einem kurzen Vorgespräch zwischen dem Beobachter und dem Moderator, um den Ablauf der Sitzung, die Einbindung des Beobachters, den Umgang mit den Fragen der Gruppe an den Beobachter u.a. zu besprechen.

Die Beobachtungssituation:

Diese gestaltete sich in den Qualitätszirkeln ganz unterschiedlich. Hier spielten räumlichen Bedingungen, bestehende Sitzordnungen aber auch Tagesordnung, Interessen der Gruppe o.Ä. eine große Rolle. So wurde bspw. die Frage nach dem Sitzplatz für den Beobachter in den Qualitätszirkeln ganz unterschiedlich gelöst (im Kreis in die Gruppe integriert oder auch außerhalb der Gruppe).

Im Verlauf der Sitzung des Qualitätszirkels:

Der Beobachter saß in der Regel mit im Kreise der Teilnehmer. Teilweise stellte er sich, das Projekt und den Zweck der Beobachtung zu Beginn kurz vor. Während der Beobachtung wurden in sehr unterschiedlichem Umfang Notizen gemacht, was vorwiegend von der Situation selbst abhing. So wurde in einigen Qualitätszirkeln das Mitschreiben vom Beobachter selbst als störend empfunden. In einigen Qualitätszirkeln kam es im Anschluss an die Sitzung zu einem Gespräch über das Projekt mit den Teilnehmern. In anderen Fällen versuchte die Gruppe, auch den Beobachter an inhaltlichen Fragen des Qualitätszirkels zu beteiligen. Am abschließenden Blitzlicht beteiligte sich der Beobachter aber nur in Absprache oder sogar nach Bitte des Moderators.

Nachgespräch mit dem Moderator:

Nach Abschluss der Qualitätszirkelsitzung kam es in aller Regel zu einem Nachgespräch zwischen dem Beobachter und dem Moderator. Die Dauer gestaltete sich je nach Situation sehr unterschiedlich. Dieses Nachgespräch ging schnell über das Maß hinaus, das bei einer rein wissenschaftlichen Beobachtung geplant gewesen war, ermöglichte aber neben unterstützenden Aspekten auch eine Form der kommunikativen Validierung, da Beobachtungseindrücke direkt an die Moderatoren zurückgemeldet, diskutiert und damit auch validiert wurden.⁹⁰

Der Beobachter hatte demnach für das Nachgespräch eine Fülle von Eindrücken und Informationen zu verarbeiten und bezüglich ganz unterschiedlicher Fragestellungen zu sortieren und angemessen im Gespräch zu würdigen.

I. Informationen:

- Wie hat die Gruppe auf den Beobachter gewirkt?
- Wie hat das Zusammenspiel Gruppe - Moderator auf den Beobachter gewirkt?
- Worum ging es in der Sitzung eigentlich, hat der Beobachter alles verstanden?

II. Arbeitsweise des Moderators:

- Was hat sich der Moderator vorgenommen, was hat er erreicht?
- Welche Moderationstechniken sind erfolgreich oder weniger erfolgreich angewandt worden? Warum?

III. Umsetzung des Konzeptes:

- Wird mit dokumentierten Fallvorstellungen gearbeitet? Warum nicht? War die Arbeitsweise nachvollziehbar?
- Werden bereits Rückkopplungsschleifen angedacht? Warum nicht?

⁹⁰vgl. Scheele B, Groeben N: Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion subjektiver Theorien, Tübingen 1988.

IV. Gestaltung des Nachgesprächs:

- Welcher Einschätzungen kann sich der Beobachter so sicher sein, dass er diese auch schon zurückmelden kann, welche Einschätzungen mussten verifiziert werden?
- Wofür war der Moderator zum Zeitpunkt des Nachgesprächs bereits empfänglich?
- Kann man gemeinsam Perspektiven für die weitere Arbeit anreißer?
- Welche positiven Eindrücke sollten dem Moderator zurückgemeldet werden?

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, wurde das Nachgespräch im Sinne eines Aushandlungsprozesses zwischen Moderator und Beobachter über die Bewertung des Gesehenen gemeinsam geführt. In einigen Fällen sind auch schriftliche Rückmeldungen erfolgt.

Nach der Beobachtung:

Nun wurde ebenfalls ein Nachgespräch innerhalb der Projektgruppe geführt, in dem den bisherigen Informationen über die Qualitätszirkel in einem gemeinsamen Diskussionsprozess die Erkenntnisse der Beobachtungen hinzugefügt wurden, so dass das Bild über die Qualitätszirkel weiterentwickelt werden konnte.

Auswertung der Beobachtungen:

Der Beobachter fertigte aus den Notizen ein ausführliches Beobachtungsprotokoll, dass in der Auswertungsphase nach den Kategorien zusammengefasst wurde, die auch Grundlage der Interpretation jedes Qualitätszirkels waren: Ausgangssituation, Entwicklung des institutionellen Umfelds, Strukturmerkmale, Verlauf des Qualitätszirkels, Bearbeitete Themen, Inhaltliche Ergebnisse, Gruppendynamik, Arbeitsweise, Dokumentation, Konzeptumsetzung und Fazit.

3.4.2 Funktionsausweitung der teilnehmenden Beobachtungen

Nach den ersten Beobachtungen wurde deutlich, dass den teilnehmenden Beobachtungen sowohl bei den Beobachtern als auch bei den Moderatoren eine erweiterte Funktion zukam.

Teilnehmende Beobachtung als Forschungsinstrument:

Hier lag der ursprüngliche Zweck der Beobachtungen. Es sind daher Beobachtungskriterien theoretisch entwickelt worden, die einer wesentlichen Fragestellung des Projektes folgen: Lässt sich das Konzept der ärztlichen Qualitätszirkel in das Feld der Gesundheitsförderung übertragen?

Teilnehmende Beobachtung als Unterstützungsinstrument:

Es ist in der Praxis deutlich geworden, dass sich einige Moderatoren eine unmittelbare Rückmeldung zu ihrem Qualitätszirkel wünschten und auch der Beobachter manchmal Hinweise zur weiteren Gestaltung des Qualitätszirkels geben konnte. In einigen Fällen erfolgten schriftliche Rückmeldungen zu spezifischen Ereignissen in der Beobachtungssituation.

Teilnehmende Beobachtung als Kontrollinstrument:

Dieser Nebeneffekt der teilnehmenden Beobachtung ist zu Beginn nicht ausreichend gesehen worden, bildete aber ein wichtiges Element in der Wahrnehmung der teilnehmenden Beobachtung durch

die Moderatoren. Schon das Projektziel „Überprüfung der Umsetzbarkeit eines Konzeptes“ beinhaltet diese Kontrollfunktion, die sich auch auf den Moderator erstreckte. Hinzufügen kann man aber auch, dass der Beobachter ebenfalls einer Kontrolle durch die Moderatoren unterlag, galt er doch als Experte des Konzeptes. **Kontrolle** ist hier im Sinne einer **sozialen Kontrolle** gemeint, die auch ohne repräsentative Sanktionen greift. Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass die Struktur der teilnehmenden Beobachtung gerade im Hinblick auf den Unterstützungsbedarf im Verlaufe des Projektes konkretisiert wurde.

Die ursprünglich zur Selbstkontrolle geplanten Doppelbeobachtungen erwiesen sich als ausgesprochen tauglich, den gewachsenen Anforderungen an die Beobachtung gerecht zu werden. Einerseits war die Perspektivendifferenz in wissenschaftlicher Hinsicht außerordentlich fruchtbar, außerdem gelang es, auf diese Weise die Fülle von neuen Informationen über eine aus verschiedenen Persönlichkeiten zusammengesetzte Gruppe und ihren Moderator besser zu strukturieren und damit auch nachvollziehbarer zu machen.

3.4.3 Effekte der teilnehmenden Beobachtungen

Die Beobachtungen haben wesentliche Informationen über den Charakter und die Arbeitsweise der Qualitätszirkel geliefert. So sind andere Informationsquellen (z.B. Befragungen, Kurzbeurteilungen, Protokolle und die Begleitseminare) ergänzt worden und einige Einschätzungen erschienen durch die Beobachtungen auch plausibler.

Die Beobachtungen haben außerdem einen wichtigen Einfluss auf die Gestaltung der Begleitseminare gehabt.

So haben die Beobachtungen und die Nachgespräche Fragen aufgeworfen, die auf den Begleitseminaren noch mal thematisiert wurden:

- Ist die Vermittlung wesentlicher Aspekte des Konzeptes (z.B. Fallarbeit und Dokumentation) bisher gelungen?
- Stoßen die Qualitätszirkel in ihrer praktischen Arbeit auf unerwartete Widerstände bei der Konzeptumsetzung (Widerstände der Gruppe, des Moderators, durch widrige Umstände)?

In der Folge wurde auf einem Begleitseminar wieder mehr Gewicht auf die konkrete Arbeit im Qualitätszirkel gelegt (nach 7 Beobachtungen). Fallarbeit und Dokumentation sind in kleinen Gruppen intensiver auch am eigenen Arbeitsfeld der Moderatoren thematisiert worden. Auch die Weiterentwicklung des QZ-Checks zu einem Instrument der Selbsteinschätzung der Moderatoren wurde durch die Beobachtungen angestoßen.

Die teilnehmenden Beobachtungen haben dazu beigetragen, dass die Unterschiedlichkeit der Qualitätszirkel nachvollziehbarer wurde. Außerdem ist der Unterstützungsbedarf der Moderatoren deutlicher geworden. In den Nachgesprächen konnten zirkelbezogen konkrete Anregungen gegeben werden.

4. Ergebnisse der Qualitätszirkel im Verlauf

Nach der Darstellung dem Projekthintergrund und der Methodik des Modellprojektes beginnt nun die Darstellung der Ergebnisse des Modellprojektes. Der Ergebnisteil gliedert sich in zwei unterschiedliche Bereiche. Im ersten Teil wird jeder Qualitätszirkel nach seinem Ergebnis kurz charakterisiert. Die genauen Auswertungen hinsichtlich der Strukturen und des Verlaufes jedes Qualitätszirkels werden hier nicht dargestellt, um die Persönlichkeitsrechte der Teilnehmer zu wahren.⁹¹

Diese Analysen wurden auf der Grundlage des bereits beschriebenen Kategoriensystems durchgeführt und beruhen auf Ergebnissen aller vorliegenden Erhebungsdaten und ihrer gemeinsamen Diskussion in der Projektgruppe. Diese Darstellungen ermöglichen den differenzierten Blick auf jeden Qualitätszirkel mit seinen spezifischen Unterschieden ermöglichen und bilden zugleich die Grundlage für die anschließenden Auswertungen im zweiten Teil hinsichtlich der Konzeptumsetzung in den Qualitätszirkel und den Bedingungen, die diese Umsetzung begünstigen oder behindern können (Kap. 5).

Die detaillierte Darstellung der einzelnen Qualitätszirkel ist deshalb von so großer Bedeutung, da erst bei genauer Betrachtung der Rahmenbedingungen jedes Qualitätszirkels, dieser angemessen beurteilt werden kann. Lernt man die einzelnen Qualitätszirkel auf diese Weise genauer kennen, so wird die Bedeutung des Kontextes auch für die Umsetzung des Konzeptes besonders klar. Ebenso sollte dann auch deutlich werden, dass jeder Qualitätszirkel in ganz unterschiedlichen Settings eine spezifische Arbeitsweise entwickelt hat, so dass die Frage nach dem Ausmaß der Konzeptumsetzung (wie in Kapitel 5.2) nur ein Kriterium für die Qualität eines Qualitätszirkels sein kann.

⁹¹ Diese Analysen lassen sich in Kurzform dem Projektbericht entnehmen: Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung... a.a.O. Genaue Darstellungen finden sich nur im unveröffentlichtem Teil der Arbeit.

a) Qualitätszirkel 1: Der Kinder – und Jugendgesundheitsdienst auf dem Weg in die Fusion

Fazit

Der Qualitätszirkel hat sich an sechs Terminen getroffen, wobei nach dem dritten Treffen die schwierigen Begleitumstände massiv in den Qualitätszirkel hineingewirkt haben, so dass die inhaltliche Arbeit erst zum sechsten Treffen wieder möglich war. So wurden selbstgesetzte Themen bis zum dritten Treffen stringent bearbeitet, auch wenn die Arbeitsweise nur begrenzt dem Konzept entsprach. Dies hat möglicherweise dazu beigetragen, dass die Teilnehmer keine Effekte der Qualitätszirkelarbeit hinsichtlich der Qualität ihrer „Beratung“, der „Handlungssicherheit“, „Verhaltensänderungen in der eigenen Arbeit“ und der „Selbstreflexion“ erlebt haben. Der Qualitätszirkel hat aber den Teilnehmern in einer schwierigen Zeit Unterstützung geboten. So sind die Aspekte „kollegiale Supervision“, der „Kontakt zu Kollegen“ und der „emotionale Rückhalt“ stark hervorgehoben worden.

Die Anforderungen der Teilnehmer an die Moderation sind auch zum Ende des Qualitätszirkels noch sehr hoch, inhaltliche Vorgaben werden auch weniger von ihm erwartet. Die Erfahrungen im Qualitätszirkel haben aber dazu geführt, dass die Themenwahl stark von der Beeinflussbarkeit durch den Qualitätszirkel abhängig gemacht werden sollte. So halten zwar alle Teilnehmer den Qualitätszirkel für ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung in ihrem Arbeitsbereich. Sie heben aber hervor, dass die Moderation nicht durch einen Kollegen erfolgen sollte und *„übergeordnete Stellen einen Rahmen bieten“* (Abschlussbefragung Teilnehmer) müssen. Einige Aussagen in der Abschlussbefragung deuten auf die Rolle hin, die der Ko-Moderator möglicherweise gespielt hat. So wird betont, dass der Moderator *„fachfremde Gesichtspunkte“* einbringen soll (Abschlussbefragung Teilnehmer) und externe Moderation von Vorteil ist. Diese Äußerungen könnten auf den Ko-Moderator beziehen, der als externer Moderator überwiegend fachfremde Gesichtspunkte eingebracht haben wird.

Dieser Qualitätszirkel hat also innerhalb kurzer Zeit Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätszirkelarbeit aufgezeigt. Bemerkenswerterweise ist es aber auch hier trotz der Widrigkeiten gelungen, das Arbeitsprinzip im Qualitätszirkel den Teilnehmern als Chance selbstbestimmter Qualitätssicherung zu vermitteln, wenn die Rahmenbedingungen stimmen.

Die Teilnehmer haben den Wunsch geäußert im Qualitätszirkel weiterzuarbeiten, was sich die Moderatorin aber nicht mehr vorstellen konnte.

b) Qualitätszirkel 2: Verbesserung der Kooperation der in der Gesundheitsförderung tätigen Personen und Gruppen

Fazit

Der Qualitätszirkel hat sich innerhalb des Projektrahmens an zehn Terminen getroffen und setzte seiner Arbeit als einziger Qualitätszirkel kontinuierlich fort. Die Kontinuität der Teilnahme war sehr unterschiedlich. Erst nach der sechsten Sitzung hat sich eine feste Gruppe konsolidiert, in der sich auch eine Arbeitsweise etabliert hat, die sich von den Erfahrungen der Teilnehmer in verschiedenen anderen Arbeitskreisen unterschieden hat, was die Teilnehmer in der Abschlussbefragung explizit hervorgehoben haben. So haben die Teilnehmer in hohem Maße „Informationen über Kooperationspartner“ und mehr „Freude an der Arbeit“ gewonnen. Emotionale Aspekte und die Veränderung in der eigenen Arbeitswirklichkeit sind im geringeren Maße vom Qualitätszirkel ausgegangen (Abschlussbefragung Teilnehmer). Doch arbeiteten die Teilnehmer selbstbestimmt und kontinuierlich an selbstgesetzten Themen, zu denen sie sich aktiv einbrachten, so dass diese Arbeit langfristig sehr wirkungsvoll sein könnte. Insofern trägt dieser Qualitätszirkel Züge einer Selbsthilfegruppe, was bei der Teilnehmerzusammensetzung auch nicht verwundern kann, ist aber von der falldokumentierten Arbeitsweise im Qualitätszirkel noch etwas entfernt.

Die Moderatorenrolle hat sich im Verlauf der Sitzungen offenbar deutlich verändert. Wünschten sich die Teilnehmer in der Eingangsbefragung noch vom Moderator, dass er „Meinungsunterschiede aufzeigt“ und „Konflikte schlichtet“, so rücken diese Aufgaben bei der Abschlussbefragung eher in den Hintergrund. Jetzt soll der Moderator auch „inhaltliche Vorgaben machen“ und „sich um den technischen Rahmen kümmern“ (Abschlussbefragung Teilnehmer).

Der Qualitätszirkel arbeitet kontinuierlich weiter.

c) **Qualitätszirkel 3: Qualitätszirkel für Schwerbehindertenvertrauensleute (SB-VL)**

Fazit

Der Qualitätszirkel hat sich an sieben Terminen getroffen, wobei nach dem fünften Treffen Auflösungserscheinungen zu beobachten waren. Selbstgesetzte Themen wurden in sehr vertrauensvoller Atmosphäre bearbeitet. Der Qualitätszirkel ist nicht in den Qualitätskreislauf und damit in die Arbeitsweise eines Qualitätszirkels eingestiegen. Die vertrauensvolle Atmosphäre in der Gruppe hat den Teilnehmern dennoch emotionale Entlastung ermöglicht, aber nicht zu einer fallorientierten inhaltlichen Arbeit an der eigenen Berufsrealität im Sinne des Konzeptes verholfen.

Dies erklärt auch die Diskrepanz zwischen der hohen Zufriedenheit von Teilnehmern und Moderator in den Beurteilungen der Qualitätszirkeltreffen und das Auseinanderlaufen des Qualitätszirkels nach dem sechsten Treffen, ein geplantes Treffen wurde mangels Themenvorschläge abgesagt (Protokoll 6). Zum siebten und letzten Treffen (mit eingeladenen Referenten) kamen nur noch zwei Teilnehmer.

Hier ist eine Chance zur effektiven Qualitätszirkelarbeit nicht genutzt worden, wozu der mögliche Rollenkonflikt des Moderators eventuell beigetragen hat. Hinzu kamen die außerordentlich guten Erfahrungen, die der Moderator in ähnlichen Gruppen auf *mehrtägigen* Seminaren sammeln konnte, so dass ihm die relativ kurze Dauer der Qualitätszirkeltreffen für eine tiefergehende Arbeit zu knapp erschien (Moderator BS 6). Die Teilnehmer und die Gruppe haben eigentlich alle Voraussetzungen für eine effektive Arbeit im Qualitätszirkel mitgebracht. Die anfänglichen Befürchtungen des Moderators, dass die Gruppe die ungewohnte Arbeitsweise im Qualitätszirkel nicht akzeptieren würde, hat offenbar dazu geführt, dass die Gruppe diese Arbeitsweise nicht kennen gelernt hat (Eingangsbefragung Moderator).

Dennoch haben die Teilnehmer im Qualitätszirkel nach eigenen Angaben einen erheblichen Informationszuwachs erfahren, so dass sich nach eigener Einschätzung auch die Beratungsqualität für die Klienten verbessert hat. Neben Informationsgewinnen sind auch die Effekte der kollegialen Supervision hoch eingeschätzt worden, bot der Qualitätszirkel doch Austauschmöglichkeiten, die diese Teilnehmer untereinander sonst nicht haben. Hingegen sind die Chancen zur Selbstreflexion im Qualitätszirkel weniger genutzt worden (Abschlussbefragung Teilnehmer).

Der Qualitätszirkel hat seine Arbeit nicht fortgesetzt.

d) Qualitätszirkel 4: Umgang mit Mitarbeitern, die in einer psychischen Krise sind, dies aber nicht einsehen können/wollen und auch nichts unternehmen

Fazit

Der Qualitätszirkel hat sich innerhalb des Projektrahmens an sechs Terminen getroffen. Die Kontinuität der Treffen wechselte nach dem dritten Treffen von einem vierwöchigen in einen achtwöchigen Rhythmus. Es etablierte sich schnell eine feste Gruppe, deren Teilnehmer aber Vertreter ihrer Abteilungen waren und deren Zusammensetzung fluktuierte. Der Qualitätszirkel erinnert sehr an einen betrieblichen Qualitätszirkel. So waren die Dauer und das Thema begrenzt. Das Ziel bestand weniger darin, die Arbeitswirklichkeit bezüglich des gesundheitsförderlichen Handelns zu dokumentieren und zu verbessern, sondern im Rahmen eines Auftrages strukturverändernd zu wirken. Als Folge der Sitzungen institutionalisierte sich das Netzwerk, d.h. es kam zu strukturellen Veränderungen innerhalb des Unternehmens. Insofern kann man hier auch von einem erfolgreichen Qualitätszirkel sprechen. Leider wurde in diesem Qualitätszirkel keine Abschlussbefragung der Teilnehmer durchgeführt, so dass über deren Gesamtbewertungen der Zirkelarbeit keine Informationen vorliegen.

Dieser Qualitätszirkel hat sein Ziel erreicht und wird nicht fortgesetzt. Möglicherweise wird das Instrument des betrieblichen Qualitätszirkels mit gesundheitsbezogenen Themen aber erneut im Unternehmen eingesetzt.

e) Qualitätszirkel 5: Verbesserung der Versorgung von alten Menschen im Seniorenheim

Fazit

Der überregionale Qualitätszirkel hat sich an fünf Terminen getroffen, die ca. vier Stunden gedauert haben. Dieser Tagungsmodus trug der Schwierigkeit Rechnung, dass die Teilnehmer weite Anfahrtswege in Kauf nehmen mussten. Die Teilnehmer waren motiviert, und die Moderatorin sah im Qualitätszirkel eine gute Möglichkeit ihre Arbeit im Unternehmen mit der Weiterentwicklung eines „bottom-up“ - Konzeptes zur Qualitätssicherung zu kombinieren. Das Unternehmen unterstützte die Arbeit des Qualitätszirkels, nach Einschätzung der Moderatorin konnte das Unternehmen die Teilnahme am Projekt und die Durchführung des Qualitätszirkels aber auch zur Außendarstellung nutzen.

Das erste Treffen fand im Anschluss einer Fortbildung statt und konnte daher nur einführenden Charakter haben. Der Qualitätszirkel hat in den beiden folgenden Treffen inhaltlich gut gearbeitet. Teilnehmer und die Moderatorin waren zufrieden, insbesondere nach dem dritten Treffen hat sich eine Arbeitsweise am Fall konstituiert, die sehr gut hätte weiterentwickelt werden können. Das vierte Treffen stellte aber einen massiven Bruch in der Arbeitskontinuität des Qualitätszirkels dar. Das Treffen wurde zur Darstellung eines Ernährungskonzeptes instrumentalisiert und den Teilnehmern der Qualitätszirkel ein Stück weit aus der Hand genommen. Zum dann „überraschend“ letzten Treffen sind nur noch zwei Teilnehmer gekommen, so dass die Qualitätszirkelarbeit nach dem dritten Treffen bereits beendet war. Der Abbruch kann natürlich auch etwas mit den weiten Anfahrtswegen der Teilnehmer zu tun gehabt haben. Aber bei Berücksichtigung der Erwartungen der Teilnehmer, die sich in hohem Maße auf psychosoziale Aspekte der Gruppenarbeit bezogen, ist festzustellen, dass gerade das vierte Treffen ein reines Informationstreffen gewesen ist, so dass neben der überraschend starken Rolle des Unternehmens, auch die Erwartungen der Teilnehmer nur bedingt befriedigt wurden. Aufgrund des unvorhergesehenen Endes konnte leider keine Abschlussbefragung der Teilnehmer durchgeführt werden.

Die Moderatorin hat die Arbeitsweise im Qualitätszirkel soweit schätzen gelernt, dass sie weitere Qualitätszirkel im Unternehmen anstoßen möchte. Die Erfahrungen im überregionalen Zirkel haben sie veranlasst, eher die Etablierung regionaler interprofessioneller Qualitätszirkel mit Küchenleitern und den Pflegepersonal aus Seniorenheimen anzustreben. Doch gibt es auch Überlegungen einen weiteren überregionalen Qualitätszirkel mit Küchenleitern zu initiieren. Die Moderatorin hat zur Feststellung des Bedarfs Fragebögen an die Mitarbeiter des Unternehmens versandt, wobei die Resonanz bisher sehr zurückhaltend blieb.

f) Zusammenfassung des Qualitätszirkels 6: Interdisziplinärer Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung im ländlichen Raum

Fazit

Der Qualitätszirkel hat sich innerhalb des Projektrahmens an zehn Terminen getroffen und hat zur Strukturierung der Qualitätszirkelarbeit eine Zwischenbilanzsitzung durchgeführt. Die Kontinuität der Treffen und der Gruppe war relativ gut. Es hat sich schnell eine feste Gruppe etabliert, die auch eine Arbeitsweise pflegte, die den Interessen der Teilnehmer entsprach. So haben die Teilnehmer in hohem Maße "Informationen über Kooperationspartner" erhalten, Kontakte verbessert und auch ihr "Verständnis von Gesundheitsförderung" weiterentwickelt. Emotionale Aspekte und Veränderungen in der eigenen Arbeitswirklichkeit sind im geringeren Maße vom Qualitätszirkel ausgegangen (Abschlussbefragung Teilnehmer). Die Erwartungen an die Moderation haben sich gegenüber der Eingangsbeurteilung deutlich verändert. So zählten die Teilnehmer jetzt die Führung der Gruppe zu den wichtigsten Aufgaben. Inhaltliche Beiträge der Moderatorinnen wünschten sich jetzt die Hälfte der Teilnehmer (gegenüber 1/3 bei der Eingangsbeurteilung). Dies stärkt den Eindruck, dass dieser Qualitätszirkel kein gemeinsames Arbeitskonzept gefunden hat. So blieben die Moderatorinnen fast kontinuierlich unzufrieden mit der Gruppe und auch mit sich selbst, da es ihnen nicht gelungen war, das Arbeitsprinzip eines Qualitätszirkels zu vermitteln. Hier ist allerdings zu bedenken, dass dieser Qualitätszirkel vergleichsweise stark unter Beobachtung stand, da an vier Terminen teilnehmende Beobachtungen durchgeführt wurden. Es könnten auch Spannungen zwischen dem hohen Engagement der Moderatorinnen (u.a. Transkriptionen der Sitzungen) und der eher passiven Haltung der Teilnehmer gegeben haben, die sich im zunehmenden Verlauf auch noch wechselseitig hochgeschaukelt haben könnten. Die Teilnehmer bewerteten die "Moderation" neben der "Atmosphäre" sehr gut und hoben das große Engagement der Moderatorinnen explizit hervor. So zeigen die Einschätzungen der Teilnehmer, dass sie durch die Teilnahme am Qualitätszirkel erheblich profitiert haben: "*die offene Atmosphäre*", "*das Verständnis für die Problemlagen anderer*" und auch "*der Austausch persönlicher Gefühle*" (Teilnehmer Abschlussbefragung) sind Aspekte, die sie in der Qualitätszirkelarbeit erfahren haben, so dass auch fast alle Teilnehmer den Qualitätszirkel als ein geeignetes Instrument der Qualitätssicherung in ihrem Arbeitsbereich einstufen.

Die Teilnehmer äußerten bei der Abschlusssitzung den Wunsch den Qualitätszirkel fortzusetzen. Die Moderatorinnen planten ein weiteres Treffen, um Ergebnisse der Begleitforschung zu präsentieren, bis dahin waren alle Teilnehmer aufgerufen, an der Bereitstellung von Ressourcen zur Fortsetzung des Qualitätszirkels mitzuwirken. Die Moderatorinnen waren bei angemessener Bezahlung gerne bereit den Qualitätszirkel fortzusetzen, wozu es aber nicht gekommen ist. Im Folgenden finden sich noch die Zwischenbilanz des Qualitätszirkels, sowie eine Kooperationsdiagramm. Die farbige unterlegten Akteure nahmen am Qualitätszirkel teil.

g) Qualitätszirkel 7: Rückenschule für Kinder

Fazit

Der Qualitätszirkel hat sich an acht Terminen getroffen, wobei gruppensdynamische Schwierigkeiten die ersten beiden Treffen stark beeinträchtigt haben. Der Qualitätszirkel hat danach auch die hohen Ansprüche des Moderators an den inhaltlichen Ertrag der Arbeit erfüllen können. Selbstgesetzte Themen wurden - nicht immer stringent - auf Basis der dokumentierten Alltagsrealität bearbeitet, die Bedeutung des Fallbezugs ist von allen Teilnehmern als sehr hoch eingeschätzt worden (Abschlussbefragung Teilnehmer). Der Qualitätszirkel ist in den Qualitätskreislauf und damit in die Arbeitsweise eines Qualitätszirkels eingestiegen. Die Atmosphäre in der Gruppe hat den Teilnehmern außerdem emotionale Entlastung ermöglicht. So wurden deren Erwartungen hinsichtlich der „Selbstreflexion“ und der „kollegialen Supervision“ offenbar in hohem Maße erfüllt. Die Teilnehmer haben, neben der „emotionalen Unterstützung“ und der Aufwertung des Teams der Rückenschulfachkräfte, Hilfen für die konkrete Arbeit erfahren, die über fachbezogene Informationen hinausgingen und auch ihre Vorstellung von Gesundheitsförderung erweiterten (Abschlussbefragung Teilnehmer). Die positive Bewertung der sozioemotionalen Aspekte ist bemerkenswert, weil dies von Teilnehmern und dem Moderator nicht erwartet worden war.

Die Teilnehmer haben sich eine Weiterführung des Qualitätszirkels gewünscht. Bei vorliegenden Ergebnissen aus der Begleitforschung wird sich der Qualitätszirkel erneut treffen. Der Moderator will aber auch einen anderen Qualitätszirkel im Gesundheitsamt initiieren, so dass die weitere Entwicklung der Gruppe noch unklar ist. Möglicherweise fehlt der Gruppe nur ein Moderator, der die Arbeit mit ihr fortsetzen möchte, eine Rolle, die der Chef wohl nicht übernehmen kann.

h) Qualitätszirkel 8: Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung

Fazit

Der Qualitätszirkel hat sich in kontinuierlicher Arbeit an neun Terminen mit sechs bis 10 Teilnehmerinnen getroffen. Die Ausgangsbedingungen des Qualitätszirkels waren durch den doppelten Projektbezug zumindest etwas unklar, doch haben die Teilnehmer sehr stringent selbst gesetzte Themen bearbeitet, wenn auch noch nicht im Sinne des Qualitätskreislaufes. Alle Teilnehmerinnen hielten den Qualitätszirkel für ein geeignetes Instrument der Qualitätssicherung in ihrem Arbeitsbereich und drei Teilnehmerinnen können sich auch vorstellen, eine Initiative zur Gründung eines Qualitätszirkels zu unterstützen oder selber eine Moderatorenausbildung zu durchlaufen. Die Mitarbeit im Qualitätszirkel hat den Teilnehmern in hohem Maße die Möglichkeit gegeben „eigene Erfahrungen weiter zu geben“, „fachbezogene Handlungssicherheit“ zu steigern und „das Verhalten in der täglichen Praxis zu verändern“. Insbesondere die beiden letzten Aspekte beschreiben geradezu ein mögliches Ziel der Arbeit im Qualitätszirkel. Emotionale Aspekte und der Informationsaustausch über Kooperationspartner haben dagegen eine geringere Rolle gespielt (Abschlussbefragung Teilnehmer).

Der Qualitätszirkel hat seine Arbeit mit einem anderen Moderator fortgesetzt und arbeitet nach Auskunft der damaligen Moderatorin auch 1 ½ Jahre später noch weiter. Da in der Ernährungsberatung die Qualitätssicherung bereits verpflichtend geworden ist, kann davon ausgegangen werden, dass Qualitätszirkel hier weitere Verbreitung finden werden.

i) Qualitätszirkel 9: Betriebliche Gesundheitsförderung für die MitarbeiterInnen einer Universität

Fazit

Der Qualitätszirkel hat sich an neun Terminen und einer Präsentationssitzung getroffen. Die Kontinuität der Teilnahme war sehr unterschiedlich, es sind fortwährend Teilnehmer hinzugestoßen, der Gruppenfindungsprozess wurde im Grunde formal nicht abgeschlossen. Doch hat die Teilnehmerzahl am Qualitätszirkel kontinuierlich zugenommen, was darauf schließen lässt, dass die Gruppe zunehmend Beachtung erfahren hat. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass dem Qualitätszirkel doch eine gewisse Attraktivität zugewachsen ist, die durch bisherige Arbeitsformen nicht befriedigt werden konnte. Bedenkt man außerdem, dass sich sieben von zehn Teilnehmern vorstellen konnten, das Konzept weiterzutragen (als Moderator oder Initiator), dann scheint es dem Qualitätszirkel gelungen zu sein, die potenzielle Bedeutung dieses Konzeptes in einem neuen Feld zu vermitteln.

Eine Kerngruppe hat die inhaltliche Arbeit des Qualitätszirkels getragen, in der mündliche Fallberichte allgemeine Diskussionen induzierten. Spätestens mit der siebten Sitzung haben Interessensunterschiede in der Gruppe die Fallvorstellungen aus der Alltagswirklichkeit der Teilnehmer überlagert, so dass übergeordnete Fragen der Organisationsentwicklung nun im Vordergrund standen. Die Mitarbeit im Qualitätszirkel hat den Teilnehmern in hohem Maße „Informationen über Kooperationspartner“ verschafft, emotionale Aspekte und die Veränderung in der eigenen Arbeitswirklichkeit sind im geringeren Maße vom Qualitätszirkel ausgegangen (Abschlussbefragung Teilnehmer). Dennoch halten fast alle Teilnehmer den Qualitätszirkel für ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung in ihrem Arbeitsbereich. Einige betonen die Vorteile ähnlicher Tätigkeitsbereiche der Teilnehmer für die Arbeit im Qualitätszirkel, andere sehen gerade *„den Austausch mit verschiedenen Fachkräften und deren Blickwinkel als äußerst bereichernd“* (Abschlussbefragung Teilnehmer).

Der Qualitätszirkel hat mit der Präsentationssitzung sein Ende gefunden. Beide „Zweige“ des Pilotzirkels wirken jedoch fort. Der Qualitätszirkel ist als prozessbegleitendes Instrument der Organisationsentwicklung an der Universität weiterhin in der Diskussion. Derzeit ist ein weiterer Qualitätszirkel an Universitätsklinik in der Diskussion. Der Moderator hat darüber hinaus beim freien Bildungsträger einen weiteren Qualitätszirkel zum Thema „Gemeindebezogene Gesundheitsförderung“ initiiert, der nun seit drei Monaten nach den Qualitätszirkelkriterien des Pilotprojektes arbeitet. Eine Teilnehmerin des Pilotzirkels fungiert als Moderation, während der Moderator des Pilotzirkels nunmehr die Rolle eines supervidierenden Teilnehmers einnimmt.

k) Qualitätszirkel 10: Interdisziplinärer Qualitätszirkel Gesundheitsförderung

Fazit

Der Qualitätszirkel traf sich im Projektrahmen an neun Terminen. Die Kontinuität der Gruppe war mit leichten Abstrichen relativ gut, die Abstände der Gruppentreffen variierten etwas. Die Teilnehmerstruktur war gegenüber anderen Qualitätszirkeln sehr heterogen, so dass es keine leichte Aufgabe für den Moderator war, dieser Gruppe zu einer befriedigenden Arbeit zu verhelfen. Es erschien hier besonders schwierig, Themen zu finden, die alle Teilnehmer gleichermaßen interessierten. Daher vermittelt dieser Qualitätszirkel auch ein sehr heterogenes Bild. Einerseits sind offenkundige Impulse zur Verbesserung der Versorgung in der Region vom Qualitätszirkel ausgegangen (SHG, Projekt, möglicherweise auch die Gründung eines Hospiz-Vereines); andererseits zeigte sich der Moderator relativ unzufrieden mit seinem Qualitätszirkel und auch seiner eigenen Moderation (BS 2-8). Möglicherweise trug diese Selbsteinschätzung dazu bei, dass er Möglichkeiten und Erfolge der Arbeit des eigenen Qualitätszirkels etwas zu wenig wahrgenommen hat. So scheint es fast, als fühlte der Moderator sich durch das Ende des Qualitätszirkels erleichtert, so dass er Signale zur Fortsetzung des Qualitätszirkels seitens der Teilnehmer nicht mehr wahrnahm (Protokoll 9, Abschlussbefragung Moderator, BS 6). Die Teilnehmer äußerten hingegen durchaus den Wunsch den Qualitätszirkel fortzusetzen. Auch hielten alle Teilnehmer den Qualitätszirkel für ein geeignetes Instrument der Qualitätssicherung in ihrem Arbeitsbereich. Ein Teilnehmer konnte sich sogar vorstellen, einen eigenen Qualitätszirkel zum Thema „Gesundheit in der Gemeinde“ zu initiieren. Es ist also auch in diesem Qualitätszirkel gelungen, spezifische Vorteile der Qualitätszirkelarbeit zu vermitteln. So gaben bspw. alle Teilnehmer an, dass ihnen der Qualitätszirkel die Selbstreflexion der eigenen Arbeit ermöglicht hatte, sie Informationen über Kooperations- und Ansprechpartnern erhalten hatten und sie eigene Erfahrungen weitergeben konnten; fast alle Teilnehmer hatten emotionale Entlastung erfahren. Diese Werte liegen deutlich über den Durchschnittswerten der Teilnehmer aller Qualitätszirkel (Abschlussbefragung Teilnehmer).

Die Teilnehmer äußerten bei der Abschlusssitzung den Wunsch, den Qualitätszirkel fortzusetzen (Abschlussbefragung Teilnehmer). Der Moderator plante ein weiteres Treffen, um Ergebnisse der Begleitforschung zu präsentieren (Protokoll 9). Der Moderator konnte sich vorstellen, einen weiteren Qualitätszirkel im Rahmen eines Ärztenetzwerkes zu initiieren (Abschlussbefragung Moderator).

I) Qualitätszirkel 11: Für Dozenten im Bereich gesundheitsfördernder Erwachsenenbildung

Fazit

Der Qualitätszirkel traf sich im Projektrahmen an zehn Terminen. Die Kontinuität der Gruppe war weniger gut, da sich die Anzahl der Teilnehmer fortlaufend verringerte und deren Zusammensetzung häufig wechselte. Da der Qualitätszirkel erst mit viermonatiger Verspätung gegenüber den anderen Projektzirkeln gestartet war, traf sich die Gruppe in sehr geringen Abständen von zwei bis vier Wochen, so dass der Aufwand der Teilnahme in diesem Zirkel größer war als in anderen. Diesen Druck wollte die Moderatorin möglicherweise nicht auch noch durch hohe Ansprüche an die Arbeitsweise verstärken, außerdem entsprach die "begleitende Moderation" vermutlich auch ihrem Moderationsstil in anderen Zusammenhängen. Die Rolle der Ko-Moderatorin bleibt dagegen etwas unklar, was auch mit ihrer unklaren Selbstdefinition in dieser Rolle und der Unzufriedenheit, keinen initiiert zu haben, zusammenhängen könnte (Ko-Moderatorin: Stand der QZ-Arbeit 4) .

Die inhaltliche Arbeit des Qualitätszirkels wurde auch durch die heterogene Zusammensetzung des Zirkels geprägt. So wählte die Gruppe in der ersten Sitzung ein sehr weit gefasstes Thema (Qualität), das der Bearbeitung im Sinne eines Qualitätszirkels eher unzugänglich gegenüber steht. Dennoch gab es einige Fallvorstellungen, die eine gute Grundlage für die Arbeit im Qualitätszirkel bildeten, doch relativ unverbunden neben anderen Themen (Theorie von Qualität, Spiele in der Erwachsenenbildung) standen. Hinzu kam auch die relativ große Fluktuation unter den Teilnehmern, die teilweise längere Anfahrtswege, berufliche Terminüberschneidungen und häufige Treffen des Qualitätszirkel in Kauf nehmen mussten.

Diese Aspekte könnten Ursache für die verhältnismäßig schlechten Bewertungen des „sachlichen Ertrages“ in der Gesamteinschätzung sowohl der Ko-Moderatorin (Abschlussbefragung Ko-Moderatorin Sachlicher Ertrag: 3-4) als auch der Teilnehmer (Abschlussbefragung Teilnehmer Sachlicher Ertrag: 2,8) gewesen sein.

Dennoch hielten vier von fünf Teilnehmern den Qualitätszirkel für ein geeignetes Instrument der Qualitätssicherung in ihrem Arbeitsbereich und gaben an, dass ihnen der Qualitätszirkel die Selbstreflexion der eigenen Arbeit und eine kollegiale Supervision ermöglicht hat. Ebenfalls haben vier von fünf Teilnehmern durch den Qualitätszirkel emotionale Entlastung, eine größere Bewusstheit der eigenen Grenzen und mehr fachbezogene Handlungssicherheit erfahren. Diese Werte liegen deutlich über den Durchschnittswerten der Teilnehmer aller Qualitätszirkel (Abschlussbefragung Teilnehmer).

Dieser Qualitätszirkel endete nach der zehnten Sitzung, es ist jedoch ein weiteres Treffen geplant, um Ergebnisse des Modellprojektes im Qualitätszirkel vorzustellen. Die Moderatorin bereitet aber derzeit einen weiteren Qualitätszirkel in ihrer Institution vor.

m) Qualitätszirkel 12: Interdisziplinärer, institutionsübergreifender Qualitätszirkel zur Verbesserung der psychosozialen Betreuung von Patienten mit der Doppeldiagnose Sucht und Psychose

Fazit

Der Qualitätszirkel traf sich innerhalb des Projektrahmens an elf Terminen, drei vorbereitende Treffen waren dem Zirkel vorgeschaltet. Zur Strukturierung zog der Qualitätszirkel eine Zwischenbilanz und eine Abschlussbilanz beim letzten Treffen. Die Gruppe traf sich relativ kontinuierlich, die Zusammensetzung fluktuierte ein wenig. Bei der Betrachtung dieses Qualitätszirkels fällt neben den hierarchischen Spannungen besonders die starke Rolle der Moderatorin mit ihrem Rollenkonflikt als Moderatorin, Expertin und Ansprechpartnerin für die Teilnehmer aus dem „Laiensystem“ (Protokolle teilnehmende Beobachtung) auf. Man gewinnt den Eindruck, dass diesem Qualitätszirkel und auch der Moderatorin eine Ko-Moderation sehr gut getan hätte, damit die Moderatorin entlasteter hätte agieren können, wenn sie sich als Expertin einbringen wollte. Zugleich wäre die Gruppe weniger fixiert auf *eine* Moderatorin gewesen. Die Dichte der uns vorliegenden Informationen zu diesem Zirkel veränderte sich leider nach dem beruflichen Wechsel der Moderatorin. Lagen zu den ersten Sitzungen des Qualitätszirkels noch ein strukturiertes Protokoll der Moderatorin und teilweise ein Protokoll der Teilnehmer vor, so gab es nach dem vierten Treffen nur noch das Protokoll der Teilnehmer und zum fünften Treffen und ab der neunten Sitzung lag überhaupt kein Protokoll der Sitzungen zur Auswertung mehr vor.

Der Qualitätszirkel befand sich zeitweilig durchaus in einer Krise, die direkt mit der beruflichen Umorientierung der Moderatorin zusammenhing. Es wäre gut nachvollziehbar gewesen, wenn der Qualitätszirkel zu diesem Zeitpunkt abgebrochen wäre, so wurde in der darauffolgenden fünften Sitzung auch kein Protokoll erstellt. Vermutlich hat nur die starke Position der Moderatorin und ihr enormer Einsatz es möglich gemacht, dass noch einmal ein Aufschwung und eine auch inhaltlich befriedigende Arbeit zustande kam. Die Auswertung dieses Qualitätszirkels kann sich allerdings nur auf die Kurzbeurteilungen der Teilnehmer und der Moderatorin beziehen. Nach der Befragung der Teilnehmer zum Abschluss ihrer Zirkelarbeit (n=5) bot der Zirkel aber allen Teilnehmern die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch, drei Teilnehmer erfuhren kollegiale Supervision. Alle Teilnehmer hatten „Informationen über Kooperationspartner“ erhalten und eine „Aufwertung gegenüber anderen Berufsgruppen erfahren“. Vier Teilnehmer hatten „Kontakte zu Kollegen“, ihre „fachbezogene Handlungssicherheit“ verbessert und auch ihr „Verständnis von Gesundheitsförderung“ weiterentwickelt. Diese Werte liegen deutlich über den Durchschnittswerten der Teilnehmer aller Qualitätszirkel (Abschlussbefragung Teilnehmer). Die Teilnehmer bewerteten die „Moderation“ sowohl in der Abschlussbefragung (1,4) als auch im Verlauf der Kurzbeurteilungen (KB Teilnehmer 1,8) am besten. In der Abschlussbefragung folgte die Bewertung für die „Gesamtbeurteilung“ (1,6), während im Verlauf die „Atmosphäre“ an zweiter Stelle lag (KB Teilnehmer 2,1).

Die Moderatorin hatte bereits beim siebten Treffen das Ende des Qualitätszirkels nach weiteren vier Monaten thematisiert (Protokoll 7). Nach ihrem Umzug war für sie eine Weiterführung nicht mehr denkbar, da der zeitliche Aufwand zu hoch war (Abschlussbefragung Moderatorin). Sie entwickelte

aber Ideen, weitere Qualitätszirkel an ihrer neuen Wirkungsstätte zu initiieren (Interdisziplinärer Qualitätszirkel mit Angehörigen, Regionaler Qualitätszirkel für Leiter psychiatrischer Tageskliniken). Die Teilnehmer scheinen ohne die Moderatorin keine eigene Initiative entwickelt zu haben, was einerseits mit den bestehenden Austauschmöglichkeiten im Unterarbeitskreis der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, andererseits auch mit der starken Rolle der Moderatorin in diesem Qualitätszirkel zusammen gehangen haben könnte.

n) Zwei Qualitätszirkelinitiativen, die nicht gelungen sind

Fall 1:

Die Moderatorin war zum Zeitpunkt des Projektbeginns Angestellte an einer Fachhochschule und hier in den Bereichen Stressmanagement und Entspannung tätig. Die Moderatorin war insofern auch vom wissenschaftlichen Standpunkt aus an dem Projekt interessiert. Ihre Überlegungen zur Gründung eines Qualitätszirkels gingen in zwei Richtungen (Eingangsbefragung).

- Stressmanagement und Entspannung im Bereich von Aus- und Weiterbildung, sowie in der Erwachsenenbildung
- Interdisziplinärer Qualitätszirkel mit Mitarbeitern der Fachhochschule, des Gesundheitsamtes, einer Krankenkasse und Sozialpädagogen und Psychologen.

Die Moderatorin hatte bereits zu Beginn des Projektes große Sorgen, dass sie nicht genug Teilnehmer für den Qualitätszirkel finden würde. So war es ihr noch nicht gelungen die Einladungen für die Zirkelinitiierung vor dem ersten Begleitseminar zu versenden, obgleich das Interesse potentieller Teilnehmer nach ihrer Einschätzung durchaus groß war (Stand der QZ-Arbeit 1). Zu diesem Zeitpunkt fühlte sie sich von der Fachhochschule und Kollegen gut unterstützt.

Nach einem Arbeitsplatzwechsel veränderte sich die Lage allerdings. Sie war nun Vollzeit an einem Berufsbildungszentrum tätig und versuchte auch dort einen Qualitätszirkel zu initiieren. Den Bedarf für einen Qualitätszirkel der in der Erwachsenenbildung Tätigen der Institution schätzte sie hoch ein. Ihre Bemühungen (z.B. mit einem Email-Rundschreiben) blieben allerdings ohne große Resonanz, zumal die Institution den Kreis der Teilnehmer auf die festangestellten Mitarbeiter beschränken wollte (eine deutliche Minderheit).

Die Belastungen am neuen Arbeitsplatz und vermutlich zunehmende Frustrationen bezüglich der eigenen Erfolglosigkeit bei der Gründung eines Qualitätszirkels führten dazu, dass es auch im Verlauf des Projektes zur keiner Qualitätszirkelgründung mehr gekommen war.

In der Abschlussbefragung wird deutlich, dass die Moderatorin sich von der eigenen Institution nicht ausreichend unterstützt gefühlt hat („*keinen institutionsgebundenen Qualitätszirkel mehr*“). Das Konzept hat sie dennoch durch ihre Teilnahme am Projekt überzeugt, so dass sie auch nach Abschluss des Projektes einen Qualitätszirkel an einer Volkshochschule initiieren möchte.

Fall 2:

Die Moderatorin war Angestellte einer Stadtverwaltung, aber außerdem seit vielen Jahren in der Erwachsenenbildung tätig. Die Moderatorin plante einen Qualitätszirkel mit Mitarbeitern der Stadtverwaltung zum Thema „Mobbing“. Sie bekam aber von Beginn an kaum Unterstützung der Stadtverwaltung, was u.a. damit zusammenhing, dass es bereits einen Qualitätsbeauftragten an der Stadtverwaltung gab. Die Moderatorin befürchtete daher bereits zu Beginn des Projektes, dass es an institutioneller Unterstützung fehlen würde.

Dies führte dazu, dass auch sie überlegte den Qualitätszirkel an einer anderen Institution zu initiieren, wobei das Interesse potentieller Teilnehmer nicht besonders groß war (Stand der QZ-Arbeit 1). Ihre Bemühungen der Initiierung werden aber auch dadurch gehemmt, dass an dieser Institution ein Qualitätsmanagementsystem installiert werden sollte und die Passung der beiden Maßnahmen nur schwer zu vermitteln war. Mögliche Gesprächsszenarien wurden von einer Kleingruppe auf einem Begleitseminar durchgespielt, blieben aber in der Folge erfolglos (BS 3).

Zunehmende Solidarisierungseffekte unter den Projektmoderatoren führten dazu, dass diese Moderatorin nach dem dritten Begleitseminar als Ko-Moderatorin in einen anderen Qualitätszirkel „einsteigen“ konnte, was die „verhinderte“ Moderatorin einerseits sehr freute, andererseits zeigte sie sich aber auch unzufrieden über diese „*second hand*“ - Rolle (Moderatorin Stand der QZ-Arbeit 4).

Zum Abschluss des Projektes hat auch diese Moderatorin die Gründung eines eigenen Qualitätszirkels noch im Blick, denkt aber jetzt eher an einen institutionsunabhängigen Qualitätszirkel „*mit Freiberuflern*“ (Abschlussbefragung).

5. Ergebnisse der Konzepterprobung

Nach der Kurzdarstellung der Ergebnisse und Perspektiven der Qualitätszirkel werden im nun folgenden Teil Ergebnisse der Arbeit der Qualitätszirkel hinsichtlich ihrer Aufgaben im Modellprojekt untersucht. Diese Darstellung wird durch ein Kapitel begonnen, das sich mit der zentralen Aufgabe der Projektes und der beteiligten Moderatoren beschäftigt, die Umsetzung des Konzepts „Qualitätszirkel“. Hier wird es um die Frage gehen, inwieweit die Konzeptumsetzung in den einzelnen Qualitätszirkeln gelungen ist, welche Bestandteile des Konzeptes leichter umgesetzt werden konnten und welche Bestandteile bei der Umsetzung auf besondere Schwierigkeiten stießen.

In den folgenden Kapiteln geht es dann darum, die Bedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung des Konzeptes zu untersuchen. Daher wird in einem Kapitel der Frage nachgegangen, welche Vorerfahrungen die Moderatoren mit anderen Formen der Gruppenarbeit gemacht haben. Diese Darstellung leitet dann zur Betrachtung der Startbedingungen der Qualitätszirkel und ihrem Einfluss auf die Konzeptumsetzung über. Zu den wesentlichen Aspekten der Startbedingungen zählen: die Teilnehmergebung, die institutionelle Rahmung der Qualitätszirkel, die Erwartungen der Teilnehmer und Moderatoren hinsichtlich der Arbeit im Qualitätszirkel sowie die Einschätzungen und ersten Erfahrungen der Moderatoren vor oder zu Beginn ihrer Arbeit im Qualitätszirkel.

Das folgende Kapitel beschäftigt sich dann mit den Strukturen in den entstandenen Gruppen und untersucht Zusammenhänge zwischen den Gruppenstrukturen und der Konzeptumsetzung. Zur Gruppenstruktur gehören neben den demographischen Daten auch die Kontinuität der Gruppenarbeit und der Teilnahme, sowie die hierarchische Struktur in den Gruppen, wozu auch der institutionelle Rahmen der Qualitätszirkel zu zählen ist. Es wird in dem Zusammenhang auch versucht eine Typisierung des institutionellen Rahmens vorzunehmen.

Im Anschluss gilt es, die Arbeitsweise hinsichtlich der Arbeit am Fall als Grundlage der Arbeit im Qualitätszirkel genauer zu betrachten, wobei hier auch der Frage nachgegangen werden soll, welche Formen der Fallarbeit in den Qualitätszirkeln eigentlich genutzt wurden.

Ein weiteres Kapitel beschäftigt sich mit den Einschätzungen der Teilnehmer und Moderatoren über die Arbeit im Qualitätszirkel, da hier wesentliche Hinweise zu den Wirkungen der Qualitätszirkel erwartet werden. Den Abschluss bilden Ergebnisse zur Bewertung der durchgeführten Schulung zum Qualitätszirkelmoderator durch die Moderatoren und die Projektgruppe.

5.1 Die Umsetzung des Konzepts - Die Qualitätszirkel auf dem Prüfstand

Eine wesentliche Aufgabe des Modellprojektes bestand darin, Bedingungen für die Umsetzung des Konzeptes „Ärztliche Qualitätszirkel“ im Feld der Gesundheitsförderung zu eruieren. Die Moderatoren hatten dabei die wesentliche Aufgabe, das Konzept in ihrem Qualitätszirkel zu erproben und den Adaptionsbedarf in den verschiedenen Feldern gemeinsam mit der Projektgruppe festzustellen.

Die Kriterien der Konzeptumsetzung lassen sich unter den Stichworten **Struktur**, **Gruppendynamik**, **Arbeitsweise in der Gruppe** und **Evaluation** zusammenfassen.

Strukturmerkmale	Gruppendynamik	Arbeitsweise	Evaluation
Freiwilligkeit	Gruppenatmosphäre/ Gruppenprobleme	Themenwahl	Evaluation der Zirkelarbeit selbst
Konstanz des Rahmenthemas	Kollegialität, gegenseitige Kritik	Zielsetzung und systematisches Vorgehen	Evaluation von Veränderungen im Handeln der Teilnehmer
Regelmäßigkeit der Teilnahme (Anwesenheit)	Gleichmäßigkeit der Mitarbeit	Problemliste	Schriftliche Evaluation der Arbeitsergebnisse
Konstanz des Teilnehmerkreises (feste Gruppe)	Moderator und Gruppe	Analyse des Alltagshandelns	Dokumentation von Veränderungen in der praktischen Tätigkeit
Kontinuität der Treffen		Nachvollziehbarkeit des Alltagshandelns/ Dokumentation	Evaluation der Zielerreichung nach Kriterien
Protokollführung (inhaltliche Kontinuität)		Fallbezug	Wiederholung der Evaluation von Veränderungen zu einem späteren Zeitpunkt
Moderation		Der Umgang mit dem Fall	
		Umsetzung in berufliches Alltagshandeln	
		Zielsetzung Qualitätsförderung	

Tabelle 15. Kriterien der Konzeptumsetzung

Diese Kriterien bildeten einerseits die Grundlage des Selbsteinschätzungsbogens für den Moderator zum Entwicklungsstand des Qualitätszirkels, außerdem wurden alle Qualitätszirkel nach diesen Kriterien von der Projektgruppe eingestuft, um Aussagen über die Bedingungen der Konzeptumsetzung in den Qualitätszirkeln treffen zu können. Die Einschätzungen der Projektgruppe basieren auf den zirkelbezogenen Auswertungen in Kapitel 6 und sind in längeren Diskussionen zu jedem Qualitätszirkel vorgenommen worden. Die auf dieser Basis erstellte Rangliste bewertet allerdings nicht den inhaltlichen Ertrag der Qualitätszirkelarbeit und nicht die Qualität der Arbeit des Moderators. In der folgenden Tabelle finden sich die Bewertungen der Qualitätszirkel durch die Projektgruppe.

(+ = erfüllt, - = nicht erfüllt; voll = Merkmalsbündel wurde voll erfüllt, tw = Merkmalsbündel wurde teilweise erfüllt, kaum = Merkmalsbündel wurde kaum erfüllt)

A. STRUKTURMERKMALE												
QZ 1	QZ 2	QZ 3	QZ 4	QZ 5	QZ 6	QZ 7	QZ 8	QZ 9	QZ 10	QZ 11	QZ 12	Insgesamt
1. Freiwilligkeit												
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Alle ja
2. Konstanz des Rahmenthemas												
+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	10 ja, 2 nein
3. Regelmäßigkeit der Teilnahme (Anwesenheit)												
+	-	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+	9 ja, 3 nein
4. Konstanz des Teilnehmerkreises (feste Gruppe)												
+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	10 ja, 2 nein
5. Kontinuität der Treffen												
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Alle ja
6. Protokollführung (inhaltliche Kontinuität)												
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Alle ja
7. Moderation												
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Alle ja
Merkmalsbündel:												
Voll 7/7	Teilw. 6/7	Teilw. 6/7	Voll 7/7	Voll 7/7	Voll 7/7	Voll 7/7	Teilw. 6/7	Teilw. 6/7	Voll 7/7	Kaum 4/7	Voll 7/7	7 voll, 4 tw, 1 kaum

QZ 1	QZ 2	QZ 3	QZ 4	QZ 5	QZ 6	QZ 7	QZ 8	QZ 9	QZ 10	QZ 11	QZ 12	Insgesamt
B. GRUPPENDYNAMIK												
<i>1. Gruppenatmosphäre / Gruppenprobleme</i>												
-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	9 ja, 3 nein
<i>2. Kollegialität, gegenseitige Kritik</i>												
+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	10 ja 2 nein
<i>3. Gleichwertigkeit der Mitarbeit</i>												
-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	10 ja, 2 nein
<i>4. Moderator und Gruppe</i>												
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Alle ja
Merkmalsbündel:												
Kaum 2/4	Voll 4/4	Voll 4/4	Kaum 2/4	Voll 4/4	Voll 4/4	Voll 4/4	Voll 4/4	Teilw. 3/4	Voll 4/4	Voll 4/4	Teilw. 3/4	8 voll, 2 tw, 2 kaum
C. ARBEITSWEISE												
<i>1. Themenwahl</i>												
-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	10 ja, 2 nein
<i>2. Zielsetzung und systematisches Vorgehen</i>												
+	-	-	+	-	+	-	+	-	-	-	+	5 ja, 7 nein,
<i>3. Problemliste</i>												
+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	3 ja, 9 nein

QZ 1	QZ 2	QZ 3	QZ 4	QZ 5	QZ 6	QZ 7	QZ 8	QZ 9	QZ 10	QZ 11	QZ 12	Insgesamt
4. Analyse des Alltagshandelns												
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Alle ja
5. Nachvollziehbarkeit des Alltagshandelns / Dokumentation												
+	-	-	-	-	-	+	+	-	+	+	+	6 ja, 6 nein
6. Fallbezug												
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Alle ja
7. Der Umgang mit dem Fall												
+	-	-	+	+	+	+	+	-	+	-	+	8 ja, 4 nein
8. Umsetzung in berufliches Alltagshandeln												
+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	11 ja, 1 nein
9. Zielsetzung Qualitätsförderung												
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Alle ja
Merkmalsbündel:												
Teilw. 8/9	Kaum 4/9	Kaum 5/9	Kaum 6/9	Kaum 6/9	Teilw. 7/9	Teilw. 8/9	Voll 9/9	Kaum 5/9	Teilw. 7/9	Kaum 6/9	Teilw. 8/9	1 Voll, 5 tw, 6 kaum
D. EVALUATION												
1. Evaluation der Zirkelarbeit selbst												
+	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	10 ja, 2 nein,
2. Evaluation von Veränderungen im Handeln der Teilnehmer												
-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	8 ja, 4 nein

QZ 1	QZ 2	QZ 3	QZ 4	QZ 5	QZ 6	QZ 7	QZ 8	QZ 9	QZ 10	QZ 11	QZ 12	Insgesamt
3. Schriftliche Evaluation der Arbeitsergebnisse												
-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	+	3 ja, 9 nein
4. Dokumentation von Veränderungen in der praktischen Tätigkeit												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Alle nein
5. Evaluation der Zielerreichung nach Kriterien												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Alle nein
6. Wiederholung der Evaluation von Veränderungen zu einem späteren Zeitpunkt												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Alle nein
Merkmalsbündel:												
Kaum 1/6	Kaum 0/6	Kaum 1/6	Teilw. 2/6	Kaum 1/6	Teilw. 3/6	Teilw. 3/6	Teilw. 2/6	Teilw. 2/6	Teilw. 2/6	Kaum 1/6	Teilw. 3/6	7 tw, 5 kaum
<u>Entwicklungsstufen insgesamt:</u>												
QZ 1	QZ 2	QZ 3	QZ 4	QZ 5	QZ 6	QZ 7	QZ 8	QZ 9	QZ 10	QZ 11	QZ 12	
A voll	A tw	A tw	A voll	A voll	A voll	A voll	A tw	A tw	A voll	A kaum	A voll	
B kaum	B voll	B voll	B kaum	B voll	B voll	B voll	B voll	B tw	B voll	B voll	B tw	
C tw	C kaum	C kaum	C kaum	C kaum	C tw	C tw	C voll	C kaum	C tw	C kaum	C tw	
D kaum	D kaum	D kaum	D tw	D kaum	D tw	D kaum	D tw					
Auswertung nach den Entwicklungsstufen (voll=3, tw=2, kaum=1 Punkt)												
7	7	7	7	8	10	10	10	7	10	6	9	
Auswertung nach der Gesamtpunktzahl (n=26)												
18/26	14/26	16/26	17/26	18/26	21/26	22/26	21/26	16/26	20/26	15/26	21/26	

Tabelle 16. Einstufung der Qualitätszirkel nach den Kriterien des QZ-Checks

Die Auswertung der Tabelle erfolgte nach den im QZ-Check erreichten Kriterien dergestalt, dass diese einfach für jeden Qualitätszirkel aufsummiert wurden. Nach dieser Methode konnte jeder Qualitätszirkel maximal 26 Punkte erreichen. Die Strukturmerkmale sind also mit 27% (7 von 26 Punkten), die Gruppendynamik mit 15% (4 von 26 Punkten), die Arbeitsweise mit 35% (9 von 26 Punkten) und die Evaluation mit 23% (6 von 26 Punkten) gewichtet.

	Strukturmerkmale	Gruppendynamik	Arbeitsweise	Evaluation	Wert
QZ 7	7	4	8	3	22
QZ 6	7	4	7	3	21
QZ 8	6	4	9	2	21
QZ 12	7	3	8	3	21
QZ 10	7	4	7	2	20
QZ 5	7	4	6	1	18
QZ 1	7	2	8	1	18
QZ 4	7	2	6	2	17
QZ 3	6	4	5	1	16
QZ 9	6	3	5	2	16
QZ 11	4	4	6	1	15
QZ 2	6	4	4	0	14

Tabelle 17. Auswertung nach einfachen Summen

Aus dieser Tabelle geht eine ganz ähnliche Rangordnung hervor, die allerdings stärker streut. Bei genauerer Betrachtung fällt aber auf, dass beispielsweise auch die Qualitätszirkel mit den höchsten Werten ganz unterschiedliche Stärken und Schwächen haben, so dass eine genauere Analyse geboten scheint.

	Spezifische Stärken	Spezifische Schwächen
QZ 7	Strukturmerkmale und Gruppendynamik	Zielsetzung und systematisches Vorgehen und keine fortgeschrittene Evaluation
QZ 6	Strukturmerkmale und Gruppendynamik	Problemliste, Dokumentation und keine fortgeschrittene Evaluation
QZ 8	Gruppendynamik und Arbeitsweise	Regelmäßigkeit der Teilnahme und begrenzte Evaluation
QZ 12	Strukturmerkmale	Kollegialität – gegenseitige Kritik, Problemliste und keine fortgeschrittene Evaluation
QZ 10	Strukturmerkmale und Gruppendynamik	Problemliste, Zielsetzung und systematisches Vorgehen, geringe Evaluation
QZ 5	Strukturmerkmale und Gruppendynamik	Zielsetzung und systematisches Vorgehen, Problemliste, Dokumentation und geringe Evaluation
QZ 1	Strukturmerkmale	Gruppenatmosphäre, Gleichwertigkeit der Mitarbeit, Themenwahl und geringe Evaluation
QZ 4	Strukturmerkmale	Gleichwertigkeit der Mitarbeit, Kollegialität – gegenseitige Kritik, Themenwahl, Problemliste, Dokumentation und begrenzte Evaluation
QZ 3	Gruppendynamik	Konstanz des Rahmenthemas, Zielsetzung und systematisches Vorgehen, Problemliste, Dokumentation, Umgang mit dem Fall und geringe Evaluation
QZ 9	Keine Kategorie voll erfüllt	Konstanz des Teilnehmerkreises, Gruppenatmosphäre, Zielsetzung und systematisches Vorgehen, Problemliste, Dokumentation, Umgang mit dem Fall und begrenzte Evaluation
QZ 11	Gruppendynamik	Konstanz des Rahmenthemas, Konstanz des Teilnehmerkreises, Regelmäßigkeit der Teilnahme, Zielsetzung und systematisches Vorgehen, Problemliste, Umgang mit dem Fall und geringe Evaluation
QZ 2	Gruppendynamik	Regelmäßigkeit der Teilnahme, Zielsetzung und systematisches Vorgehen, Problemliste, Dokumentation, Umgang mit dem Fall, Umsetzung in berufliches Alltagshandeln und keine Evaluation

Tabelle 18. Stärken und Schwächen der Qualitätszirkel nach den Kriterien des QZ-Checks

Diese Tabelle verdeutlicht anhand der Oberbegriffe des Kriterienkatalogs des QZ-Checks, in welchen Bereichen der Konzeptumsetzung die Qualitätszirkel ihre spezifischen Stärken und Schwächen hatten. Es ist leicht nachvollziehbar, dass die Qualitätszirkel, in denen die Konzeptumsetzung besser gelungen ist, auch in mehreren Bereichen Stärken aufweisen. Es scheint aber außerdem so zu sein, dass die vollständige Erfüllung der *Strukturmerkmale* eine wichtige Grundlage für die Konzeptumsetzung ist, wenngleich auch die weniger erfolgreichen Qualitätszirkel sechs von sieben Kriterien erfüllt haben. Hingegen könnte die Erfüllung der Kriterien zur *Gruppendynamik* ein Hinweis darauf sein, dass hier bereits bekannte Formen der Gruppenarbeit fortgesetzt wurden oder sich die Gruppe und der Moderator darauf „geeinigt“ haben, hier den Schwerpunkt der Gruppenarbeit zu legen.

Eine nähere Betrachtung der Stärken und Schwächen der Qualitätszirkel hinsichtlich der Konzeptumsetzung zeigt fast durchweg Ähnlichkeiten, die sich am Qualitätskreislauf festmachen lassen.

Abbildung 1. Qualitätskreislauf



Bei 10 von 12 Qualitätszirkeln ist eine freie **Themenwahl** durchgeführt worden. Bei zwei Qualitätszirkeln war das Thema bereits durch die Rahmenbedingungen der Qualitätszirkel vorgegeben. Die konkrete Gestaltung konnte aber auch durch den Zirkel beeinflusst werden. Beide Qualitätszirkel waren innerinstitutionelle Qualitätszirkel.

Die Formulierung einer **Zielsetzung** und das anschließende **systematische Vorgehen** auf Grundlage der Themenwahl gelang aber nur in fünf Qualitätszirkeln. Sieben Qualitätszirkel zeigten in diesem Punkt Schwächen in der Umsetzung, wobei hier auch Qualitätszirkel Schwierigkeiten hatten, die sich ansonsten durch einen hohen Grad der Konzeptumsetzung auszeichnen. Es scheint also ein besonderes Problem darin zu bestehen, dass die Gruppe bereits zu Beginn der Bearbeitung eines Themas ein Ziel und die einzelnen Arbeitsschritte nach dem Qualitätskreislauf festlegt.

Eine weitere besondere Hürde bei der Konzeptumsetzung stellte offenbar die **Problemdefinition** für die Qualitätszirkel dar. Neun von 12 Qualitätszirkeln haben keine Problemliste erstellt, aus der hervorgeht, welche Aspekte des Themas in der alltäglichen Arbeit für die Teilnehmer besonders wichtig sind und wie die Qualitätskriterien zur Beurteilung der eigenen Arbeit bezüglich des aktuellen Themas aussehen könnten.

Die **Dokumentation des Alltagshandelns** ist in sechs Qualitätszirkeln konzeptgemäß durchgeführt worden, wobei diese sechs Qualitätszirkel insgesamt etwas erfolgreicher in der Konzeptumsetzung gewesen sind.

Fälle stellten in allen Qualitätszirkeln eine wichtige Grundlage der Diskussion dar, wobei kaum ein Qualitätszirkel in jeder Sitzung einen Fall diskutiert hat. Vielmehr scheint sich die Arbeit an konkreten Fällen und die themenbezogene Arbeit in den Qualitätszirkel eher abgewechselt zu haben, wie Tabelle 27 zeigt.

Nummer	6/00	7/00	8/00	9/00	10/00	11/00	12/00	1/01	2/01	3/01	4/01	5/01	6/01	7/01	8/01	Rang
1	Gruppenbildung; Konzeptvermittlung und Themenwahl			Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)				Themenbezogene Arbeit		Themenbezogene Arbeit			Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)			7
2	Gruppenbildung; Konzeptvermittlung und Themenwahl	Themenbezogene Arbeit	Themenbezogene Arbeit	Themenbezogene Arbeit	Themenbezogene Arbeit	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Themenbezogene Arbeit	Themenbezogene Arbeit	Themenbezogene Arbeit	Themenbezogene Arbeit						12
3			Gruppenbildung; Konzeptvermittlung und Themenwahl		Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Themenbezogene Arbeit		Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Themenbezogene Arbeit		Themenbezogene Arbeit					9
4				Gruppenbildung; Konzeptvermittlung und Themenwahl	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)		Themenbezogene Arbeit		Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)			Themenbezogene Arbeit			8
5	Gruppenbildung; Konzeptvermittlung und Themenwahl					Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Themenbezogene Arbeit		Themenbezogene Arbeit							6
6	Gruppenbildung; Konzeptvermittlung und Themenwahl		Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)				Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	(Zwischen) Bilanz		Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)				2
7	Gruppenbildung; Konzeptvermittlung und Themenwahl			Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)		Themenbezogene Arbeit		Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)			Themenbezogene Arbeit	(Zwischen) Bilanz		1
8	Gruppenbildung; Konzeptvermittlung und Themenwahl	Gruppenbildung; Konzeptvermittlung und Themenwahl		Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Themenbezogene Arbeit	Themenbezogene Arbeit	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)		Themenbezogene Arbeit	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)					3
9	Gruppenbildung; Konzeptvermittlung und Themenwahl			Gruppenbildung; Konzeptvermittlung und Themenwahl	Themenbezogene Arbeit	Themenbezogene Arbeit	Themenbezogene Arbeit	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Themenbezogene Arbeit		Themenbezogene Arbeit	Themenbezogene Arbeit			10
10	Gruppenbildung; Konzeptvermittlung und Themenwahl			Gruppenbildung; Konzeptvermittlung und Themenwahl	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)		Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)		(Zwischen) Bilanz			5
11						Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Themenbezogene Arbeit	(Zwischen) Bilanz	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Themenbezogene Arbeit			11
12	Themenbezogene Arbeit	Themenbezogene Arbeit		Themenbezogene Arbeit		Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)		Themenbezogene Arbeit		Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)	(Zwischen) Bilanz	Themenbezogene Arbeit	Themenbezogene Arbeit		4

Tabelle 19. Fallarbeit in den Qualitätszirkeln

- Legende:
- Gruppenbildung; Konzeptvermittlung und Themenwahl
 - Fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse)
 - Themenbezogene Arbeit
 - (Zwischen) Bilanz

Die Tabelle verdeutlicht die Arbeit der Qualitätszirkel hinsichtlich der Aspekte Gruppenbildung, themenbezogene Arbeit, fallbezogene Arbeit (Ist-Analyse) und der (Zwischen-) Bilanz. Die einzelnen Merkmale der Arbeitsphasen sind farblich hervorgehoben worden. Es wird hier deutlich, dass alle Qualitätszirkel eine Gruppenfindung durchlaufen haben (Zirkel 12 hat sich bereits vor Projektbeginn zur Gruppen- und Themenfindung getroffen). Die meisten Qualitätszirkel sind direkt beim nächsten Treffen bereits mit Fallarbeit eingestiegen (9), wobei nur drei Qualitätszirkel diese Arbeitsweise auch beim dritten Treffen fortgesetzt haben. Fünf Qualitätszirkel haben aber bei mehr Treffen an konkreten Fällen gearbeitet, was über eine „nur“ themenbezogene Arbeit hinausging. Drei Qualitätszirkel haben ein ausgewogenes Verhältnis und vier Qualitätszirkel haben mehr Sitzungen themenbezogen gearbeitet.

Die Art der fallorientierten Arbeit unterschied sich allerdings in den Qualitätszirkeln. So wurden die Fälle in einigen Qualitätszirkeln den anderen Teilnehmern des Qualitätszirkels nicht auf dokumentierter Basis präsentiert, dienten aber, wie in allen anderen Qualitätszirkeln auch, der **Analyse des Alltagshandelns** der Teilnehmer.

Alle Qualitätszirkel beschäftigten sich in den Diskussionen auch mit der Frage nach der angemessenen Umsetzung der Diskussionsergebnisse in der beruflichen Praxis der Teilnehmer, so dass auch alle Qualitätszirkel die **Zielorientierung** im Hinblick auf die **Qualitätsförderung** in ihre Arbeit integrierten.

Die **Überprüfung möglicher Veränderungen** in der Arbeitspraxis, also die Evaluation der Arbeit, ist in den meisten Qualitätszirkeln in Ansätzen gelungen. So haben fast alle Qualitätszirkel (10), beispielsweise in speziellen Bilanzsitzungen, die Effektivität der Arbeit im Qualitätszirkel selbst diskutiert. Auch die Wirkungen der Arbeit im Qualitätszirkel auf die konkrete Arbeitspraxis sind noch in 2/3 der Qualitätszirkel in der Diskussion überprüft worden, schriftlich dokumentiert wurde diese Diskussion aber nur noch von drei Qualitätszirkeln. Die nächsten Schritte der Arbeit nach dem Qualitätskreislauf wären eine erneute Dokumentation der Arbeitspraxis gewesen, um Veränderungen zu identifizieren, zu bewerten und daraufhin die Arbeitspraxis erneut anzupassen. Zu diesen Arbeitsschritten ist keiner der Qualitätszirkel gekommen, die Arbeitsphase der Qualitätszirkel war aufgrund des Zeitrahmens des Projektes in der Regel bereits beendet.

Fazit

Es zeigt sich, dass die Konzeptumsetzung in den Qualitätszirkeln unterschiedlich gelungen ist. Fast alle Qualitätszirkel haben die Kriterien zu den **Strukturmerkmalen** erfüllen können. Schwächen gab es in einzelnen Qualitätszirkeln hinsichtlich der *Konstanz des Teilnehmerkreises*, der *Regelmäßigkeit der Teilnahme* und der *Konstanz des Rahmenthemas*. Nur ein Qualitätszirkel (QZ 11) erfüllte keines der drei genannten Kriterien, was möglicherweise dann auch die Konzeptumsetzung behindert hat. In allen Qualitätszirkeln ist eine arbeitsfähige Gruppe entstanden, die im Umgang miteinander wesentliche Grundlagen einer erfolgreichen Gruppenarbeit legen konnten, so dass die Kriterien zur **Gruppendynamik** weitgehend erfüllt wurden. Drei Qualitätszirkel (QZ 1, QZ 4, QZ 12) hatten in diesem Bereich aufgrund der Rahmenbedingungen größere Schwierigkeiten, was aber sowohl die Arbeitsweise der Qualitätszirkel, als auch deren inhaltlichen Ertrag nicht nachhaltig behindert hat. So ist in zwei Qualitätszirkeln (QZ 1, QZ 12) die Umsetzung der Kriterien zur Arbeitsweise sehr gut gelungen.

Die Umsetzung der **Arbeitsweise** ist in den Qualitätszirkeln sehr unterschiedlich gelungen. Stärken der Qualitätszirkel lagen offensichtlich in der Themenwahl, die die Gruppenteilnehmer in der Regel selbst haben gestalten können. Nur in zwei institutionellen Qualitätszirkeln waren die Rahmenthemen bereits durch die Gründung der Qualitätszirkel vorgegeben (QZ 1, QZ 4). Alle Qualitätszirkel haben sich auf das Alltagshandeln und die meisten Qualitätszirkel haben sich weitergehend auch auf konkrete Fälle der Teilnehmer bezogen. Dementsprechend hatten auch alle Qualitätszirkel das explizite Ziel der Qualitätsförderung, was durch *„kollegiale Absprachen über eine gemeinsame Vorgehensweise, die Formulierung von Richtlinien und Qualitätsmerkmalen, die Erarbeitung individueller Veränderungsvorschläge oder die Steigerung der Eigen-, Professionellen- und Gestaltungskompetenz“* (QZ-Check) zum Ausdruck kam.

Die Konzeptumsetzung hinsichtlich der **Evaluation** ist in der Regel auf die Evaluation der eigenen Zirkelarbeit und die Evaluation von Veränderungen im Handeln der Teilnehmer beschränkt geblieben, was aber auch dem Zeitrahmen des Projektes geschuldet war. Die Arbeit im Qualitätszirkel selbst wurde bei allen Zirkeln im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung [Kurzevaluation] evaluiert.

5.2 Welchen Einfluss haben unterschiedliche Startbedingungen auf den Verlauf der Qualitätszirkel?

Um die Entwicklung in den Qualitätszirkeln im Verlauf des Projektzeitrahmens besser einschätzen zu können, ist es von großer Bedeutung, die Ausgangsbedingungen der Qualitätszirkel in die Betrachtung einzubeziehen. In diesem Abschnitt soll es darum gehen, die Startbedingungen der Qualitätszirkel einander gegenüberzustellen, um zu prüfen, inwieweit diese zur Konzeptumsetzung in den Qualitätszirkeln beigetragen haben. Die Startbedingungen der Qualitätszirkel lassen sich in verschiedene Aspekte differenzieren, die kurz skizziert werden sollen.

Startzeitraum

Dieser Aspekt mag auf den ersten Blick etwas banal wirken, aber es ist die Frage danach zu stellen, wann die einzelnen Qualitätszirkel ihre Arbeit aufgenommen haben und inwieweit jahreszeitliche Bedingungen (z.B. Sommerferien) diese Arbeit beeinflusst haben.

Teilnehmergewinnung

Da die Moderatoren im Modellprojekt die Aufgabe hatten, bis zum Juni 2000 einen Qualitätszirkel zu initiieren, spielte die Teilnehmergewinnung in dieser Zeit eine wichtige Rolle. Dies gilt umso mehr, wenn die Moderatoren nicht an bestehende Gruppenarbeitszusammenhänge anknüpfen konnten und die Gründung eines Qualitätszirkels auch von genügend Teilnehmern abhing. In einigen Qualitätszirkeln konnte dagegen an bestehende Kooperationen angeknüpft werden, oder aber die Gruppen existierten bereits vor dem Juni 2000. Informationen über die Teilnehmergewinnung liefert die Eingangsbefragung der Moderatoren, die Dokumentationen der Begleitseminare sowie bei einigen Qualitätszirkeln auch die Fragebögen zum Stand der Qualitätszirkelarbeit.

Institutionelle Unterstützung und Rahmenbedingungen für Moderatoren und Teilnehmer

Dieser Aspekt wird von wesentlicher Bedeutung für die Entwicklung der Qualitätszirkel gewesen sein. Hier sind Fragen nach der Freistellung der Teilnehmer und des Moderators, anderer Formen institutioneller Unterstützung oder Hemmnisse und Interessensdivergenzen der beteiligten Akteure zu beachten. Teilweise liegen die Informationen aus den einzelnen Qualitätszirkeln vor, teilweise lassen sich Einschätzungen dazu nur interpretieren. Informationen liefern hier die Eingangsbefragung der Moderatoren, die Fragebögen zum Stand der Qualitätszirkelarbeit und die Dokumentationen der Begleitseminare.

Kongruenz der Vorstellungen und Erwartungen der Moderatoren und Teilnehmer

Ein weiterer wesentlicher Aspekt bei der Analyse der Startbedingungen bezieht die Erwartungen und Vorstellungen der Teilnehmer und Moderatoren ein, da vermutet werden kann, dass je ähnlicher diese Erwartungen sich sind, desto einvernehmlicher die Gruppenarbeit gestaltet sein könnte. Die Erwartungen der Moderatoren wurden in einer offenen Frage der Eingangsbefragung erhoben (weitere Hinweise liefern zwei geschlossene Fragen zu Erwartungen und Motivation der Moderatoren im Bewerbungsbogen, auf die später noch Bezug genommen werden wird), die Erwartungen der Teilnehmer wurden in einer geschlossenen Frage der Eingangsbefragung erhoben.

Einschätzungen der Moderatoren

Da sich die Moderatoren in der Eingangsbefragung zu den Probleme in der Initiierungsphase ihres Qualitätszirkels und zu den noch vor Ihnen liegenden Problemen äußern konnten, werden auch diese kurz dargestellt.

Folgende Tabelle versucht, Aufschluss über die Startbedingungen in den Qualitätszirkeln im Rahmen der genannten Aspekte zu liefern.

	Startzeit	Teilnehmer-Gewinnung	Inst. Unterstützung Moderatoren	Inst. Unterstützung Teilnehmer	Erwartungen Moderator	Erwartungen Teilnehmer	Probleme: Einschätzungen der Moderatoren
QZ 7	Juni 2000, 2 Mon. Sommerpause	TN aus eigener Inst., QZ durch Vorgesetzten unterstützt, daher bedingte Freiwilligkeit. Bestehende Gruppe	QM + QS als Anspruch der Inst., Mod. voll unterstützt: Arbeitszeit	QM + QS als Anspruch der Inst., Teilnahme voll unterstützt: in der Arbeitszeit	Pers. Weiterbildung, Hohe Erwartungen des Mod. bzgl. inhaltlicher Ergebnisse	Ängste bei den TN, Erwartungen bzgl. Veränderungen eig. Arbeitspraxis, neuer Infos	Alle TN für das Projekt zu begeistern
QZ 6	Juni 2000, 1 Mon. Sommerpause	Pers. Ansprache (<i>be-lastend</i>) aber auch pers. bekannt. Neue Gruppe	Keine Freistellung, aber Getränke und Porto und Projekteinahme	Unterschiedlich, i.d.R. neben der Arbeit	Konzeptentwicklung zielgerichtetes Arbeiten an Alltagsproblemen Hohe Anforderungen an die Moderation, Ängste diesen nicht gerecht werden zu können	Einblicke in eigene Tätigkeit, Kontakte, Austausch	Suche nach engagierten, motivierten TN, die auch vom Arbeitgeber freigestellt werden, was schwierig. Einige konnten sich wenig unter QZ vorstellen, das Ziel aus dem Auge zu verlieren.
QZ 8	Juni 2000, 2 Mon. Sommerpause	Pers. Ansprache (<i>schwierig</i>), TN bekannt. Neue Gruppe	QZ Bestandteil eines QM-Projektes: Mod. Mitarbeiterin	Unterschiedlich, Mehrzahl selbständig, einige MA in QM-Projekt	Wiss. Interesse, zu wenige TN, Kompetenzgerangel mit dem Vorgesetzten, fruchtbarere Arbeit	Hoch motiviert: Veränderungen eig. Arbeitspraxis Austausch	Es gibt bereits einen QZ in der Region (anderes Thema). Genug TN? Rolle des Vorgesetzten
QZ 12	April 2000, 2 Mon. Sommerpause	TN kannten sich aus AK der psychosozialen AG	Beginn: voll Arbeitszeit – Freizeit, dann häufig Projektteilnahme in Freizeit	Hälfte Arbeitszeit – Freizeit	Spannende Konflikte und Konkurrenzen	Hohe Erw., Infos, Veränderungen eig. Arbeitspraxis, Austausch	Termin für Info-Gespräch
QZ 10	Juni 2000, 2 Mon. Sommerpause	Anfrage Institutionen: unverbindliche Antworten, pers. Ansprache (schwierig)	Mod. selbständig	TN nahmen in ihrer Freizeit am QZ teil. Viele TN in Leitungspositionen	Zweifel an den eigenen Moderationsfähigkeiten	Hohe Erw. Infos, verbesserte Beratung, Kontakt	Kurze Info-Broschüre wäre hilfreich Eini-gung auf Termin
QZ 5	Juni 2000, 1 Mon. Sommerpause	TN aus Unternehmen, Anknüpfung an bestehende Fortbildungen	Teilnahme in Arbeitszeit und Spesenerstattung	Teilnahme in Arbeitszeit und Spesenerstattung	Konzeptentwicklung zur Arbeitserleichterung,	Austausch, Veränderung eig. Arbeitspraxis psychosoziale Entlastung	Kontinuität unsicher, da bundesweiter QZ
QZ 1	Juni 2000, 2 Mon. Sommerpause	Alle TN pers. bekannt und angesprochen. Sozialer Druck zur Teilnahme	Mod. fühlte sich anfangs gut unterstützt	Teilnahme in Arbeitszeit	Spannend, Lerneffekte, legitime Kritik an der Moderation, Bereicherung	Emotionaler Rückhalt, Kontakte; berufspolitische Überlegungen	Arbeit hätte längst geleistet werden müssen, Amtsleiter könnten abwehrend sagen „die schon wieder“

	Startzeit	Teilnehmer-Gewinnung	Inst. Unterstützung Moderatoren	Inst. Unterstützung Teilnehmer	Erwartungen Moderator	Erwartungen Teilnehmer	Probleme: Einschätzungen der Moderatoren
QZ 4	September 2000	TN als Vertreter versch. Abt. standen fest.	Mod. konnte als „externer“ den QZ initiieren und moderieren, Arbeitgeber unterstützte Projektteilnahme	Teilnahme in Arbeitszeit	Unregelmäßige Teilnahme (Belastung), Struktur lässt sich nicht vereinbaren, Lust auf neues Lernen	Hohe Erwartungen: Verbesserung der Beratung, Informations, emotionaler Rückhalt	
QZ 9	Juni 2000, 2 Mon. Sommerpause	TN von Inst. A gut, Inst. B sehr schleppende Teilnahme	Inst. B stellte Raum, QZ als Weiterbildungsmaßnahme anerkannt	Selbständige TN und Angestellte der Inst. B Teilnahme in Arbeitszeit	Berufl. Weiterbildung, höherer Zeitbedarf	Geringere Erwartungen, aber Erfahrung weitergeben, Infos	Bis dato lässt sich alles gut an Abschießende Teilnehmerfindung
QZ 3	August 2000	Teilnehmer alle bekommt aus gemeinsamen Fortbildungen	Arbeitgeber stellte Raum, Getränke und Porto und unterstützte Projektteilnahme	Teilnahme in Arbeitszeit, aber 1 TN Schichtdienst	Unregelmäßige Teilnahme, dass sich Struktur nicht vereinbaren lässt, Langgehegte Idee, Lust auf neues Lernen	Emotionalen Rückhalt, fachbez. Handlungssicherheit, Bewusstwerdung eigener Grenzen	Zustimmung der Hauptfürsorgestelle, feste Zusagen der TN, Ort + Zeit, TN für eine strukturierte Arbeit zu gewinnen
QZ 11	November 2000	1. Serienbrief an über 400 potentielle Interessen: kaum Resonanz 2. pers. Ansprache	Arbeitgeber stellte Raum, Getränke, Porto und unterstützte die Projektteilnahme	TN freiberuflich, Terminprobleme	Arbeit soll Spaß machen, Infos	Einblicke in eigene Tätigkeit, Infos, Verbesserung der Beratung	Vielzahl der möglichen Ansprechpartner Auswahl der TN
QZ 2	Juni 2000	Pers. Ansprache, alle TN dem Mod. aus Arbeitskreis Selbsthilfe bekannt	Arbeitgeber stellte Raum, Getränke, Porto und unterstützte die Projektteilnahme	TN kamen in ihrer Freizeit	Neue Erfahrungen	Infos, Erfahrung weitergeben, Austausch und emotionalen Rückhalt	Die hohen Erwartungen der Dienststelle an das Projekt

Tabelle 20. Startbedingungen der Qualitätszirkel

5.2.1 Startzeitraum

Die meisten Qualitätszirkel haben ihre Arbeit im Juni 2000 aufgenommen, ein Qualitätszirkel hat sich bereits im Frühjahr getroffen, um sich über Arbeitsweise und Ziele der gemeinsamen Arbeit zu verständigen (QZ 12). Drei Qualitätszirkel sind etwas später von August bis November 2000 gestartet. In einem Fall hat die schwierige Gewinnung von Teilnehmern zur Verzögerung beigetragen, da sich die Versendung eines Serienbriefes an potenzielle Interessenten als wenig hilfreich erwies (QZ 11). Bei einem anderen Qualitätszirkel war ein früherer Start aus betriebsinternen Gründen nicht möglich, der Moderator war hier als externer Moderator beteiligt. Fast alle im Juni startenden Qualitätszirkel haben anschließend eine Sommerpause von vier bis acht Wochen eingelegt.

5.2.2 Teilnehmergewinning

Die Teilnehmergewinning gestaltete sich in den Qualitätszirkel ganz unterschiedlich, wobei die Moderatoren verschiedene Wege gegangen sind. In den meisten Qualitätszirkeln kannten sich viele Teilnehmer (und der Moderator) bereits untereinander. Drei Qualitätszirkel fanden sich vor dem Hintergrund einer bereits bestehenden Gruppe zusammen, die sich nur noch auf die neue Arbeitsweise und teilweise auf die Aufnahme neuer Gruppenmitglieder einigen musste (QZ 12, QZ 2, QZ 7). In fünf Qualitätszirkeln beschrieben die Moderatoren die Teilnehmergewinning als problematisch oder schwierig (QZ 11, QZ 10, QZ 9, QZ 8, QZ 6). Diese Qualitätszirkel gehören nach der Einteilung zum Institutionsbezug zu den übergreifenden Typen (vgl. S. 333 Tabelle 50.). Die geringsten Schwierigkeiten hatten die institutionsinternen Qualitätszirkel, da hier die Teilnehmer entweder vom Auftrag des Qualitätszirkels her quasi feststanden, oder es bereits eine Gruppe gab, die sich nach dem Qualitätszirkel organisieren und arbeiten wollte. In diesen Qualitätszirkeln kann aber deshalb auch nur von einer bedingt freiwilligen Teilnahme gesprochen werden (QZ 1, QZ 4, QZ 7).

Es hat sich offenbar in den meisten Qualitätszirkeln bewährt, die Teilnehmer persönlich anzusprechen. In einem Fall wurde zuerst der Versuch unternommen, Institutionen, deren Teilnahme dem Moderator sinnvoll erschien, anzusprechen, wobei die Resonanz gering blieb. Erst nachdem der persönliche Kontakt gesucht wurde, konnte der Moderator Teilnehmer für den Qualitätszirkel gewinnen (QZ 10). In einem anderen Fall ging die Moderatorin von einem großen Interesse an der Teilnahme im Qualitätszirkel aus, nachdem sie über 400 potenzielle Teilnehmer mit einem Serienbrief angeschrieben hatte. Die Resonanz blieb allerdings mit vier Teilnehmern bei einem ersten Treffen deutlich hinter ihren Erwartungen zurück, auch hier fand sich erst nach persönlichen Gesprächen ein ausreichender Kreis für den Qualitätszirkel zusammen (QZ 11).

5.2.3 Institutionelle Unterstützung und Rahmenbedingungen für Moderatoren und Teilnehmer

Ein wesentlicher Unterschied liegt darin, an welcher Institution die Moderatoren die Qualitätszirkel durchführen konnten. Einige Moderatoren führten die Qualitätszirkel an der eigenen Institution durch (QZ 2, QZ 3, QZ 5, QZ 7, QZ 8, QZ 11) und sahen sich von ihrer Institution auch gut unterstützt. Diese Unterstützung drückte sich sowohl in der Bereitstellung der Räume, Tagungstechnik und Verpflegung aus, umfasste aber auch den Versand der Einladungen, die Freistellung des Moderators und in einem

Fall auch die Bereitstellung einer Protokollantin, die an jeder Sitzung teilnahm und ein Protokoll anfertigte (QZ 7). Alle diese Institutionen unterstützten auch die Projektteilnahme der Moderatoren, wozu auch die regelmäßigen Begleitseminare in Göttingen zählten.

Drei Moderatoren führten ihre interdisziplinären Qualitätszirkel ohne Anbindung an eine Institution durch (QZ 6, QZ 10, QZ 12). In zweien dieser Fälle (QZ 10, QZ 12) nutzten die Qualitätszirkel regelmäßig dieselben Räume einer Institution, im dritten Fall (QZ 6) traf sich der Qualitätszirkel in unterschiedlichen Räumlichkeiten, wobei der Arbeitgeber der Moderatorin Getränke und das Porto für den Versand der Einladungen trug. In einem Fall unterstützte der Arbeitgeber die Projektteilnahme allerdings nur zu Beginn der Qualitätszirkelarbeit, hier wechselte die Moderatorin nach einigen Sitzungen des Qualitätszirkels sogar den Arbeitsplatz. Ein Qualitätszirkel hat sich im Rahmen einer Institution getroffen, der der Moderator nicht angehört hat. Die Institution stellte Räume, Getränke und die Mitarbeiter von der Arbeit frei, über eine Entlohnung des Moderators ist nichts bekannt.

Welche Unterstützung die Teilnehmer von ihren Institutionen oder Arbeitgebern erfahren haben, richtete sich nach verschiedenen Aspekten, die qualitätszirkelübergreifend für die Teilnehmergruppen galten, so dass nicht alle Teilnehmer eines Qualitätszirkels unter denselben Bedingungen am Qualitätszirkel teilgenommen haben. Die Teilnehmer, an deren Institutionen die Qualitätszirkel angegliedert waren, waren auch von ihren Arbeitgebern für die Teilnahme freigestellt. Die selbständig tätigen Teilnehmer haben entweder in ihrer Freizeit am Qualitätszirkel teilgenommen oder berufliche Termine entsprechend verlegt. Hinzu kommen aber auch noch viele nicht berufstätige Teilnehmer oder Vertreter von Selbsthilfegruppen, die natürlich in ihrer Freizeit am Qualitätszirkel teilgenommen haben.

5.2.4 Kongruenz der Vorstellungen und Erwartungen der Moderatoren und Teilnehmer

Die Erwartungen der Moderatoren wurden mit geschlossenen Fragen im Bewerbungsbogen und mit einer offenen Frage in der Eingangsbefragung erhoben. Die Ergebnisse der Befragung der Teilnehmer zu ihren Erwartungen an eine Teilnahme am Qualitätszirkel sind auf ähnliche Weise ausgewertet worden. Die Antworten wurden nach drei unterschiedlichen Bereichen zusammengefasst, um einen Vergleich der Angaben zu ermöglichen. Im Folgenden finden sich die Oberbegriffe der vergleichbaren Kategorien bei den Moderatoren und Teilnehmern mit den zugehörigen Antwortmöglichkeiten. Die zusätzlichen Antwortmöglichkeiten der Moderatoren sind [blau](#) hervorgehoben.

Emotionale Aspekte:

Hierunter werden Erwartungen verstanden, die sich vorwiegend auf emotionale Aspekte der eigenen Arbeit und die eigene Person beziehen.

- mehr Freude an der Arbeit haben
- mehr emotionalen Rückhalt für die tägliche Arbeit bekommen

Stärkung der institutionellen Qualifikation:

Hierunter werden Erwartungen verstanden, die sich vorwiegend auf eine Stärkung der Qualifikationen beziehen, die der Institution dienen könnten, sich aber nicht unmittelbar auf die eigene Arbeitspraxis und die eigene Kompetenz beziehen.

- Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner gewinnen
- eigene Erfahrung weitergeben
- [an der Vernetzung in der Gesundheitsförderung mitwirken](#)

- Außendarstellung der Institution verbessern
- Profil der Gesundheitsförderung schärfen
- ein neues Konzept erproben

Stärkung der Kompetenz im eigenen Arbeitsalltag

Hierunter werden Erwartungen verstanden, die sich vorwiegend auf eine Stärkung der Qualifikationen beziehen, die sich unmittelbar auf die eigene Arbeitspraxis und auf die eigene Kompetenz beziehen.

- eine größere Bewusstheit meiner Grenzen erreichen
- mehr fachbezogene Handlungssicherheit erwerben
- mehr Einblicke in meine eigene Tätigkeit bekommen
- den Kontakt zu meinen Kollegen verbessern
- die Beratung meiner Klienten verbessern
- mein Verhalten in der täglichen Praxis ändern
- zu akuten Problemstellungen Lösungen erarbeiten

Bei der Betrachtung der Ergebnisse dieses Vergleichs muss aber in Rechnung gestellt werden, dass die Datenlage gerade bei den Moderatoren auf kleinen Fallzahlen beruht. Insbesondere bei den Erwartungen hinsichtlich emotionaler Aspekte gab es nur zwei Fragen, so dass die Moderatorenantworten in der Summe nur die Ausprägungen der Zustimmung 0%, 50% oder 100% erreichen konnten. Die Ergebnisse dieser Auswertung finden sich in folgender Tabelle.

QZ	Emotionale Aspekte		Stärkung der inst. Qualifikation		Stärkung der Kompetenz im Arbeitsalltag	
	Teilnehmer	Moderator	Teilnehmer	Moderator	Teilnehmer	Moderator
QZ 7	43%	50%	79%	83%	72%	57%
QZ 6	62%	50%	84%	83%	72%	86%
QZ 8	41%	0%	78%	83%	85%	86%
QZ 12	65%	100%	95%	67%	80%	86%
QZ 10	60%	100%	90%	100%	83%	100%
QZ 5	92%	100%	92%	100%	70%	100%
QZ 1	55%	0%	87%	50%	65%	29%
QZ 4	65%	100%	90%	67%	70%	71%
QZ 3	75%	100%	83%	67%	69%	71%
QZ 9	39%	100%	89%	67%	35%	86%
QZ 11	50%	100%	75%	83%	58%	57%
QZ 2	50%	0%	91%	83%	52%	57%
Ø	58%	67%	86%	78%	68%	74%

Tabelle 21. Ergebnisse des Vergleichs der Erwartungen der Teilnehmer und Moderatoren nach der Rangordnung der Konzeptumsetzung (Zustimmung in %)

Aus dieser Tabelle wird deutlich, dass es teilweise erhebliche Abweichungen zwischen den Erwartungen der Moderatoren und Teilnehmern gibt (die „Extremwerte“ 0% und 100% sind farblich hervorge-

hoben). Es zeigt sich aber auch, dass die Werte teilweise sehr dicht beieinander liegen. Um die Struktur dieses Vergleiches deutlicher zu machen, sind in der nächsten Tabelle die Differenzen zwischen den Erwartungen der Teilnehmer und der Moderatoren dargestellt:

QZ	Emotionale Aspekte	Stärkung der inst. Qualifikation	Stärkung der Kompetenz im Arbeitsalltag
QZ 7	- 7	- 4	+ 15
QZ 6	+ 12	+ 1	- 14
QZ 8	+ 41	- 5	- 1
QZ 12	- 35	+ 28	- 6
QZ 10	- 40	- 10	- 7
QZ 5	- 8	- 8	- 30
QZ 1	+ 55	+ 37	+ 36
QZ 4	- 35	+ 23	- 1
QZ 3	- 25	+ 16	- 2
QZ 9	- 61	+ 22	- 51
QZ 11	- 50	- 8	+ 1
QZ 2	+ 50	+ 8	- 5
∅	- 9	+ 8	- 6

Tabelle 22. Ergebnisse des Vergleichs der Erwartungen der Teilnehmer und Moderatoren nach der Rangordnung der Konzeptumsetzung (Zustimmung in %)⁹²

Ein Vergleich der Differenzen der Erwartungen zwischen Moderatoren und Teilnehmern verdeutlicht die Unterschiede. Orientiert man sich in der Betrachtung der einzelnen Qualitätszirkel an den Durchschnittswerten in der letzten Zeile, so wird klar, dass in keinem Qualitätszirkel die Abweichungen unterhalb des Durchschnittes liegen. Es ist aber durchaus erkennbar, dass sich in einigen Qualitätszirkel die Abweichungen in engeren Grenzen bewegen als in anderen, wobei gerade hinsichtlich der emotionalen Aspekte an die genannten Einschränkungen erinnert werden muss.

Wenn man versucht, die Qualitätszirkel nach ihren Erwartungsdifferenzen zu gruppieren (wobei hier nur größere Erwartungsdifferenzen über 15% berücksichtigt werden), lassen sich folgende Gruppen unterscheiden:

a) Qualitätszirkel ohne größere Erwartungsdifferenzen

In beiden Qualitätszirkeln ist die Konzeptumsetzung gut gelungen. Hier fallen nur die Qualitätszirkel 7 und 6 ins Auge, wobei sich „grenzwertige“ Erwartungsdifferenzen bei Qualitätszirkel 7 hinsichtlich der Stärkung der Kompetenz im Arbeitsalltag und bei Qualitätszirkel 6 hinsichtlich emotionaler Aspekte zeigen:

⁹² - 7 bedeutet, die Teilnehmer hatten um – 7% geringere Erwartungen als ihr Moderator zu dieser Frage.

QZ	Erwartungen Teilnehmer	Erwartungen Moderator	Hauptdifferenz
QZ 7	Ängste bei den TN, Erwartungen bzgl. Veränderungen eig. Arbeitspraxis, neue Infos	Pers. Weiterbildung, hohe Erwartungen des Mod. bzgl. inhaltlicher Ergebnisse	TN: Stärkung der Kompetenz im Arbeitsalltag etwas <u>wichtiger</u>
QZ 6	Einblicke in eigene Tätigkeit, Kontakte, Austausch	Konzeptentwicklung, zielgerichtetes Arbeiten an Alltagsproblemen, hohe Anforderungen an die Moderation, Ängste diesen, nicht gerecht werden zu können, das Ziel aus dem Auge zu verlieren,	TN: Emotionale Aspekte etwas <u>wichtiger</u> TN: Stärkung der Kompetenz im Arbeitsalltag etwas <u>unwichtiger</u>

Tabelle 23. Verhältnis der Erwartungen der Moderatoren und Teilnehmer bei QZ ohne größere Erwartungsdifferenzen

Bei Qualitätszirkel 7 wird deutlich, dass sich Moderator und Teilnehmer hinsichtlich der Ergebnisorientierung einig gewesen zu sein scheinen, die Teilnehmer hatten zwar, verbunden mit der Arbeit im Qualitätszirkel, gewisse Ängste, erwarteten sich aber hier offenbar keine Erleichterung durch die Mitarbeit. Die Moderatorin im Qualitätszirkel 6 hatte bei den Erwartungen eher die eigene Befindlichkeit und die eigenen Aufgaben im Blick, was darin begründet gewesen sein könnte, dass sich diese Gruppe neu formiert hat. Die Gruppe verlieh den emotionalen Aspekten etwas größeres Gewicht.

b) Qualitätszirkel mit größeren Erwartungsdifferenzen vorwiegend hinsichtlich einer Kategorie

Hier sind die Qualitätszirkel 5, 8, 10, 11 und 2 zu nennen. Also jeweils zwei Qualitätszirkel, in denen die Konzeptumsetzung etwas besser und etwas schlechter gelungen ist, ein Qualitätszirkel liegt eher im Mittelfeld. Bezieht man nun die Antworten der Moderatoren auf die offene Frage in der Eingangsbefragung in die Betrachtung ein, ergibt sich für diese Qualitätszirkel folgendes Bild:

QZ	Erwartungen Teilnehmer	Erwartungen Moderator	Hauptdifferenz
QZ 8	Hoch motiviert: Veränderungen eig. Arbeitspraxis Austausch	Wiss. Interesse, zu wenige TN, Kompetenzgerangel mit dem Vorgesetzten, fruchtbare Arbeit	TN: Emotionale Aspekte deutlich <u>wichtiger</u>
QZ 10	Hohe Erw., Infos, verbesserte Beratung, Kontakt	Zweifel an den eigenen Moderationsfähigkeiten	TN: Emotionale Aspekte deutlich <u>unwichtiger</u>
QZ 11	Einblicke in eigene Tätigkeit, Infos, Verbesserung der Beratung	Arbeit soll Spaß machen, Infos	TN: Emotionale Aspekte deutlich <u>unwichtiger</u>
QZ 2	Infos, Erfahrung weitergeben, Austausch und emotionalen Rückhalt	Neue Erfahrungen	TN: Emotionale Aspekte deutlich <u>wichtiger</u>
QZ 5	Austausch, Veränderung eig. Arbeitspraxis psychosoziale Entlastung	Konzeptentwicklung zur Arbeitserleichterung, Kontinuität unsicher da bundesweiter QZ	TN: Stärkung der Kompetenz im Arbeitsalltag deutlich <u>unwichtiger</u>

Tabelle 23. Verhältnis der Erwartungen der Moderatoren und Teilnehmer mit Erwartungsdifferenzen vorwiegend hinsichtlich einer Kategorie

Man erkennt bei diesen Qualitätszirkeln, dass auch unter Einbezug der offenen Antworten der Moderatoren Erwartungsdifferenzen deutlich werden. So gab beispielsweise die Moderatorin des Qualitätszirkel 8 Erwartungen hinsichtlich der wissenschaftlichen Einbettung des Qualitätszirkels an, wohingegen der standardisierte Vergleich der Erwartungen deutlich höhere Erwartungen der Teilnehmer hinsichtlich emotionaler Aspekte zeigt.

Der Moderator des Qualitätszirkel 10 dagegen äußerte Zweifel an seinen Moderationsfähigkeiten und lieferte einen Hinweis auf eigene Ängste, den Ansprüchen des Projekts und der Teilnehmer im Qualitätszirkel nicht gerecht werden zu können. Seinen Teilnehmern waren emotionale Aspekte dagegen deutlich unwichtiger. Eine ähnliche Differenz zeigt sich im Qualitätszirkel 11, bei dem Moderatorin explizit wünschte, dass die Arbeit im Qualitätszirkel Spaß machen solle, während ihrer Teilnehmer emotionale Aspekte weniger wichtig einschätzten. Im Qualitätszirkel 2 zeigt sich wieder ein umgekehrtes Bild. Im Qualitätszirkel 5 liegen die Erwartungsdifferenzen dagegen bei der Stärkung der Kompetenz im Arbeitsalltag. Hier waren die Erwartungen der Teilnehmer deutlich geringer als die der Moderatorin. Möglicherweise stellte für die Teilnehmer hier schon die neue Austauschmöglichkeit eine wesentliche Bereicherung dar. Die psychosoziale Entlastung war für die Teilnehmer in diesem Qualitätszirkel ebenso wichtig, wie für ihre Moderatorin.

c) Qualitätszirkel mit größeren Erwartungsdifferenzen hinsichtlich zweier Kategorien

Hier sind die Qualitätszirkel 12, 4, 3 zu nennen. Also ein Qualitätszirkel, in dem die Konzeptumsetzung etwas besser, und zwei Qualitätszirkel eines Moderators, in denen die Konzeptumsetzung etwas schlechter gelungen ist. Bezieht man nun die Antworten der Moderatoren auf die offene Frage in der Eingangsbefragung in die Betrachtung ein, ergibt sich für diese Qualitätszirkel folgendes Bild:

QZ	Erwartungen Teilnehmer	Erwartungen Moderator	Hauptdifferenz
QZ 12	Hohe Erw., Infos, Veränderungen eig. Arbeitspraxis, Austausch	Spannende <i>Konflikte und Konkurrenzen</i>	TN: Emotionale Aspekte deutlich <u>unwichtiger</u> TN: Stärkung der inst. Qualifikation deutlich <u>wichtiger</u>
QZ 4	Hohe Erwartungen: Verbesserung der Beratung, Infos, emotionaler Rückhalt	Unregelmäßige Teilnahme (Belastung), Struktur lässt sich nicht vereinbaren, Lust auf neues Lernen	TN: Emotionale Aspekte deutlich <u>unwichtiger</u> TN: Stärkung der inst. Qualifikation deutlich <u>wichtiger</u>
QZ 3	Emotionalen Rückhalt, fachbez. Handlungssicherheit, Bewusstwerdung eigener Grenzen	Unregelmäßige Teilnahme (Belastung), dass sich Struktur nicht vereinbaren lässt, Langgehegte Idee, Lust auf neues Lernen	TN: Emotionale Aspekte deutlich <u>unwichtiger</u> TN: Stärkung der inst. Qualifikation etwas <u>wichtiger</u>

Tabelle 24. Verhältnis der Erwartungen der Moderatoren und Teilnehmer mit Erwartungsdifferenzen vorwiegend hinsichtlich zweier Kategorien

Diese Qualitätszirkel zeigen alle die selben Erwartungsdifferenzen. In Qualitätszirkel 12 erwartete die Moderatorin aufgrund der Teilnehmerzusammensetzung der Gruppe und möglicherweise vor dem Hintergrund der drei bereits stattgefundenen Vortreffen Konflikte und Konkurrenzen im Qualitätszirkel (möglicherweise auch zwischen den Teilnehmern und ihr selbst). Die Teilnehmer sahen sich eher als

Vertreter ihrer Institutionen und verliehen daher dem Qualitätszirkel einen instrumentellen Charakter, daher waren ihnen emotionale Aspekte eventuell weniger wichtig, aber die Stärkung der institutionellen Qualifikation wichtiger (worin ja auch der Zweck des Qualitätszirkels gelegen hat).

Die Qualitätszirkel 3 und 4 wurden von einem Moderator moderiert, der sehr großen Wert auf emotionale Aspekte seiner Arbeit legt, so dass die eigentlich recht hohen Werte der Gruppe im Verhältnis niedrig erscheinen, dabei lieferten sie im Vergleich zu anderen Qualitätszirkeln den zweit- und dritthöchsten Wert. In beiden Qualitätszirkeln war den Teilnehmern aber die Stärkung der institutionellen Qualifikation deutlich wichtiger als dem Moderator. In beiden Fällen war der Moderator als „Externer“ hinzugekommen, wobei sich Qualitätszirkel 4 aus Abteilungsvertretern einer Institution und Qualitätszirkel 3 aus Schwerbehindertenvertrauensleuten verschiedener Institutionen zusammensetzte. Die Teilnehmer aus beiden Qualitätszirkeln verstanden sich daher vermutlich eher als Vertreter von Abteilungen/Institutionen.

d) Qualitätszirkel mit größeren Erwartungsdifferenzen hinsichtlich dreier Kategorien

Hier sind die Qualitätszirkel 1 und 9 zu nennen, beide sind Qualitätszirkel, in denen die Konzeptumsetzung etwas weniger gut gelungen ist, wobei Qualitätszirkel 1 doch eher im Mittelfeld angesiedelt ist.

QZ	Erwartungen Teilnehmer	Erwartungen Moderator	Hauptdifferenz
QZ 1	Emotionaler Rückhalt, Kontakte; berufspolitische Überlegungen	Spannend, Lerneffekte, legitime Kritik an der Moderation, Bereicherung	TN: Emotionale Aspekte deutlich <u>wichtiger</u> TN: Stärkung der inst. Qualifikation deutlich <u>wichtiger</u> TN: Stärkung der Kompetenz im Arbeitsalltag deutlich <u>wichtiger</u>
QZ 9	Geringere Erwartungen, aber Erfahrung weitergeben, Infos	Berufl. Weiterbildung, höherer Zeitbedarf	TN: Emotionale Aspekte deutlich <u>unwichtiger</u> TN: Stärkung der inst. Qualifikation deutlich <u>wichtiger</u> TN: Stärkung der Kompetenz im Arbeitsalltag deutlich <u>unwichtiger</u>

Tabelle 25. Verhältnis der Erwartungen der Moderatoren und Teilnehmer mit Erwartungsdifferenzen vorwiegend hinsichtlich dreier Kategorien

In Qualitätszirkel 1 klaffte eine deutliche Lücke zwischen den Erwartungen, da die Teilnehmer hinsichtlich aller Aspekte höhere Erwartungen hatten, als die Moderatorin. Dies könnte auch damit zusammenhängen, dass die Moderatorin als „Expertin“ für Qualitätsmanagement vor dem Hintergrund ihrer vielfältigen Erfahrungen, geringere Erwartungen angab. Außerdem hatte sie sich als pensionierte ehemalige Kollegin möglicherweise vom Arbeitsfeld der Teilnehmer entfernt (ebenso ist es denkbar, dass gerade ihre hohe Kenntnis vom Arbeitsfeld zu ihren eher geringen Erwartungen beitrug).

Im Qualitätszirkel 9 gab der Moderator Erwartungen hinsichtlich seiner persönlichen Weiterbildung und des Zeitbedarfs für die Projektteilnahme an. Diese Gruppe hat sich neu konstituiert und dem Mo-

derator und auch den Teilnehmern waren eine Reihe der späteren Teilnehmer nicht bekannt (der Qualitätszirkel wies eine hohe Fluktuation unter den Teilnehmern und zugleich ein stetiges Wachstum auf). Dies könnte dazu beigetragen haben, dass die Teilnehmer geringere Erwartungen hinsichtlich emotionaler Aspekte und Aspekte, die sich auf die Stärkung der eigenen Kompetenz im Arbeitsalltag bezogen äußerten.

Bei der Analyse der Kongruenz der Erwartungen lässt sich zwar kein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Grad der Konzeptumsetzung und der Übereinstimmung feststellen. Dennoch kann man aber von einem gewissen Trend sprechen, dass je eher Erwartungen zwischen Moderatoren und Teilnehmern übereinstimmen auch eine produktive Gruppenarbeit ihren Anfang nehmen kann. Denn die beiden erfolgreichsten Qualitätszirkel hinsichtlich der Konzeptumsetzung liefern auch den höchsten Übereinstimmungsgrad, wohingegen die drei Qualitätszirkel mit den höchsten Abweichungen am unteren Ende der Konzeptumsetzung angesiedelt sind.

5.2.5 Einschätzungen der Moderatoren zu Problemen in der Startphase

Dem Umstand entsprechend, dass einige Moderatoren bereits an vorbestehende Gruppen anschließen konnten, andere hingegen erst völlig neue Arbeitszusammenhänge für ihren Qualitätszirkel aufbauen mussten, hatten die Moderatoren ganz unterschiedliche Angaben zu Problemen in der Startphase ihrer Qualitätszirkel gemacht. Folgende Tabelle liefert Informationen über die genannten Probleme in einer Übersicht.

QZ	TN- Gewinnung	Organisatorisches	Institutionelles	Konzeptvermittlung	Summe
QZ 7	X				1
QZ 6	X			X	2
QZ 8	X	X	X		3
QZ 12		X			1
QZ 10		X		X	2
QZ 5		X			1
QZ 1			X		1
QZ 4 ⁹³					0
QZ 9	X				2
QZ 3	X	X	X	X	4
QZ 11	X		X		2
QZ 2			X		1

Tabelle 26. Probleme bei der QZ-Initiierung nach Einschätzung der Moderatoren

Aus dieser Tabelle geht hervor, dass jeder Qualitätszirkelmoderator mit Schwierigkeiten zu kämpfen gehabt hat. Die Hauptschwierigkeiten im Hinblick auf die Konstitution der Zirkel lagen in der Gewinnung von Teilnehmern (sechs Qualitätszirkel), der Sicherstellung der Kooperation wichtiger beteiligter Institutionen (fünf Qualitätszirkel) und in der Lösung organisatorischer Fragen (fünf Qualitätszirkel).

Daneben werden auch Probleme der Konzeptvermittlung genannt (drei Qualitätszirkel). Qualitätszirkel 3 hatte offenbar mit allen Aspekten Schwierigkeiten, dieser Qualitätszirkel hat dementsprechend seine Arbeit auch erst zwei Monate später aufgenommen. Qualitätszirkel 8 hatte noch keine Probleme hinsichtlich der Konzeptvermittlung, aber bei der Teilnehmergeinnung, der Absprache mit den beteiligten Institutionen und der Organisation. Die meisten Moderatoren gaben in zwei Bereichen Probleme an. Bezieht man in die Betrachtung nun den Grad der Konzeptumsetzung ein, so lassen sich keine Zusammenhänge feststellen.

5.2.6 Zusammenfassung

Die Analyse der Startbedingungen der Qualitätszirkel wurde durch die Aspekte Teilnehmergeinnung, Institutionelle Unterstützung und Erwartungen der Teilnehmer und Moderatoren analysiert. Die Qualitätszirkel hatten dabei während der Initiierung ganz unterschiedliche Bedingungen zu bewältigen. Die Teilnehmergeinnung hing ganz eng mit der institutionellen Rahmung der Qualitätszirkel zusammen. So haben in einem Qualitätszirkel die Teilnehmer bereits in einem Arbeitskreis zusammengearbeitet und sich dann entschieden, ihre Arbeit in der Form eines Qualitätszirkels fortzusetzen. Hier hatte der Moderator dann eher das Problem, die bereits eingespielte Gruppe auf das neue Arbeitskonzept einzuschwören. Ein weiteres Problem für die Moderatoren konnte sich ergeben, wenn Ansprüche und Vorstellungen des Arbeitgebers zu sehr auf den Qualitätszirkel einwirken.

In einem anderen Fall fand sich eine ganz neue, interdisziplinär zusammengesetzte Gruppe zu einem Qualitätszirkel zusammen. Hier standen Fragen der Organisation und Raumbeschaffung in der Konstituierung des Qualitätszirkels im Vordergrund, um eine kontinuierliche Gruppenarbeit zu gewährleisten. Bei der Konsolidierung der Gruppe scheint es besonders hilfreich zu sein, wenn Erwartungen des Moderators und der Gruppe bewusst gemacht werden und nicht zu sehr auseinander klaffen. Dazu gehört, dass sich der Moderator möglichst frühzeitig seine eigenen Erwartungen an die Gruppe und die Arbeit des Qualitätszirkels vergegenwärtigt und auch die Teilnehmer ihre Erwartungen und Befürchtungen explizit machen.⁹⁴

⁹³ Dieser Qualitätszirkel war zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht fest geplant.

⁹⁴ Daher gehört die Abfrage der Erwartungen und Befürchtungen in den Beginn eines Qualitätszirkel-Zyklus.

5.3 Chancen und Probleme der Anknüpfung an bestehende Arbeitsgruppen

Eine wichtige Frage war außerdem, inwieweit bestimmte Vorerfahrungen der Moderatoren die Umsetzung des Konzeptes in den Qualitätszirkeln beeinflussen würden. Da das Qualitätszirkelkonzept sich aus verschiedenen Elementen der Gruppenarbeit zusammensetzt, die auch in anderen Gruppenarbeitsformen ihren festen Platz einnehmen, wurde vermutet, dass unterschiedliche Erfahrungen der Moderatoren die Konzeptumsetzung beeinflussen würden. Die Erfahrungen der Moderatoren in anderen Formen der Gruppenarbeit wurden im Bewerbungsbogen mit vier offenen Fragen abgefragt (vgl. unten). Bei der Bewertung der Antworten der Moderatoren ist zu bedenken, dass das Erhebungsinstrument zugleich den Bewerbungsbogen für die Teilnahme am Modellprojekt darstellte. Zum besseren Verständnis verschiedener Formen der Gruppenarbeit erläutert die folgende Tabelle Unterschiede und Ähnlichkeiten der Arbeit im Qualitätszirkel zu einigen anderen Formen der Gruppenarbeit.⁹⁵

Arbeitsform	Ähnlichkeiten	Unterschiede
Gesundheitskonferenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Systematische Dokumentation und Evaluation (aber: bezogen auf Veranstaltungs- und Gemeindeebene) • Geschulte Moderation • Prinzipielle Gemeinsamkeit von Zielen und Herangehensweisen • Umsetzungsorientierung • Multiperspektivität 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuität und persönliche Verbindlichkeit der Teilnahme • Fallarbeit • Dokumentation und systematische Evaluation des eigenen Handelns • Reichweite der Ergebnisse: Umsetzungschance bleibt beim Teilnehmer • Frequenz der Treffen
Themenzentrierte (interdisziplinäre) Arbeitskreise	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Sachorientierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel- und Themenzentrierung • Entwicklung eigener Qualitätskriterien • Verbindliche Gruppenzusammensetzung • Fallarbeit • Entwicklung eigener Qualitätskriterien • Dokumentation und systematische Evaluation des eigenen Handelns

⁹⁵ Ausführliche Darstellung in: Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung... a.a.O. S. 44ff.

				<ul style="list-style-type: none"> • Geschulte Moderatoren
Supervisionsgruppen/ Balintgruppen/ Kollegiale Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion der eigenen Tätigkeit • Verbindliche Teilnahme • Intensive Fallarbeit (jedoch am Problemfall) 			<ul style="list-style-type: none"> • Fokussierung von Routinehandeln • Objektivierbare Dokumente • Freie Themenwahl • Protokollierung der Sitzung • Erarbeitung von Qualitätskriterien • Evaluation der Ergebnisse • Aufeinander-Abstimmen von tätigkeitsbezogenen Strategien • Moderator statt Supervisor • Strukturierung durch geschulte Moderatoren
Gesundheitszirkel	<ul style="list-style-type: none"> • Formale Merkmale der Gruppe 			<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer als Experten ihrer eigenen beruflichen Praxis, nicht als Betroffene • Bezug zum eigenen professionellen Handeln • Fallarbeit auf der Basis eigener Dokumentation • Systematische Evaluation im Zirkel • Reichweite der Ergebnisse (Umsetzung nur für Teilnehmer verbindlich)

Tabelle 27. Ähnlichkeiten und Unterschiede zu Qualitätszirkeln

Da ein Auswahlkriterium für die Moderatoren darin bestand, Erfahrungen in der Moderation von Gruppen mitzubringen, war es nun von besonderem Interesse die jeweils spezifischen Erfahrungen der Moderatoren zu analysieren und in Beziehung zum Grad der Umsetzung des Konzeptes in ihren jeweiligen Qualitätszirkeln zu setzen.

Die Moderatoren sind im Bewerbungsbogen zu folgenden Fragen befragt worden:

1. Welche Erfahrungen haben Sie bisher in Ihrer Arbeit mit Qualitätssicherungs-Programmen gemacht?
2. Welche Erfahrungen haben Sie mit Supervisionen in Ihrer Arbeit gemacht?
3. Welche Erfahrungen haben Sie ggf. als „Weiterbildner“ mit dem Thema Qualitätssicherung gemacht?
4. In welchen Arbeitszusammenhängen haben Sie Ihre Moderationserfahrungen gesammelt?

Aufgrund der Angaben der Moderatoren sind ihre Erfahrungen der Gruppenarbeit nach den Bereichen „Supervision“, „Kursleitungen“, „Qualitätszirkel“ und „Gremienarbeit“ unterschieden worden. Zur Supervision zählen Erfahrungen in der Gruppen- und Einzelsupervision, die über einmaliges „Hinein-

schnuppern“ hinausgehen, aber ansonsten sehr unterschiedlich organisiert gewesen sein können. Bei diesen Moderatoren kann davon ausgegangen werden, dass sie vertiefte Erfahrungen in der Selbstreflexion gesammelt haben. Keiner der Moderatoren war aber bereits selbst als Supervisor tätig. Erfahrungen in der Kursleitung haben gerade die Moderatoren gesammelt, die in der Erwachsenenbildung tätig sind. Diese Moderatoren werden Erfahrungen im Umgang mit unterschiedlich motivierten Teilnehmern sowie in der Vermittlung von Inhalten gemacht haben. Einige Moderatoren haben bereits an Qualitätszirkeln mit unterschiedlichen Arbeitsweisen teilgenommen, darunter betriebliche Qualitätszirkel, Gesundheitszirkel, Qualitätszirkel in der Verwaltung, interdisziplinäre Qualitätszirkel und ärztliche Qualitätszirkel. Ein Schluss auf spezifische Stärken, die sich aus einer entsprechenden Teilnahme ergeben, erscheint aufgrund der Unterschiedlichkeit der Qualitätszirkel schwieriger. Es kann aber vermutet werden, dass diesen Moderatoren der geschulte Blick auf die Qualität einer Leistung näher liegen könnte. Die vierte Rubrik - „Gremienarbeit“ - umfasst alle Erfahrungen, die die Moderatoren in Arbeitskreisen, Konferenzen und Projektbesprechungen u.Ä. haben sammeln können. Diese Moderatoren haben möglicherweise besondere Erfahrungen im Umgang mit der Aushandlung von Interessenskonflikten gemacht, aber Aspekte der Selbstreflexion in der Gruppe haben vermutlich eine eher geringere Rolle gespielt.

QZ	Supervision	Kursleitung	Qualitätszirkel	Gremienarbeit
QZ 1	X	X	X	X
QZ 2	X	X	-	X
QZ 3 + 4	X	-	-	-
QZ 5	-	X	-	X
QZ 6	X	-	X	X
QZ 7	-	-	-	X
QZ 8	-	X	-	X
QZ 9	X	X	X	X
QZ 10	X	-		-
QZ 11	X	X	-	X
QZ 12	X	X	X	X

Tabelle 28. Erfahrungen der Moderatoren in der Gruppenarbeit

Aus der Tabelle geht hervor, dass zwei Moderatoren Erfahrungen aus allen Bereichen der Gruppenarbeit mitbrachten; vier Moderatoren in drei Bereichen und drei Moderatoren in zwei Bereichen Erfahrungen gesammelt hatten. Die meisten Moderatoren haben Erfahrungen in der Gremienarbeit (9) und der Supervision (8) angegeben, während in der Kursleitung (bspw. in der Erwachsenenbildung) nur sieben Moderatoren bereits gearbeitet haben. Vier Moderatoren haben bereits Erfahrungen in unter-

schiedlichen Qualitätszirkeln sammeln können. Setzt man nun die Gruppenerfahrungen in Beziehung zum Erfolg der Konzeptumsetzung nach Tabelle 26 S. 283 in den Qualitätszirkeln ergibt sich folgendes Bild:

Rang	QZ	Supervision	Kursleitung	Qualitätszirkel	Gremienarbeit
1	QZ 7	-	-	-	X
2	QZ 6	X	-	X	X
2	QZ 8	-	X	-	X
2	QZ 12	X	X	X	X
3	QZ 10	X	-	X	-
4	QZ 5	-	X	-	X
4	QZ 1	X	X	X	X
5	QZ 4	X	-	-	-
6	QZ 3	X	-	-	-
6	QZ 9	X	X	X	X
7	QZ 11	X	X	-	X
8	QZ 2	X	X	-	X

Tabelle 29. Rangordnung und Vorerfahrungen

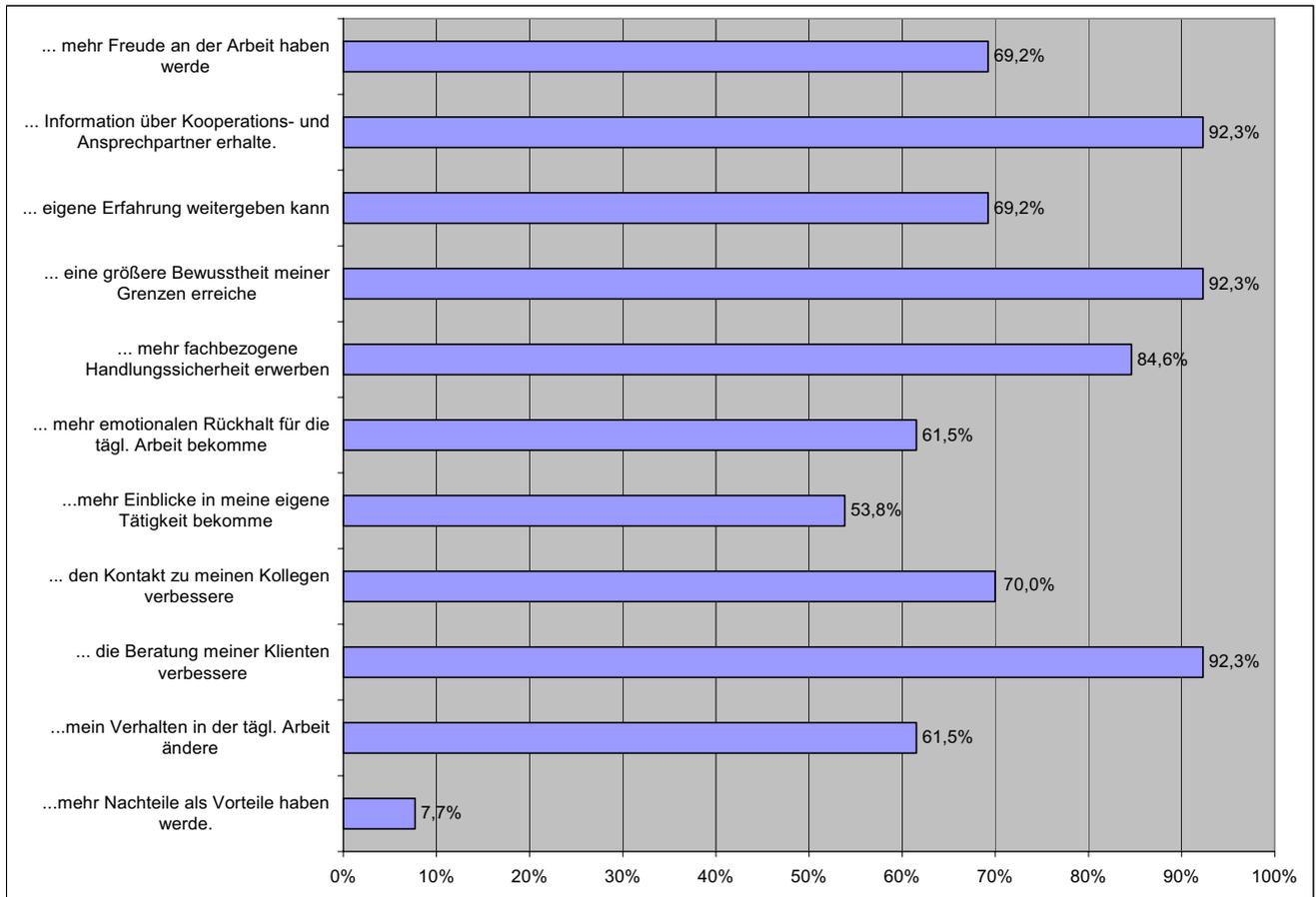
Die Tabelle zeigt die Rangordnung der Qualitätszirkel hinsichtlich der Umsetzung des Konzeptes und gibt die spezifischen Vorerfahrungen der Moderatoren wider. Aus dieser Tabelle wird deutlich, dass zwei Moderatoren (QZ 7, QZ 4) nur Erfahrungen in einer Kategorie angegeben haben, beide jedoch sehr unterschiedliche Rangplätze belegen (1 + 4). Auch die Summe der unterschiedlichen Erfahrungen der Moderatoren mit unterschiedlichen Formen der Gruppenarbeit haben den Erfolg der Konzeptumsetzung offenbar wenig beeinflusst. Eine leichte Tendenz könnte darin gesehen werden, dass vier Moderatoren mit Erfahrungen in der Qualitätszirkelarbeit auf den ersten sechs Rängen platziert sind. Hier muss aber eingeschränkt werden, dass kaum Informationen über die konkrete Arbeitsweise der jeweiligen Qualitätszirkel vorliegen. Es scheint eher so zu sein, dass unterschiedliche Vorerfahrungen in der Gruppenarbeit keine geeigneten Prädiktoren für den Erfolg der Konzeptumsetzung sind.

5.3.1 Motivation und Erwartungen der Moderatoren

Ein weiterer möglicher Prädiktor für den Erfolg der Konzeptumsetzung in den Qualitätszirkeln könnte die Motivation der Moderatoren zur Teilnahme am Modellprojekt und deren Erwartungen an die Arbeit im Qualitätszirkel sein. Hinweise auf die Erwartungen und die Motivationslage der Moderatoren lassen sich aus dem Bewerbungsbogen für interessierte Moderatoren und der Eingangsbefragung der Moderatoren interpretieren. So wurden im Bewerbungsbogen zwei geschlossene Fragen gestellt, bei denen

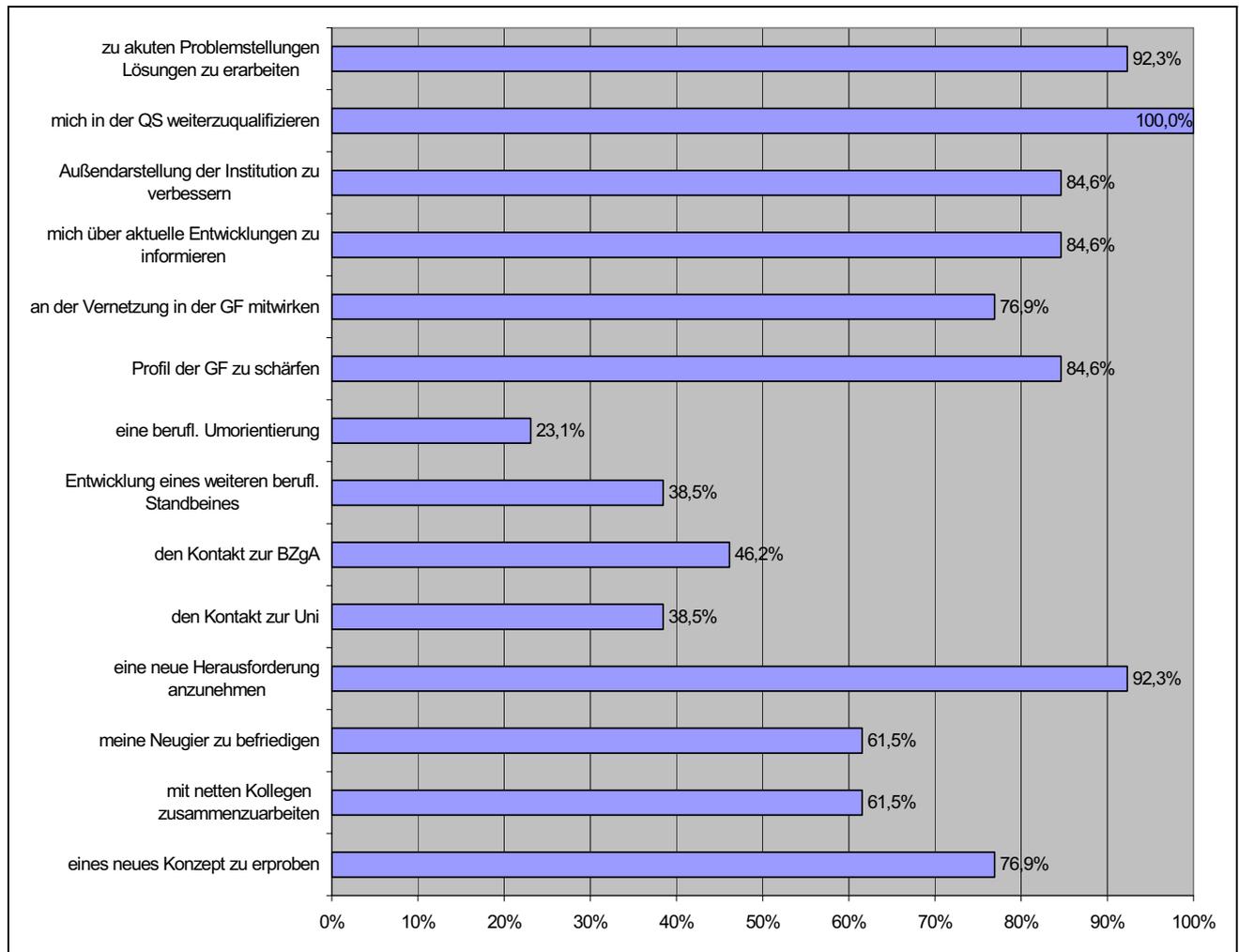
die Moderatoren auf einer 5-stufigen Likertskala angeben konnten, inwieweit sie einer Reihe von Äußerungen zustimmen können. Folgende Tabelle zeigt die Durchschnittswerte der Zustimmung der Moderatoren zu den Items:

Abbildung 2. Erwartungen der Moderatoren an die Qualitätszirkelarbeit (Zustimmung in %); dass ich...



Aus der Grafik geht hervor, dass die Moderatoren die größten Erwartungen bezüglich der Gewinnung von Informationen und Kooperationspartnern, bezüglich der Bewusstwerdung eigener Grenzen und in der Folge hinsichtlich der Verbesserung der Beratung der Klienten haben. Einblick in die eigene Tätigkeit erwarteten nur etwa die Hälfte der Moderatoren, möglicherweise sah sich die andere Hälfte eher in der Rolle der Moderatoren (d.h. sie hofften darauf, am Beispiel der Teilnehmer auch der eigenen Grenzen bewusst zu werden und Lösungsvorschläge mit zu erarbeiten, die eine Verbesserung der eigenen Tätigkeit erlaubten, ohne dass sie diese selbst konkret thematisieren mussten). Neben den Erwartungen bezüglich der Arbeit im Qualitätszirkel könnten auch die Erwartungen der Moderatoren bezüglich ihrer Teilnahme am Modellprojekt Einfluss auf die spätere Konzeptumsetzung genommen haben. Folgende Grafik zeigt die Erwartungen der Moderatoren hinsichtlich ihrer Projektteilnahme.

Abbildung 3. Erwartungen der Moderatoren zur Projektteilnahme (Zustimmung in %); Dass ich...



Diese Grafik weist auf hohe Erwartungen der Moderatoren hinsichtlich der Weiterentwicklung der eigenen Qualifikation und dem Bedürfnis zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung hin. Daraus resultiert aber nur bei einigen Moderatoren das Interesse an beruflichen Veränderungen, die Projektteilnahme erscheint also eher als eine Folge einer kontinuierlichen Entwicklung.

Die Antworten der Moderatoren auf die beiden geschlossenen Fragen des Bewerbungsbogens wurden nun nach fünf unterschiedlichen Bereichen zusammengefasst, um einen Vergleich der Angaben zu ermöglichen. Im Folgenden finden sich die Oberbegriffe der Kategorien mit den zugehörigen Antwortmöglichkeiten.

a) Emotionale Aspekte:

Hierunter werden Erwartungen verstanden, die sich vorwiegend auf emotionale Aspekte der eigenen Arbeit und die eigene Person beziehen.

- Mehr Freude an der Arbeit haben
- Mehr emotionalen Rückhalt für die tägliche Arbeit bekommen

b) Stärkung der eigenen beruflichen Qualifikation:

Hierunter werden diejenigen Erwartungen verstanden, die sich auf die eigene berufliche Karriere beziehen.

- Entwicklung eines weiteren beruflichen Standbeins
- Eine berufliche Umorientierung ermöglichen
- Mich in der Qualitätssicherung weiterqualifizieren
- Eine neue Herausforderung annehmen
- Mich über aktuelle Entwicklungen informieren

c) Stärkung der institutionellen Qualifikation:

Hierunter werden Erwartungen verstanden, die sich vorwiegend auf eine Stärkung der Qualifikationen beziehen, die der Institution dienen könnten, sich aber nicht unmittelbar auf die eigene Arbeitspraxis und die eigene Kompetenz beziehen.

- Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner gewinnen
- An der Vernetzung in der Gesundheitsförderung mitwirken
- Außendarstellung der Institution verbessern
- Eigene Erfahrung weitergeben
- Profil der Gesundheitsförderung schärfen
- Ein neues Konzept erproben

d) Interessen am Projekt:

Hierunter werden Erwartungen verstanden, die sich vorwiegend auf eigene Interessen am Modellprojekt beziehen.

- Mit netten Kollegen zusammenarbeiten
- Meine Neugier befriedigen
- Den Kontakt zur Universität herstellen
- Den Kontakt zur BZgA herstellen

e) Stärkung der eigenen Kompetenz im Arbeitsalltag:

Hierunter werden Erwartungen verstanden, die sich vorwiegend auf eine Stärkung der Qualifikationen beziehen, die sich unmittelbar auf die eigene Arbeitspraxis und auf die eigene Kompetenz beziehen.

- Eine größere Bewusstheit meiner Grenzen erreichen
- Mehr fachbezogene Handlungssicherheit erwerben
- Mehr Einblicke in meine eigene Tätigkeit bekommen
- Den Kontakt zu meinen Kollegen verbessern
- Die Beratung meiner Klienten verbessern
- Mein Verhalten in der täglichen Praxis ändern
- Zu akuten Problemstellungen Lösungen erarbeiten

Der Vergleich der Antworten der Moderatoren wurde nach dem Anteil der Zustimmung (in %) der Moderatoren zu den entsprechenden Fragen einer Kategorie durchgeführt. Die Ergebnisse finden sich in folgender Tabelle.

QZ	Emotionale Aspekte	Stärkung der eigenen berufl. Qualifikation	Stärkung der institutionellen Qualifikation	Interessen am Modellprojekt	Stärkung der eigenen Kompetenz im Arbeitsalltag
QZ 7	50%	60%	83%	25%	57%
QZ 6	50%	40%	83%	100%	86%
QZ 8	0%	80%	83%	0%	86%
QZ 12	100%	57%	67%	25%	86%
QZ 10	100%	80%	100%	50%	100%
QZ 5	100%	100%	100%	75%	100%
QZ 1	0%	60%	50%	50%	29%
QZ 4	100%	60%	67%	75%	71%
QZ 3	100%	60%	67%	75%	71%
QZ 9	100%	57%	67%	0%	86%
QZ 11	100%	60%	83%	50%	57%
QZ 2	0%	60%	83%	50%	57%
	67%	65%	78%	48%	74%
Gescheiterte Qualitätszirkel					
1	100%	60%	100%	100%	86%
2	50%	100%	83%	75%	71%
Gesamt	68%	71%	80%	50%	75%

Tabelle 30. Ergebnisse des Vergleichs der Erwartungen und Motivation der Moderatoren nach der Rangordnung der Konzeptumsetzung (Zustimmung in %)

Diese Tabelle zeigt, dass „emotionale Aspekte“ bei den Erwartungen der eigenen Arbeit im Qualitätszirkel sowohl die höchsten und als auch die niedrigsten Zustimmungswerte bei den Moderatoren erfahren haben. Hier muss aber bedacht werden, dass die Datenlage gerade bei den Moderatoren auf minimalen Fallzahlen beruht. Insbesondere bei den Erwartungen hinsichtlich emotionaler Aspekte gibt es nur zwei Fragen, so dass die Moderatorenantworten nur die Ausprägungen 0%, 50% oder 100% erreichen konnten, daher finden sich hier auch die meisten „Extremwerte“ mit 0% oder 100% Zustimmung.

mung. Vergleichbare Unterschiede zeigen sich noch bei den „Interessen am Modellprojekt“ und bei der „Stärkung der eigenen Kompetenz im Arbeitsalltag“. Ein Vergleich der Durchschnittswerte von je vier Qualitätszirkeln von den oberen und unteren Rängen könnte weiteren Aufschluss über die spezifischen Erwartungen der jeweiligen Moderatoren bezüglich ihrer Projektteilnahme geben.

QZ	Emotionale Aspekte	Stärkung der persönlichen Qualifikation	Stärkung der institutionellen Qualifikation	Interessen am Modellprojekt	Stärkung der eigenen Kompetenz im Arbeitsalltag
Gruppe 1	50%	59%	79%	38%	79%
Gruppe 2	75%	59%	75%	44%	68%

Tabelle 31. Gruppenvergleich der Durchschnittswerte⁹⁶

Aus dieser Tabelle geht allerdings hervor, dass nach dem Gruppenvergleich Abweichungen nur hinsichtlich der Kategorien „Emotionale Aspekte“ und „Stärkung der eigenen Kompetenz im Arbeitsalltag“ bestehen. So erwarteten die in der Konzeptumsetzung weniger erfolgreichen Qualitätszirkel etwas mehr emotionale Effekte und etwas weniger die Stärkung der Kompetenz im eigenen Arbeitsalltag. Die erfolgreicheren Qualitätszirkel der Gruppe 1 haben etwas höhere Erwartungen bezüglich der Stärkung der eigenen Kompetenz im Arbeitsalltag. Aber gerade die große Streuung in dieser Kategorie lässt eine weitgehende Interpretation fragwürdig erscheinen.

⁹⁶ Gruppe 1: QZ 7,6,8,12 und Gruppe 2: QZ 3,9,11,2.

5.4 Gruppenstruktur und Qualitätszirkel-Typen

Im Modellprojekt sind 12 Qualitätszirkel gegründet worden, die in unterschiedlichen Feldern der Gesundheitsförderung angesiedelt waren. Um zu prüfen, welchen Einfluss Strukturmerkmale der Gruppen auf die Konzeptumsetzung in den Qualitätszirkeln hatten, müssen die Qualitätszirkel nach diesen Faktoren unterschieden werden.

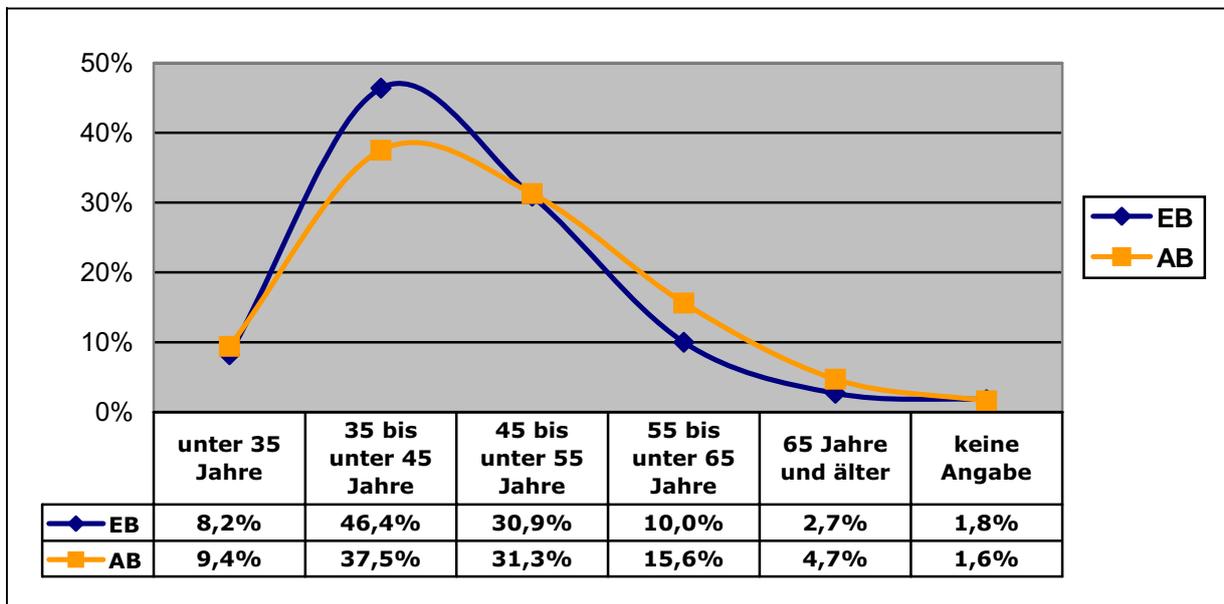
Grundlegende Strukturinformationen:

- Altersverteilung,
- Geschlechterverteilung,
- Anzahl und Abstände der Qualitätszirkeltreffen,
- Entwicklung der Teilnehmerzahlen
- Zusammensetzung der Gruppen sowie die
- Homogenität der Gruppenzusammensetzung

5.4.1 Altersverteilung in den Gruppen

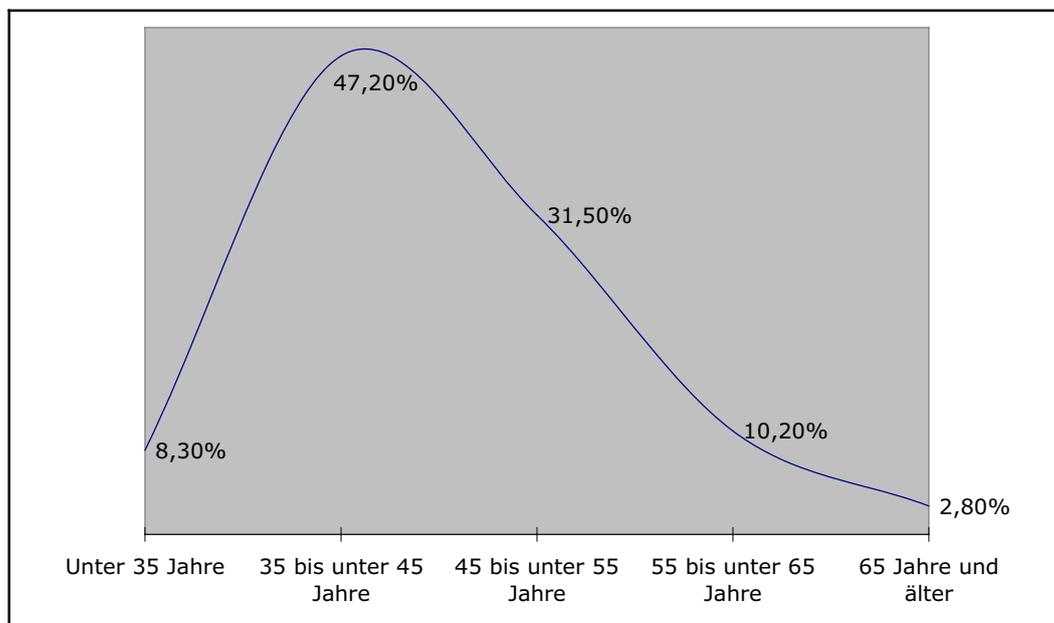
Die Altersverteilung in den Qualitätszirkeln war sehr unterschiedlich. Für die Gesamtheit der Teilnehmer ergibt sich folgende Altersverteilung:

Abbildung 4. Altersverteilung in allen Qualitätszirkeln (Eingangsbefragung vs. Abschlussbefragung)



Aus der Grafik ist ersichtlich, dass es einen großen Anteil von Teilnehmern mit einem Alter zwischen 35 und 45 Jahren gibt. Dies gilt sowohl für die Eingangsbefragung (EB) als auch für die Abschlussbefragung (AB). Die Kurve flacht dann mit zunehmendem Alter weiter ab. Fast 80% aller Teilnehmer sind zwischen 35 und 55 Jahren alt. Im Verhältnis dazu stellt sich die Altersverteilung der Moderatoren wie folgt dar:

Abbildung 5. Altersverteilung der Moderatoren (Eingangsbefragung)



Die Altersverteilung der Moderatoren zeigt einen ganz anderen Verlauf als bei den Teilnehmern. Der Anteil der Moderatoren zwischen 55 und 65 Jahren ist deutlich größer als bei den Teilnehmern. In den einzelnen Qualitätszirkeln streut das Alter allerdings erheblich und der Moderator ist in der Regel in einer ähnlichen Altersgruppe wie seine Teilnehmer. Ein Vergleich der Altersverteilung zwischen den Qualitätszirkeln nach dem Erfolg der Konzeptumsetzung zeigen die Grafiken 59 und 60.

Sämtliche Durchschnittswerte bzgl. des Alters wurden berechnet, indem die Kategorien-Mittelwerte (z.B. 35 bis unter 45 Jahre = 40 Jahre) benutzt wurden. Der Altersdurchschnitt von allen Teilnehmer veränderte sich nicht. Bei der Eingangsbefragung waren die Teilnehmer durchschnittlich 44,2 Jahre, bei der Abschlussbefragung 45,9 Jahre alt. Stellt man in Rechnung, dass zwischen den beiden Messzeitpunkten ein Jahr vergangen ist, so ist die Alterszunahme nur marginal.

Die Altersmittelwerte sowie die Streuungen des Alters sind in der folgenden Tabelle für Eingangs- und Abschlussbefragung angegeben.

QZ	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung		Gesamt	
	Mittelwert	Streuung	Mittelwert	Streuung	Mittelwert	Streuung
1	49.1	8.3	46.7	8.2	48.2	8.1
2	48.2	10.8	54.4	12.4	50.8	11.6
3	48.3	4.1	54.0	5.5	50.9	5.4
4	45.6	5.3	.	.	45.6	5.3
5	41.7	9.8	.	.	41.7	9.8
6	44.4	13.1	43.1	11.6	43.8	12.1
7	45.7	5.3	46.7	5.2	46.2	5.1
8	36.4	5.0	36.0	5.5	36.3	5.0
9	44.2	5.1	46.0	8.4	45.0	6.7
10	55.8	9.2	53.0	9.7	54.5	9.1
11	42.2	4.4	42.0	4.5	42.1	4.3
12	43.6	6.7	42.0	4.5	43.1	6.0
Gesamt	45.0	8.6	46.6	9.6	45.6	9.0

Tabelle 32. Altersdurchschnitt und –streuung der Teilnehmer bei EB und AB

Aufgrund ihrer Konzeptumsetzung wurden in Kapitel 5.1 zwei Gruppen von Qualitätszirkeln herausgearbeitet. In Gruppe I wurden die Qualitätszirkel zusammengefasst, denen die Konzeptumsetzung am besten gelungen war, während in der Gruppe II diejenigen Qualitätszirkel vereint wurden, denen die Umsetzung des Konzeptes weniger gut gelungen war.

Gruppe I: QZ 7, QZ 12, QZ 6, QZ 8

Gruppe II: QZ 9, QZ 11, QZ 3, QZ 2

Gruppe		Eingangsbefragung		Abschlussbefragung		Gesamt	
		Mittelwert	Streuung	Mittelwert	Streuung	Mittelwert	Streuung
Gruppe	I	42.1	8.7	42.3	8.3	42.2	8.5
	II	45.5	7.2	49.1	9.8	47.0	8.5

Tabelle 33. Altersdurchschnitt und -streuung der Teilnehmer der Gruppen I und II

Im Folgenden soll die Altersverteilung innerhalb dieser beiden Gruppen näher betrachtet werden.

Abbildung 6. Altersverteilung in Gruppe I

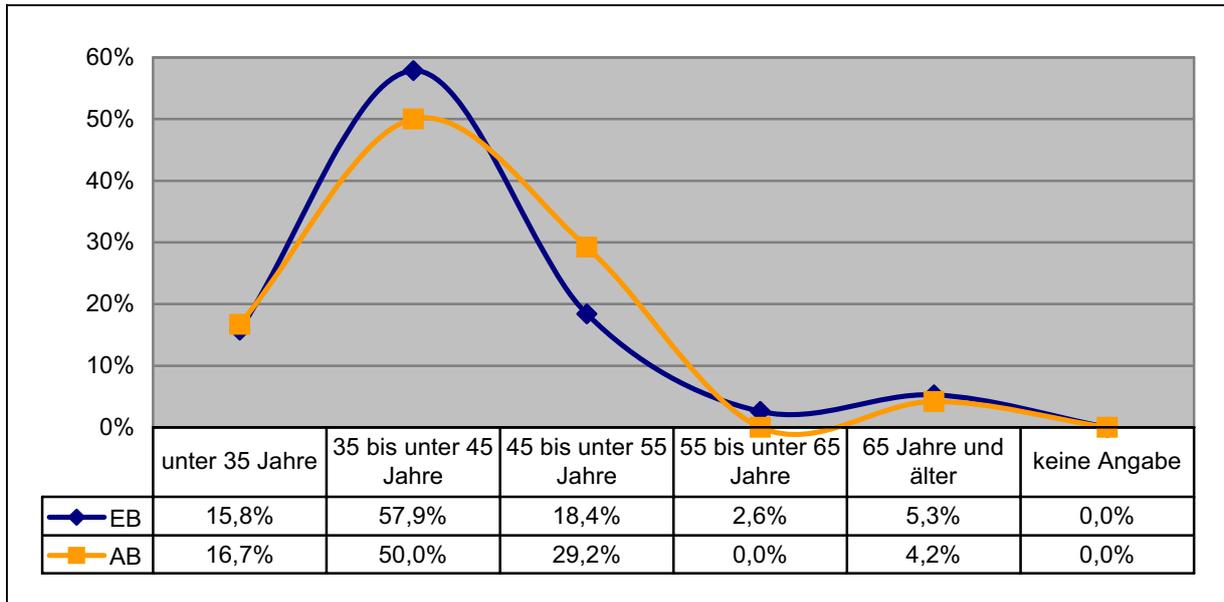
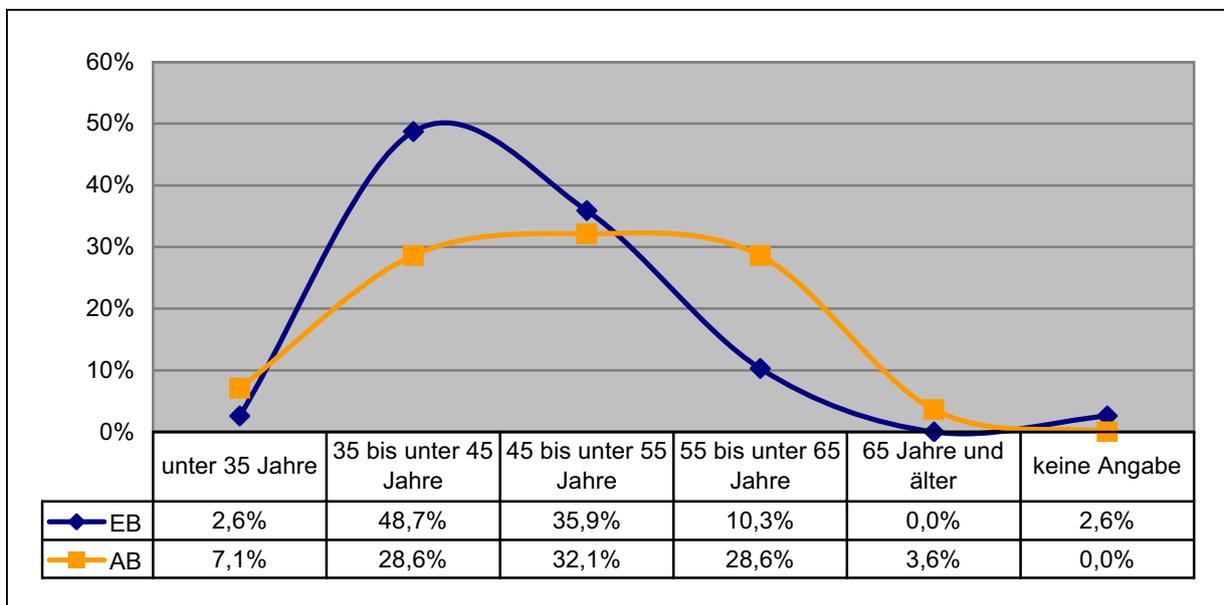
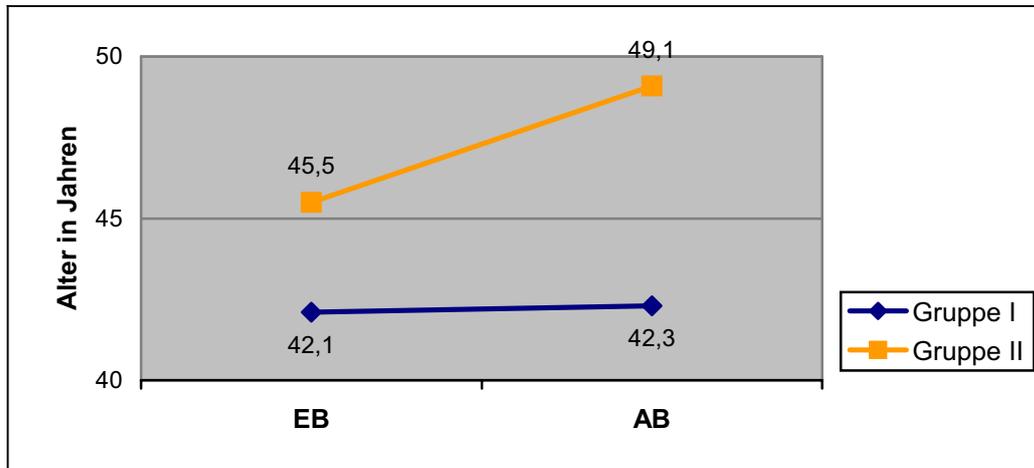


Abbildung 7. Altersverteilung in Gruppe II



Während sich in Gruppe I kaum Veränderungen zwischen Eingangs- und Abschlussbefragung ergeben, vergrößert sich dagegen das Altersspektrum in der Gruppe II. Das Durchschnittsalter steigt in Gruppe II an, in Gruppe I bleibt es gleich, wie aus der folgenden Grafik ersichtlich ist.

Abbildung 8. Vergleich des Durchschnittsalters in den beiden Gruppen in der Eingangs- und Abschlussbefragung



Durchschnittlich sind also die Teilnehmer der Gruppe I jünger als die der Gruppe II. Während das Durchschnittsalter in der Gruppe I leicht abnahm, obwohl ein Jahr zwischen den beiden Messzeitpunkten lag, nahm das durchschnittliche Alter der Teilnehmer in Gruppe II etwas zu. Diese Effekte gehen vor allem auf große Altersstreuungen innerhalb einzelner Qualitätszirkel zurück. Darauf soll im Folgenden näher eingegangen werden.

Abbildung 9. Altersstreuung in den Qualitätszirkeln der Gruppe I.

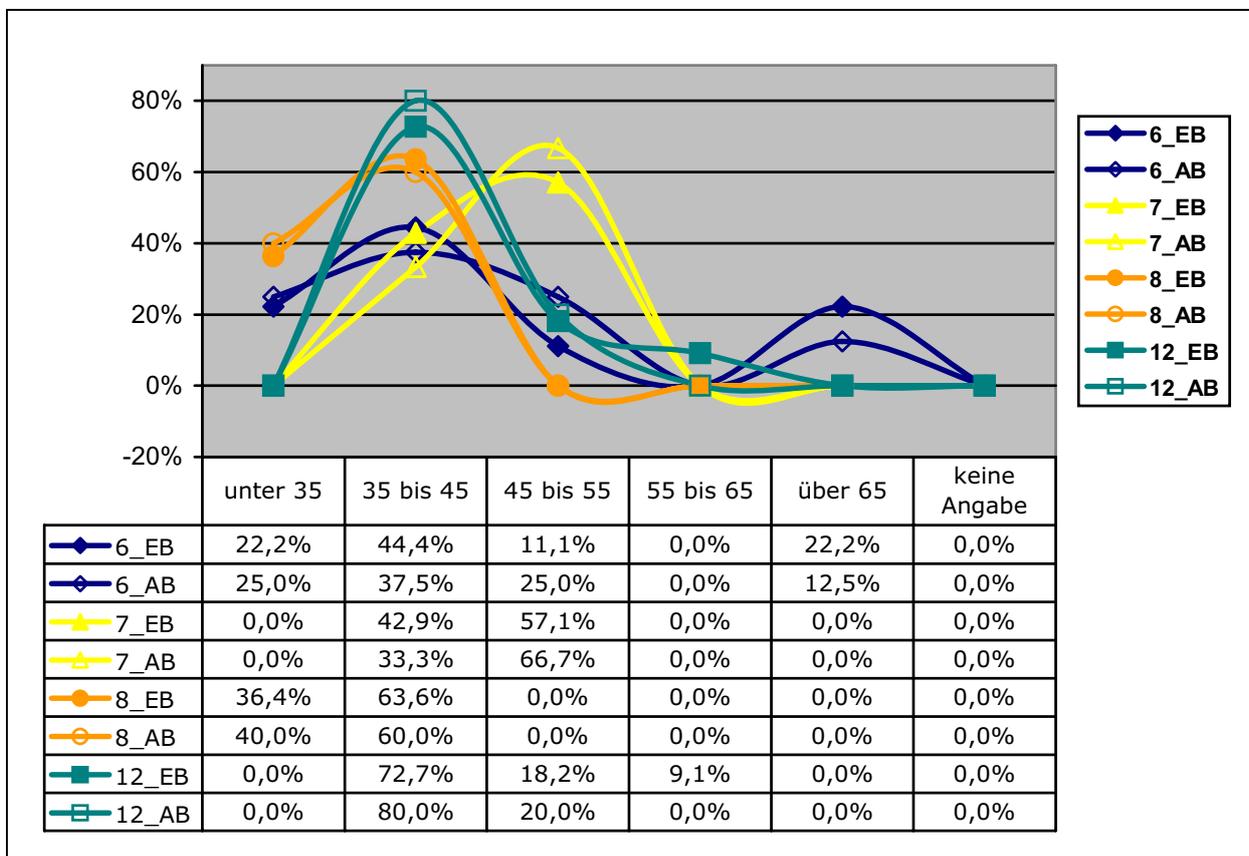
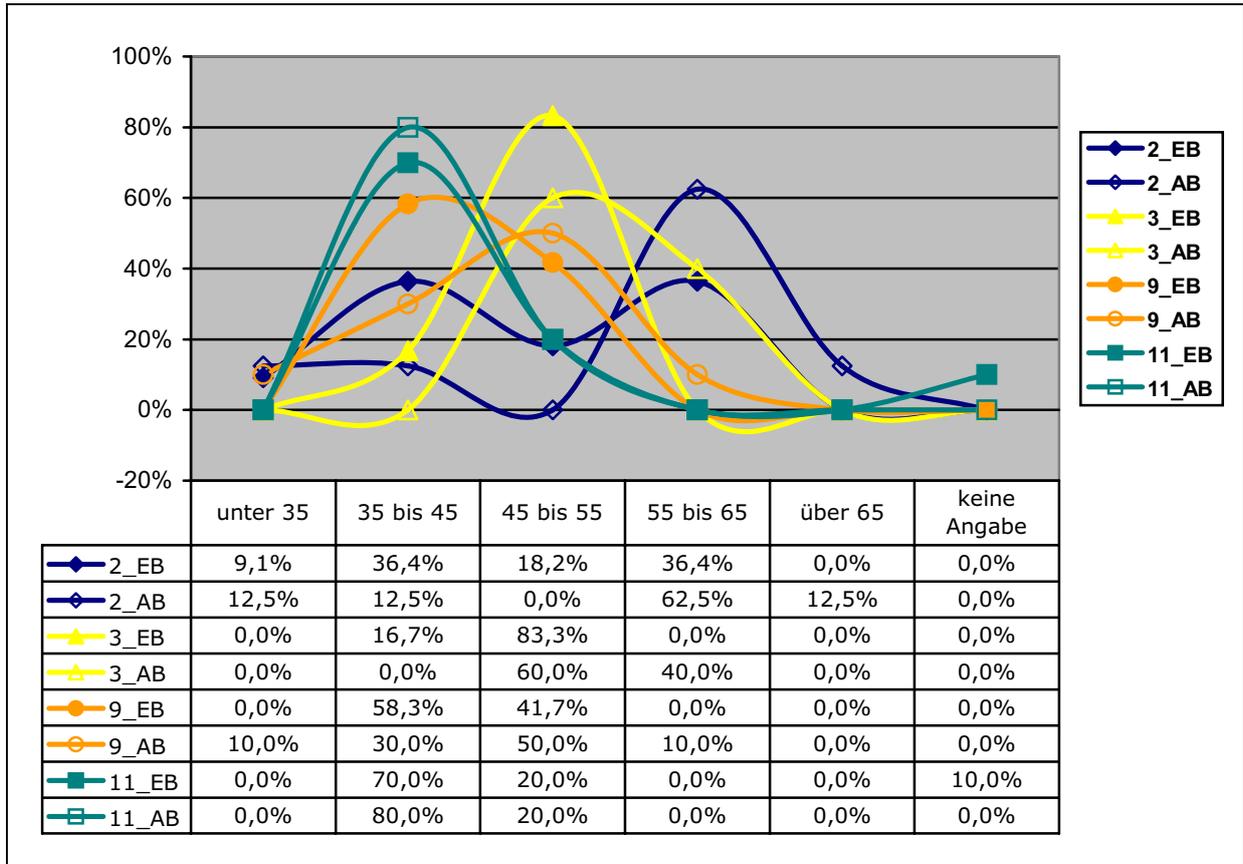


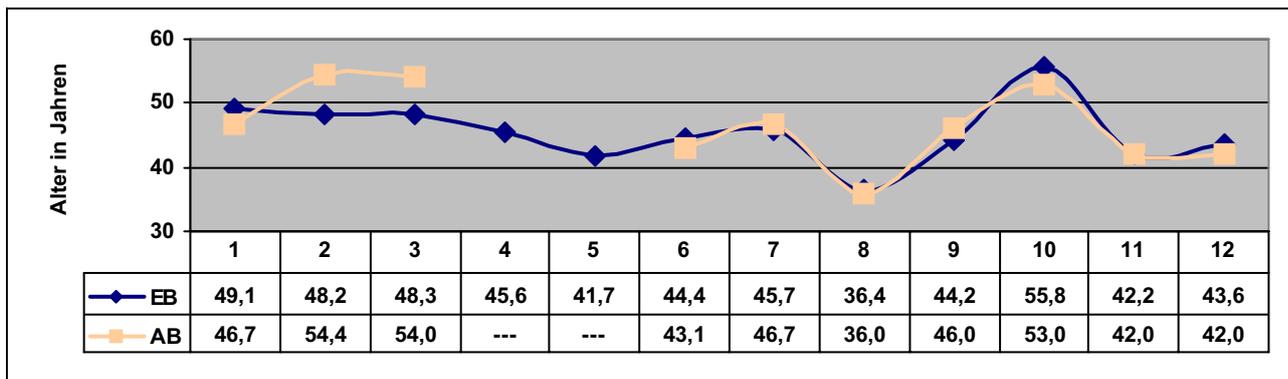
Abbildung 10. Altersstreuung in den Qualitätszirkeln der Gruppe

II.



Für die Aussagen über das mittlere Alter in den Qualitätszirkeln wurde jeweils der mittlere Wert der Alterskategorien zugrunde gelegt (z.B. „35 bis 45“ = 40 Jahre),

Abbildung 11. Durchschnittsalter der Teilnehmer in allen Qualitätszirkeln



Beim Vergleich dieser Gruppen fällt auf, dass die Altersverteilung sich in beiden Gruppen ähnelt, es sind aber in einzelnen Qualitätszirkeln abweichende Alterszusammensetzungen gegeben. Beim Vergleich der beiden Gruppen fällt auf, dass die Teilnehmer der zweiten Gruppen durchschnittlich älter sind (45,9 gegen 40,8 Jahren). Auch ist die Altersstreuung in der zweiten Gruppe größer als in der ersten. So nahmen in den QZ 6 und QZ 8 keine Teilnehmer über 45 Jahren teil, wohingegen in der Mehrheit der Qualitätszirkel keine Teilnehmer mit einem Alter unter 35 Jahren teilgenommen haben.

5.4.2 Geschlechterverteilung in den Gruppen

Die Geschlechterverteilung in den Qualitätszirkeln war sehr unterschiedlich, wie Tabelle 34 zeigt.

	Weiblich		Männlich	
	EB	AB	EB	AB
QZ 1	100%	100%	0%	0%
QZ 2	36%	25%	64%	75%
QZ 3	50%	20%	50%	80%
QZ 4	30%	---	70%	---
QZ 5	67%	---	33%	---
QZ 6	67%	88%	33%	12%
QZ 7	86%	83%	14%	17%
QZ 8	100%	100%	0%	0%
QZ 9	75%	40%	25%	60%
QZ 10	67%	80%	33%	20%
QZ 11	70%	80%	30%	20%
QZ 12	46%	60%	54%	40%

Tabelle 34. Geschlechterverhältnisse in den Qualitätszirkeln Eingangsbefragung (EB) vs. Abschlussbefragung (AB)

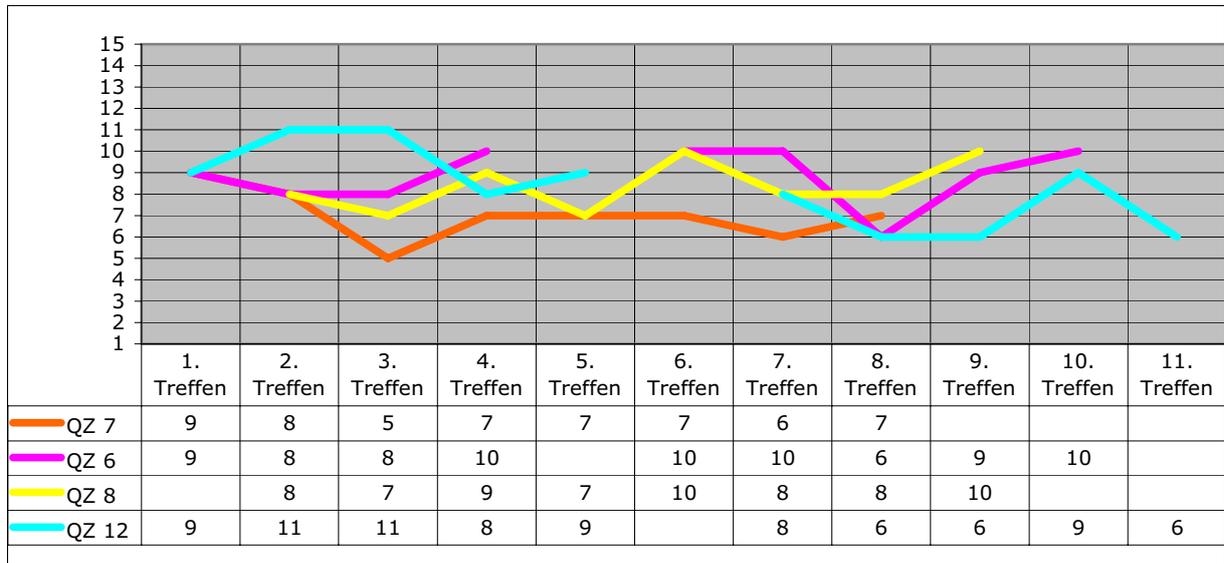
Aus der Geschlechterverteilung geht hervor, dass in vielen Qualitätszirkeln ca. 2/3 weibliche und 1/3 männliche Teilnehmer saßen (QZ 5, QZ 6, QZ 9, QZ 10, QZ 11). Drei Qualitätszirkel hatten aber deutlich mehr oder auch ausschließlich weibliche Teilnehmer (QZ 1, QZ 7, QZ 8), was auch mit den beteiligten Berufsgruppen und Arbeitsfeldern zusammenhängen dürfte (Ernährungsberaterinnen, Rückenschulfachkräfte für Kinder und der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, also eher „weibliche“ Berufsfelder mit der Zielgruppe Kinder). Zwei weitere Qualitätszirkel hatten mehr männliche als weibliche Teilnehmer (QZ 2, QZ 4), gerade im zweiten Fall handelte es sich um einen Qualitätszirkel an einem großen Industrieunternehmen der Stahlbranche, in dem die Männer in entsprechenden Positionen dominierten. In zwei Qualitätszirkeln war das Verhältnis ausgeglichen (QZ 3, QZ 12). Es haben also insgesamt mehr Frauen als Männer an den Qualitätszirkeln teilgenommen. In einigen Qualitätszirkel gab es aber auch Ausnahmen. Bezieht man nun die Rangordnung der Qualitätszirkel hinsichtlich der Konzeptumsetzung in die Betrachtung ein, so fällt auf, dass in der Tendenz die Qualitätszirkel mit einem höheren Anteil männlicher Teilnehmer sich eher im unteren Bereich der Konzeptumsetzung bewegt haben. Nun ist es aber auch nicht ausschließlich so, dass die Qualitätszirkel mit vorwiegend weiblichen Teilnehmern generell erfolgreicher bei der Konzeptumsetzung gewesen sind.

5.4.3 Kontinuität der Gruppen

Die Kontinuität der Gruppenzusammensetzung lässt sich nicht für alle Qualitätszirkel zu jeder Sitzung nachvollziehen, da nicht immer Informationen über die konkret anwesenden Teilnehmer vorliegen.⁹⁷ Aber bereits die Entwicklung der Teilnehmerzahlen kann wesentliche Hinweise liefern. Hier liegt die Vermutung nahe, dass eine vertrauensvolle Gruppenarbeit, die auch die Reflektion der eigenen Arbeitspraxis zum Thema hat, in kontinuierlichen Gruppen mit festen Teilnehmern besser gelingen sollte, als in Gruppen mit hoher Fluktuation unter den Gruppenmitgliedern. Die Entwicklung der Teilnehmerzahlen in den beiden Gruppen (Gruppe mit den erfolgreicherem QZ bzgl. der Konzeptumsetzung und Gruppe mit den weniger erfolgreichen QZ bzgl. der Konzeptumsetzung) wird in folgender Grafik deutlich.

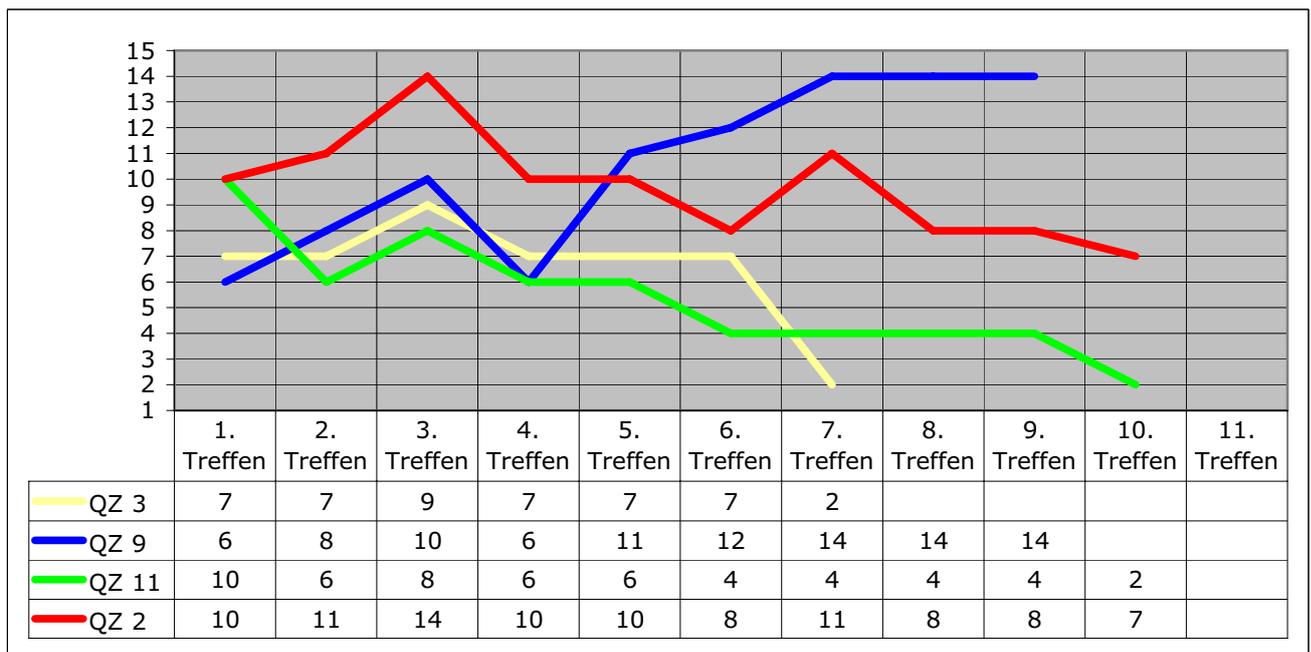
⁹⁷ Es gibt aber deutliche Hinweise aus den Qualitätszirkeln, in denen diese Informationen vorliegen, dass eine hohe Fluktuation bei gleichbleibender Gruppengröße auch von der Gruppe sehr negativ wahrgenommen wird.

Abbildung 12. Teilnehmerkontinuität: Gruppe I (Protokolle, Teilnehmerkurzbeurteilungen)



Bei den Qualitätszirkeln dieser Gruppe handelt es sich, gemessen an der Teilnehmerzahl, insgesamt um relativ stabile Gruppen. Bei der Analyse dieser Grafik wird deutlich, dass die Spannweite der Teilnehmerzahlen in den einzelnen Qualitätszirkeln dieser Gruppe fünf Teilnehmer nicht übersteigt. Die Schwankungen hängen offenbar mit speziellen Situationen der Teilnehmer in den Qualitätszirkeln zusammen und zeigen keinen Trend nach oben oder unten auf. Die Teilnehmerzahlen nehmen demnach nicht zum Ende des Qualitätszirkels ab.

Abbildung 13. Teilnehmerkontinuität: Gruppe II (Protokolle, Teilnehmerkurzbeurteilungen)



Die Qualitätszirkel dieser Gruppe bieten bezüglich der Teilnehmerzahlen ein wenig klares Bild. In Qualitätszirkel 11 finden sich kontinuierlich sinkende Zahlen, dagegen steigen in Qualitätszirkel 9 die Teilnehmerzahlen beständig an. Qualitätszirkel 2 und 3 erscheinen dagegen relativ stabil, wobei bei Qualitätszirkel 3 die Zahlen nach dem sechsten Treffen plötzlich abfallen.

Bei näherer Betrachtung der beiden vorangegangenen Grafiken fallen spezifische Unterschiede auf. So bewegen sich die Qualitätszirkel in der ersten Gruppe innerhalb einer Spannweite von 6 und 11 Teilnehmern, womit auch die größte Spannweite innerhalb eines Qualitätszirkels beschrieben ist. Bei der zweiten Gruppe liegt die Spannweite hingegen zwischen 2 und 14 Teilnehmern. Innerhalb der Qualitätszirkel sind hier die Spannweiten auch deutlich größer als in der ersten Gruppe (7–8 vs. 3–5 Teilnehmerschwankungen). Im Vergleich zu Abbildung 65 fällt ebenfalls auf, dass sich die Teilnehmerzahlen in dieser Gruppe entweder nach oben (QZ 9) oder nach unten entwickeln. Ähnliche Ergebnisse zeigt auch der Vergleich der absoluten Teilnehmerzahlen zu Beginn und zum Ende der Qualitätszirkelarbeit in den Qualitätszirkeln.

Qualitätszirkel	Anfang	Ende	Differenz
QZ 7	8	6	2
QZ 6	7	8	1
QZ 8	9	6	3
QZ 12	8	6	2
QZ 10	9	7	2
QZ 5	6	2	4
QZ 1	13	7	6
QZ 4	8	7	1
QZ 3	6	6	0
QZ 9	5	10	5
QZ 11	10	2	8
QZ 2	9	6	3
Summe	98	73	28

Tabelle 35. Teilnehmerzahlen zu Beginn und am Ende der Qualitätszirkel (Protokolle, Teilnehmerkurzbeurteilungen)

Die Teilnehmerkontinuität scheint im Zusammenhang zur Konzeptumsetzung zu stehen. So geht aus der Tabelle hervor, dass die Qualitätszirkel mit den größten Schwankungen in diesem Bereich auch in der Konzeptumsetzung größere Probleme hatten (Summe der Differenzen 16) als die Qualitätszirkel mit geringeren Schwankungen in der Teilnehmerkontinuität (auch wenn Qualitätszirkel 2 sich hier gegen den Trend bewegt: Summe der Differenzen: 8).

5.4.4 Kontinuität der Gruppentreffen

Ein weiterer wesentlicher Aspekt hinsichtlich der Umsetzung des Konzeptes ist die Kontinuität der Gruppenarbeit. Liegen lange Pausen zwischen den einzelnen Gruppentreffen, so dass die Teilnehmer sich mühevoll die Ergebnisse der Diskussionen des letzten Treffens ins Gedächtnis zurückrufen müssen, oder folgt der Qualitätszirkel einem „strengen“ Rhythmus, der eine aufeinander aufbauende Arbeit erleichtert? Hinter diesen Zahlen verbergen sich möglicherweise auch Informationen über die Akzeptanz der Qualitätszirkel bei seinen Teilnehmern. So ist vorstellbar, dass eine Gruppe, die immer wieder Schwierigkeiten hat, sich auf einen Termin zu einigen, auf diese Weise ihre Widerstände gegen die Gruppenarbeit zum Ausdruck bringt.

Folgende Tabelle zeigt die Kontinuität der Treffen in den einzelnen Qualitätszirkeln.

Nummer	6/00	7/00	8/00	9/00	10/00	11/00	12/00	1/01	2/01	3/01	4/01	5/01	6/01	7/01	8/01	Rang
1	○			○ ○				○		○		○				7
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12
3			○		○	○		○	○		○					9
4				○	○	○		○		○		○				8
5	○		○			○	○		○							6
6	○		○		○	○	○	○	○	○	○	○	○			2
7	○			○		○		○		○		○	○	○		1
8	○	○		○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	3
9	○			○		○	○	○	○	○		○	○			10
10	○			○	○	○		○	○		○	○	○			5
11						○	○	○	○	○	○	○				11
12	○	○		○		○		○		○	○	○	○	○	○	4

Tabelle 36. Kontinuität der Treffen der Qualitätszirkel (Protokolle)

Legende: Monat eines Treffens weitere Treffen nach dem Projekt Qualitätszirkeltreffen

Die vorangegangene Tabelle zeigt die Frequenz der Treffen der einzelnen Qualitätszirkel im Projektverlauf. Zwei Qualitätszirkel treffen sich weiter nach den 10 Sitzungen, die im Projektrahmen vorgesehen waren, ohne dass ihre Arbeit noch dokumentiert wurde, diese sind daher grau markiert. Neun von 12 Qualitätszirkeln haben zum Juni 2000 ihre Arbeit aufgenommen, wobei nur ein Qualitätszirkel sich in der Folge kontinuierlich alle vier Wochen getroffen hat (QZ 2). Die meisten Qualitätszirkel haben eine Sommerpause von ein bis zwei Monaten eingelegt, um dann mit der Arbeit fortzufahren. Ein Qualitätszirkel hat erst im November seine Arbeit aufgenommen, aber in der Folge zweiwöchentliche Treffen durchgeführt, um die „verlorene“ Zeit wieder aufzuholen (QZ 11). Ein anderer Qualitätszirkel hatte seine Teilnehmer aus ganz Deutschland „rekrutiert“ und daher vierstündige Sitzungen durchgeführt, die in Absprache mit der Projektleitung als doppelte Sitzungen gezählt wurden (QZ 5). Die meisten Qualitätszirkel endeten im Mai/Juni 2001, abgesehen von den zwei fortgeführten Qualitätszirkeln beendete der letzte Qualitätszirkel seine Arbeit im August 2001.

Betrachtet man die Frequenz der Treffen der einzelnen Qualitätszirkel etwas genauer, fällt auf, dass einige Qualitätszirkel scheinbar keinen regelmäßigen Rhythmus gefunden haben (QZ 1, QZ 5). Vielmehr scheint hier ein Wechsel der Abstände den Bedürfnissen der Teilnehmer und der Moderatoren eher entgegengekommen zu sein, so gab es in den meisten Qualitätszirkeln vier- und achtwöchige Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen. In der rechten Spalte sind die Rangplätze der Qualitätszirkel in bezug auf die Konzeptumsetzung eingetragen. Versucht man nun, diese Rangplätze mit der Frequenz der Treffen in Beziehung zu setzen, so ergibt sich ein etwas uneinheitliches Bild.

	Gesamtzahl der Treffen	Wechsel der Abstände	Verhältnis
QZ 7	8	2	25%
QZ 6	10	1	10%
QZ 8	9	4	44%
QZ 12	11	2	18%
QZ 10	9	5	55%
QZ 5	5	3	60%
QZ 1	6	3	50%
QZ 4	6	1	16%
QZ 3	6	4	66%
QZ 9	9	4	44%
QZ 11	10	4	40%
QZ 2	10	0	0%
Gesamt	99	36	Ca. 36%

Tabelle 37. Wechsel der Frequenz im Verhältnis zur Gesamtzahl der Treffen (Protokolle)

Aus der Tabelle scheint eine Tendenz ersichtlich zu werden, dass die Qualitätszirkel, in denen die Konzeptumsetzung besser gelungen ist, prozentual weniger Wechsel in den Abständen der Zirkeltreffen gehabt haben, als andere Qualitätszirkel, wobei gerade Qualitätszirkel 2 und Qualitätszirkel 4 hier sehr gute Werte aufweisen, so dass man geneigt sein sollte, hier zirkelspezifische Einflüsse als Ursa-

chen für die Kontinuitäten anzunehmen. Gruppe I hatte durchschnittlich in 24,2%, Gruppe II in durchschnittlich 37,5% der Sitzungen Kontinuitätsschwankungen. Man kann vorsichtig folgern, dass Kontinuität eine (in der Regel) notwendige, nicht aber eine hinreichende Voraussetzung für die Konzeptumsetzung ist. Qualitätszirkel 8 fällt insofern etwas aus dem Rahmen, was aber mit dem hohen Anteil selbständiger Ernährungsberaterinnen zusammenhängt, bei denen es immer wieder Terminprobleme gegeben hat.

5.4.5 Gruppenszusammensetzung

Wesentlichen Einfluss auf die Gruppenarbeit haben neben den bereits genannten strukturellen Eigenschaften einer Gruppe möglicherweise auch die berufsbiographischen Hintergründe und Erfahrungen der Gruppenmitglieder. Über die Erfahrungen der Gruppe mit anderen Formen der Gruppenarbeit liegen kaum Informationen vor. Die Teilnehmer sind allerdings zu ihren Erfahrungen mit Qualitätssicherungsprogrammen und ihrer beruflichen Stellung befragt worden. Da das Instrument des Qualitätszirkels in der Regel ausdrücklich als Instrument der Qualitätssicherung installiert wurde, wäre es vorstellbar, dass Erfahrungen mit anderen Formen der Qualitätssicherung die Bereitschaft zur Konzeptanwendung bei den Teilnehmern beeinflusst haben könnten. Folgende Tabelle gibt Aufschluss über die entsprechenden Erfahrungen der Teilnehmer in den Qualitätszirkeln:

	Teilnehmerzahl	Negative Erfahrungen
QZ 7	8	0%
QZ 6	7	22%
QZ 8	9	9,1%
QZ 12	8	30%
QZ 10	9	20%
QZ 5	6	16%
QZ 1	12	19%
QZ 4	8	30%
QZ 3	6	0%
QZ 9	5	11%
QZ 11	10	0%
QZ 2	9	18%
Gesamt	101	15%

Tabelle 38. Erfahrungen der Teilnehmer mit der Qualitätssicherung (Eingangsbefragung: Anzahl der ausgewerteten Aussagen)

Die Erfahrungen der Teilnehmer mit Qualitätssicherungsprogrammen sind sehr unterschiedlich, in der Regel liegen keine klaren Hinweise vor, um welche spezifischen Erfahrungen es sich hier handelt (von Qualitätshandbüchern über Zertifizierung bis hin zur Teilnahme an einem Interdisziplinären Qualitätszirkel). Es gibt aber keine Gruppen, in denen auffällig viele Teilnehmer mit diesem Hintergrund teilge-

nommen haben. Die entsprechenden Teilnehmer hoben aber eher positive Effekte von Qualitätssicherungsprogrammen hervor. Insgesamt haben maximal 30% der Teilnehmer negative Erfahrungen mit Qualitätssicherungsprogrammen gemacht. In den Qualitätszirkeln 7, 3 und 11 hat kein Teilnehmer negative Erfahrungen gemacht. Bei relativ geringer Streuung haben durchschnittlich ca. 15% aller Teilnehmer negative Erfahrungen gemacht. Man sollte allerdings bedenken, dass nur 37% aller Teilnehmer überhaupt Erfahrungen mit Qualitätssicherungsprogrammen angegeben haben.

5.4.6 Homogenität der Gruppenzusammensetzung

Homogenität wird im Folgenden unter dem Gesichtspunkt der hierarchischen Position bzw. der Direktionschance betrachtet. Das ist einer von mehreren Indikatoren für Homogenität (andere: Alter, Geschlecht, Fachbereich, Institutionszugehörigkeit, Region) Informationen zur Homogenität der Gruppenzusammensetzung liegen aus fast allen Qualitätszirkeln aus der Eingangsbefragung der Teilnehmer vor. Diese Informationen beschreiben zwar nur die Teilnehmerzusammensetzung zu Beginn des Qualitätszirkels, geben aber eventuell doch weiteren Aufschluss über die Frage nach den Prädiktoren erfolgreicher Konzeptumsetzung.

Die Homogenität kann anhand der beruflichen Positionen der Teilnehmer analysiert werden. Hier wird davon ausgegangen, dass sich zumindest in der Tendenz, die Teilnehmer aus ähnlichen beruflichen Positionen auch in ähnlichen beruflichen Alltagswelten bewegen, d.h. auf der anderen Seite, dass die Gruppe umso heterogener eingeschätzt wird, je differenzierter die beruflichen Positionen der Teilnehmer sind. Zur Struktur der Gruppenzusammensetzung gehört natürlich auch der Moderator, wobei hier zwischen seiner Stellung zur Gruppe und seiner beruflichen Position unterschieden wird. Dieser Differenzierung liegt die Annahme zugrunde, dass ein Moderator, der selbst keine Erfahrungen in Leitungsfunktionen hat, eine geringere Chance hat, Akzeptanz bei „Leitern“ zu finden. Den Rahmen der Gruppenarbeit bildet die institutionelle Umgebung des Qualitätszirkels, die in der letzten Spalte angegeben ist.

	berufliche Positionen	Moderator: Stellung in der Gruppe	Moderator: Berufl. Tätigkeit	Institutioneller Rahmen
QZ 7	k.A.	selbe Institution, bestehende AB zu einem TN (Leiter)	Leiter/Angestellter	intern
QZ 6	2 Selbständige; 3 Leiter Angestellte; 2 SHG - Leiter	bestehende AB zu einigen TN Mo. extern, Ko. Extern	Mo. Angestellte u. Leiterin der SH-Kontaktstelle, Ko. Angestellte	interdisziplinär, übergreifend
QZ 8	9 Selbständige; 2 Angestellte	gemeinsames Tätigkeitsfeld	Angestellte	übergreifend
QZ 12	1 Selbständige; 3 Leiter Angestellte; 2 SH - Vertreter	bestehende AB zu einigen TN, An- fangs Vertreterin einer Inst. im Feld	Angestellte/ Leiterin	interdisziplinär, übergreifend
QZ 10	4 Leiter; 1 Angestellte; 1 k.A.	Mo. Extern	Selbständig	interdisziplinär, übergreifend
QZ 5	5 Leiter; 1 Angestellte	selbe Institution, bestehende AB zu einigen TN;	Angestellte	intern, Standortübergreifend
QZ 1	6 Leiter; 5 Angestellte	Mo. extern, bestehende AB zu einigen TN (Leiter); Ko. extern	Mo. Leiter; Ko. Leiter	intern, Standortübergreifend
QZ 4	k.A.	bestehende AB zu einer TN (Angest.); Mo. Extern	Angestellter	intern
QZ 3	6 Angestellte	bestehende AB zu allen TN; Mo. ex- tern	Angestellter	übergreifend
QZ 9	6 Leiter; 6 Freiberufler	bestehende AB zu einigen TN; Mo. Extern	Angestellter/ Freiberufler	intern, Standortübergreifend
QZ 11	2 Leiter; 8 Freiberufler	Mo. unklar, Ko. extern	Mo. Angestellte, Ko. Angestellte	übergreifend
QZ 2	1 Angestellte; 7 SHG - Leiter	bestehende AB zu fast allen TN (SHG), Mo. Extern	Angestellter	übergreifend

AB = Arbeitsbeziehung, k.A. = keine Angabe, Mo. = Moderator, Ko. = Ko-Moderator, TN = Teilnehmer, SH = Selbsthilfe, SHG = Selbsthilfegruppe

Tabelle 39. Struktur der Gruppenzusammensetzung (Eingangsbefragung)

Die Tabelle gibt Aufschluss über die sehr heterogene Zusammensetzung der Qualitätszirkel, die sich nicht nur auf die Teilnehmer, sondern auch auf den Moderator und die institutionelle Einbettung der Qualitätszirkel bezieht. Betrachtet man die Ebene der Teilnehmer, so fällt auf, dass in zwei Qualitätszirkeln die Teilnehmer keine Angaben zu ihrer Person und beruflichen Stellung gemacht haben. Beide Qualitätszirkel sind interne Qualitätszirkel, d.h. sie setzten sich aus Teilnehmern einer Institution zusammen, könnten aber unterschiedliche hierarchische Positionen innehaben. In einem Fall gehört der Moderator ebenfalls der Institution an (QZ 1), im anderen Fall ist der Moderator von Außen hinzugezogen worden (QZ 4). In den anderen Qualitätszirkeln zeigen sich sehr unterschiedliche Teilnehmerstrukturen. So gibt es einen Qualitätszirkel, in dem keine hierarchischen Unterschiede unter den Teilnehmern aufgrund der Eingangsbefragung erkennbar sind (QZ 3). In den meisten Qualitätszirkeln sind Teilnehmer mit unterschiedlichen hierarchischen Positionen vertreten.

Auf der Ebene der Moderatoren wurde unterschieden bezüglich ihrer Stellung in der Gruppe und ihrer eigenen beruflichen Tätigkeit. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass es für den Gruppenprozess sowohl von Bedeutung sein wird, wie der Moderator in der Gruppe positioniert ist (Ist er hinzugezogen worden, oder ein Mitglied eines Arbeitsteams? Ist er einem oder mehreren Teilnehmern bekannt?), als auch in welcher beruflichen Position er sich selber befindet.

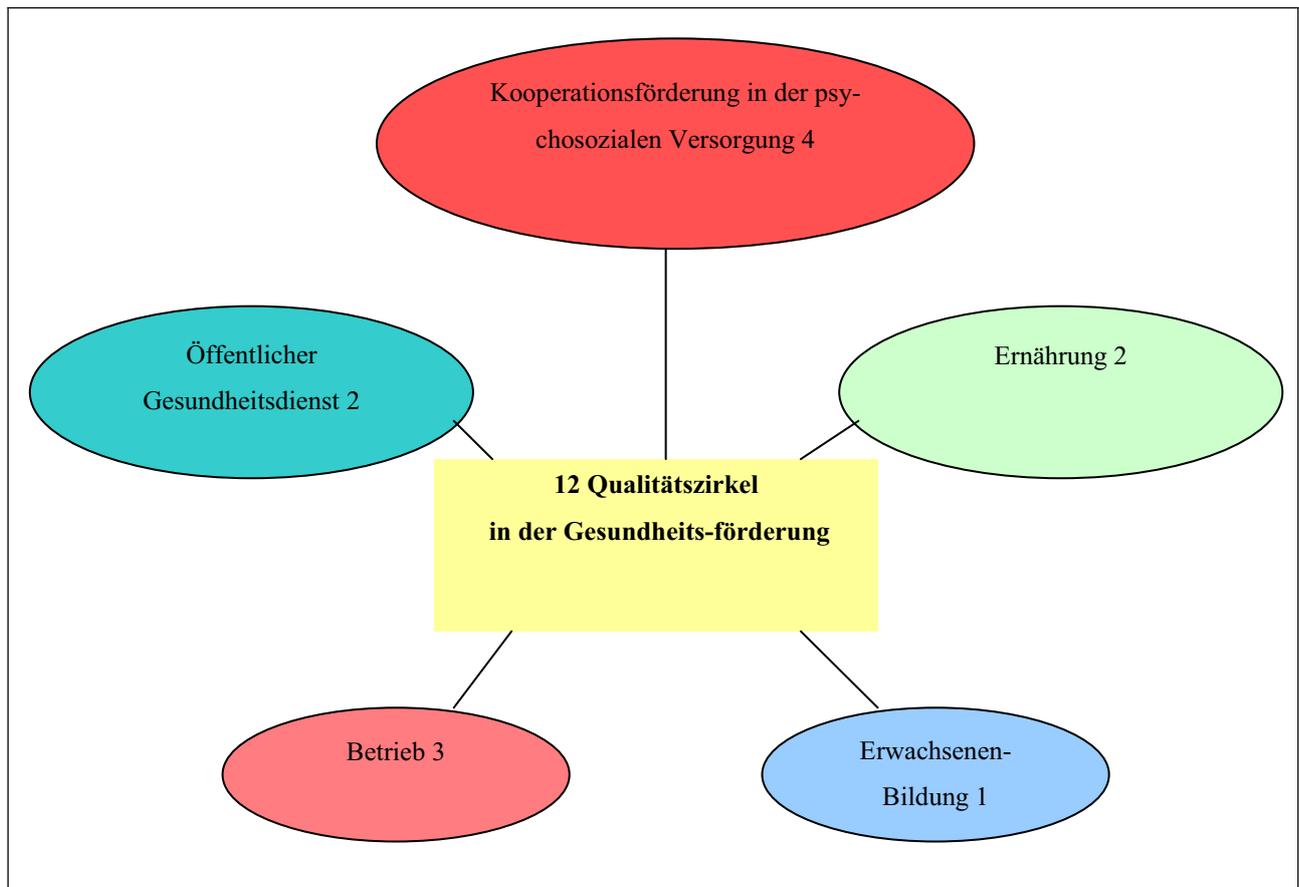
Bei der Stellung der Moderatoren in den Qualitätszirkeln fällt auf, dass nur in einem Fall zuvor keine Arbeitsbeziehungen zwischen dem Moderator und seinen Teilnehmern bestanden haben. In allen anderen Fällen kann davon ausgegangen werden, dass der Moderator mindestens einen Teilnehmer aus seinem beruflichen Umfeld kannte. Dies hängt sicher auch mit dem Charakter des Modellprojektes zusammen, in dem die Moderatoren innerhalb einer relativ kurzen Zeitspanne einen eigenen Qualitätszirkel initiieren sollten. Es ist aber dennoch so, dass in acht Qualitätszirkeln die Moderatoren eher eine externe Position einnahmen und nicht aus ihrer eigenen Berufspraxis mit dem Qualitätszirkel verbunden waren.

Die meisten Moderatoren haben in ihrer eigenen Berufspraxis eher eine Angestelltenposition. Nur ein Moderator hat eine unabhängige Leitungsfunktion in seinem Arbeitsfeld inne und in dessen Qualitätszirkel waren mehrheitlich Teilnehmer, die Leitungspositionen innehaben (QZ 10). In einigen Fällen finden sich Mischkonstellationen, in denen die Moderatoren auch Leitungsfunktionen wahrnehmen oder wahrgenommen haben, aber ebenso auch anderen noch unterstellt sind (QZ 7, QZ 1). In einem Fall ist ein Vorgesetzter zugleich Teilnehmer im Qualitätszirkel, im anderen Fall besteht auch unter den Teilnehmern eine proporzähnliche Verteilung der unterschiedlichen hierarchischen Positionen an der Institution.

Zum Abschluss dieses Kapitels wurde versucht, eine Kurzcharakteristik des institutionellen Rahmens der Qualitätszirkel zu rekonstruieren, da durch diesen auch der Handlungsrahmen und Entscheidungsspielraum der Qualitätszirkel mitbestimmt sein dürfte. Hier sind unterschiedliche **Qualitätszirkeltypen** identifiziert worden:

- a) Der „**interne Qualitätszirkel**“ ist Bestandteil einer Institution mit Teilnehmern dieser Institution, der Moderator kann von außerhalb der Institution hinzugezogen sein.
- b) Der „**interne, standortübergreifende Qualitätszirkel**“, besteht an einer Institution, die sich aber geografisch über verschiedene teilautonome Einheiten erstreckt. Die Teilnehmer stammen aus-

Abbildung 13. Verteilung der Qualitätszirkel im Feld der Gesundheitsförderung



Der Erfolg der Konzeptumsetzung hängt damit nicht allein von den oben genannten, die Gruppenarbeit beeinflussenden Bedingungen ab. Vielmehr scheint das „Handling“ der Gruppe und seines Moderators mit dem Konzept, den Rahmenbedingungen und den Erwartungen der Beteiligten den Erfolg der Konzeptumsetzung stark zu beeinflussen. Die Überlegungen zu Einflüssen der Gruppenstruktur auf die Konzeptumsetzung lieferten allerdings auch deutliche Hinweise auf den positiven Einfluss einer kontinuierlichen Gruppe, in denen nicht zu jeder Sitzung zu viele neue Teilnehmer hinzu stoßen oder fernbleiben.

5.5 Wie hat sich die „Fallarbeit“ in den Qualitätszirkeln entwickelt?

Kriterien für die Fallarbeit im Qualitätszirkel sind im QZ-Check niedergelegt und auf diese Weise auch in die Bewertung der Qualitätszirkel hinsichtlich des Erfolgs der Konzeptumsetzung eingegangen (vgl. Kap. 5.1). Die Definition sei hier noch einmal beschrieben:

Der „Fall“ im Hinblick auf die Arbeit im Qualitätszirkel ist nicht, wie häufig verstanden, der „Patient“ oder „Klient“ o.Ä., sondern gemeint ist das professionelle Handeln in der Beziehung des Fallvorstellenden zu einer Person (z.B. Patient oder Klient), Personengruppe (z.B. Paar, Familie, Kurs, Selbsthilfegruppe) oder Situation (z.B. Veranstaltung, Konsultation). Fälle sollen aus der eigenen Alltagspraxis gewonnen werden und die Thematisierung der Beziehungen zwischen den Akteuren (Vorstellender im Verhältnis zu Person/Ereignis) und die Selbstreflexion über Alltagsroutinen ermöglichen. Dazu sollte in der Regel in jeder Sitzung ein konkreter Fall zur Diskussion gestellt werden oder es sollte zumindest jeder Teilnehmer zu einer derartigen ausführlichen Fallvorstellung bereit sein. Die Fallvorstellung sollte durch Nachfragen und eine kritische Gruppendiskussion die Analyse des situativen Kontextes ermöglichen, um dann gezielt Handlungsalternativen und Vorschläge für künftiges Vorgehen entwickeln zu können.

5.5.1 Fallarbeit in den Qualitätszirkeln

Im Folgenden wird Fallarbeit in den Qualitätszirkeln in ihrer Frequenz und mit ausgewählten Beispielen beschrieben. Die Daten wurden aus den Protokollen der Qualitätszirkelsitzungen gewonnen, wobei die Charakterisierungen der einzelnen Sitzungen in Gruppendiskussionen der Projektgruppe vorgenommen wurden. Die folgende Tabelle liefert eine Übersicht über alle Sitzungen der Qualitätszirkel im Projektzeitrahmen.

Die Sitzungen werden farblich voneinander unterschieden, wodurch unterschiedliche Sitzungstypen dargestellt werden. Die schwarzen Kreise geben die Anzahl der Treffen in einem Monat an. An den grün markierten Monaten haben Sitzungen des Qualitätszirkels stattgefunden, in denen bspw. das Konzept vermittelt wurde oder inhaltliche Themen besprochen wurden. Die blau markierten Monate kennzeichnen die Sitzungen, an denen explizit Fallarbeit nach den Kriterien des Qualitätszirkels stattgefunden hat. Die grau markierten Monate kennzeichnen weitere Treffen des Qualitätszirkels, die aber außerhalb des Projektrahmens stattgefunden haben und nicht mehr dokumentiert wurden. An der linken Seite der Tabelle finden sich die Nummern der Qualitätszirkel, in der rechten Spalte findet sich der Rangplatz der Qualitätszirkel hinsichtlich der Konzeptumsetzung.

QZ	6/00	7/00	8/00	9/00	10/00	11/00	12/00	1/01	2/01	3/01	4/01	5/01	6/01	7/01	8/01	Rang
1	●			●				●		●		●				7
2	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	12
3			●		●	●		●	●		●					9
4				●	●	●	●	●		●		●				8
5	●		●			●	●		●							6
6	●		●		●		●	●	●	●	●	●	●	●		2
7	●			●		●		●		●		●	●	●		1
8	●	●		●	●	●	●		●	●	●	●	●	●	●	3
9	●			●		●	●	●	●	●		●	●	●		10
10	●			●	●	●		●	●		●	●	●			5
11						●	●	●	●	●	●	●				11
12	●	●		●		●		●		●	●	●	●	●	●	4

Tabelle 41. Qualitätszirkelsitzungen mit Fallarbeit (Protokolle)

Legende:

- Monat eines Treffens
- Qualitätszirkeltreffen
- weitere Treffen nach dem Projekt
- Sitzungen mit Fallarbeit

Aus der Tabelle geht hervor, dass in jedem Qualitätszirkel Fallarbeit nach der Arbeitsweise im Qualitätszirkel stattgefunden hat. Die Häufigkeit unterscheidet sich allerdings, wobei davon ausgegangen werden muss, dass mindestens in der ersten Sitzung die Vorbereitung und Vermittlung der Arbeitsweise und das gegenseitige Kennenlernen im Vordergrund gestanden haben wird. Außerdem ist an Sitzungen zu denken, in denen Bilanzen der bisherigen Arbeit gezogen werden oder in denen aktueller Diskussionsbedarf eine Sitzung in Anspruch nehmen kann. Daraus folgt, dass man nicht erwarten kann, dass ein Qualitätszirkel in jeder Sitzung Fallarbeit macht. Folgende Tabelle gibt Aufschluss über das Verhältnis von Sitzungen mit Fallarbeit und anderen Sitzungen. Die Qualitätszirkel sind hier in der Rangfolge der Konzeptumsetzung sortiert.

	Gesamtzahl der Treffen	Treffen mit Fallarbeit	Verhältnis
QZ 7	8	3	38%
QZ 6	10	5	50%
QZ 8	9	4	44%
QZ 12	11	3	27%
QZ 10	9	5	55%
QZ 5	5	2	40%
QZ 1	6	3	50%
QZ 4	6	3	50%
QZ 3	6	2	33%
QZ 9	9	2	22%
QZ 11	10	3	30%
QZ 2	10	1	10%
Gesamt	99	36	ca. 36%

Tabelle 42. Treffen mit Fallarbeit vs. Treffen mit anderen Inhalten

Aus dieser Tabelle geht hervor, dass kaum ein Qualitätszirkel mehr als die Hälfte der Sitzungen zur Fallarbeit genutzt hat (nur QZ 10). Drei Qualitätszirkel erreichen eine Quote von 50% (QZ 6, QZ 1, QZ 4). Um die 40% liegen ebenfalls drei Qualitätszirkel (QZ 7, QZ 8, QZ 5). Alle anderen Qualitätszirkel liegen unter dem Durchschnitt von ca. 36%. Setzt man nun den Erfolg der Konzeptumsetzung in den Qualitätszirkeln in Bezug zur Frequenz der Fallarbeit, so ergibt sich ein etwas uneinheitliches Bild mit einer Tendenz. Die Qualitätszirkel der Gruppe I haben in durchschnittlich ca. 40% der Sitzungen Fallarbeit gemacht, wohingegen die Qualitätszirkel der Gruppe II nur in 24% der Sitzungen Fallarbeit gemacht haben. Die überdurchschnittlichen Frequenzen werden aber nicht durchgängig von den Qualitätszirkeln erreicht, die erfolgreicher in der Konzeptumsetzung gewesen sind. Diese Qualitätszirkel verteilen sich auf die ersten acht Rangplätze, so dass man aber annehmen kann, dass zu wenig Fallarbeit der erfolgreichen Konzeptumsetzung im Wege steht.⁹⁸

⁹⁸ Es sei daran erinnert, dass die Fallarbeit nur einen Aspekt der Konzeptumsetzung darstellt und in der Gesamtbewertung nur ca. 12% ausmacht (vgl. 7.1) .

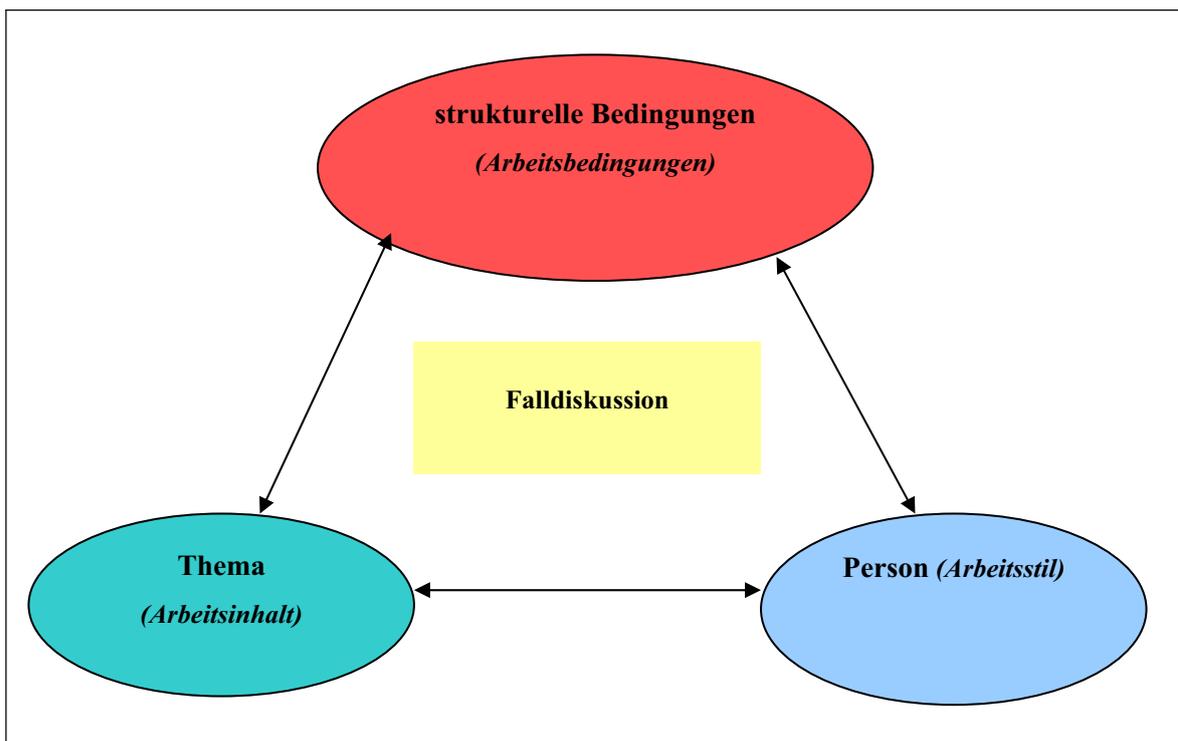
In den Modellzirkeln sind verschiedene „Fälle“ auf ganz unterschiedliche Weise diskutiert worden. Im Folgenden werden einige Beispiele dargestellt, die die Bandbreite der diskutierten „Fälle“ vermitteln.

- Im Qualitätszirkel „Der Kinder– und Jugendgesundheitsdienst auf dem Weg in die Fusion (KJGD)“ vollzog sich die Fallarbeit anhand der Statistik zum bisherigen Vorgehen in einer gewählten Situation: Die Vertreter jedes Bezirkes stellten ihr bisheriges Vorgehen (Dienstleistung) in einer bestimmten Situation (z.B: Erstbesuch nach Geburt) anhand der Leistungen dar, die in dieser Situation erbracht wurden. Die Dienstleistung und der entsprechende Leistungsumfang galten als das Produkt des KJGD. Diese Darstellung wurde durch persönliche Berichte der Teilnehmerinnen ergänzt. Der Fall war hier also das in einem bestimmten Zeitraum realisierte Produkt (Dienstleistung) des KJGD, vermittelt über eine Häufigkeitsstatistik der in diesem Zeitraum bezogen auf das Produkt erbrachten Leistungen. Der Fall wurde durch informelle Informationen der betreffenden Mitarbeitern zu bestimmten Situationen, in denen das Produkt „verkauft“ wurde, ergänzt. Diese „Fälle“ hatten ihren Ausgangspunkt in einer Beschreibung des Leistungsumfangs. Der unterschiedliche Leistungsumfang ist nicht bruchlos auf qualitativ unterschiedliches Handeln zurückzuführen, vielmehr spiegeln sich in den Daten der drei Bezirke zugleich Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter, Hierarchieprobleme in der Behörde und die Beziehungsgestaltung zum Klienten wider. Bei eingehenderer Diskussion kann also die subjektive Bewertung des Mitarbeiters bezüglich des Produktes, seiner Beziehung zur Leitungsebene und auch zum Produktempfänger deutlich werden, wenn die nachvollziehbare Schilderung und anschließende Diskussion konkreter Situationen im Qualitätszirkel erfolgt.
- Im Qualitätszirkel „Umgang mit Mitarbeitern, die in einer psychischen Krise sind, dies aber nicht einsehen können/wollen und auch nichts unternehmen“ haben die „Fälle“ quasi als exemplarische Erprobung eines Netzwerkes zum Umgang mit entsprechenden Mitarbeitern gedient. Die Fälle waren entsprechende Mitarbeiter, die mit ihrem Verhalten Objekt des Handelns einer oder mehrerer im Qualitätszirkel vertretenen Abteilungen wurde. Diese „Fälle“ wurden von einem Mitarbeiter kurz vorgetragen, anschließend überlegte die Gruppe gemeinsam, welche Handlungsalternativen sich aus unterschiedlichen Perspektiven für das Unternehmen ergeben könnten oder welche Handlungsalternativen bestanden hätten.
- Im Qualitätszirkel „Rückenschule für Kinder“ waren die „Fälle“ die konkreten Situationen der Rückenschulfachkräfte in der Durchführung der Rückenschulen in Schulklassen und Kindergärten. In diesem Qualitätszirkel haben sich bereits nach der zweiten Sitzung Teilnehmer bereit gefunden, die Durchführung ihrer Rückenschulen per Video zu dokumentieren und auf diese Weise ihre konkrete Arbeitspraxis den anderen Teilnehmern nachvollziehbar zu machen. In den Falldiskussionen entwickelten sich dann aufgrund der beobachteten Situationen engere Fragestellungen beispielsweise zur Einbeziehung von Lehrern oder zum Umgang mit unruhigen Kindern.
- Im Qualitätszirkel für Dozenten im Bereich gesundheitsfördernder Erwachsenenbildung berichtete eine Teilnehmerin von einer von ihr durchgeführten Ausbildung von arbeitslosen Frauen zu Fleischereifachverkäuferinnen. In dieser Gruppe hatte sie insbesondere mit drei verschiedenen Teilnehmerinnen besondere Schwierigkeiten, da sie entweder unterfordert oder überfordert waren oder kein Interesse an einem Dienstleistungsberuf hatten. Diese Situation wurde von der

Teilnehmerin schriftlich kurz skizziert, außerdem strukturierte sie die Diskussion, indem sie vier Stichworte vorgab: Anspruch, Fortbildung, Methoden, Motivation. Der Qualitätszirkel sammelte dann zu jedem Punkt Ideen und Vorschläge („Anspruch minimieren“, „Neues wagen, z.B. anderssprachige Teilnehmer in ihrer Landessprache begrüßen“, „Nicht gegen Gruppenwiderstände arbeiten“, „Erfahrungsaustausch unter den Dozenten“, „eigene Psychohygiene“, „Supervision“).

Diese Beispiele zeigen die Unterschiedlichkeit der diskutierten Fälle in den Qualitätszirkeln. Zentrale Aufgabe der Falldiskussion im Qualitätszirkel ist es, die unterschiedlichen Dimensionen und Perspektiven eines Falles den anderen Teilnehmern zu vermitteln. Damit soll eine nachvollziehbare Basis für die Diskussion im Qualitätszirkel geschaffen werden. Je weiter die Teilnehmer wechselseitig von den Arbeitsfeldern der fallvorstellenden Teilnehmer entfernt sind, desto höher ist der Aufwand der Informationsvermittlung und desto schwieriger ist die zielgerichtete Falldiskussion. Folgende Grafik vermittelt einen Eindruck der unterschiedlichen Perspektiven in der Falldiskussion.

Abbildung 14. Unterschiedliche Perspektiven in der Falldiskussion im Qualitätszirkel



In der Falldiskussion kommen verschiedene Aspekte zum Tragen. In der Darstellung der **strukturellen Bedingungen** des jeweiligen Handelns gilt es, den anderen Teilnehmern die zugrundeliegenden Arbeitsbedingungen darzustellen, da diese den Hintergrund für den vorgestellten Fall bilden und eine Analyse ohne deren Berücksichtigung oberflächlich bleiben muss.

Ein weiteres wesentliches Element der Falldiskussion ist das **Thema** des Falles. Worum geht es eigentlich in der geschilderten/dokumentierten Situation? Verstehen alle Teilnehmer auch inhaltlich, welche Aufgaben in der Situation vom Fallvorsteller zu bewältigen sind? Der zuletzt angedeutete

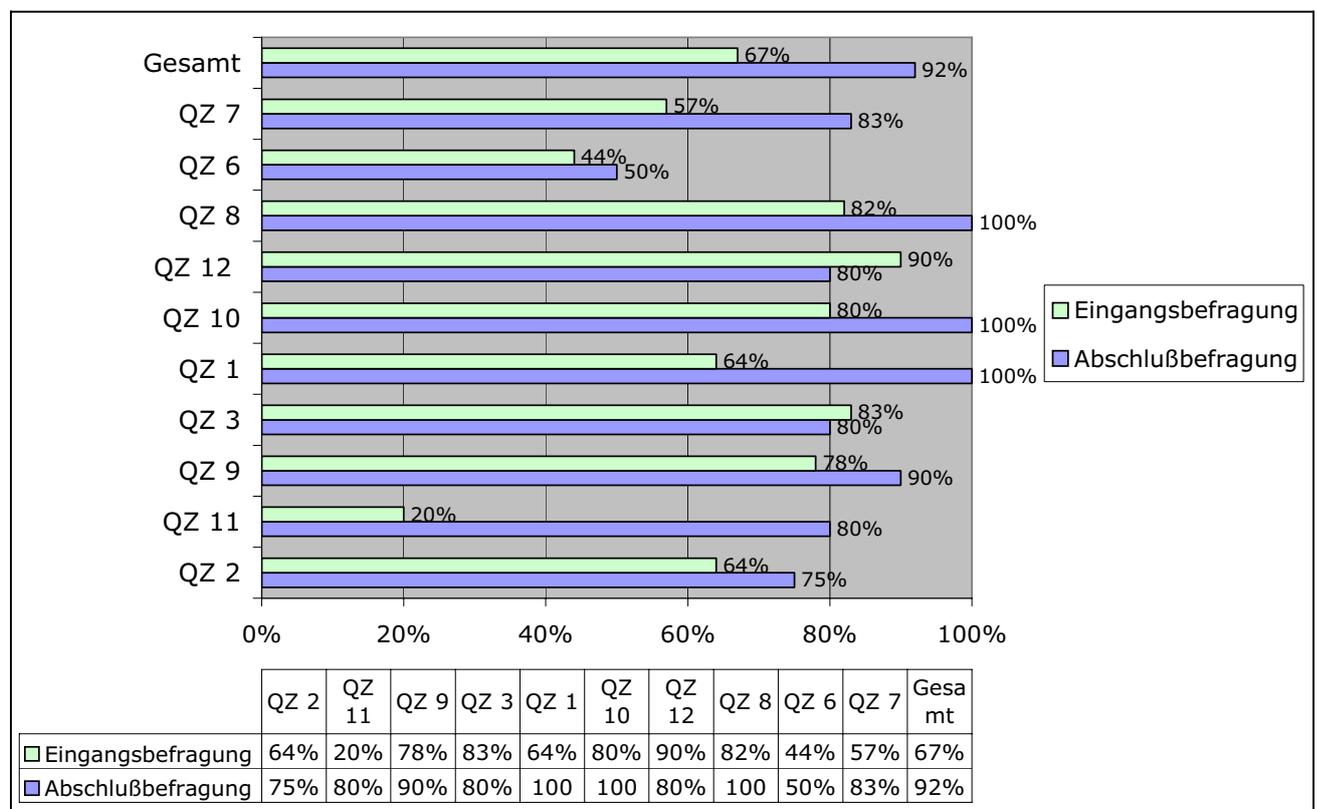
personale Aspekt weist auf die dritte Perspektive in der Falldiskussion hin, die vorstellende **Person** selbst.

Hier ist es von großer Bedeutung zu klären: Wer stellt eigentlich den Fall vor? Welche Position und Aufgabenbereiche hat diese Person in Bezug auf den Fall? Welcher Arbeitsstil liegt dem beruflichen Handeln des Fallvorstellers zugrunde? Diese drei Perspektiven gilt es, in der Falldiskussion im Qualitätszirkel zu integrieren, um auch den Beziehungen und Wirkungen zwischen diesen Aspekten am Fall orientiert „auf die Schliche“ zu kommen, denn die der eigenen Arbeit zugrundeliegenden Handlungsrountinen werden erst durch die Berücksichtigung dieser Perspektiven und Dimensionen aufgedeckt, d.h. sie sind auch dem Vorstellenden in der Regel nicht bewusst.

Transportiert man jetzt diese Anforderungen in die unterschiedlichen Felder der Gesundheitsförderung der beteiligten Qualitätszirkel und berücksichtigt zugleich deren sehr unterschiedliche Struktur (vgl. Kap. 6), so wird deutlich, warum die Qualitätszirkel so unterschiedliche Formen der „Fälle“ diskutiert haben, worin die besondere Leistung der jeweiligen Qualitätszirkel gelegen hat und warum diese in der Konzeptumsetzung im Projektzeitrahmen unterschiedlich weit gekommen sind.

Trotz sehr unterschiedlicher Rahmenbedingungen und Gruppenzusammensetzungen ist es in den Qualitätszirkeln gut gelungen, den Wert der fallbezogenen Arbeit zu vermitteln, wie die folgenden Ergebnisse der Eingangs- und Abschlussbefragung der Teilnehmer zeigen.

Abbildung 15. Beurteilung der Bedeutung des Fallbezugs durch die Teilnehmer (Eingangs- und Abschlussbefragung Anteil „Einstufung des Fallbezugs als wichtig“ in %)



Aus der Grafik wird deutlich, dass sich die Einschätzungen der Teilnehmer zur Bedeutung des Fallbezugs sehr unterschiedlich darstellen. Dies wird sicher auch davon abgehangen haben, welche Vorstellungen von „Fall“ sich die Teilnehmer zuvor gemacht haben. So fällt auf, dass in

Qualitätszirkeln, in denen viele beratend tätige Teilnehmer dabei sind, auch die Bedeutung des Fallbezugs bereits relativ hoch eingeschätzt wird (eine gewisse Ausnahme bildet QZ 6). Hingegen scheinen in einigen Qualitätszirkeln weniger konkrete Vorstellungen von Fällen vorhanden gewesen zu sein. Hier insbesondere in der Erwachsenenbildung. Die Vorstellung, dass Unterrichtseinheiten als „Fall“ betrachtet werden könnten, war hier offenbar weniger verbreitet.⁹⁹

Betrachtet man nun die Einschätzungen der Teilnehmer zur Bedeutung des Fallbezugs in der Abschlussbefragung, so kann man sowohl am Gesamtwert als auch in einzelnen Qualitätszirkeln deutliche Steigerungen erkennen, dies betrifft besonders die Qualitätszirkel 1, 7, 8, 10, 11. Es gibt allerdings auch gegenläufige Tendenzen, so ist die Einschätzung zur Bedeutung des Fallbezugs in Qualitätszirkel 12 zurückgegangen.¹⁰⁰ Alle Moderatoren haben nach Projektende die Bedeutung des Falls für die Arbeit im Qualitätszirkel als wichtig eingestuft. In den Diskussionen der Kleingruppen auf den Begleitseminaren sind von **den Qualitätszirkelmoderatoren** auch immer wieder Hinweise für die Gestaltung einer Fallvorstellung und Diskussion gegeben worden:

- **Problemdefinition, Fragestellung und Dokumentation** müssen aufeinander abgestimmt sein.
- Fälle sollten aus **Alltagssituationen** kommen.
- Nachfragen kann bereits zum Erkenntnisgewinn führen, da der Vorstellende, der sich die Fragen in dieser Form möglicherweise nicht stellen würde, sein vorhandenes Wissen dazu abrufen und sich so evtl. bereits Wege zu einer Lösung anbahnen. In einem homogenen Zirkel glauben die Teilnehmer möglicherweise (vor-)schnell, die Zusammenhänge zu verstehen, aber im Detail hat nicht jeder das gleiche Bild vor Augen. Durch gezieltes Nachfragen wird das Vorgestellte für alle ähnlich nachvollziehbar.
- Für den Moderator kann es sogar von Vorteil sein, mit „**blinden Fragen blinde Flecken** anzusprechen“. Möglicherweise versucht er, mit der „**künstlichen Naivität des Moderators**“ auch dann die Falldarstellung von außen zu betrachten, wenn er Fachexperte ist.
- Bei mündlichen Berichten kann der Moderator im Zuge der Fallvorstellung **visualisieren**, was jedoch die Aufmerksamkeit der Teilnehmer vom Vorstellenden weg lenkt. Ansonsten verdeutlicht Visualisierung während der Fallvorstellung das Bild und schafft Transparenz (Dokumentation der Begleitseminare).

5.5.2 Fazit

Entsprechend der unterschiedlichen Felder, in denen die Qualitätszirkel angesiedelt waren und der unterschiedlichen Teilnehmerzusammensetzung sind auch die bearbeiteten Fälle der Qualitätszirkel sehr unterschiedlich, so dass die Umsetzung einer qualitätszirkelgerechten Fallbearbeitung besondere Beachtung verdient. Die Aufgaben der Gruppe und ihres Moderators beginnen bereits in der Themenwahl und der Erstellung der Problemliste, da schon hier die Frage danach, wie ein Problem eigentlich als Fall der Gruppe zugänglich und nachvollziehbar gemacht werden kann, beachtet werden sollte. Die Fallarbeit als Grundlage zur Analyse der Arbeitsrealität nimmt einen zentralen Platz im

⁹⁹ vgl. Ohlhaver F, Wernet A: Schulforschung, Fallanalyse, Lehrerbildung – Diskussionen am Fall, Opladen. 1999

¹⁰⁰ Hier muss allerdings angemerkt werden, dass ein Vergleich der Eingangs- mit der Abschlussbefragung nur bedingt zulässig ist, da in einigen Qualitätszirkeln bekanntermaßen andere Teilnehmer die Abschlussbefragung ausgefüllt haben als bei der Eingangsbefragung.

Konzept der Qualitätszirkel ein und bildete auch für die Moderatoren ein entscheidendes Merkmal ihrer Arbeit. So gaben die Moderatoren in der Abschlussbefragung an, dass gerade die Arbeitsweise des Qualitätszirkels den Unterschied zu ihren Erfahrungen in anderen Formen der Gruppenarbeit ausmacht (Abschlussbefragung der Moderatoren, andere Aspekte waren die Gruppendynamik und die Evaluation). Es gibt außerdem Hinweise, dass ohne Fallarbeit auch andere Aspekte des Konzeptes nur schwer umgesetzt werden können.

5.6 Wirkungen der Qualitätszirkel: Wie schätzen die Teilnehmer und Moderatoren die Arbeit im Qualitätszirkel ein?

Die Einschätzungen der Teilnehmer und Moderatoren werden hier im ersten Teil auf der Ebene der Qualitätszirkel: Wie beurteilen Teilnehmer und Moderatoren die Arbeit ihres Qualitätszirkels im Verlauf? Anschließend werden die Einschätzungen der Teilnehmer und Moderatoren in Bezug zum Grad der Konzeptumsetzung in den einzelnen Qualitätszirkeln gesetzt. Zur besseren Orientierung wird sich dabei an den zwei Gruppen orientiert wird, wie sie in Kapitel 5.1 gebildet wurden.

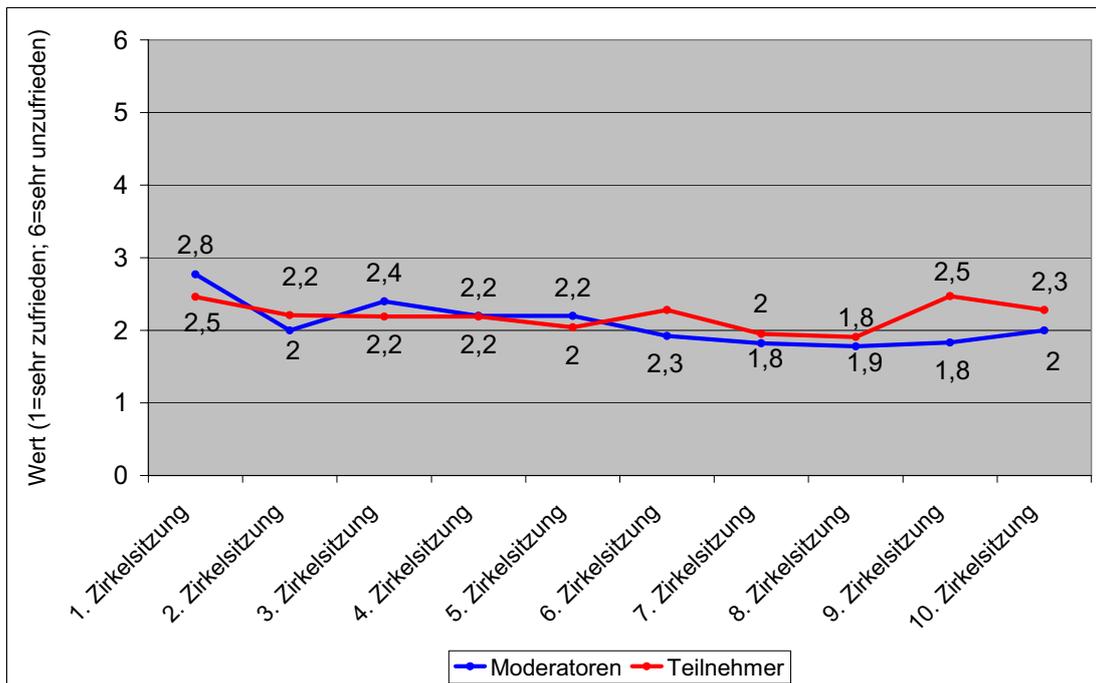
Des Weiteren wird der Frage nachgegangen, wie die Teilnehmer und Moderatoren den Ertrag ihrer Qualitätszirkelarbeit nach Beendigung der Qualitätszirkel einschätzten. Hier interessieren dann insbesondere die Effekte der Mitarbeit im Qualitätszirkel, die Einschätzungen zum Konzept „Qualitätszirkel“, sowie die sich daraus ableitenden Perspektiven der Teilnehmer und Moderatoren in Bezug auf das Konzept „Qualitätszirkel“.

5.6.1 Bewertungen der Qualitätszirkeltreffen durch Moderatoren und Teilnehmer im Verlauf

Nach jedem Zirkeltreffen hatten die Teilnehmer und die Moderatoren die Gelegenheit, auf einem kurzen Bewertungsbogen ihre Rückmeldungen zur gerade abgelaufenen Sitzung des Qualitätszirkel nach den Dimensionen „sachlicher Ertrag“, „Gruppenatmosphäre“, „Moderation“, „eigener Beitrag“ und der „Gesamtbeurteilung“ zu geben. Im Folgenden werden die Kurzbeurteilungen der Moderatoren und Teilnehmer als Durchschnittswerte im Verlauf über maximal 10 Zirkelsitzungen hinweg dargestellt. Insgesamt konnten während der Arbeitsphase der Qualitätszirkel 675 Kurzbeurteilungsbögen ausgewertet werden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 92,1%. Der Rücklauf der Bögen fiel in den einzelnen Zirkeln sehr unterschiedlich aus. In zwei Zirkeln sind zu einzelnen Sitzungen keine Kurzbeurteilungsbögen verteilt worden.¹⁰¹ Zu berücksichtigen ist außerdem, dass sich nicht alle Qualitätszirkel zehnmals getroffen haben, so dass der angegebene Durchschnittswert sich auf immer geringer werdende Summen bezieht.

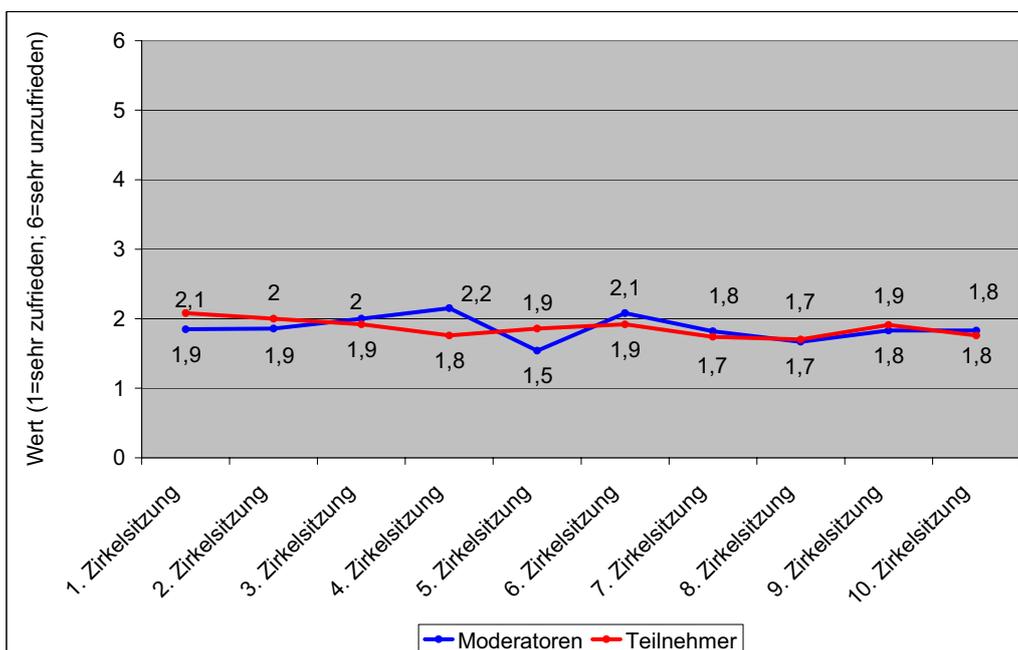
¹⁰¹ Eine Moderatorin hatte auf der 1. Zirkelsitzung vergessen, die Kurzbeurteilungsbögen zu verteilen, in dem anderen Fall wurde die letzte Sitzung nicht mehr als „offizielle“ Qualitätssitzung angesehen.

Abbildung 16. Beurteilung des „sachlichen Ertrags“ im Verlauf



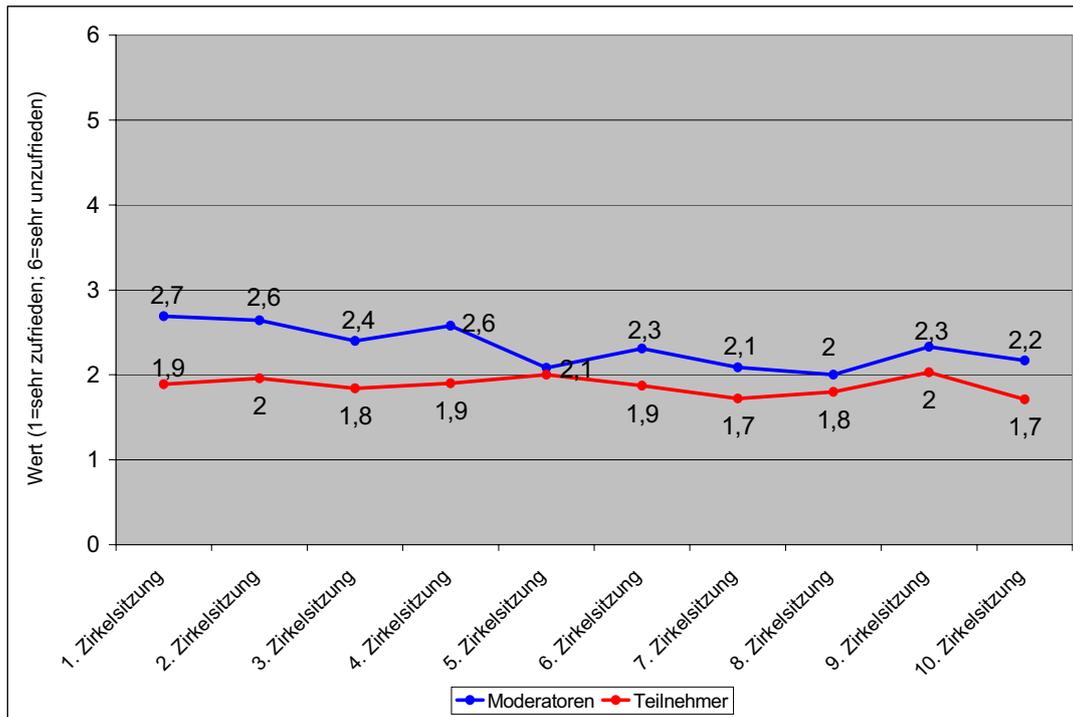
Die Beurteilungen der Moderatoren zum „sachlichen Ertrag“ verbesserten sich im Verlauf der Sitzungen. Schätzten sie zu Beginn diesen noch kritischer ein als die Teilnehmer, so wandelte sich diese Bewertung zum Ende der Zirkelarbeit. Die vergleichsweise schlechte Bewertung in der ersten Sitzung lag vermutlich in der inhaltlichen Struktur der konstituierenden Sitzung begründet, in der eher organisatorische Absprachen getroffen und Themen vereinbart wurden, als dass bereits konkret inhaltlich gearbeitet werden konnte. Obgleich die Bewertungen einige Schwankungen aufweisen, wurde der Sachertrag insgesamt als gut bewertet, wobei die Moderatoren tendenziell zufriedener als die Teilnehmer erscheinen.

Abbildung 17. Beurteilung der „Atmosphäre“ im Verlauf



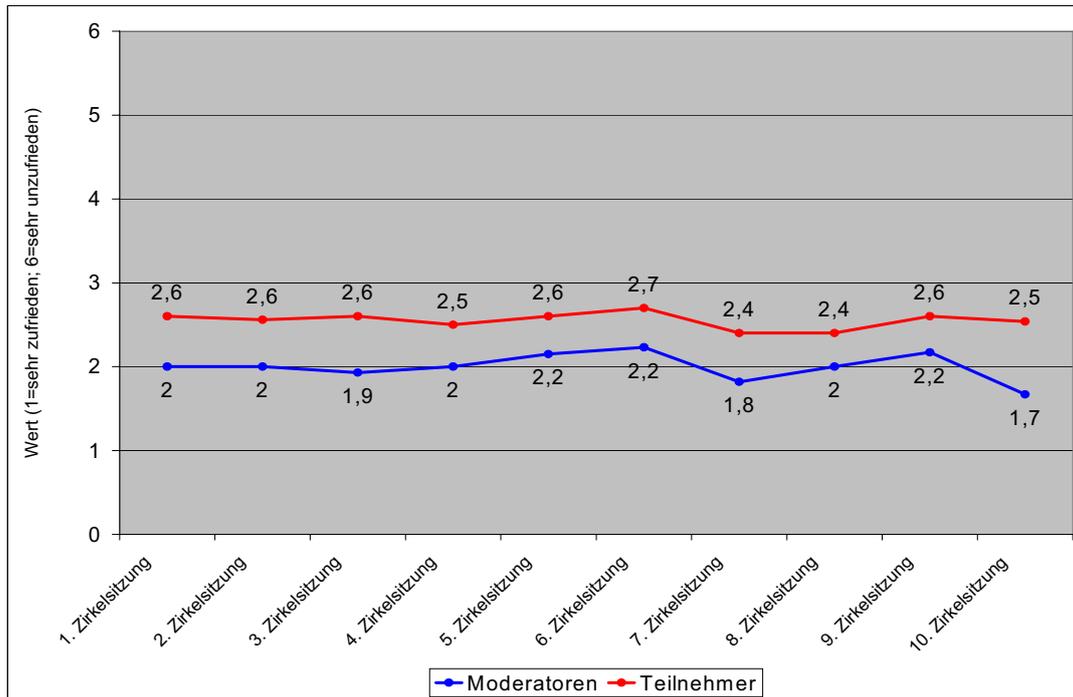
Bei der Beurteilungen der „Gruppenatmosphäre“ verläuft die Teilnehmerkurve ähnlich wie bei der Bewertung des „sachlichen Ertrags“ und weist nur geringe Schwankungen auf. Die Beurteilungen der Moderatoren veränderten sich dagegen deutlicher und erreichten zur sechsten Sitzung einen Höhepunkt mit 1,5.

Abbildung 18. Beurteilung der „Moderation“ im Verlauf



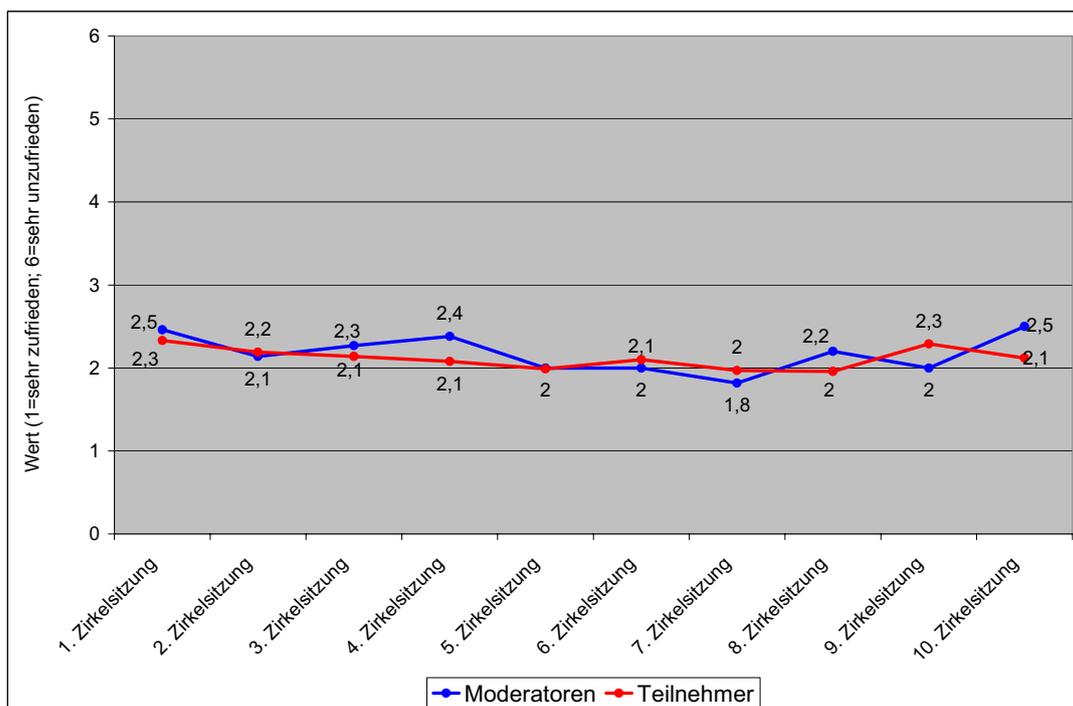
Die „Moderation“ wurde von Teilnehmern und Moderatoren – wenngleich auf unterschiedlichem Niveau – ähnlich beurteilt. Die Teilnehmer bewerteten die „Moderation“ ähnlich gut wie die „Gruppenatmosphäre“. Die Selbsteinschätzung der Moderatoren wurde im Laufe der Sitzungen positiver, bewegte sich aber bis zur vierten Sitzung der Qualitätszirkel eher im befriedigenden Bereich. Zur fünften Sitzung waren sich Moderatoren und Teilnehmer aber offenbar einig.

Abbildung 19. Beurteilung des „eigenen Beitrags“ der Teilnehmer im Verlauf



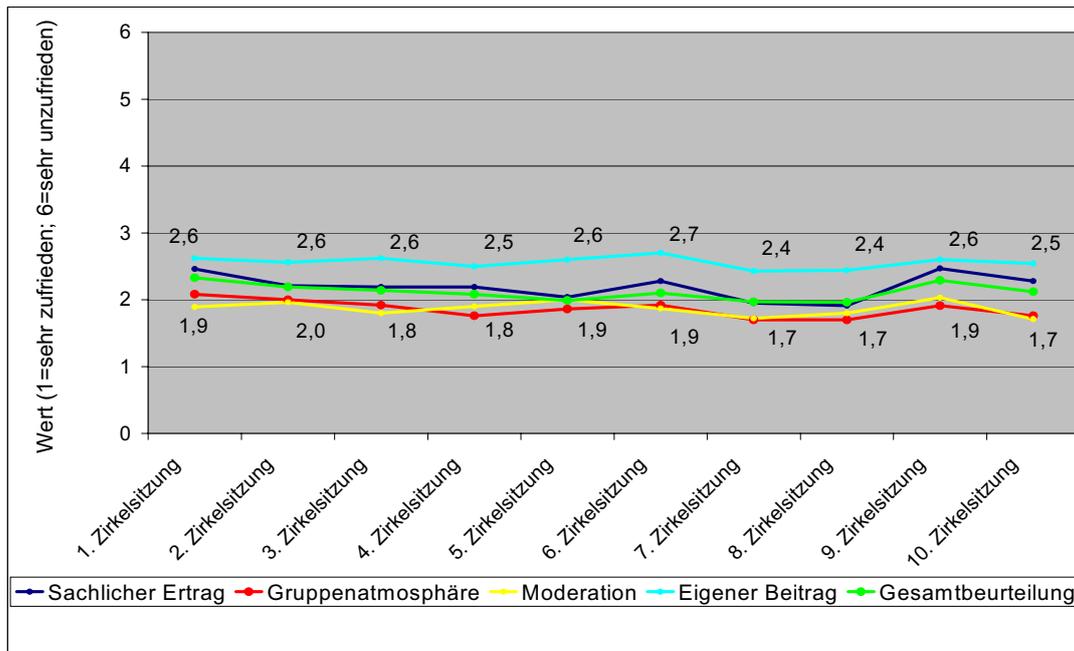
Die Teilnehmer bewerteten ihre eigenen Beiträge ähnlich negativ wie die Moderatoren ihre eigene Moderation. Sie blieben allerdings in ihren Bewertungen konstanter. Hier schien jede Gruppe die eigene „Leistung“ eher kritisch betrachtet zu haben. Die Spannweite der Moderatoren ist aber wieder größer.

Abbildung 20. Beurteilung der „Gesamtbeurteilung“ im Verlauf



Die Bewertung der „Gesamtbeurteilung“ war bei den Teilnehmern relativ konstant (zwischen 2,3 und 2). Bei den Moderatoren sind größere Schwankungen in ihrer Einschätzung zu erkennen (zwischen 2,5 und 2). Insgesamt zeigten sich Teilnehmer und Moderatoren ähnlich zufrieden wie mit dem Sachsertrag. Die Bewertungen bewegen sich ausschließlich im „guten“ Bereich, unterliegen aber Schwankungen.

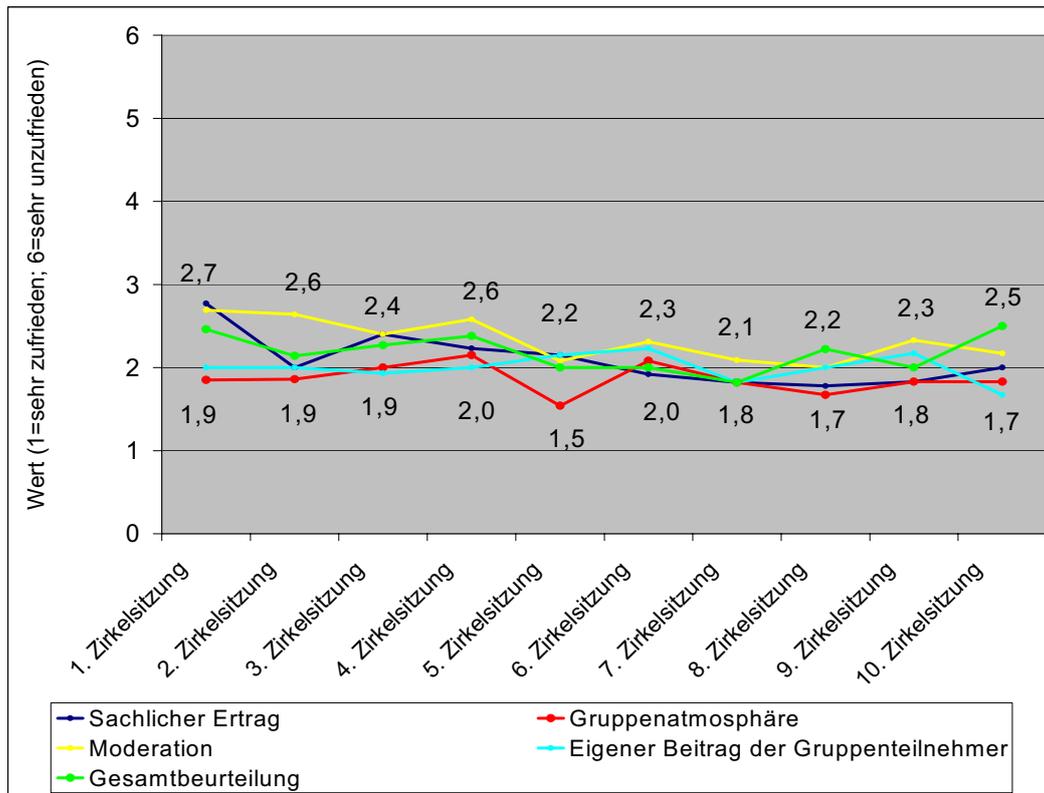
Abbildung 21. Beurteilungen aller Items im Verlauf (Teilnehmer)



Bei der Betrachtung aller fünf Dimensionen im Verlauf wird deutlich, dass aus Teilnehmersicht die „Moderation“ und die „Gruppenatmosphäre“ am besten, der „eigene Beitrag“ am kritischsten bewertet wird. Letzterer näherte sich auch schon mal dem eher befriedigenden Bereich.¹⁰² Insgesamt zeigen sich die Einschätzungen der Teilnehmer relativ konstant, am ehesten weist noch der „sachliche Ertrag“ Schwankungen auf. Es sind keine spezifischen Schwankungen bei einzelnen Sitzungen der Qualitätszirkel erkennbar. Die „Gesamtbewertung“ korreliert am ehesten mit dem „sachlichen Ertrag“.

¹⁰² Anmerkungen zu Grafiken: Die Anzahl der beteiligten Qualitätszirkel hat ab der 5. Sitzung abgenommen (vgl. Kap. 5.2.2): bis zur 5. Sitzung: alle; 6. Sitzung: 11 Qualitätszirkel; 7. Sitzung: 8 Qualitätszirkel; 8. Sitzung: 8 Qualitätszirkel; 9. Sitzung: 7 Qualitätszirkel; 10. Sitzung: 4 Qualitätszirkel.

Abbildung 22. Beurteilungen aller Items im Verlauf (Moderatoren)



Die Bewertungen der Moderatoren hinsichtlich der fünf Dimensionen im Verlauf zeigen deutlich größere Schwankungen als bei den Teilnehmern, wobei durchgängig die eigene „Moderation“ am schlechtesten und die „Gruppenatmosphäre“ am besten bewertet wurde. Auch für die Moderatoren gilt, dass die „Gesamtzufriedenheit“ am stärksten mit dem Sachertrag korreliert und daneben, wenn auch schwächere, Zusammenhänge zu den anderen Bewertungsdimensionen aufweist. Besondere Schwankungen finden sich beim „sachlichen Ertrag“ zur zweiten Sitzung und bei der „Gruppenatmosphäre“ zur fünften Sitzung.

Die **Rangfolge der Bewertungen** von Teilnehmern und Moderatoren findet sich in folgender Tabelle.

Teilnehmer	Moderatoren
1. Moderation (1.88)	Gruppenatmosphäre (1.88)
2. Gruppenatmosphäre (1.89)	Eigener Beitrag der Teilnehmer (2.01)
3. Gesamtbewertung (2.12)	Sachlicher Ertrag (2.13)
4. Sachlicher Ertrag (2.19)	Gesamtbewertung (2.18)
5. Eigener Beitrag (2.57)	Moderation (2.36)

Tabelle 43. Rangfolge der Bewertungen der Teilnehmer und Moderatoren

Moderatoren und Zirkelteilnehmer stimmten in ihren Bewertungen relativ weitgehend überein. Zwar gab es Unterschiede in der Rangfolge der Bewertungen, die Abweichungen bezüglich der Werte waren hingegen nur minimal. So waren die Beurteilungen der „Gruppenatmosphäre“ fast identisch. Die Teilnehmer bewerteten die „Moderation“ am besten, vergleichsweise hoch schätzten die Moderatoren

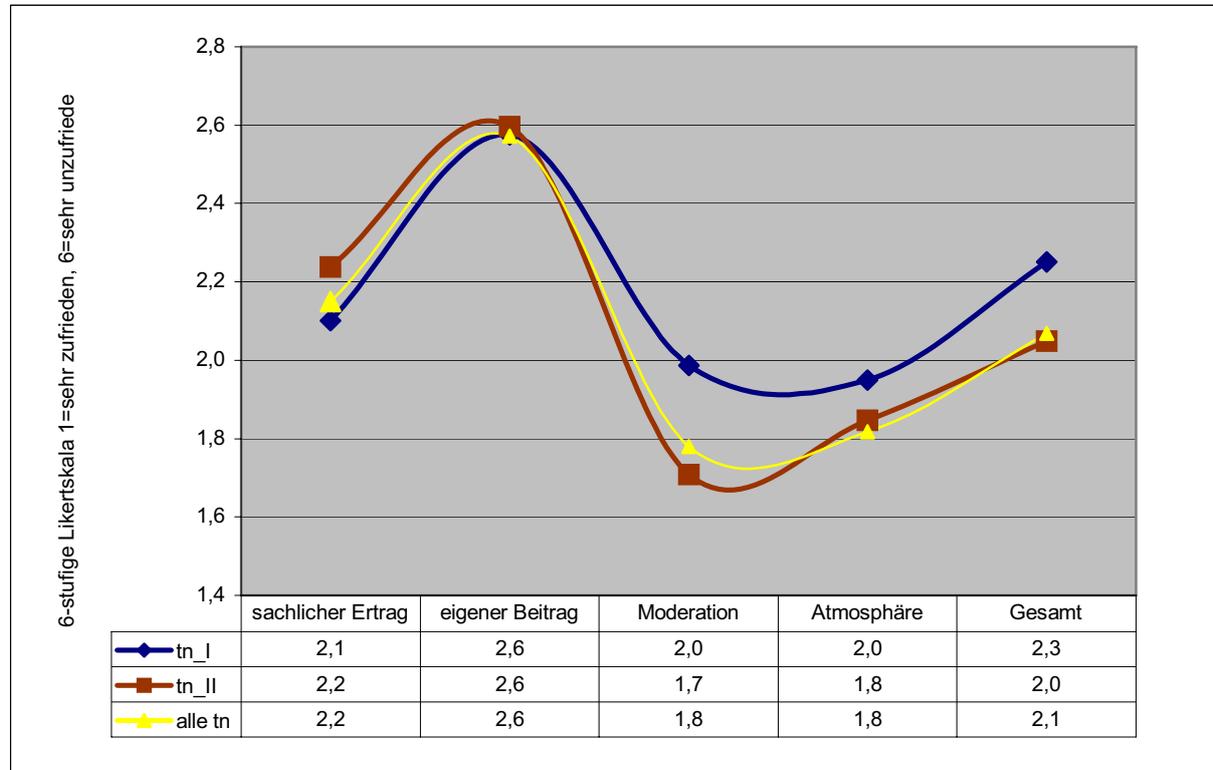
den „eigenen Beitrag“ der Teilnehmer ein. In der Rangordnung schließen sich daran der „sachliche Ertrag“ und die „Gesamtbewertung“ an. Die Reihenfolge dieser Items bei den Teilnehmern ist genau umgekehrt, wobei sich die Beurteilungen auch hier nur minimal unterscheiden. Hinsichtlich der Bewertung des jeweils eigenen Beitrags, d.h. bei den Moderatoren die eigene Moderation und bei den Teilnehmern der eigene Beitrag, sind die Beurteilungen spiegelverkehrt. Den Beurteilungen nach wurde die neue Gruppenarbeitsform atmosphärisch als sehr positiv erlebt, womit eine elementare Voraussetzung für effektive Gruppenarbeit geschaffen wurde. Alle Bewertungen bewegen sich im Bereich zwischen 1,5 und 2,7, woraus sich insgesamt eine gute Zufriedenheit der Teilnehmer und Moderatoren mit dem Verlauf der einzelnen Sitzungen ableiten lässt.

5.6.1.1 Konzeptumsetzung und Bewertungen der Teilnehmer und Moderatoren

Im Folgenden geht es um die Frage, inwieweit sich die Bewertungen der Teilnehmer und Moderatoren unterscheiden, wenn man sie nach der erfolgreicheren und der weniger erfolgreichen Gruppe unterscheidet. Diese Gruppen wurden in Kapitel 5.1 nach dem Grad der Konzeptumsetzung in den einzelnen Qualitätszirkeln gebildet.

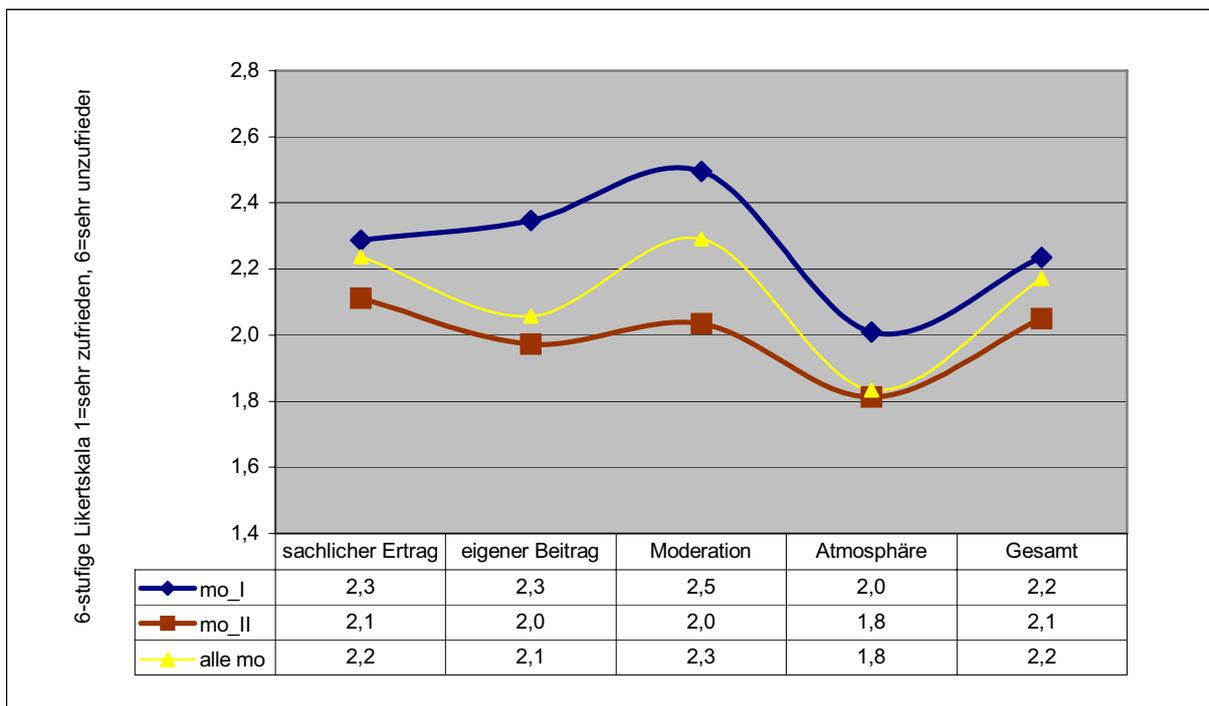
Zum besseren Verständnis sind hier die Mittelwerte der Angaben der Kurzbeurteilungen von Moderatoren und Teilnehmern miteinander verglichen worden.

Abbildung 23. Mittelwerte der Kurzbeurteilungen der Teilnehmer der Gruppen I und II¹⁰³



¹⁰³ tn_1 = QZ 6,7,8,12 und tn_2 = QZ 3,9,11,2.

Abbildung 24. Mittelwerte der Kurzbeurteilungen der Moderatoren der Gruppen I und II¹⁰⁴



Bei Betrachtung der beiden vorangegangenen Grafiken fallen einige Abweichungen zwischen den beiden Gruppen auf:

- So bewerteten die Teilnehmer der erfolgreicherer Qualitätszirkel (Gruppe I) die „Moderation“, die „Atmosphäre“ und auch die „Gesamtbewertung“ der Sitzungen der Qualitätszirkel etwas schlechter als die Teilnehmer der weniger erfolgreichen Qualitätszirkel (Gruppe II).
- Die Moderatoren der erfolgreicherer Qualitätszirkel (Gruppe I) bewerteten praktisch alle Aspekte schlechter als die Moderatoren der Gruppe II. Die größten Abweichungen finden sich beim „eigenen Beitrag der Teilnehmer“ und der „Moderation“.

Dies könnte als Hinweis gedeutet werden, dass Teilnehmer und Moderatoren der Qualitätszirkel der Gruppe I kritischer und anspruchsvoller gewesen sind. So bewerteten die Teilnehmer dieser Gruppe nur den „sachlichen Ertrag“ etwas besser als die Teilnehmer der Gruppe II.

5.6.2 Einschätzungen der Moderatoren und Teilnehmer nach Abschluss der Arbeit der Qualitätszirkel

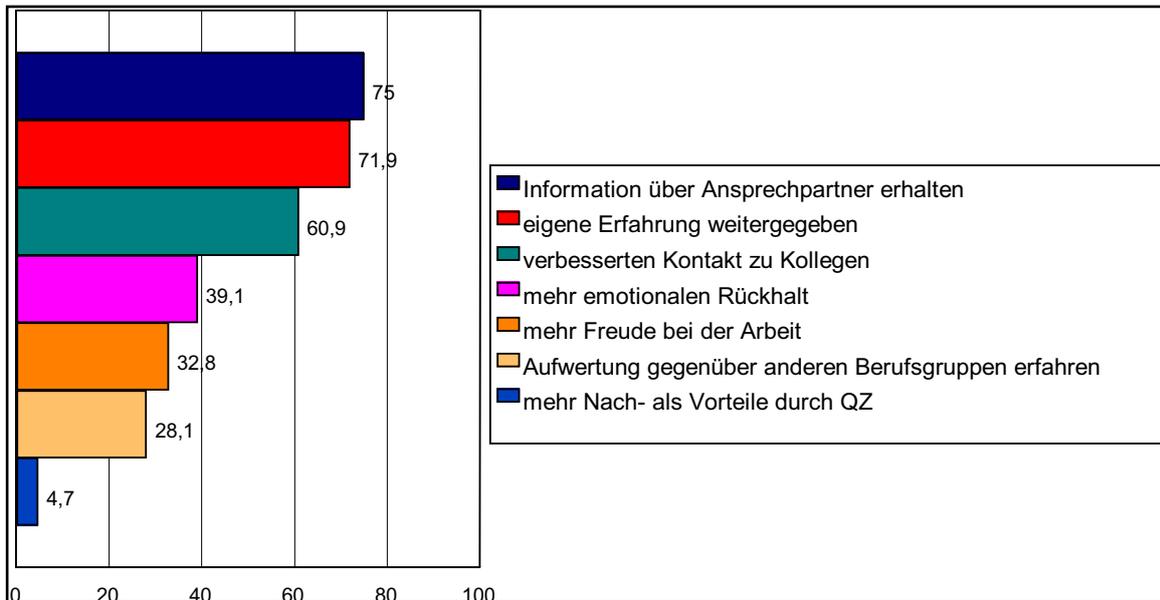
Diese Einschätzungen wurden durch die Abschlussfragebögen für die Moderatoren und Teilnehmer gewonnen, die in Kapitel 3.2.1 beschrieben sind. Die verschiedenen Items sind hier nach den Dimensionen „sozioemotionale Aspekte“ und „inhaltliche Aspekte“ gruppiert worden. In den Grafiken sind die prozentualen Angaben der Ausprägungen „ja“ und „eher ja“ zusammengefasst worden.

¹⁰⁴ mo_1 = QZ 6,7,8,12 und mo_2 = QZ 3,9,11,2.

5.6.2.1 Die Teilnehmer der Qualitätszirkel (n=58)

Abbildung 25. Qualitätszirkel aus Teilnehmersicht (sozioemotionale Aspekte, Zustimmung in %)

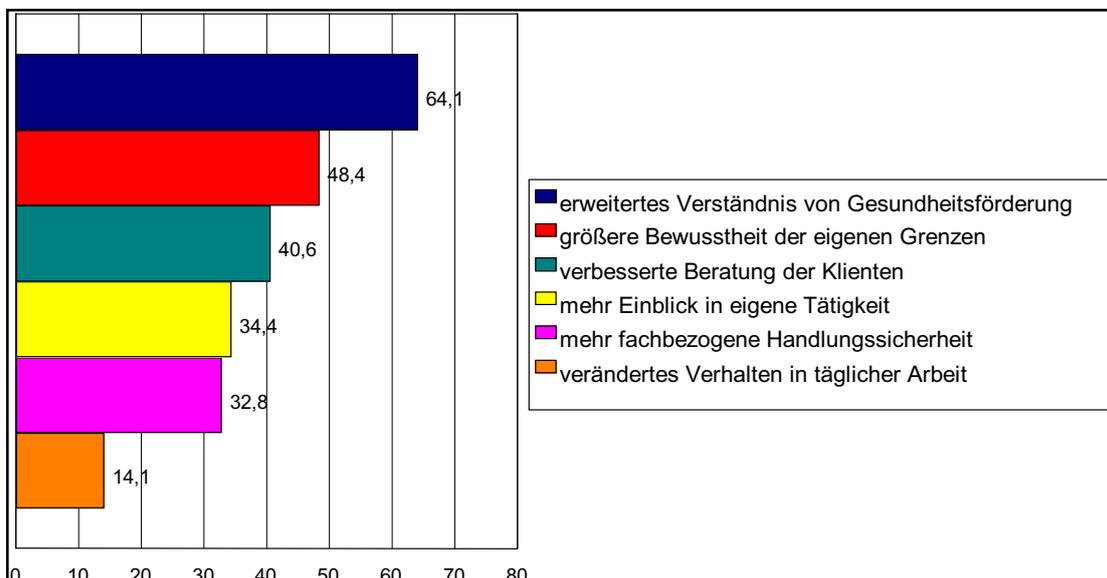
Durch meine Mitarbeit im QZ habe ich...



Es wird deutlich, dass sich für die Teilnehmer der Austausch mit Kollegen und die Kooperationsbeziehungen innerhalb ihrer beruflichen Tätigkeit deutlich verbessert haben. Die Aspekte „mehr emotionalen Rückhalt“, „Freude“ und „Aufwertung gegenüber anderen Berufsgruppen“ spielten demgegenüber eine geringere Rolle, doch haben auch zwischen 30% und 40% der Teilnehmer Verstärkungen hinsichtlich dieser gerade für den Qualitätszirkel spezifischen Aspekte erfahren.

Abbildung 26. Qualitätszirkel aus Teilnehmersicht (inhaltliche Aspekte, Zustimmung in %)

Durch meine Mitarbeit im QZ habe ich...



Bei den inhaltlichen Aspekten scheinen die größten Effekte hinsichtlich der eigenen Professionalisierung wahrgenommen worden zu sein. Aber auch hinsichtlich der Reflexion der eigenen Arbeitspraxis haben fast die Hälfte der Teilnehmer Wirkungen gespürt, was bei einer kleinen Gruppe auch zu tatsächlichen Veränderungen im Verhalten in der täglichen Arbeit geführt hat. Immerhin 40% der Befragten gaben an, nun ihre Klienten besser beraten zu können.

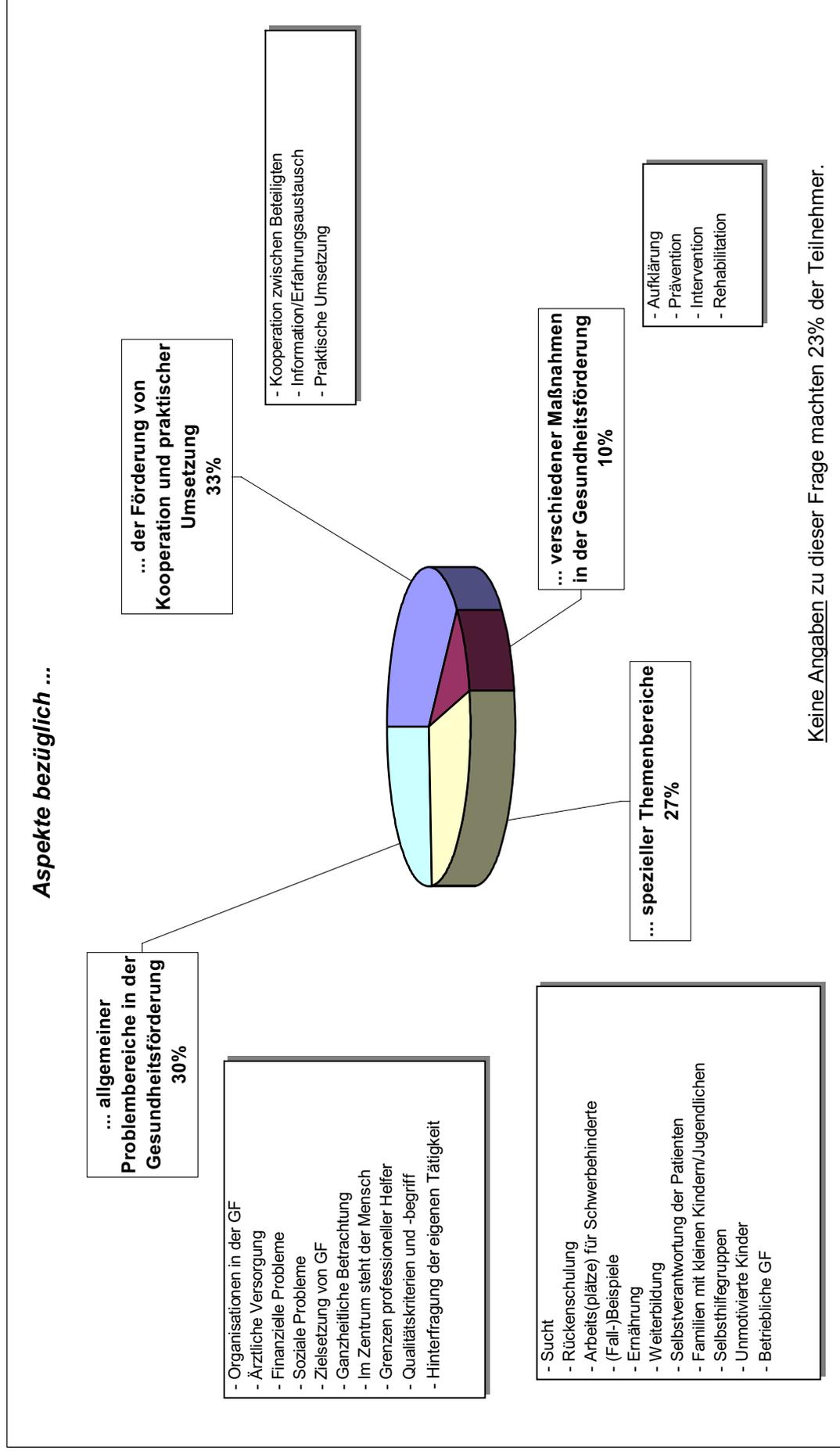
Um der Frage nach dem erweiterten Verständnis von Gesundheitsförderung nachzugehen, ist eine offene Frage der Abschlussbefragung der Teilnehmer genauer analysiert worden.

Die vielfältigen Antworten sind mittels inhaltlicher Verdichtung in vier verschiedene Kategorien differenziert und gewichtet worden:

- Förderung von Kooperation und praktischer Umsetzung 33%
- allgemeine Problembereiche in der Gesundheitsförderung 30%
- spezielle Themenbereiche 27%
- verschiedene Maßnahmen in der Gesundheitsförderung 10%

Die Verteilung der Antworten der Teilnehmer findet sich in folgender Grafik.

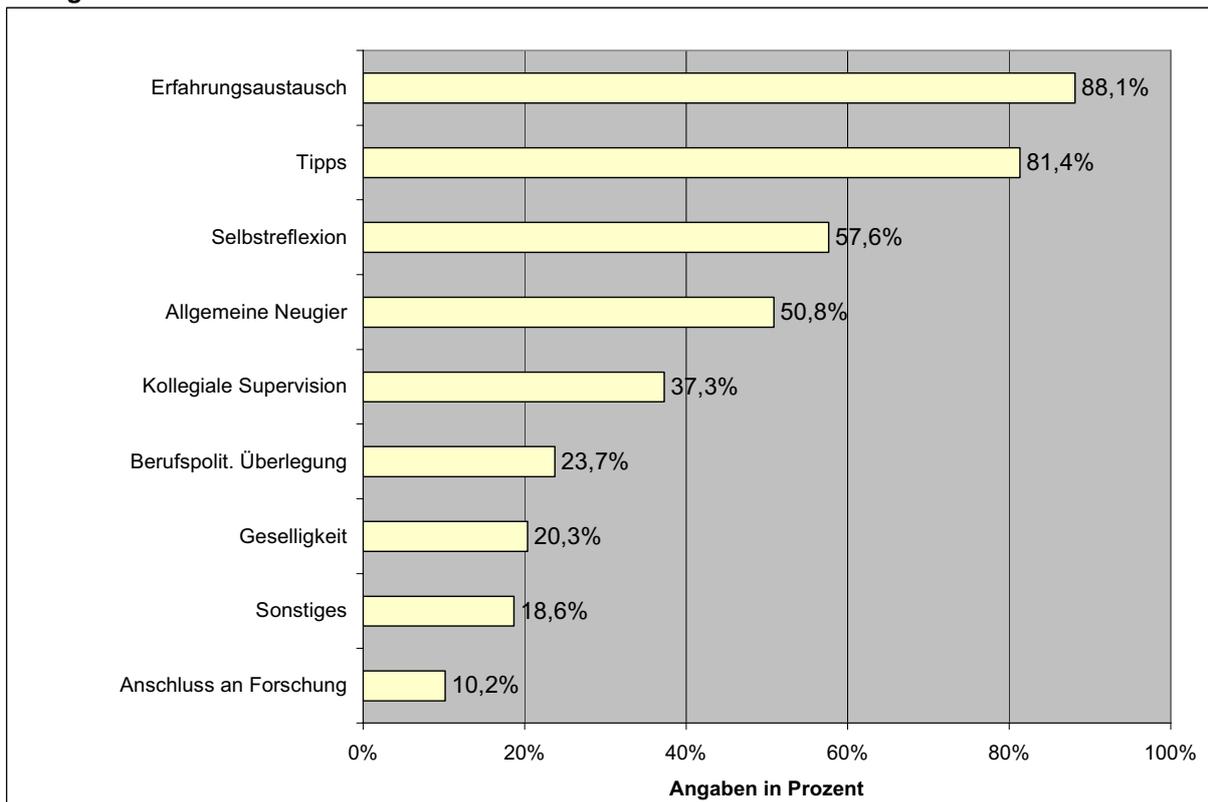
Abbildung 27. Welche Aspekte der Gesundheitsförderung haben in Ihrem Qualitätszirkel eine besondere Rolle gespielt?



Auch aus dieser offenen Frage geht hervor, dass Kooperation und Information den größten Raum eingenommen haben. Allgemeine Probleme und spezielle Fragestellungen sind aber beinahe ebenso häufig diskutiert worden.

Die Teilnehmer sind außerdem gefragt worden, welche Erwartungen an die Teilnahme am Modellprojekt sich erfüllt haben.

Abbildung 28. Welche Erwartungen an die Arbeit am Modellprojekt haben sich erfüllt, Zustimmung in %?



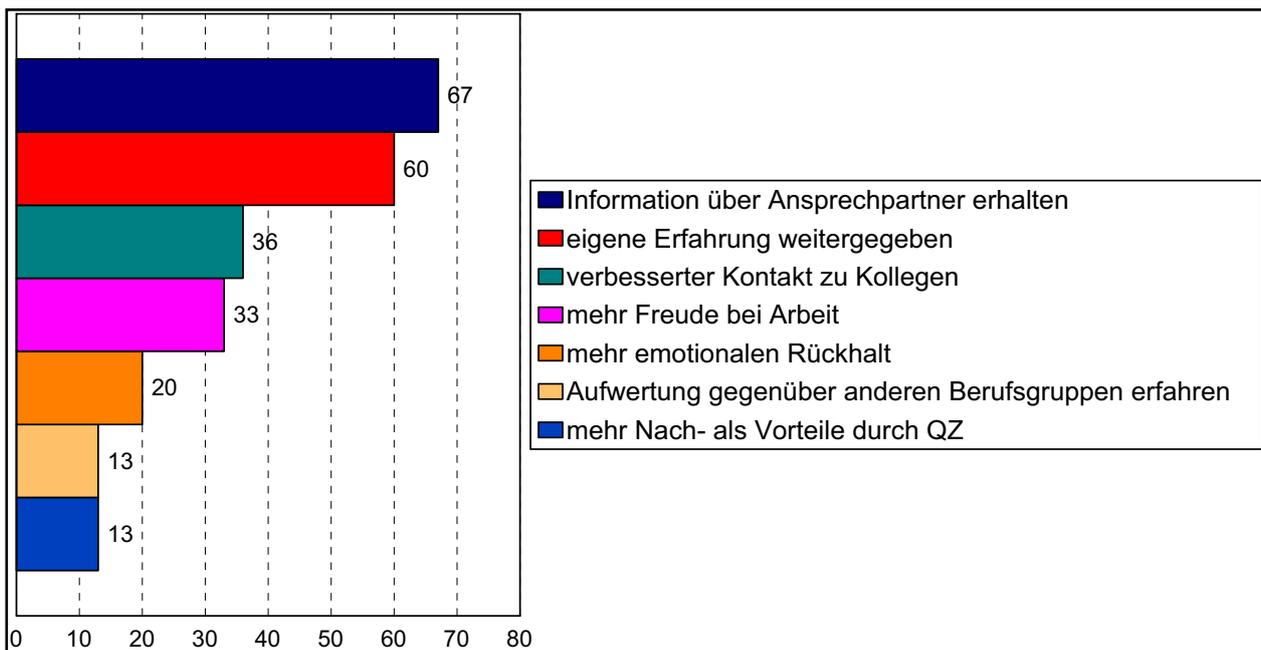
Aus dieser Grafik wird ersichtlich, dass die Erwartungen nach Erfahrungsaustausch und Tipps mit Abstand am meisten erfüllt wurden, aber auch bei mehr als der Hälfte der Teilnehmer wurde die Erwartung nach Selbstreflexion erfüllt.

5.6.2.2 Die Moderatoren der Qualitätszirkel¹⁰⁵ (n=15)

Die Angaben der Moderatoren zu den Effekten der Arbeit im Qualitätszirkel sind wie bei den Teilnehmern nach sozioemotionalen und inhaltlichen Aspekten zusammengefasst worden.

Abbildung 29. Qualitätszirkel aus Moderatorensicht (sozioemotionale Aspekte, Zustimmung in %)

Durch meine Mitarbeit im QZ habe ich...

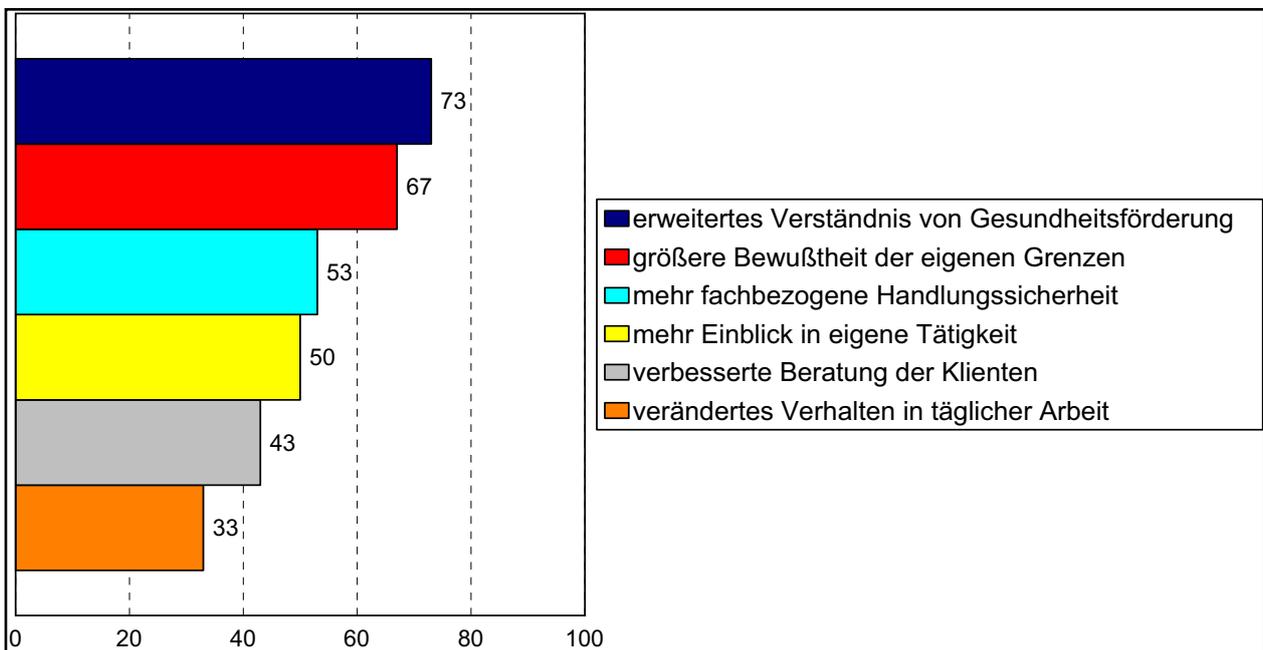


Die Angaben der Moderatoren entsprechen in der Rangfolge fast vollständig denen der Teilnehmer, jedoch sind die Zustimmungsquoten etwas niedriger.

¹⁰⁵ Hier gehen die Befragungen der Ko-Moderatoren ebenfalls ein.

Abbildung 30. QZ aus Moderatorenensicht (inhaltliche Aspekte, Zustimmung in %)

Durch meine Mitarbeit im QZ habe ich...



Die Angaben der Moderatoren zu inhaltlichen Aspekten der Erfahrungen mit der Arbeit im Qualitätszirkel zeigen höhere Zustimmungsraten als bei den Teilnehmern. Auch die Moderatoren haben in hohem Maße ihr „Verständnis von Gesundheitsförderung“ erweitert. Zwei Drittel der Moderatoren haben auch eine „größere Bewusstheit für die eigenen Grenzen“ erfahren, die Hälfte erlangte mehr „fachbezogene Handlungssicherheit“ und „Einblicke in die eigene Tätigkeit“, was zur einer verbesserten Beratung geführt hat. Immerhin ein Drittel der Moderatoren haben das „Verhalten in der täglichen Arbeit geändert“. Die Effekte sind hier also deutlicher als bei den Teilnehmern.

Hier sind verschiedene Erklärungen denkbar. So ist zu bedenken, dass die Moderatoren bei der Beantwortung dieser Fragen eher an ihre Tätigkeit als Moderatoren gedacht haben könnten als an ihre sonstige Berufstätigkeit, die ja eigentlich einen größeren Anteil einnimmt. Es ist außerdem so, dass die Moderatoren im Rahmen der kontinuierlichen Begleitseminare quasi an einem Qualitätszirkel der Moderatoren teilgenommen haben, so dass sie gerade die Effekte mehr gespürt haben, die dem Qualitätszirkel zugeschrieben werden (z.B. Entlastung, Einblicke und Veränderungen der eigenen Tätigkeit) und aus diesem Grunde hier die Wirkungen der Begleitseminare in die Bewertungen der Moderatoren eingeflossen sind..

Um die Frage nach dem Verständnis von Gesundheitsförderung weiter zu beleuchten, sind auch die Moderatoren in einer offenen Frage dazu befragt worden, welche Aspekte von Gesundheitsförderung in ihrem Qualitätszirkel eine besondere Rolle gespielt haben. Deren Antworten sind grafisch nicht aufbereitet, da es deutlich weniger Antworten gegeben hat. Alle 15 Moderatoren haben auf diese Frage geantwortet und deren Antworten sind nach Oberbegriffen inhaltlich wie folgt zusammengefasst worden:

Kooperation/Vernetzung (n=8)

- Kooperation der einzelnen in der Gesundheitsförderung tätigen Institutionen
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Vernetzung der Institutionen der Gesundheitsförderung im ländlichen Raum
- Entlastung durch Verbesserung der Kooperation und Vermeidung von Konflikten
- Kennenlernen von Schnittstellenproblemen und daraus resultierende neue Kooperationsformen, z. B. Pflegedienst/ Selbsthilfe, Etablierung der SH-Gruppenarbeit am Krankenhaus, Vernetzung von Gesundheitskursen an der Institution
- Fachbereiche bündeln
- Doppelbetreuung verhindern
- Verständnis für andere (Berufszweige)
- Gesundheitsförderliches Krankenhaus
- Informationssammlung für bedarfsspezifisches Handeln
- Stabilisierung, Eingliederung von chronisch psychisch Kranken in die Gesellschaft, dadurch weniger Krisen, Rückfälle, Krankenhausaufenthalte

Ressourcenorientierung und Befähigung (n=3)

- Salutogenese
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit
- Eigene Möglichkeiten und Ressourcen der Teilnehmerinnen
- Ressourcenorientierung bei den Kindern in der (von Teilnehmerinnen angeleiteten) Gruppe

Beratung und Selbsthilfe (n=1)

- Empowerment-Konzept (Beratungskonzepte zur Aktivierung eigenverantwortlichen Handelns)
- Ganzheitliche Beratungskonzepte (Gesundheitsförderliche Maßnahmen/ systemorientierte Beratung)
- Hilfe zur Selbsthilfe (SH-Unterstützung und -förderung)

Aufklärung/GF-Angebote (n=4)

- Eltern effektiv beraten
- Verbesserung der Versorgung von Senioren, Lust am Essen fördern
- Grenzen (und Chancen) der Gesundheitserziehung
- qualitative Verbesserung der gesundheitsfördernden Angebote

Gesundheitsförderung und Prävention allgemein (n=3)

- Primärpräventive Arbeit
- Verhaltens- und Verhältnisprävention
- Vom Charakter her war es eher ein Zirkel im Rahmen von Prävention, weniger Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung (n=3)

- Arbeitszufriedenheit der TN verbessern
- Sich abgrenzen lernen gegenüber Anforderungen anderer/ Betrieb
- Entlastung von zu hohen Helferansprüchen

Öffentlichkeitsarbeit (n=2)

- Öffentlichkeitsarbeit verstärken
- Öffentlichkeitsarbeit in der Gesundheitsförderung/ Ernährungsberatung

Qualitätssicherung (n=1)

- Bestimmung des Therapieerfolges

Begleitung bei einschneidenden Veränderungen (n=2)

- Verunsicherung durch einschneidende Organisationsveränderung
- Organisatorische Veränderungen in der Gesundheitsverwaltung, Produktkatalog im Zuge von Bezirksgebiets- und Verwaltungsreform

Der zuletzt genannte Aspekt von Gesundheitsförderung im Sinne von kollektiver Bewältigung von Veränderungen fand bei der Charakterisierung von Gesundheitsförderung in der Eingangsbefragung noch keine besondere Beachtung, war aber in mindestens zwei Zirkeln von herausragender Bedeutung. Auffällig ist auch die vielfache Nennung des Aspekts der Kooperation und Vernetzung, die ebenfalls bei der Charakterisierung der Gesundheitsförderung noch keine besondere Rolle gespielt hatte.

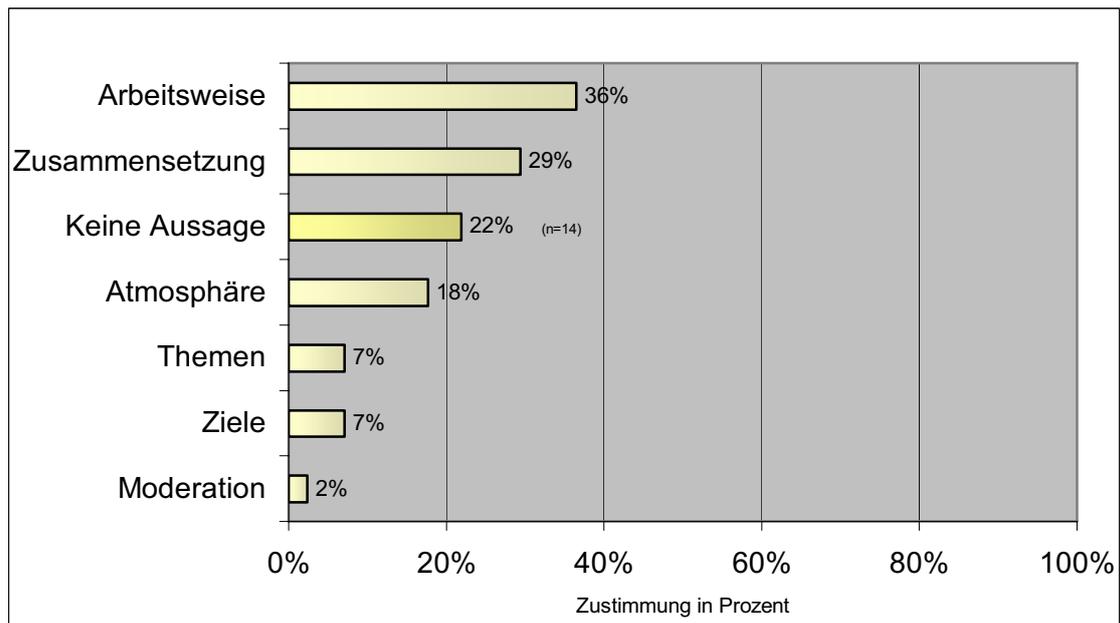
5.6.3 Wie beurteilen Teilnehmer und Moderatoren das „Qualitätszirkel- Konzept“?

Eine wichtige Frage des Projektes war, wie Teilnehmer und Moderatoren dem Konzept „Qualitätszirkel“ nach der Projektteilnahme gegenüberstehen. So gehörte es auch zu Aufgabe des Projekts, Multiplikatoren für eine mögliche spätere Breitenumsetzung des Konzeptes zu gewinnen. Dies könnten am ehesten diejenigen sein, die dieses Konzept im Rahmen des Projektes kennen gelernt haben: die Moderatoren und die Teilnehmer der Qualitätszirkel. In der folgenden Darstellung wird mit den Teilnehmern begonnen.

5.6.3.1 Die Teilnehmer der Qualitätszirkel (n=58 Abschlussbefragung)

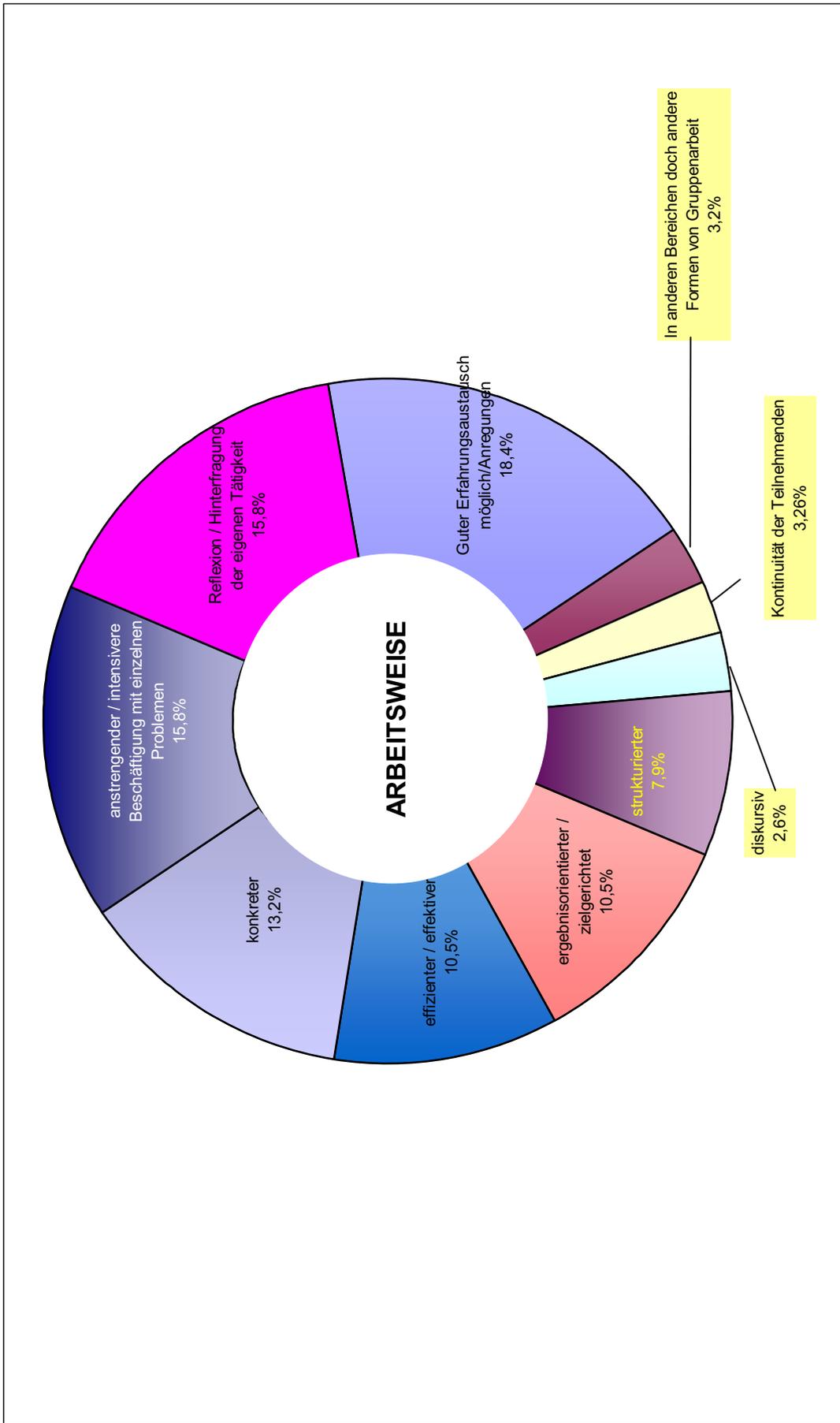
Um Beurteilungen der Teilnehmer zum Konzept zu gewinnen, sind zwei verschiedene offene Fragen der Abschlussbefragung ausgewertet worden. Die Antworten sind wiederum durch eine zusammenfassende Inhaltsanalyse und induktive Kategorienbildung unter verschiedenen Kategorien zusammengefasst und grafisch aufbereitet worden. Die folgende Grafik gibt einen bereits kategorisierten Überblick der Antworten der Teilnehmer auf die Frage „Wie unterscheidet sich nach Ihren Erfahrungen die Arbeit im Qualitätszirkel von der Arbeit in anderen Gruppen?“ Auf diese Frage haben 50 Teilnehmer mit 85 einzelnen Äußerungen geantwortet.

Abbildung 31. Unterschiede zu anderen Gruppen (Teilnehmer)



Die deutlichsten Unterschiede haben die Teilnehmer in den Bereichen „Arbeitsweise“ und „Zusammensetzung der Gruppe“ gesehen. Folgende Grafiken geben Aufschluss darüber, welche Äußerungen sich hinter den beiden Kategorien verbergen. Zur Kategorie „Arbeitsweise“ haben 24 Teilnehmer 31 Antworten gegeben.

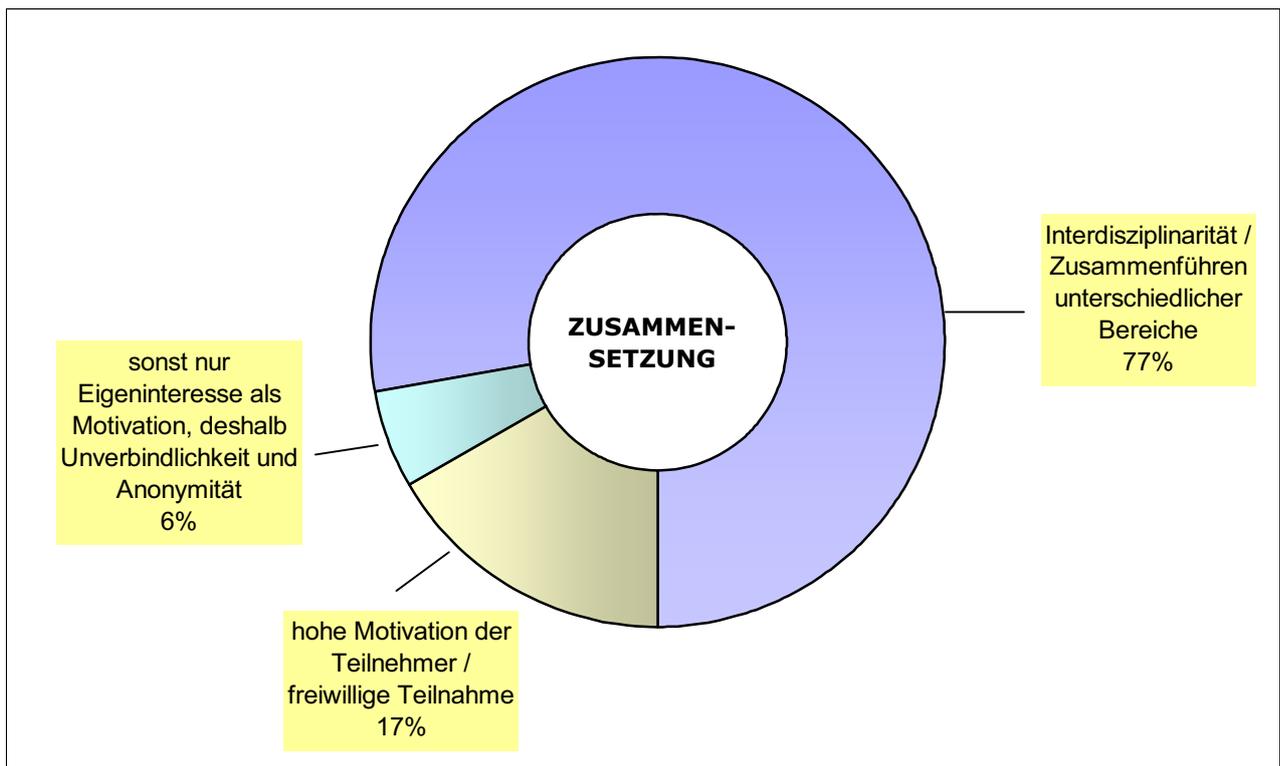
Abbildung 32. Unterschiede zur Arbeit in anderen Gruppen: Arbeitsweise



Aus dieser Grafik wird deutlich, dass Erfahrungsaustausch, Reflexion eigener Tätigkeit und intensive Beschäftigung mit Problemen die am häufigsten genannten Aspekte waren. Im Qualitätszirkel wurde offenbar **konkreter** und **effizienter** gearbeitet als in anderen Arbeitsformen, die den Teilnehmern bekannt waren.

Die Frage, welche Aspekte sich hinter der Kategorie „Zusammensetzung der Gruppe“ verbergen, wird durch die nächste Grafik beantwortet. Hier haben 19 Teilnehmer insgesamt 25 Antworten gegeben.

Abbildung 33. Unterschiede zur Arbeit in anderen Gruppen: Zusammensetzung



Hier zeigt sich ein relativ einheitliches Bild: die große Stärke der Qualitätszirkel lag nach Einschätzung der Teilnehmer in der **Interdisziplinarität**, woraus die Möglichkeit entstand, ganz unterschiedliche Bereiche zusammenzuführen.

Einschätzungen der Teilnehmer zur Eignung des Konzepts „Qualitätszirkel“:

- **85% der Teilnehmer** hielten den Qualitätszirkel für ein **geeignetes Instrument** der Qualitätssicherung **in ihrem Arbeitsbereich** („Ich empfinde ihn als äußerst geeignet, da es möglich wird, in einem vom alltäglichen Dienst abgehobenen Niveau interdisziplinär zu arbeiten und zu verhandeln. Die Fremdmoderation ist hierbei besonders wichtig, um dienstbedingte Hierarchien vernachlässigen zu können“).
- **15 % der Teilnehmer** äußerten sich aber auch zurückhaltender („Nur begrenzt, da beruflich formal keine eindeutige Notwendigkeit zur Zusammenarbeit besteht.“).

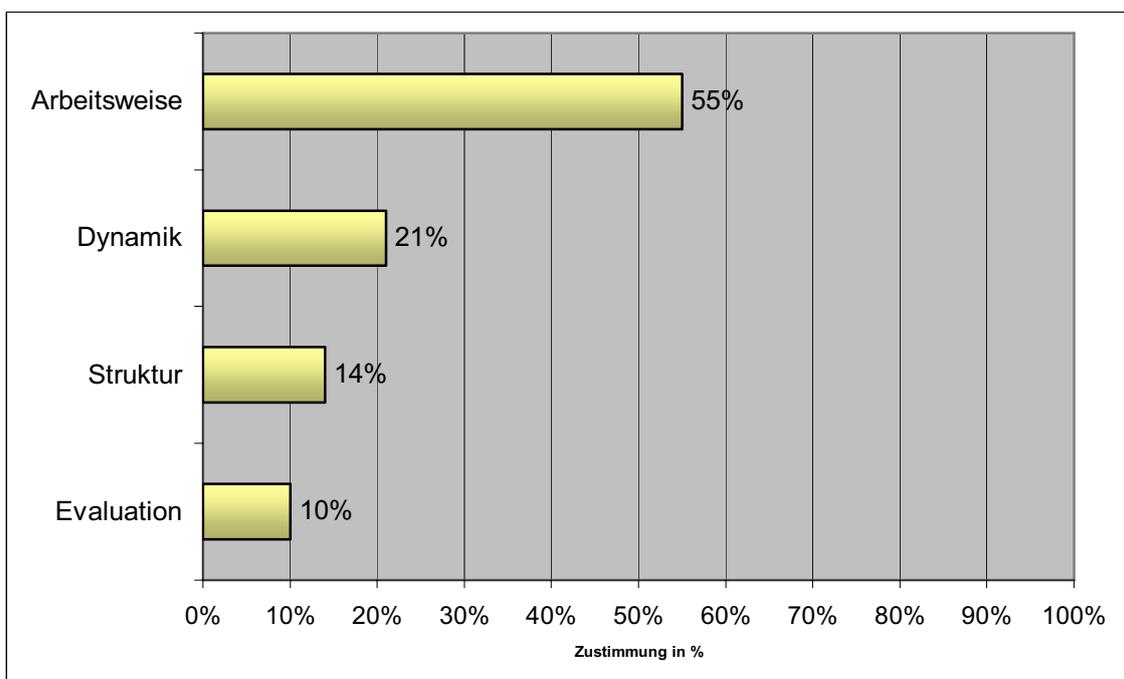
Einschätzungen der Teilnehmer zur eigenen Perspektive:

- **43% der Teilnehmer** können sich vorstellen eine **Ausbildung zum Moderator** zu machen oder eine **Initiative zur Gründung eines Qualitätszirkels zu unterstützen** („Ja, abhängig von der Konstellation, in der ich mich beruflich befinde, und von den Perspektiven, die sich dadurch für mich ergeben“).
- **Einige Teilnehmer** sahen sich dazu aber noch nicht in der Lage („Nein! 100% schwerbeschädigt! Benötige Assistenz! Gast ja. Sprechen fällt noch schwer!“).
- **Einige Teilnehmer** hatten auch kein Interesse an einer eigenen Ausbildung („Nein, ich würde mich in meiner Arbeit verzetteln“).
- **Einige Teilnehmer** haben keine zeitlichen Ressourcen gesehen.

5.6.3.2 Die Moderatoren der Qualitätszirkel (n=15)

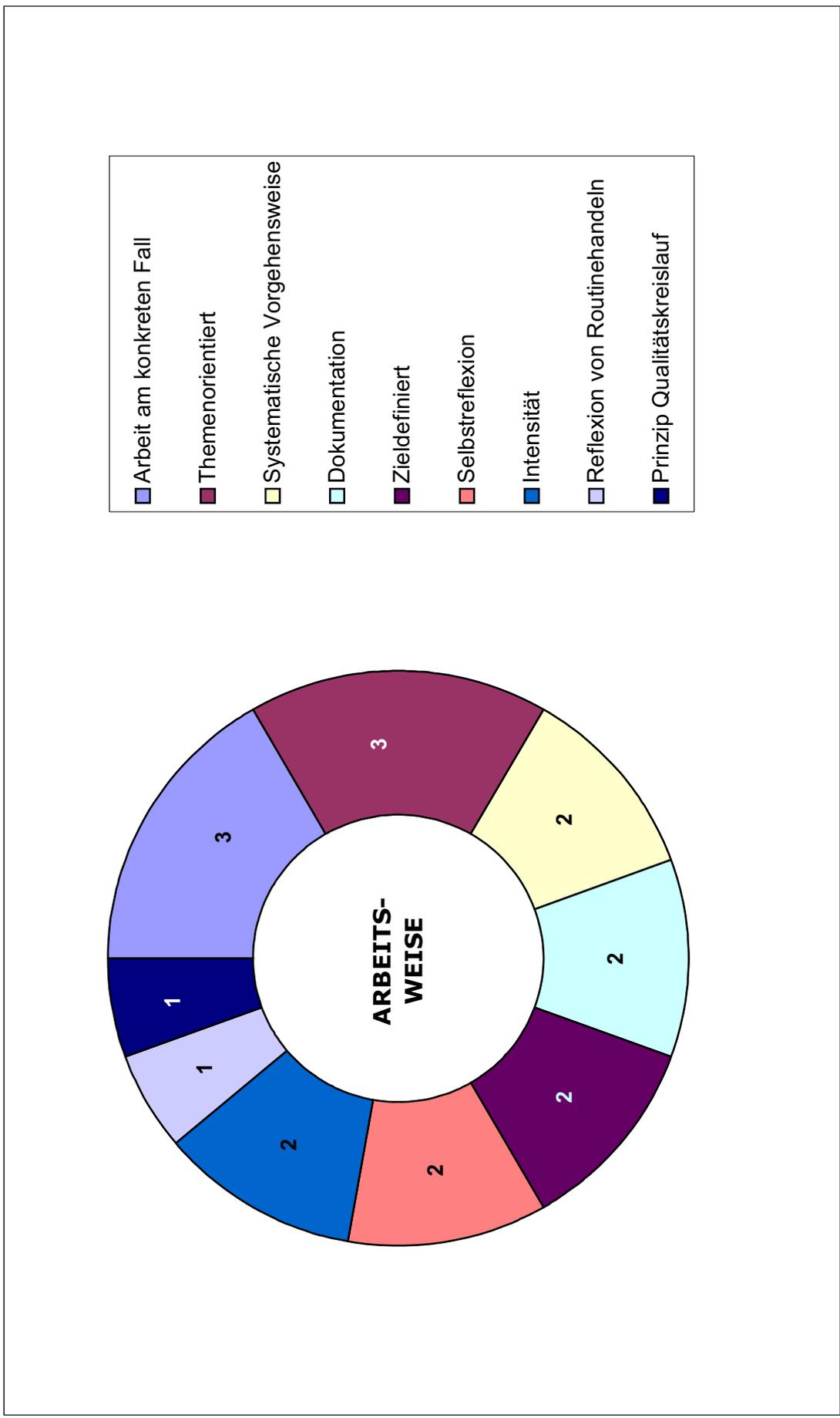
Um die Einschätzungen der Moderatoren zum Konzept der Qualitätszirkel zu gewinnen, sind entsprechende offene Fragen der Moderatoren ausgewertet worden. Die Antworten sind wiederum zusammenfassende Inhaltsanalyse und induktive Kategorienbildung unter verschiedenen Kategorien zusammengefasst und grafisch aufbereitet worden. Die folgende Grafik gibt einen bereits kategorisierten Überblick der Antworten der Teilnehmer auf die Frage „Wie unterscheidet sich nach Ihren Erfahrungen die Arbeit im Qualitätszirkel von der Arbeit in anderen Gruppen?“ Auf diese Frage haben alle Moderatoren geantwortet und 29 Antworten gegeben.

Abbildung 34. Unterschiede zu anderen Gruppen (Moderatoren)



Die deutlichsten Unterschiede haben die Moderatoren im Bereich „Arbeitsweise“ gesehen. Folgende Grafik gibt Aufschluss darüber, welche Äußerungen sich hinter dieser Kategorie verbergen. Zur Kategorie „Arbeitsweise“ haben acht Moderatoren 10 Antworten gegeben.

Abbildung 35. Unterschiede zu Arbeit in anderen Gruppen: Arbeitsweise



Aus der Grafik geht hervor, dass die Fall- und Themenorientierung am häufigsten genannt wurden. Weitere Aspekte betreffen die intensive, systematische Arbeitsweise nach dem Qualitätskreislauf.

Einschätzungen der Moderatoren zur Eignung des Konzepts „Qualitätszirkel“:

- Alle Moderatoren und beide Ko-Moderatoren halten QZ für ein geeignetes Instrument in ihrem Arbeitsbereich (z.B.: *„Die QZ-Arbeit ist für mich wichtig. Ich werde sicherlich entweder als Teilnehmer oder als Moderatorin an QZ teilnehmen.“*)

Sie begründen dies mit:

- Verbesserung der Effektivität und Arbeitszufriedenheit (*„zielorientiert und mit konkreten Ergebnissen, die im Alltag umgesetzt werden können“*);
 - Überwindung von Konkurrenz und Einzelkämpfertum (*„weil in strukturierter Form alle Beteiligten an der Problemlösung mitwirken“*);
 - Reflexionsmöglichkeit (*„im QZ erfahre ich, wo ich in einem Tätigkeitsbereich stehe. Ich erfahre, ob meine Probleme alleiniger oder kollektiver Natur sind. Ich bekomme interdisziplinäre Lösungsanregungen“*);
 - Eine in einem freien Unternehmen tätige Moderatorin findet das Instrument zwar wirkungsvoll, äußert aber Zweifel, ob es sich in ihrem Bereich durchsetzen wird.
- Grundsätzlich können sich alle Moderatoren eine neue Zirkelinitiierung vorstellen (z.B. im Bereich von Kooperationsförderung in der psychosozialen Versorgung, Betrieben, Erwachsenenbildung).
 - Fast alle Moderatoren sehen gute Chancen für die Implementierung von QZ und möchten sich dafür engagieren. Sie setzen auf den Multiplikatoreneffekt (*„Ausgebildete Moderatoren bilden Moderatoren aus“*), eine (*„unkonventionelle“*) Werbung, Verbesserung gesetzlicher Rahmenbedingungen.
 - Konkrete Perspektiven, QZ-Arbeit zu etablieren, haben insbesondere die in Gesundheitsämtern tätigen Projektmoderatoren (*„Ich möchte diese Methode als regelmäßigen Bestandteil meiner Arbeit etablieren, auch im externen Bereich. Ich könnte mir den Bereich der Schulen vorstellen.“*).

Zusammengefasst:

- Teilnehmer und Moderatoren halten das Konzept für geeignet.
- Die **Stärken** liegen im **Erfahrungsbezug**, in der **Konkretion**, in der **Intensität**, in der **Interdisziplinarität** und in der **Problemorientierung** der Qualitätszirkelarbeit.
- Alle Moderatoren und 40% der Teilnehmer wollen sich an der Breitenumsetzung beteiligen.
- Eine Schulung der Moderatoren erscheint erforderlich, da gerade in der Systematik die Stärke des Konzeptes liegt und Defizite in der Umsetzung aufgetreten sind.

6. Zusammenfassung der Ergebnisse

In dieser Arbeit wurden die vorliegenden Informationen in zwei Richtungen analysiert. Im ersten Teil ging es darum, aus den verschiedenen Erhebungsinstrumenten Verlaufsbeschreibungen der einzelnen Qualitätszirkel zu erstellen und diesen Verlauf unter verschiedenen Aspekten zu analysieren (Ausgangssituation, Entwicklung des institutionellen Umfelds, bearbeitete Themen, inhaltliche Ergebnisse, Gruppendynamik, Arbeitsweise, Dokumentation, Konzeptumsetzung). Bei dieser Analyse sind wesentliche Charakteristika der Qualitätszirkel und die inhaltlichen Ergebnisse der Qualitätszirkel herausgearbeitet worden. Dabei sollten die spezifischen „Erfolge“ in den jeweiligen Rahmenbedingungen der Qualitätszirkels deutlich geworden sein. Im zweiten Teil wurde der Frage nachgegangen, inwieweit das Qualitätszirkelkonzept in den Qualitätszirkeln zur Anwendung gekommen ist und welche Faktoren der Umsetzung förderlich und hinderlich gewesen sind.

6.1 Ergebnisse der Qualitätszirkel

Qualitätszirkel 1: Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst auf dem Weg in die Fusion

Qualitätszirkel 1 war ein interner standortübergreifender Qualitätszirkel. Der Qualitätszirkel hat zu 11 Produkten aus dem Angebotsspektrum des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes den Leistungsumfang abgeglichen und ein einheitliches Vorgehen vereinbart. Der Qualitätszirkel hat phasenweise zu einer Solidarisierung unter den Teilnehmern in der institutionellen Umbruchphase beigetragen. Die besonderen Stärken dieses Qualitätszirkels lagen in der Erfüllung der Strukturmerkmale eines Qualitätszirkels. Die Fallarbeit spielte in diesem Qualitätszirkel eine relativ große Rolle (50% der Sitzungen). Schwächen zeigte dieser Qualitätszirkel hinsichtlich der Herstellung der gruppendynamischen Grundlagen der Gruppenarbeit, was sich u.a. aus den institutionellen Rahmenbedingungen des Qualitätszirkels erklärt.

Qualitätszirkel 2: Verbesserung der Kooperation der in der Gesundheitsförderung tätigen Personen und Gruppen

Qualitätszirkel 2 war ein institutionsübergreifender interdisziplinärer Qualitätszirkel. Es sind Kriterien für die Aufnahme von Organisationen in eine Liste von präventiven und gesundheitsförderlichen Einrichtungen erarbeitet worden. Die Teilnehmer haben ganz unterschiedliche Kooperationserfahrungen sammeln können, u.a. ist die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft der Region vertieft worden. Zum Thema Sucht sind Hinweise gesammelt und diskutiert worden, die eine beginnende oder bestehende Abhängigkeit möglicherweise erkennen lassen. Für den Umgang mit Kollegen und Mitarbeitern, die alkoholabhängig sind, hat die Gruppe viele Ideen gesammelt, die die Teilnehmer glaubten, auch in ihrem Umfeld umsetzen zu können. Die besonderen Stärken dieses Qualitätszirkels lagen in der Erfüllung der Merkmale zur Gruppendynamik eines Qualitätszirkels. Dieser Qualitätszirkel zeichnet sich außerdem durch die sehr regelmäßige Gruppenarbeit aus und setzt seine Arbeit weiter fort.¹⁰⁶ Schwächen zeigte dieser Qualitätszirkel u.a. hinsichtlich der Strukturmerkmale und der Arbeitsweise. So

¹⁰⁶ Nach Auskunft des Moderators arbeitet die inzwischen stabilisierte Gruppe zunehmend auch mit Fällen aus der Alltagspraxis der Teilnehmer.

So bestand eine Schwierigkeit darin, dass sich die Gruppe bereits aus einem Arbeitskreis kannte und es der Gruppe zu Beginn nicht leicht fiel, die andere Arbeitsweise eines Qualitätszirkels zu erproben.

Qualitätszirkel 3: Qualitätszirkel für Schwerbehindertenvertrauensleute

Qualitätszirkel 3 war ein institutionsübergreifender und interdisziplinärer Qualitätszirkel. Wichtige Themen waren Hierarchien, die eigene Berufsrolle im Unternehmen, Kooperation mit Vorgesetzten und anderen Abteilungen sowie Einflusschancen bei Neueinstellungen. Hier hat die Gruppe als Austauschforum gedient, in dem sich die Teilnehmer einerseits psychosoziale Entlastung verschaffen konnten, sich aber auch gegenseitig über aktuelle rechtliche Entwicklungen und deren Bedeutung für die eigene Berufspraxis informiert haben. Die besonderen Stärken lagen in der Erfüllung der Merkmale zur Gruppendynamik eines Qualitätszirkels. Schwächen lagen hier in den Strukturmerkmalen und der Arbeitsweise, wobei insbesondere die Fallarbeit nur zweimal erprobt wurde.

Qualitätszirkel 4: Umgang mit Mitarbeitern, die in einer psychischen Krise sind, dies aber nicht einsehen können/wollen und auch nichts unternehmen

Qualitätszirkel 4 war ein interner interdisziplinärer Qualitätszirkel, zu dem der Moderator von „außen“ hinzugestoßen war. Neue Vereinbarungen zur Kooperation im Rahmen eines Netzwerkes wurden beschlossen und das Verständnis für unterschiedliche Sichtweisen verstärkt; das Vertrauen unter den Teilnehmern als Grundlage der Kooperation stieg. Die besonderen Stärken lagen in der Erfüllung der Strukturmerkmale. Dieser Qualitätszirkel hat sich relativ kontinuierlich mit einem festen Teilnehmerstamm getroffen und auch zu jeder zweiten Qualitätszirkelsitzung Fallarbeit gemacht. Schwächen hatte dieser Qualitätszirkel in der Sicherstellung der gruppendynamischen Grundlagen der Gruppenarbeit und in der Arbeitsweise nach dem Qualitätskreislauf.

Qualitätszirkel 5: Verbesserung der Versorgung von alten Menschen im Seniorenheim

Qualitätszirkel 5 war ein interner, standortübergreifender Qualitätszirkel. Der Qualitätszirkel hat zu den Themen „Umgang mit Altersstarrsinn“ und „Umgang mit Sonderwünschen beim Essen“ Verbesserungsvorschläge erarbeitet, die erprobt und anschließend im Qualitätszirkel wieder vorgestellt wurden. In diesem Zusammenhang wurden in einem Heim Sonderaktionen, wie Grillfeste, regionale Wochen und die Erstellung einer Kartei mit Lieblingsessen der Heimbewohner geplant. Es ist außerdem ein Dokumentationsbogen für die Kontrolle der Flüssigkeitszufuhr erstellt worden, dessen Erprobung im Rahmen des Qualitätszirkels allerdings nicht mehr erfolgte. Die besonderen Stärken lagen in der Erfüllung der Strukturmerkmale und der Merkmale zur Gruppendynamik. Schwächen zeigte dieser Qualitätszirkel u.a. in der Arbeitsweise und in der Kontinuität der Treffen, was auch mit der mit den weiten Anfahrtswegen für die Teilnehmer zusammengehangen hat (die Teilnehmer kamen aus dem gesamten Bundesgebiet).

Qualitätszirkel 6: Interdisziplinärer Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung im ländlichen Raum

Dieser Qualitätszirkel war ein institutionsübergreifender interdisziplinärer Qualitätszirkel. Es sind Informationen über unterschiedliche Beratungsangebote und -konzepte einzelner Institutionen ausge-

tauscht worden. Beratungskonzepte mit dem Schwerpunkt der Aktivierung des eigenverantwortlichen Umgangs mit Gesundheit und Unterstützung von gesundheitlichen Ressourcen der Klienten sind aus unterschiedlichen Perspektiven vorgestellt worden. In dem kontinuierlich erstellten Organigramm wurden bestehende und potenzielle Kooperationswege zwischen einzelnen Institutionen dargestellt. Die besonderen Stärken lagen in der Erfüllung der Strukturmerkmale und der Merkmale zur Gruppendynamik. Schwächen zeigte dieser Qualitätszirkel in der Arbeitsweise.

Qualitätszirkel 7: Rückenschule für Kinder

Dieser Zirkel war ein interner Qualitätszirkel. In dieser Gruppe wurde die Arbeitsrealität der Rückenschulfachkräfte auf der Grundlage von Videodokumentationen diskutiert. Durch die Offenlegung der Arbeit der Teilnehmer wurden deren Stärken dem teilnehmenden Vorgesetzten klarer. Die Gruppe hat weiterhin durch Diskussionen über die Arbeitsrealität der Teilnehmer die Entwicklung eines Fortbildungskonzeptes für Lehrer angestoßen und dessen Überprüfung im Qualitätszirkel vorbereitet. Das Thema „unruhige Kinder“ wurde von seinem affektiven Gehalt etwas gelöst und einer sachlichen Bearbeitung zugänglich gemacht. Die besonderen Stärken lagen in der Erfüllung der Strukturmerkmale und der Merkmale zur Gruppendynamik. Kleinere Schwächen zeigte dieser Qualitätszirkel in der Arbeitsweise.

Qualitätszirkel 8: Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung

Qualitätszirkel 8 war ein institutionsübergreifender Qualitätszirkel. Im Qualitätszirkel konnte ein „Katalog“ mit verschiedenen für die Bestimmung des Therapieerfolgs relevanten Einflussgrößen (be-)erarbeitet werden. So wurden u.a. medizinische Parameter verschiedener ernährungsbedingter Erkrankungen und entsprechende Bewertungsvorgaben sowie Fragebögen zur Ermittlung des Essverhaltens und der Patientenzufriedenheit von der Gruppe erarbeitet. Die besonderen Stärken lagen in der Erfüllung der Merkmale zur Gruppendynamik. Außerdem sind nur in diesem Qualitätszirkel alle Merkmale zur Arbeitsweise erfüllt worden. Schwächen zeigte dieser Qualitätszirkel in den Strukturmerkmalen, da aufgrund vieler selbständig Tätiger die Fluktuation relativ hoch war. Dieser Qualitätszirkel setzt seine Arbeit unter anderer Moderation derzeit noch fort.¹⁰⁷

Qualitätszirkel 9: Betriebliche Gesundheitsförderung für die MitarbeiterInnen der Universität

Dieser Qualitätszirkel war ein institutionsübergreifender interdisziplinärer Qualitätszirkel. Im Qualitätszirkel sind Informationen zu Aspekten der Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit Bildschirmarbeitsplätzen gesammelt worden. Der Qualitätszirkel hat die Bedeutung der Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung an der Universität an unterschiedlichen Beispielen diskutiert und den Beteiligten veranschaulichen können. Im Qualitätszirkel sind Anregungen für ein Zuständigkeitsdiagramm „Wohin kann ich mich bei was wenden?“ (Protokoll 4) entstanden. Es ist diskutiert worden, welchen Einfluss die Beteiligten auf die Motivation der Beschäftigten haben können, an Maßnahmen der betrieblichen Weiterbildung und Gesundheitsförderung kontinuierlicher teilzunehmen. In diesem Zusammenhang hat eine Teilnehmerin die Struktur des Weiterbildungsangebotes an die Gruppe verdeutlicht.

¹⁰⁷ Nach Auskunft der ehemaligen Moderatorin arbeitet der Zirkel zunehmend an Fällen aus der Alltagspraxis, wobei die Teilnehmerkontinuität etwas zu wünschen übrig lässt.

Dabei wurde deutlich, dass die Umstrukturierung an der Universität, die eng mit der Einführung einer neuen Software verknüpft ist, Ängste bei den Mitarbeitern hervorruft.

Qualitätszirkel 10: Interdisziplinärer Qualitätszirkel Gesundheitsförderung

Dieser Qualitätszirkel war ebenfalls ein institutionsübergreifender interdisziplinärer Zirkel. Die Diskussion des Falls der Leiterin des ambulanten Pflegedienstes hat die Gründung einer Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige mit initiiert. Nach der Darstellung der Arbeitsweise der KISS wurde der Qualitätszirkel von deren Leiterin als Forum für eine Projektdarstellung genutzt, in dem die Zusammenarbeit zwischen der Selbsthilfe und dem örtlichen Krankenhaus gestärkt werden sollte. Der Qualitätszirkel machte dieses Projekt zu seiner Sache und wollte auch künftig zu dessen Gelingen beitragen. Die Darstellung der Probleme der Verwaltung einer Selbsthilfeorganisation führte zur Vermittlung einer ehrenamtlichen Bürokräft. Vom Qualitätszirkel ist nach Auskunft des Moderators auch die Gründung eines Hospizvereins ausgegangen. Die besonderen Stärken lagen in der Erfüllung der Strukturmerkmale und der Merkmale zur Gruppendynamik. Schwächen zeigte dieser Qualitätszirkel in der Arbeitsweise.

Qualitätszirkel 11: Für Dozenten im Bereich gesundheitsfördernder Erwachsenenbildung

Dies war ein institutionsübergreifender interdisziplinärer Qualitätszirkel. Formen des Umgangs mit unterschiedlichen Belastungssituationen sind exemplarisch vorgestellt und diskutiert worden. Die Gruppe hat sich über Reichweite und Anwendung unterschiedlicher Definitionen von Qualität ausgetauscht und an Beispielen aus der Arbeitspraxis einiger Teilnehmer diskutiert. Dabei konnten konkrete Hilfen bspw. für den Umgang mit gering motivierten Teilnehmern gegeben werden. Die besonderen Stärken lagen in der Erfüllung der Merkmale zur Gruppendynamik eines Qualitätszirkels. Schwächen gab es in der Arbeitsweise und den Strukturmerkmalen, wobei insbesondere die Teilnehmerkontinuität nicht ausreichend gesichert war.

Qualitätszirkel 12: Interdisziplinärer, institutionsübergreifender Qualitätszirkel zur Verbesserung der psychosozialen Betreuung von Patienten mit der Doppeldiagnose Sucht und Psychose

Dieser Qualitätszirkel war ebenfalls ein interdisziplinärer institutionsübergreifender Zirkel. Informationen über das Krankheitsbild wurden aus unterschiedlichen Perspektiven zusammengetragen. Die Vernetzung und Kooperation der beteiligten Institutionen nahm nach Einschätzung der Moderatorin über die persönlichen Beziehungen der Teilnehmer deutlich zu, was auch zu einer Verbesserung der gemeindenahen Versorgung beigetragen haben dürfte. Die Gründung einer Selbsthilfegruppe wurde in einer Untergruppe des Qualitätszirkels konkretisiert und befand sich im Aufbau. Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft veranstaltete ein Forum zum Thema „Sucht und Depressionen“. Die besonderen Stärken lagen in der Erfüllung der Strukturmerkmale. Schwächen zeigte dieser Qualitätszirkel bei der Herstellung der gruppendynamischen Grundlagen für die Gruppenarbeit.

Diese knappe Darstellung der einzelnen Qualitätszirkel soll noch einmal auf die außerordentliche Spannweite der Themen und der Verortung im Feld der Gesundheitsförderung hinweisen und den Blick dafür stärken, dass es neben dem Auftrag an die Moderatoren, das Konzept umzusetzen und zu

erproben, auch den Auftrag gab, einen Qualitätszirkel zu initiieren und zu befriedigender Arbeit zu verhelfen. Das ist nach den Ergebnissen der Befragungen der Teilnehmer in allen Qualitätszirkeln gelungen. So haben zwischen 60% und 75% der Teilnehmer die Kooperationsbeziehungen in ihrem Arbeitsfeld verbessern können, was sicher dazu beigetragen hat, dass fast die Hälfte der Teilnehmer die eigene Kompetenz stärken konnten und fast 40% der Teilnehmer mehr emotionalen Rückhalt erhalten haben. Die Moderatoren haben dieselben Effekte in noch stärkeren Ausprägungen erlebt.

6.2 Ergebnisse zur Konzeptadaption

Die **zentrale Fragestellung** dieser Arbeit war, von welchen Prädiktoren eine erfolgreiche Konzeptadaption im Feld der Gesundheitsförderung abhängig sein könnte. Hier sollten die gemachten Erfahrungen dokumentiert und erforderliche Modifikationen am Konzept identifiziert werden. Es ist daher in einer weiteren Analyse geprüft worden, inwieweit das Konzept der „Ärztlichen Qualitätszirkel“ umgesetzt wurde. Dazu wurden alle Qualitätszirkel nach dem QZ-Check geprüft (vgl. Kap. 5.1) und eine Rangskala der Konzeptumsetzung erstellt. Anschließend wurde nach Prädiktoren für die Konzeptumsetzung gesucht und zu diesem Zweck verschiedene Fragestellungen geprüft.

Die Erfahrungen bei der Umsetzung des Konzeptes der „Ärztlichen Qualitätszirkel“ in das Feld der Gesundheitsförderung lassen sich in zwei Dimensionen diskutieren und anhand der Erfahrungen der Qualitätszirkel gut darstellen. Hier sind einerseits die institutionellen Rahmenbedingungen zu nennen, die Einflüsse auf die Arbeit im Qualitätszirkel ausüben. Außerdem muss auch die Gruppe von der gemeinsamen Arbeit im Sinne eines Qualitätszirkels überzeugt werden.

a) Institutionelle Rahmenbedingungen

Es hat sich gezeigt, dass sich in den Qualitätszirkeln ganz unterschiedliche Arbeitsfelder der Gesundheitsförderung repräsentierten, auch ganz unterschiedliche Rahmenbedingungen für die Qualitätszirkel boten und die Moderatoren vor spezifische Probleme stellten. So konnte eine sehr interessierte Moderatorin nicht am Projekt teilnehmen, da der Arbeitgeber ihr die Teilnahme schließlich doch untersagte. Eine weitere Moderatorin hatte aus ähnlichen Gründen keinen eigenen Qualitätszirkel initiieren können ist dann als Ko-Moderatorin in einen anderen Qualitätszirkel eingestiegen (vgl. Kap. 4.13). Auch in den anderen Fällen erwiesen sich die **Überzeugung und Unterstützung des Arbeitgebers/Vorgesetzten** als wesentlicher Faktor bei der Durchführung der Qualitätszirkel.

Die Hierarchien, in die der Moderator und auch die Teilnehmer außerhalb des Qualitätszirkels eingebunden sind, können ebenfalls erheblich in den Qualitätszirkel hineinwirken. Diese Effekte zeigten sich verstärkt, wenn unterschiedliche Hierarchieebenen im Qualitätszirkel zusammenarbeiten sollen (z.B. QZ 4: Kap. 4.4). Dennoch waren die **institutionellen Rahmenbedingungen** keine sicheren Prädiktoren für die Konzeptumsetzung, d.h. Qualitätszirkel können in unterschiedlichen Settings zur Anwendung kommen, wenn es der Gruppe gelingt, für den Zeitrahmen der Qualitätszirkelsitzungen eine gleichberechtigte Mitarbeit aller Teilnehmer, ungeachtet ihrer hierarchischen Stellung, zu gewährleisten. Es bleibt aber festzuhalten, dass der institutionellen Rahmen eines Qualitätszirkels erhebliche Bedeutung für dessen Arbeit hat. Dies beginnt bereits bei der Initiierung (zwei Moderatoren haben bspw. keinen Qualitätszirkel gründen können), setzt sich aber auch während der Arbeit fort und kann auch die Beendigung eines Qualitätszirkels induzieren.

b) Die Gruppe selbst

Ein Qualitätszirkel setzt sich aus verschiedenen Menschen mit unterschiedlichen Erfahrungen, Erwartungen und Ansprüchen zusammen. Die Aufgabe des Moderators besteht u.a. darin, den Gruppenprozess zu begleiten und zu lenken. Die Moderatoren sind ebenfalls Beteiligte der Gruppe, was sich in den Qualitätszirkeln in **Rollenkonflikten der Moderatoren** deutlich gezeigt hat. Fast alle Moderatoren im Modellprojekt haben in ihren Qualitätszirkeln die Erfahrung gemacht, dass sie die Rolle des neutralen Moderators verlassen wollten, da sie selber als Experten Positionen beziehen wollten. Teilweise wurde dies auch von den Teilnehmern selbst gefordert. Diese Rollenkonflikte sollten sich selbst und der Gruppe bewusst gemacht werden. In einigen Fällen wechselte der Moderator dann explizit die Rolle und ein anderer Teilnehmer übernahm für einen gewissen Zeitraum die Moderation der Gruppe. Um die Kontinuität und Arbeitsweise der Gruppe zu sichern, stellt die **Sicherstellung der Strukturmerkmale** eine wichtige Grundlage und Aufgabe dar, wobei hier nicht alle Aspekte gleichermaßen von Bedeutung sind. Zentrale Aspekte scheinen die *Regelmäßigkeit der Teilnahme*, die *Konstanz des Teilnehmerkreises* und die *Kontinuität der Treffen* zu sein, wohingegen eine gewisse Unfreiwilligkeit der Teilnahme durch eine gute Moderation aufgewogen werden kann (vgl. QZ 1: Kap. 4.1. und QZ 7: Kap. 4.7). Es hat sich also gezeigt, dass eine gute Gruppenkohärenz eine wesentliche Grundlage für die Arbeit im Qualitätszirkel ist.

Da die **Kongruenz der Erwartungen** der Moderatoren und Teilnehmer offenbar einen Einfluss auf die Konzeptumsetzung ausübt, ist es von großer Bedeutung, sich diese auch bewusst zu machen. Entgegen der Vorstellung, dass in der Gesundheitsförderung Erfahrungen in der Gruppenarbeit die Bereitschaft zur Anwendung eines neuen Konzeptes steigern würde, konnte in einigen Qualitätszirkeln eher die Tendenz zur Beibehaltung bekannter Formen der Gruppenarbeit beobachtet werden.

Die Umsetzung der **Arbeitsweise** beginnt nach dem Qualitätskreislauf mit der **Zielsetzung** und setzt ein anschließendes **systematisches Vorgehen** voraus. Hier hat sich gezeigt, dass schon die **Problemdefinition** in 2/3 der Qualitätszirkel nicht explizit gemacht wurde, so dass die anschließende konsequente Arbeit am Qualitätskreislauf nicht befriedigend umgesetzt werden konnte. Es zeigten sich auch in fast allen Qualitätszirkeln **Widerstände gegen Dokumentation und Fallarbeit**. Hier könnten Praxisbeispiele aus dem Arbeitsfeld der Teilnehmer helfen, Ängste abzubauen und zu eigenen Fallvorstellungen zu motivieren. Das Vertrauen untereinander stellt eine wesentliche Bedingung für die Arbeit auch im Qualitätszirkel dar.

Dies ist auch ein Grund dafür, warum Qualitätszirkel nicht formal auf eine bestimmte Dauer festgelegt sein sollten, der **Arbeitszyklus der Qualitätszirkel** sollte also nicht vorab definiert sein. Die Qualitätszirkel im Modellprojekt haben deutlich länger gebraucht als vorher erwartet, um in die konzeptgemäße Arbeit nach dem Konzept einzusteigen, da die Phase der Gruppenfindung länger dauerte.

Dies hängt auch damit zusammen, dass sich die Teilnehmer wechselseitig erst ihr Arbeitsfeld, ihre Arbeitsbedingungen und ihren Arbeitsstil vermitteln müssen. Diese Vermittlung kann sich an die **Falldiskussion** im Qualitätszirkel knüpfen, wobei sich auch gezeigt hat, dass die Frage danach, was eigentlich der „Fall“ sein kann, in dem heterogenen Feld der Gesundheitsförderung differenzierter beantwortet werden muss. Daran knüpft sich auch die Frage, welche **Dokumentationsformen** für die Gesundheitsförderung geeignet sind.

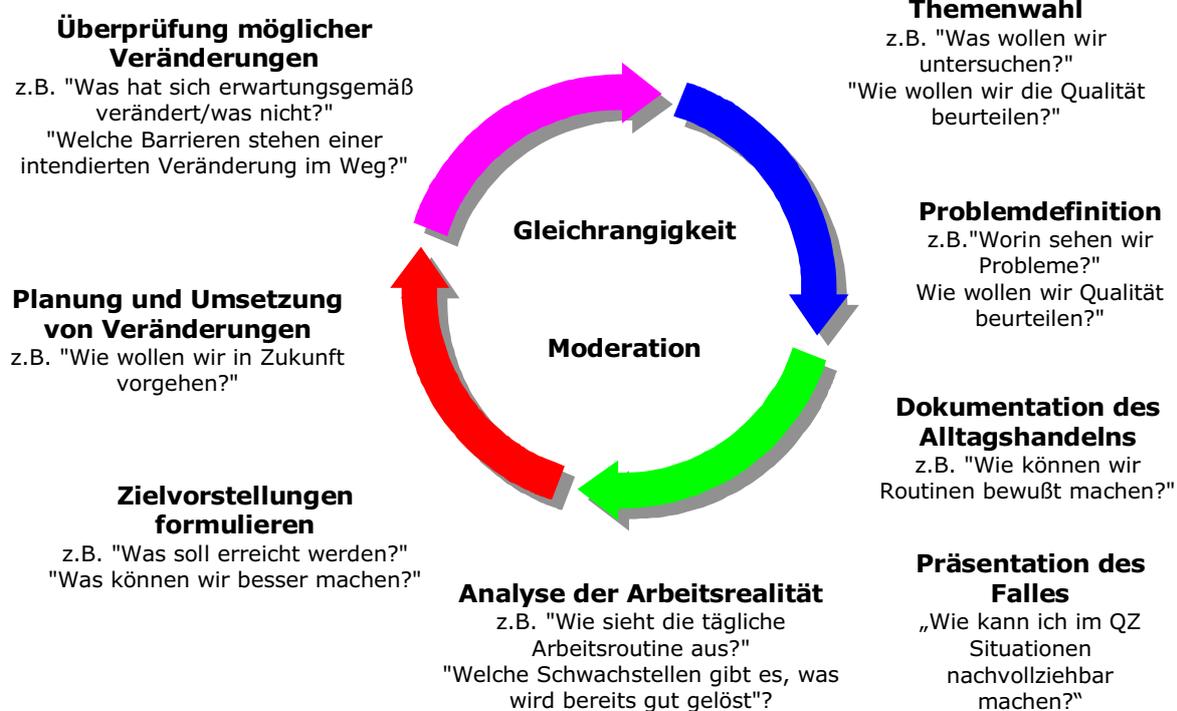
6.3 Modifikationen am Konzept

Die Analyse der begünstigen Faktoren der Konzeptumsetzung in anderen Feld führte dazu, auch das Konzept selbst noch einmal einer Prüfung zu unterziehen. Auf einige Aspekte sei aber auch im Rahmen dieser Arbeit verwiesen,

Die Grundlagen des Konzeptes „Qualitätszirkel“ finden sich in Kapitel 2 und umfassen gruppenkonstituierende und -strukturierende Aspekte, sowie als Grundlage der Arbeitsweise den Qualitätskreislauf.

Abbildung 36.

Qualitätskreislauf



Grundlage der Arbeit im Qualitätszirkel ist demnach die Analyse der Arbeitsrealität auf der Grundlage von Dokumentationen derselben. Der Qualitätskreislauf kommt dann richtig in „Schwung“, wenn anschließend Zielvorstellungen nicht nur formuliert, sondern auch umgesetzt werden und die Folgen dieser Intervention ihrerseits in erneuten Dokumentationen der Arbeitsrealität deutlich werden und diese dann erneut modifiziert werden kann. Die Untersuchungen zur konkreten Arbeit der Qualitätszirkel haben gezeigt, dass das Konzept mit unterschiedlichem Erfolg umgesetzt worden ist. Die Schwachpunkte lagen in der Problemdefinition (vgl. Kap. 5.1), in der Dokumentation und in der Evaluation, wobei letztere u.a. aufgrund des zu knappen Zeitrahmens selten erreicht werden konnte. Betrachtet man nun die jeweiligen Bedingungen der Qualitätszirkel und den jeweiligen Grad der Konzeptumsetzung, so scheinen spezifische Schwierigkeiten die Konzeptumsetzung erschwert zu haben.

Dies bezieht sich insbesondere auf folgende Aspekte, die anschließend näher beleuchtet werden sollen:

- Problemdefinition
- Diskussionen am Fall
- Dokumentation
- Moderation
- Gleichrangigkeit

Nach den Spezifizierungen zum Konzept, werden einige Überlegungen zu den Folgen für eine künftige Vermittlung des Konzeptes angestellt.

a) Problemdefinition

Da sich die Teilnehmer aus den meisten Qualitätszirkeln (8) kaum oder gar nicht kannten, sind diese sehr schnell in die inhaltliche Arbeit vermittelt durch gegenseitige Vorstellungsrunden eingestiegen, was in einigen Fällen mit mündlichen Fallvorstellungen verknüpft wurde. Dies hat aber möglicherweise dazu beigetragen, dass die Frage danach, welche gemeinsamen Probleme in welcher Reihenfolge und mit welchen Mitteln bearbeitet werden sollen, in den Hintergrund rückte. Dies „rächte“ sich dadurch, dass einige Qualitätszirkel den roten Faden der gemeinsamen Arbeit nicht wieder gefunden haben. Daraus folgt, dass die gemeinsame Problemdefinition im Qualitätszirkel eine wichtige Grundlage für die spätere Arbeit ist.

b) Diskussionen am Fall

Eine weitere wichtige Grundlage der Arbeit im Qualitätszirkel ist die Arbeit am dokumentierten Fall. Hier hat sich bei der Umsetzung des Konzeptes gezeigt, dass die sehr unterschiedlichen Kontextbedingungen zu spezifischen Schwierigkeiten führten (vgl. auch Kap. 5.5). So ist die Frage für einen niedergelassenen Hausarzt, was denn ein Fall sei und wie man diesen dokumentieren könne, einfacher (wenn auch nicht immer richtiger) zu beantworten. Den „Fall“ kennt dieser aus seiner Praxis und Dokumentationen gehören zur vertraglichen Verpflichtung eines Kassenarztes. Für einen Koordinator von gemeindebezogenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist die Frage nach dem Fall und seiner angemessenen Dokumentation dagegen ungleich schwerer zu beantworten. Es hat sich daher gezeigt, dass die bisherigen Vorstellungen von „Fällen“ im Feld der Gesundheitsförderung nicht ausreichen, sondern dass es differenziertere Definitionen vom „Fall“ braucht. So soll der Fall als klar umgrenzter Ausschnitt der Arbeitspraxis einer Person verstanden werden, die im Qualitätszirkel in nachvollziehbarer Form zugänglich gemacht werden soll.

c) Dokumentation

Die **Dokumentation** der Arbeitsrealität stellt eine wesentliche Bedingung für die Vermittlung der eigenen Arbeitsrealität sowohl an den Fallvorsteller als auch die anderen Teilnehmer im Qualitätszirkel dar. In Arbeitsfeldern, in denen die fortlaufende Dokumentation der eigenen Arbeit nicht zur Alltagspraxis zählt, bedarf es besonderer Betonung dieses Aspektes. Die Umsetzung der Anforderungen an die Dokumentation ist in den Qualitätszirkeln nur mäßig bis gar nicht gelungen. Dies hat seine Ursache sicher auch darin, dass die Vermittlung der Bedeutung dieses Aspektes in der begleitenden Schulung nicht immer gelungen ist. Die Qualitätszirkel agierten aber außerdem in sehr unterschiedlichen

Feldern, in denen ganz unterschiedliche Sensibilitäten zu berücksichtigen waren und die Moderatoren teilweise sehr zurückhaltend im Umgang mit den Teilnehmern der Qualitätszirkel blieben. So ist in der Regel auf den nicht dokumentierten mündlichen Fallbericht von Teilnehmern zurückgegriffen worden.

d) Moderation

Die Moderation ist in den Qualitätszirkeln sehr unterschiedlich gehandhabt worden. Am deutlichsten unterschieden sich die Qualitätszirkel mit der Doppelmoderation von den anderen. In den drei Zirkeln mit Doppelmoderation gab es jeweils eine Moderatorin, die auch von Beginn an die Moderatorenschulung durchlaufen hat und eine Ko-Moderatorin, die (mit einer Ausnahme) erst später an den Begleitseminaren teilnehmen konnten. Die Moderatoren hatten ganz wesentliche Aufgaben im Modellprojekt und in den Qualitätszirkeln zu leisten, was bei einigen Moderatoren möglicherweise auch Überforderungsgefühle ausgelöst hat. Ein großer Teil dieser Aufgaben fällt in der alleinigen Arbeit mit einem Qualitätszirkel außerhalb des Projektrahmens natürlich weg, zugleich muss man sich die eventuell notwendige Unterstützung dann selbst organisieren. Hinsichtlich des Konzeptes muss man konstatieren, dass die Rolle des Moderators exponierter und verantwortlicher ist, als es die Formel „Gleicher unter Gleichen“¹⁰⁸ suggeriert, die gerade in der ambulanten medizinischen Versorgung ihre Berechtigung hat. In den Projektzirkeln waren die Moderatoren eher Experten der Moderation, die mitnichten die Arbeitsfelder ihrer Teilnehmer im vergleichbaren Maße kannten, geschweige denn im selben Arbeitsfeld tätig waren (das war bei nur drei Qualitätszirkeln der Fall). Vielmehr waren einige Moderatoren selber Experten zu spezifischen Aspekten, die im Qualitätszirkel angesprochen wurden, woraus das Problem resultierte, dass einige Moderatoren die „neutrale“ Rolle des Moderators verlassen wollten, um sich als Experte in einer Situation zu äußern. Teilweise haben die Teilnehmer die Übernahme der Expertenrolle durch den Moderator auch gewünscht. Der Rollenwechsel sollte vom Moderator klar ausgesprochen werden, eventuell sollte ein anderer Teilnehmer in diesem Fall die Moderation übernehmen. Dieser Konflikt tritt natürlich nur dann auf, wenn die Expertenschaft des Moderators gefragt ist, in vielen Situationen ist dies aber gar nicht der Fall, so dass es der Moderator dann leichter hat, als bspw. in ärztlichen Qualitätszirkeln, in denen Teilnehmer und Moderator typischerweise in den selben Arbeitsfeldern tätig sind. Es hat sich also gezeigt, dass Moderationskenntnisse alleine nicht ausreichen, da der Moderator von Qualitätszirkel sowohl diese grundlegende Fertigkeiten, als auch Kenntnisse in der Methodik der Qualitätszirkelarbeit und der Vermittlung von Fallarbeit und Dokumentation mitbringen muss.

e) Gleichrangigkeit

In den Überlegungen zum Stellenwert der Moderation ist der Punkt Gleichrangigkeit bereits angesprochen worden, hier bezieht er sich aber auf die Teilnehmer untereinander. So haben einige Qualitätszirkel die Erfahrung gemacht, dass Hierarchien, die außerhalb des Qualitätszirkels wirken, doch in erheblichem Maße in den Qualitätszirkel hineinstrahlen (dies betraf besonders die innerinstitutionellen Qualitätszirkel). Dies konnte dazu führen, dass Zirkelteilnehmer den Qualitätszirkel verlassen haben oder dass Probleme in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Hierarchieebenen im Qualitätszirkel

¹⁰⁸ Bahrs u.a.: Leitfaden für ärztliche Qualitätszirkel a.a.O. S. 138.

weiterwirkten. Der Effekt in einem Qualitätszirkel war, dass die Teilnehmer sich dann doch eher als Vertreter ihrer Abteilungen sahen, so dass die Offenlegung der eigenen Alltagspraxis behindert wurde. Hier kann das Problem einfach auch darin bestehen, Vertrauen zwischen Personen herzustellen, die sich in ihrer institutionellen Stellung eher misstrauisch gegenüber stehen oder sogar vom Auftrag her gegenüberstehen sollen (z.B. Arbeitnehmervertretung und Betriebsleitung). Hier gilt es für die Moderatoren, die eigenen Erwartungen und Ziele in Relation zu den realen Möglichkeiten zu setzen und daran mitzuwirken, eine Form der „fiktiven“ Gleichrangigkeit für die Dauer der Qualitätszirkelsitzungen herzustellen.

Zusammenfassung:

Bei Betrachtung der genannten Aspekte zeigt sich, dass bei jedem Arbeitsschritt des Qualitätskreislaufs Spezifizierungen oder Klarstellungen auch gegenüber anderen Formen der Gruppenarbeit notwendig sind. In den unterschiedlichen Einsatzgebieten der Qualitätszirkel des Modellprojektes sind kontextspezifische Anpassungen des Konzeptes vorgenommen worden, die nicht immer im Einklang mit dem Konzept standen. Bei der Interpretation der Moderatorenrolle ist bspw. deutlich geworden ist, dass die Rolle des Moderators in einigen Fällen weniger gleichberechtigt erlebt wurde und sein konnte als im ärztlichen Bereich, es aber außerdem Rollenkonflikte gegeben hat, für die gemeinsam mit den Moderatoren und der Projektgruppe auf den Begleitseminaren Lösungen gefunden wurden. Hinsichtlich der Strukturmerkmale der Gruppen sind sowohl die Notwendigkeit einer stabilen, kontinuierlich arbeitenden Gruppe als auch mögliche Abweichungen von einzelnen Kriterien (Gleichrangigkeit, Freiwilligkeit) deutlich geworden. Diese Flexibilität bei gleichzeitiger Beachtung der grundlegenden Arbeitsweise (Arbeit an dokumentierten Fällen aus dem Arbeitsalltag) kann den Erfolg des Konzeptes in unterschiedlichen Settings ausmachen und ist für den kaum überschaubaren Bereich der Gesundheitsförderung vermutlich auch notwendig. So hat sich insgesamt gezeigt, dass das Konzept der Qualitätszirkel sich gut in andere Bereiche übertragen lässt, da es in der konkreten Umsetzung durch geschulte Moderatoren kontextspezifisch angereichert werden kann, ohne dass grundsätzliche Elemente (Strukturmerkmale der Gruppen, Arbeitsweise nach den Qualitätskreislauf) in Frage gestellt werden.

Mögliche Konsequenzen für die weitere Vermittlung des Konzeptes:

Bei der künftigen Vermittlung des Konzeptes sollten Anwendungsbeispiele aus den Arbeitsfeldern der Zielgruppe genutzt werden. Dies würde bereits bei der Problemdefinition hilfreich sein, aber insbesondere bei der Arbeit mit Fällen und deren angemessene Dokumentation scheint dies notwendig. Hier sollten Beispielfälle und Beispieldokumentationen zur Verfügung stehen, die mit konkreten Arbeitsanleitungen zur Erprobung versehen sein könnten (vgl. auch Kap. 5.5). Denkbar wäre auch, denselben Fall mit Hilfe unterschiedlicher Dokumentationsformen nachvollziehbar zu machen, um Stärken und Schwächen verschiedener Dokumentationsformen zu veranschaulichen. Die Projektmoderatoren äußerten sich in der Abschlussbefragung ebenfalls zu den Fragen nach dem persönlichen Unterstützungsbedarf und den Anforderungen an künftige Schulungen. So wurden zum eigenen Bedarf weitere Austauschmöglichkeiten und weitere vertiefende Schulungen am häufigsten genannt. Hinsichtlich des Konzeptes sahen die Moderatoren vor allem bei der Konzeption der Schulung spezifische Aufgaben, die sich in den meisten Fällen auf die Begleitung und die Konzeptvermittlung beziehen („*beispielhafte Fallvorstellungen, praktische Übungen*“).

7. Resümee und Ausblick

Ein Ausblick nach dem Abschluss des Modellprojektes lässt sich in verschiedenen Dimensionen vornehmen. Auf der **Ebene der Qualitätszirkel** zeigt sich, dass zwei Qualitätszirkel immer noch weiter arbeiten, der eine Qualitätszirkel (QZ 2) wird vom Moderator bis zu seiner Pensionierung fortgesetzt, eventuell wird ein Stellennachfolger ebenfalls den Qualitätszirkel fortsetzen.¹⁰⁹ Ein weiterer Qualitätszirkel (QZ 8) setzt seine Arbeit ebenfalls fort; hier hat ein anderer Moderator die Moderation übernommen, da die Projektmoderatorin den Arbeitsplatz gewechselt hat. Von drei weiteren Qualitätszirkeln sind Initiativen zur Gründung weiterer Qualitätszirkel ausgegangen (Universität, Gesundheitsamt, Freier Bildungsträger), andere Qualitätszirkel konnten nicht fortgesetzt werden, da die Finanzierung der Moderatoren nicht sichergestellt werden konnte.

Hinsichtlich der Frage der **Breitenimplementation** von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung und Prävention sind durch das Modellprojekt wesentliche Vorarbeiten geleistet worden:

- Im Modellprojekt konnten 12 Qualitätszirkel initiiert werden.
- Die meisten Teilnehmer und Moderatoren sehen Qualitätszirkel als ein geeignetes Instrument in ihrem Arbeitsbereich (95%).
- Knapp die Hälfte der Teilnehmer könnte sich vorstellen eine Ausbildung zum Moderator zu machen oder eine Initiative zur Gründung eines Qualitätszirkels zu unterstützen (43%).
- Daraus folgt, dass bereits eine Reihe von potentiellen Multiplikatoren motiviert wurden.
- Alle Moderatoren können sich vorstellen einen neuen Qualitätszirkel zu initiieren
- Teilnehmer aus 8 Qualitätszirkeln hätten den QZ gerne fortgesetzt
- Es konnten Erkenntnisse über typische Widerstände und erfolgreiche Bewältigungsstrategien (z.B. klare Rollenzuordnung bei Konflikten) gewonnen werden.
- Zwei Qualitätszirkel setzen ihre Arbeit noch immer fort.

Es werden aber auch grundlegende Aufgaben zu lösen sein. So könnte aufgrund der Erfahrungen mit dem Modellprojekt ein **Lehrgangskonzept** entwickelt werden, dass den Anforderungen im Bereich der Gesundheitsförderung gerecht wird und zugleich die hohe Qualität der Ausbildung von Moderatoren sicherstellt. Dies erscheint hinsichtlich der Akzeptanz von Qualitätszirkeln sowohl bei Moderatoren und Teilnehmern als auch bei potentiellen Trägern von Qualitätszirkeln sinnvoll. Dabei stellt die Entwicklung von **Materialien** aus dem Feld der Gesundheitsförderung eine wichtige Aufgabe dar. So hat sich gezeigt, dass existierende Arbeitsmaterialien aus dem ärztlichen Bereich der Arbeitswelt der Gesundheitsförderer zu wenig entsprachen, das sich seinerseits als so heterogen präsentierte, dass es geboten scheint, bereichsspezifische Materialien (z.B. für den Bereich der Suchtberatung u.v.m.) zu entwickeln um zielgruppenorientiert das Konzept erfolgreich vermitteln zu helfen.

Ein bereits seit 2002 laufendes Projekt zur Qualitätssicherung in der Pränataldiagnostik, in dem ebenfalls Qualitätszirkel erprobt werden sollen, zeigt diese Notwendigkeit bereits in seiner Thematik und der damit verbunden Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit.¹¹⁰

¹⁰⁹ Nach telefonischer Auskunft des Moderators im November 2002

¹¹⁰ In diesem Projekt sollen psychosoziale Beraterinnen und Mediziner aus unterschiedlichen Fachgruppen über das gemeinsame Vorgehen im Problemfeld Pränataldiagnostik beraten. Weitere Hinweise siehe z.B. Kuhn, R., Dewald, A., Riehl-Emde, A.: Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik - Ein Modellprojekt. In: Psychotherapeut Bd. 49, Nr. 5, S. 377 – 380.

Als wichtige Grundlage einer weiteren Verbreitung von Qualitätszirkeln liegt in der Sicherstellung einer ausreichenden **finanziellen Basis** für die Qualitätszirkelarbeit. So standen insbesondere die interdisziplinären Qualitätszirkel nach Beendigung des Projektes vor dem Problem, dass die Teilnehmer die bisher kostenlose Moderation nicht bezahlen und die Moderatoren diese Arbeit auch nicht mehr kostenlos anbieten konnten. Gerade die sektorenübergreifenden und interdisziplinären Qualitätszirkel benötigen daher die Übernahme einer gemeinsamen Verantwortung bei den beteiligten Trägern oder profitierenden Institutionen.¹¹¹ Innerinstitutionelle Qualitätszirkel konnten dagegen durch angestellte Moderatoren moderiert werden (vgl. z.B. QZ 7: Kap. 4.7).

Eine weitere Aufgabe kann in der **wissenschaftlichen Explizierung** des Konzeptes gesehen werden. So wird beim Einsatz von Qualitätszirkeln in anderen Bereichen der Gesundheitsförderung, weiterer Adaptionbedarf des Konzeptes eruiert werden müssen, um die Flexibilität und die Leistungsfähigkeit des Instrumentes zu erhöhen. Hinsichtlich des Instrumentes selber konnte eine Reihe von Fragen bisher nicht ausreichend geklärt werden.

In der langfristigen Begleitung von Qualitätszirkel wäre eine prozessbegleitende Evaluation von Qualitätszirkeln besonders hilfreich, die das **mehrmalige Durchlaufen des Qualitätskreislaufes** nachzeichnet und auch die Effekte in der konkreten Arbeit der Teilnehmer und möglicherweise auch im Hinblick auf die Klienten dargestellten könnte. Auch sind die **Gruppenprozesse** im Qualitätszirkel im Verlauf bisher noch nicht genauer untersucht worden, wobei hier auch Vergleiche zu anderen Formen der Gruppenarbeit (bspw. Gruppensupervision, Fokalgruppen u.ä.) durchgeführt werden könnten, um spezifische Stärken des Konzeptes aber auch dessen Grenzen besser angeben zu können. Zu diesem Zweck könnte der Einsatz von kombinierten Interaktionsanalysen auf der Basis von transkribierten Gruppensitzungen vielversprechend sein.

Diese Arbeiten könnten auch zu einer **begrifflichen Differenzierung** von Qualitätszirkeln beitragen. Inzwischen hat sich eine Vielzahl von Gruppenarbeitsformen mit dem Etikett der „Qualitätszirkel“ versehen, so dass auch die Moderatoren des Modellprojektes sich eine begriffliche Abgrenzung dieses Konzeptes wünschten; als „Praktiker“ schätzten sie die Bedeutung aussagekräftiger Labels auf dem Markt der Qualitätssicherung außerordentlich hoch ein.

Im Hinblick auf die weitere Entwicklung der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung erscheint es notwendig, die Möglichkeiten der **Kombination von Qualitätszirkeln mit Qualitätsmanagementprogrammen** genauer zu betrachten. So werden Qualitätszirkel, dem Namen nach, bereits bspw. in EFQM – Maßnahmen¹¹² integriert, es liegen jedoch keine Informationen über den Einsatz von Qualitätszirkeln nach dem hier vertretenen Konzept „Ärztliche Qualitätszirkel“ vor. Vielversprechend scheint ein Ansatz in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu sein. So hat die Akademie des Deutschen Roten Kreuzes das Konzept des „Salutogenen Qualitätsmanagements“ entwickelt, in dem diese Qualitätszirkel einen wesentlichen Baustein darstellen.¹¹³ Es liegen aber bisher noch keine veröffentlichten Erfahrungen aus der praktischen Anwendung dieses Konzeptes vor.

¹¹¹ Man denke hier bspw. an Qualitätszirkel, die an der Vernetzung von professionellem Versorgungssystem mit dem Laiensystem (Selbsthilfe) arbeiten. Auch ohne direkte Beteiligung von Vertretern der Krankenkassen, sollten könnten von der Arbeit des Qualitätszirkels profitieren und sollten sich an der Finanzierung beteiligen.

¹¹² Anfang der 90er Jahre wurde die von einigen Großunternehmen die „European Foundation for Quality Management“ gegründet. Im EFQM – Modell kommt es darauf an, Mitarbeiter so in die Prozesse einzubinden, daß das Unternehmen seine Ergebniserzielung verbessern kann. Dieses Modell ist 1999 modifiziert worden und findet seitdem rasche Verbreitung. Vgl. auch <http://www.deming.de/>.

¹¹³ Klein G, Röslen M (2002): Salutogenes Qualitätsmanagement (STQM). www.drk-akademie.drk.de

In jüngster Zeit werden die Qualitätszirkel unter dem Begriff der „fallrekonstruktiven Qualitätszirkel“ in der Erwachsenenbildung erprobt.¹¹⁴ So wurde 2003 ein fallrekonstruktiver Qualitätszirkel an der Kreisvolkshochschule Northeim initiiert, an dem Kursleiter und Kursleiterinnen aus dem Fachbereich Berufliche Bildung und EDV fallrekonstruktiv ihre eigene Arbeit evaluieren. In diesem Feld liegt eine große Chance zur Verknüpfung dieser Methode mit laufenden Qualitätssicherungsprogrammen, da die VHS`en in Niedersachsen sich diesem unterziehen müssen.

Hierbei wird es als defizitär gesehen¹¹⁵, dass sich die eigentlichen „Leistungserbringer“ naturgemäß nur schwerlich in den Prozess einbinden lassen, da die Kursleiter und Kursleiterinnen in der Regel freiberuflich tätig sind und die VHS`en nicht die einzigen Auftraggeber darstellen. Gerade an dieser Schnittstelle könnten Qualitätszirkel eine wichtige Aufgabe für alle Beteiligten (Institution, Kursleiter und Kursteilnehmer) übernehmen.

¹¹⁴ Pohl, D. (2005): Wechselseitige Qualitätsbeurteilung unter Kursleitenden. Erprobung „fallrekonstruktiver Qualitätszirkel in der Erwachsenenbildung“. In: DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung I/2005, S. 51-53.

¹¹⁵ mündliche Auskunft von Fachbereichsleiterinnen Gesundheitsbildung auf einer Tagung im Sommer 2005.

8. Literatur

1. Abholz H H, Dreykluft H-R Meyer, B: Bericht über einen Qualitätszirkel. Z Allg Med 1992; 68: 468-472
2. Abholz H H (1994): Der 'Leistungsknick'- Bericht über den ungewöhnlichen Verlauf eines Qualitätszirkels; Z Allg Med, 90, 268-269
3. Abholz, H H (1994a): Grenzen medizinischer Prävention. In: Präventionspolitik. Hg.: Rosenbrock u.a., Berlin.
4. Abholz H H (1995): Das Dilemma des Kassenarztes: Gesundheit oder Medizin. In: Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung. Hg.: Badura B. u.a., Frankfurt am Main. S. 121 – 124.
5. Allhof P J, Leidel J, Ollenschläger G, Voigt P (1997): Präventivmedizin, Praxis, Methoden, Arbeitshilfen. Springer Loseblattsysteme.
6. Altgeld T, Bunzendahl I, Kiene H, Prümel-Philippson U (2000): Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen. 2. Aufl. Bonn.
7. Antonovsky A (1979): Health, stress and coping. Jossey Bass, San Francisco.
8. Antonovsky A (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.
9. Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung (Hrsg.): Ärztliche Qualitätszirkel. VHS-Video, 16 Min., Göttingen 1993
10. AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (1998): Erarbeitung einer Konzeption und Feingliederung für Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention. (unv. Bericht)
11. Badura B, Elkeles T, Grieger B, Huber E, Kammerer W (1995): Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung. 4. Auflage, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
12. Badura B, Grande G, Janßen H, Schott, T (1995): Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Weinheim und München.
13. Badura B, Siegrist, J (1999): Evaluation im Gesundheitswesen. Weinheim und München.
14. Bahrs O, Köhle M, Szecsenyi J (1992): Das Videoseminar - Ein symptomübergreifender Supervisionsansatz. Qualitätszirkel von Allgemeinärzten und Sozialwissenschaftlern. Psychol Med, 3 (4): 23-29
15. Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J (1994): "Rationalitäten in der Medizin und deren Rekonstruktion im Qualitätszirkel.", in: Jahrbuch für Kritische Medizin - Rationalitäten in der Medizin, 22, 96-118
16. Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J (1996) Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 3. Auflage.
17. Bahrs O (1996a): Das Videoseminar - Erfahrungen mit einem Hausärztlichen Qualitätszirkel; in: Vom Ablichten zum im-Bilde-Sein: Video-Dokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen im ärztlichen Qualitätszirkel, Bahrs O, Fischer-Rosenthal W, Szecsenyi J, Königshausen & Neumann, Würzburg, 151-181
18. Bahrs O, Fischer-Rosenthal W, Szecsenyi J (1996): Vom Ablichten zum Im-Bilde-Sein; Videodokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen im ärztlichen Qualitätszirkel; Königshausen & Neumann, Würzburg
19. Bahrs O, Hesse E (1996): Das Motivationsgespräch - Chancen der Selbsthilfeförderung im Rahmen der ärztlichen Sprechstunde, in: Vom Ablichten zum im-Bilde-Sein: Video-Dokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen im ärztlichen Qualitätszirkel, Bahrs O, Fischer-Rosenthal W, Szecsenyi J, Königshausen & Neumann, Würzburg, 219-260.
20. Bahrs O (1997): Die Wirkung von Qualitätszirkeln – Ergebnisse einer Teilnehmerbefragung; Z. Allg. Med., 73, 812-818

21. Bahrs O, Nave-Ahmad M (1999): "Selbsthilfegruppen im interdisziplinären Qualitätszirkel - Ein neuartiger Ansatz zur Förderung medizinischer Kommunikation", in: selbsthilfegruppenjahrbuch 1999, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., focus, Gießen, 53-59
22. Bahrs O, Lehmann M, Nave M, Pohl D, Schmidt U (2000): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention. Projektbroschüre, Göttingen.
23. Bahrs O, Heim S, Nave, M (2000): „Patientenzentriert und interdisziplinär. Der Interdisziplinäre Qualitätszirkel Göttingen zur Versorgung von Patienten mit psychosozialen Problemen“, in: Dr. Mabuse 25, 128, S. 20-24.
24. Bahrs O, Heim, S (2001): „Kooperation zwischen Professionellen und Selbsthilfegruppen – ein Beispiel aus der praktischen Arbeit des Interdisziplinären Qualitätszirkels Göttingen zur Versorgung von Patienten mit psychosozialen Problemen“, in: Z. Allg. Med, 77, 202-206.
25. Bahrs O (2001): Qualitätszirkel als Instrument der Qualitätssicherung. In: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Hg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, 151 - 162.
26. Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, Andres E (2001): Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 4. Auflage.
27. Bahrs O (2002): Qualität gemeinsam gestalten - Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung. In: Forum Qualität 2/3, 14-21.
28. Bahrs O, Pohl D (2002): "Über die Schwierigkeit, Gesundheitsförderung an Allgemeinärzte zu vermitteln"; in: Faktoren der Gesundheit. Salutogenese-Modelle für die ärztliche Praxis, Wilm S, Jork K, Frankfurt (im Druck)
29. Bahrs O, Heim S (im Druck): Professionalisierung von Patienten - De-Professionalisierung von Helfern. Interdisziplinäres Lernen im Qualitätszirkel: ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit psychosozialen Problemen. In: Gesundh ökon Qual manag. (im Druck)
30. Bauch J (1999): Quo vadis Gesundheitsförderung? Überlegungen zur Rehabilitierung der Gesundheitserziehung. In: Prävention 4/99, 22:99-102.
31. Becker P (1994): Prävention. In: Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Hg.: Wilker, F.-W. / Bischoff, C. / Novak, P., München Wien Baltimore: S.201 – 206.
32. Bellwinkel M, Stein M (1996): Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. In: Die Betriebskrankenkasse 7/96: S. 342-346.
33. Borgers D (1989): Epidemiologie und Gesundheitswissenschaften. Argument, Hamburg 1989.
34. Brösskamp-Stone U, Kickbusch I, Walter U (1998): Gesundheitsförderung. In: Das Public Health Buch. Hg.: Schwartz u.a., München Baltimore Wien: S. 141 – 150.
35. Brucks U, Wahl WB, Schüffel W (1997): Epikritische Fallbetrachtung – Einführung in die Methode und Anleitung zur Dokumentation für Fallbesprechungen in Balintgruppen und ärztlichen Arbeitskreisen; Oldenswort u. Marburg
36. Christiansen G (1999): Evaluation – ein Instrument der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung; eine Expertise. BZGA, Köln.
37. BZgA (1996): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim.
38. BZgA (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden, Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 15, Köln
39. BZgA (2005): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention, Reihe: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 26, Köln.
40. BZgA (2005): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren. Köln.
41. BZgA (2005): Ergebnisband Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung. Köln. www.bzga.de
42. Derry J, Lawrence M, Griew K, Anderson J, Humphreys J, Pandher KS (1991): Auditing Audits: the method of Oxfordshire Medical Audit Advisory Group. BMJ 303:1247-1279.

43. Donabedian, A (1982): A Exploration of Structure, Process an Outcome as Approches to Quality Aessment. In: Selbmann HK, Überla KK (Hg.): Qulity Assesment of Medical Care. Gerlingen.
44. Dunkelberg S (1998): Der Beitrag von hausärztlichen Qualitätszirkeln zur Qualitätssicherung; Qualität in der Gesundheitsversorgung – Newsletter der GQMG 5, 1: 11-15
45. Egli, N (2001): Qualitätssicherung in der schweizerischen Hausarztmedizin – Erfahrungen der letzten 23 Jahre. ZFA, 77, 465-466.
46. Gerlach FM (1998): Qualitätsförderung in der ärztlichen Praxis. Transparenz durch regionale Bedarfs- und Erwartungsanalysen sowie evaluatives Monitoring des Etablierungsprozesses ärztlicher Qualitätszirkel; Habilitationsschrift zur Erlangung der Venia legendi für das Fach Allgemeinmedizin, Hannover
47. Gerlach FM, Bahrs O (1994) Qualitätssicherung durch hausärztliche Qualitätszirkel. Strategien zur Etablierung. Ullstein Mosby, Berlin Wiesbaden
48. Gerlach FM, Bahrs O, Fischer GC, Weiß-Plumeyer M (1995): Leitlinien für die hausärztliche Praxis. Entwicklung, Verbreitung, Umsetzung. Z Allg Med, 71, 950-956
49. Gerlach FM, Bahrs O, Weiß-Plumeyer M (1995): Fallorientiertes Arbeiten im Qualitätszirkel. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 89:397-401
50. Gerlach FM, Beyer M (1996): Kontinuierliche Basisdokumentation und Evaluation von Qualitätszirkeln - Zwischenbericht über die Anwendung eines neuen Informationssystems. Z. Allg. Med, 72: 541-547
51. Gerlach FM, Beyer M (1997): Qualitätssicherung in der Praxis. Ergebnisse einer Bedarfs- und Erwartungsanalyse bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Sachsen-Anhalt. Magdeburg, Göttingen, Hannover.
52. Gerlach FM, Beyer M (1999): Wie lassen sich Qualitätszirkel evaluieren? In: Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J Andres E (Hrsg.): Ärztliche Qualitätszirkel - Leitfaden für Praxis und Klinik. 4. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
53. Gerlach FM (2001): Qualitätsförderung in Praxis und Klinik: eine Chance für die Medizin. Stuttgart.
54. Girtler R (1988): Methoden der qualitativen Sozialforschung. Köln, Graz.
55. Göpel E, Schneider-Wohlfahrt U (1995): Provokationen zur Gesundheit. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 1995.
56. Görres ST, Luckey K, Stappenbeck J (1997): Qualitätszirkel in der Alten- und Krankenpflege, Robert Bosch Stiftung /Reihe:Pflegewissenschaft
57. Grol R, Morkink H, Schellevis F (1988): The effects of peer review in general practice. J Roy Coll Gen Pract; 38:10-13
58. Grol RPTM, Mesker PSR, Schellevis FG (1988a) Peer review in general practice. Methods, standards, protocols. University Department of General Practice, Nijmegen
59. Grol RPTM, Lawrence M (1995): Quality improvement by peer review. Oxford University Press, Oxford
60. Grol R (o.J.): Peer Review as a method of Quality management in the netherlands; in: Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg (Hrsg.): Qualität in der ambulanten Gesundheitsversorgung, Tagungsband zum Symposium am 13. Oktober 1993, 205-213
61. Grüninger UJ (1997): Risiko als Chance: Prävention für den Praktiker. In: Präventivmedizin, Praxis, Methoden, Arbeitshilfen. Allhof PJ, Leidel J, Ollenschläger G, Voigt P (Hg.) Springer Loseblattsysteme: S. 4 - 12
62. Hafen M (2001): Die Geschichte von Prävention und Gesundheitsförderung, Teil 1: frühe Konzepte; Suchtmagazin 2:40-43. (a)
63. Hafen M (2001): Präventionsgeschichte Teil 2: die Karriere des Suchtbegriffs und die „moderne“ Prävention; Suchtmagazin 3:56-60. (b)

64. Hafen M (2001): Präventionsgeschichte Teil 3: Neuere Entwicklungen in der Prävention; Suchtmagazin 4:34-38. (c)
65. Hafen M (2001): Prävention und Gesundheitsförderung – Gemeinsamkeiten und Unterschiede; Suchtmagazin 5:34-39. (d)
66. Härter M, Tausch B, Niebling W, Vauth R, Berger M (1994). Qualitätszirkel in der hausärztlichen Versorgung - ein Modellprojekt in Südbaden. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 16, 653-656.
67. Härter M, Vauth R, Tausch B, Berger M (1996). Ziele, Inhalt und Evaluation von Trainingsseminaren für Qualitätszirkel-Moderatoren. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 90, 394-398.
68. Härter M, Gross-Hardt M, Berger M (1999): Leitfaden Qualitätszirkel in Psychiatrie und Psychotherapie, Göttingen – Bern- Toronto,
69. Härter M, Berger M (1999): Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung. In: Leitfaden Qualitätszirkel in Psychiatrie und Psychotherapie. Härter M, Gross-Hardt M, Berger M (Hg.). Göttingen – Bern – Toronto.
70. Häusser B, Schliehe F, Brennecke Weber-Falkensammler HW (1992): Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und Rehabilitation. Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen, Bd. 2, Berlin Heidelberg Tokyo New York.
71. Hager W (2000): Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. Bern.
72. Hartmann P, Bott U, Grüßer M, Kronsbein P, Jörgens V (1995): Effects of peer review groups on physicians' practice; Eur J G P, 1, 3, 107-112
73. Heiner M (1996): Qualitätsentwicklung durch Evaluation. Freiburg im Breisgau.
74. Heiner M (1996): Evaluation zwischen Qualifizierung, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. In: Heiner M (Hg.): Qualitätsentwicklung durch Evaluation. Freiburg im Breisgau S. 20 - 47.
75. Helou A, Schwartz FW, Ollenschläger G (2002): Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in Deutschland. In: Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 3. 2002:205-214.
76. Huber E (1995): Der Arzt dient der Gesundheit. Zur Neubestimmung der Aufgabe des Arztes. In: Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung. Badura B u.a. (Hg.), Frankfurt am Main: S. 125 – 128.
77. Irle, M: Lehrbuch der Sozialpsychologie. Göttingen 1975.
78. Kaba-Schönstein L (1996): Gesundheitsförderung I–V. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Hg.: BZgA, Köln. S.39-53.
79. Kastenholz H, Both B (2002): Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit. In: Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 3. 2002:215-222.
80. Kaupen-Haas H, Rothmaler Ch (1995): Doppelcharakter der Prävention. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 1995.
81. Klein G, Röslen M (2002): Salutogenes Qualitätsmanagement (STQM). www.drk-akademie.drk.de
82. Klingenberg A, Szecsenyi J (1998): „Nicht jeder Arztbesuch erfordert ein Rezept“. Patientenzufriedenheit mit der hausärztlichen Arzneimitteltherapie. Göttingen.
83. Kluge S (1999): Empirisch begründete Typenbildung. Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung. Opladen (1672 bei Karl-Heinz)
84. Kreling E (2002): Der Empowerment-Ansatz in der Supervision mit Selbsthilfegruppen aus dem Gesundheitsbereich; DAG SHG (Hg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2002: 52 – 59, Giessen.
85. Kühn H (1993): Gesundheitliche Lage, soziale Ungleichheit und lebensstilorientierte Prävention. Das amerikanische Beispiel. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Nr. 19. Hamburg.
86. Kühn H, Rosenbrock R (1994): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. In: Präventionspolitik. Hg.: Rosenbrock u.a., Berlin: S. 29 – 53.

87. Kuhn, R., Dewald, A., Riehl-Emde, A.: Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik - Ein Modellprojekt. In: Psychotherapeut Bd. 49, Nr. 5, S. 377 – 380.
88. Lawrence M, Schofield T: Medical audit in primary health care. Oxford University Press, Oxford
89. Lawrence M, Griew K, Derry J, Anderson J, Humphreys J (1994): Auditing Audits:use and development of the Oxfordshire Medical Audit Advisory Group rating system. BMJ 309:513-516.
90. Lehmann H, Töppich J (2002): Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 45:234-239.
91. Leshan L, Fitzsimmons M, Marbella A, Gottlieb M (1997): Increasing clinical prevention efforts in an family practice residenca program through CQI methods. Journal on Quality Improvement, 23: S. 391 - 399.
92. Loos P, Schäffer B (2001): Das Gruppendiskussionsverfahren. Leske + Budrich Opladen.
93. Love R (1997): Changing the health promotion behaviors of primary care physicians: Lessons from two projekts. Journal on Quality Improvement, 23: S. 339 - 343.
94. Mayring P (1988): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim.
95. Mayring P (1990): Einführung in der qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. München.
96. Micheelis W, Walther W, Szecsenyi J (1997): Zahnärztliche Qualitätszirkel – Grundlagen und Ergebnisse eines Modellversuchs; Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
97. Niemann D, Steinkohl M (1996): Werkstattbericht aus einem hausärztlichen Qualitätszirkel in Hamburg-Harburg zum Thema Schilddrüsenerkrankungen. Falldiskussionen, vergleichende Dokumentationen und Einsatz eines simulierten Patienten zur Entwicklung hausärztlicher Leitlinien. Z Allg Med; 72:67-70.
98. Nutbeam D (1998): Evaluating health promotion – progress, problems and solution. Health Promotion International. Vol. 13, No 1:27-44.
99. Nutbeam D (1999): The challenge to provide `evidence´ in health promotion. Health Promotion International. Vol. 14, No 2:99-101.
100. Nutbeam, Don, Harris, Elisabeth (2001): Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung. Hrsg.: Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
101. Ohlhaver F, Wernet A (1999): Schulforschung, Fallanalyse, Lehrerbildung – Diskussionen am Fall, Opladen.
102. Pallasch W (1992): Gruppendynamische Hilfen bei der Kleingruppenarbeit, in: Pädagogik, 1/92, S.22-26
103. Pelikan, JM, Wolff S (Hg.)(1999): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation, Weinheim-München
104. Pohl D, Bahrs O (1999): "Gesundheitsförderung und Prävention in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung", in: Z. Allg. Med., 75, 30-33
105. Pohl, D. (2005): Wechselseitige Qualitätsbeurteilung unter Kursleitenden. Erprobung „fallrekonstruktiver Qualitätszirkel in der Erwachsenenbildung“. In: DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung I/2005, S. 51-53.
106. Reiners H (1994): Zuständigkeiten und Kompetenzen in der gesundheitlichen Prävention: eine organisierte Verantwortungslosigkeit? In: Präventionspolitik. Hg.: Rosenbrock u.a., Berlin: S. 96 – 114.
107. Riemann K (1996a): Evaluation. In: BZgA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. S. 19–20.
108. Riemann K (1996b): Qualitätssicherung. In: BZgA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. S. 93 – 94.
109. Rose GA (1992): The Strategy of Preventive Medicine. Oxford.
110. Rosenbrock R, Kühn H, Köhler BM (1994): Präventionspolitik. Edition Sigma, Berlin.

111. Rosenbrock R, Gerlinger T (2004): Gesundheitspolitik, Bern.
112. Ruckstuhl B, Abel T (2001): Ein Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung. Prävention 24, 2: 35-38.
113. Sader M (2000): Psychologie der Gruppe. 7. Aufl. Weinheim [u.a.] : Juventa-Verl.
114. Sandholzer H, u.a.: Qualitätssicherung in der Psychosomatik. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 118.
115. Scheele B, Groeben N (1988): Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion subjektiver Theorien, Tübingen.
116. Scheerer S, Hülpüsch K (1990): Balint-Gruppe, Fallbesprechungsgruppe und Problemfallseminar. Z. ärztl. Fortb. 84, 1269-1271
117. Schick B, Döhner H (1996): Berufübergreifende Kooperation in der Primärversorgung älterer Menschen – Forschungsergebnisse mit Praxiskonsequenzen; Gesundheitswesen, 58, 3, 126-131
118. Schillemans L, Grande L de, Remmen R (1989): Using quality circles to evaluate the efficacy of primary health care. In: Conner RF, Hendricks M (Hrsg.): International innovations in evaluation methodology. New directions in program evaluation 42. Jossey-Bass, San Francisco, 19-27
119. Schillemans L, Remmen R, Maes R, Grol R (1993): Quality circles in primary health care: possibilities and applications. In: University of Newcastle upon Tyne (Hrsg.): Quality and its applications 1993. University of Newcastle upon Tyne, 393-398
120. Schmacke N (1995): Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung: Zumutung, Unmöglichkeit oder Notwendigkeit? In: Doppelcharakter der Prävention. Hg.: Kaupen-Haas u.a., Frankfurt am Main: S. 73 – 95.
121. Schultze C (1996): „Sie haben jetzt auch ganz schön viel auf die Mütze gekriegt!“ – Aspekte der Konfliktentfaltung zu Seminarbeginn eines ärztlichen Qualitätszirkels; in: Vom Ablichten zum im-Bilde-Sein: Video-Dokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen im ärztlichen Qualitätszirkel, Bahrs O, Fischer-Rosenthal W, Szecsenyi J, Königshausen & Neumann, Würzburg, 187-217
122. Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (1998): Das Public Health Buch. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore.
123. Schwartz FW, Walter U (1998): Prävention. In: Das Public Health Buch. Hg.: Schwartz u.a., München Wien Baltimore: S. 151 – 170.
124. Siegrist J (1988): Medizinische Soziologie, 4. Aufl, Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore.
125. Sierck U (1995): Prävention und Normalität. Zum Verhältnis der Behindertenbewegung zur Expertokratie. In: Kaupen-Haas u.a. (Hg.): Doppelcharakter der Prävention. Frankfurt am Main: S. 43 – 48.
126. Sohn W (1992): Qualitätssicherung durch Handlungsleitlinien für niedergelassene Allgemeinärzte. In: Häusser B, Schliehe F, Brennecke Weber-Falkensammer HW (Hg.): Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und Rehabilitation. Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen, Bd. 2, Berlin Heidelberg Tokyo New York: 128-134.
127. Steinkohl M, Niemann D (1998): Leidende Patienten – harte Strahlen – weiche Daten. Osteoporose im Spiegel eines hausärztlichen Qualitätszirkels; Z Allg Med, 74, 198-201
128. Szecsenyi J, Andres E, Bahrs O, Gerlach FM, Weiß-Plumeyer M (1995): Evaluation eines Trainingsprogrammes für Moderatoren von vertragsärztlichen Qualitätszirkeln. Eine Zwischenbilanz. Z. ärztl. Forb., 89: 419-423
129. Szecsenyi J, Andres E, Broge B, Claus E, Glaeske G (1996): Qualitätszirkel Pharmakotherapie - Sparen um jeden Preis?; Z Allg Med, 72: 493-496
130. Szecsenyi J, Magedeburg K, Kluthe B, Weber C, Bausch J, Schindler H (1999): Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten – Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried“; AQUA-Materialien Band VII, Göttingen

131. Tausch B, Härter M, Niebling W, Dieter G, Berger M (1995). Implementierung und Evaluation von Qualitätszirkeln in der hausärztlichen Versorgung. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 89, 402-405.
132. Tausch B, Härter M (1996). Qualitätszirkel in der hausärztlichen Versorgung - Evaluation des Modellprojektes der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden. München: Arcis.
133. Tausch B, Härter M (1996a). Zielanalyse von Teilnehmern und Moderatoren hausärztlicher Qualitätszirkel. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 90, 454-458.
134. Tausch, B (2000): Ärztliche Qualitätszirkel auf dem Prüfstand. Eine arbeits- und organisationspsychologische Analyse des ärztlichen und betrieblichen Qualitätszirkelkonzepts. Münster – New York –München – Berlin, Waxmann.
135. Träder JM (1996): Qualitätszirkel Lübeck: Versuch einer Bilanz; Z Allg Med, 72, 244-248
136. Trojan A (1995): Zukunftsmodelle der Prävention. In: Doppelcharakter der Prävention. Hg.: Kaupen-Haas u.a., Frankfurt am Main: S. 115 – 134.
137. Trojan A (2001): Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Hg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.
138. Ulrich G, Friedrich H-J, Wittek L, Ollenschläger G (1995): Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgaben des niedergelassenen Arztes – Stellenwert und aktuelle Defizite. Z. Ärzt. Fortb. 89: 299-302.
139. von Ferber L, Köster I (1994): Qualitätsbewußte Arzneimitteltherapie ist wirtschaftlich. Evaluation der Pharmakotherapiezirkel, ISAB-Schriftenreihe 28, Leipzig.
140. Walther M (1998): Qualitätszirkel im Krankenhaus. Organisieren, Moderieren, Gestalten, Ulm-Stuttgart-Jena-Lübeck, G.Fischer.
141. Weisser P, Härter M, Tausch B (2000): Hausärztliche Qualitätszirkel zwischen Anspruch und Wirklichkeit - eine Interaktionsanalyse. In: ZaefQ 94:4-10.
142. Wilm S (1996): Die Rolle des Allgemeinarztes in der Gesundheitsbildung. Z Allg Med 72: S.1005-1011.
143. Wottawa H (1998): Lehrbuch Evaluation.