

FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

QUALITÄTSZIRKEL IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

BAND 26



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden z.B. Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BAND 26

QUALITÄTSZIRKEL IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Dr. Ottomar Bahrs, Dipl.-Psych. Björn Jung,
Martina Nave (M.A.), Ulrike Schmidt (M.A.)

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 26
Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention
Köln: BZgA, 2005

Herausgeberin:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln
Tel.: 02 21/89 92-0
Fax: 02 21/89 92-300

Projektleitung: Manfred Lehmann
E-Mail: manfred.lehmann@bzga.de

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen
Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen
Druck: Schiffmann, Bergisch Gladbach

Auflage: 2500
Gedruckt auf Recyclingpapier.

ISBN 3-937707-07-7

Band 26 der Fachheftreihe ist erhältlich
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,
und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Bestellnummer: 60 626 000

Vorwort

Qualitätssicherung umfasst verschiedene Strategien, die sich gegenseitig ergänzen und verstärken können – Zielentwicklungs- und Planungsprozesse, die auf systematischen Bestandsaufnahmen und Marktanalysen beruhen, formative Evaluation von Prozessen und Projekten, Qualifizierung von Personen, die in der Gesundheitsförderung und Prävention tätig werden sollen oder sind, Entwicklung von wissenschaftlich-fachlich begründeten Qualitätskriterien, Entwicklung von Organisationen und Strukturen etc. Es handelt sich um Maßnahmen, die auf Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene ansetzen und kontinuierliche Verbesserungsprozesse unterstützen. Eine erste Zusammenstellung von Konzepten und Projekten der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention wurde bereits 2001 als Band 15 im Rahmen dieser Schriftenreihe veröffentlicht.

Eine Besonderheit von Qualitätszirkeln ist, dass sie vor allem personale Ressourcen bzw. Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die Entwicklung von Qualität nutzen. Qualitätszirkel haben sich als Problemlösezirkel von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Organisationen und Betrieben bewährt. Für kleine Einrichtungen und für Einzelpersonen, die in der Gesundheitsförderungsszene häufig anzutreffen sind, können Qualitätszirkel institutionsübergreifend als Foren des Erfahrungsaustausches und der gegenseitigen kollegialen Beratung fruchtbar sein.

Zur Entwicklung eines Konzepts für Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention wurde ein „Modellprojekt“ durchgeführt. Der vorliegende Bericht beschreibt Verlauf und Ergebnisse des Projekts. Es wurde dabei an positiven Erfahrungen aus dem ambulanten Bereich des Gesundheitswesens („Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den niedergelassenen Arzt“, Deutscher Ärzteverlag) angeknüpft. Ziel war, das Konzept „Ärztliche Qualitätszirkel“ für den kollegialen Erfahrungsaustausch auf die Gesundheitsförderung und Prävention zu übertragen. Dazu sollte es unter annähernd realistischen Bedingungen in Qualitätszirkeln mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus der Gesundheitsförderung erprobt werden.

Ein wichtiges Ergebnis des Projekts ist ein Handbuch zur Moderation von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung und Prävention, das die Initiierung, Planung, Durchführung und Evaluation von Qualitätszirkeln unterstützen soll. Qualitätszirkelkonzept und -durchführung werden zusätzlich im Rahmen von Schulungs- und begleitenden Fortbildungsmaßnahmen erläutert.

Dem Bericht liegt eine Fülle von Daten zugrunde, die in einem über 400 Seiten umfassenden Ergebnisband zusammengestellt wurden. Dieser Ergebnisband steht neben der

pdf-Datei des Projektberichts Interessentinnen und Interessenten im Internet zur Verfügung (www.bzga.de → Fachpublikationen → Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung).

Ich danke allen, die an dem Projektbericht mitgearbeitet haben. Es sind dies die Autorinnen und Autoren sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Projektgruppe Qualitätsförderung an der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Göttingen sowie die am Projekt beteiligten Moderatorinnen und Moderatoren, die an der Dokumentation der von ihnen geleiteten Qualitätszirkel mitgewirkt haben. Besonderen Dank richte ich an den Projektleiter Dr. Ottomar Bahrs, der die Hauptlast an diesem Projektbericht zu tragen hatte.

Köln, im Oktober 2005

Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Steckbrief des Projekts

Projekttitel: Modellprojekt „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“

Ziele:

Strukturqualität:

- Vorbereitung der Breitenimplementation des im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung bewährten Konzepts der Qualitätszirkel im Bereich der Gesundheitsförderung
- Erprobung des Konzepts in zehn bis 15 neu zu initiiierenden Qualitätszirkeln für die Dauer eines Jahres mit ausgewählten Moderatorinnen und Moderatoren aus Bereichen der Gesundheitsförderung möglichst unter Alltagsbedingungen
- Gemeinsame Adaption des Konzepts
- Gewinnung potenzieller Schulungsleiterinnen und -leiter
- Erstellung eines Handbuchs für die Arbeit mit Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung

Prozessqualität:

- Bezogen auf die Qualitätszirkel: Unterstützung durch kontinuierliche Begleitseminare für die Moderatorinnen und Moderatoren, Aufbau eines Kooperationsnetzes der Moderatorinnen und Moderatoren
- Bezogen auf die Arbeit der Gesundheitsförderinnen und -förderer selbst: Möglichkeit der systematischen und kontinuierlichen Selbstreflexion des beruflichen Alltagshandelns, emotionale Entlastung, Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Professionalisierung, regionale Vernetzungs- und Kooperationsförderung

Ergebnisqualität:

- Bezogen auf die Qualitätszirkel: Aufbau stabiler und systematisch arbeitender Gruppen, Gewinnung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Erarbeitung von Leitlinien, Kooperationswegen u. Ä.
- Bezogen auf die Arbeit der Gesundheitsförderinnen und -förderer selbst: Erhöhung fachlicher Handlungskompetenz, Kooperationsförderung, Förderung der Arbeits- und Lebensqualität, Orientierung auf kontinuierliche Qualitätsverbesserung, Explizierung von Gesundheitsförderung

Projektzeitraum: 1. 11. 1999 – 31. 12. 2003

Konzeption und
Projektdurchführung: Projektgruppe Qualitätsförderung
Projektleiter: Dr. O. Bahrs
Abteilung Medizinische Psychologie, Universität Göttingen
Waldweg 37, 37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-8195
Fax: 0551- 39-8194
E-Mail: Obahrs@gwdg.de
Internet: <http://www.medpsych.med.uni-goettingen.de>

Projektgruppe: Dr. Bahrs, Ottomar
Jung, Björn
Nave, Martina
Pohl, Dirk
Schmidt, Ulrike
Dr. Weiß, Martina

Auftraggeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln
Tel.: +49(0)221/89 92-0; Fax: +49(0)221/89 92-3 00

Projektleitung: Manfred Lehmann

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Projektgruppe	13
1. EINLEITUNG	15
2. WARUM QUALITÄTSZIRKEL IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG?	19
3. WAS SIND QUALITÄTSZIRKEL UND WO HABEN SIE SICH BEWÄHRT?	23
3.1 Entwicklung der Qualitätszirkel im Gesundheitswesen	24
3.1.1 Die Konzeptualisierung ärztlicher Qualitätszirkel in Deutschland	26
3.1.2 Die Implementierung ärztlicher Qualitätszirkel	28
3.2 Das Konzept „Ärztliche Qualitätszirkel“	29
3.2.1 Zielsetzung	29
3.2.2 Charakteristika der Arbeit ärztlicher Qualitätszirkel	30
3.2.3 Ablauf eines Arbeitszyklus: von der Themenfindung bis zur Evaluation	30
3.2.4 Typen ärztlicher Qualitätszirkel	32
3.2.5 Evaluation ärztlicher Qualitätszirkel	33
3.2.6 Erfahrungen aus dem Bereich der ärztlichen Qualitätszirkel	33
3.3 Erste Erfahrungen mit Qualitätszirkeln im Bereich der Gesundheitsförderung	36
3.4 Andere Zirkelkonzepte	36
3.4.1 Qualitätszirkel in der stationären Gesundheitsversorgung	36
3.4.2 Betriebliche Gesundheitszirkel	38
3.5 Spezifische Merkmale des im Projekt verwandten Zirkelkonzepts	39
4. STRUKTUR DES MODELLPROJEKTS „QUALITÄTSZIRKEL IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG“	41
4.1 Die Projektträgerinnen	42
4.1.1 Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	42
4.1.2 Die Projektgruppe Qualitätsförderung der Universität Göttingen, Abteilung Medizinische Psychologie	42
4.1.2.1 Zuständigkeiten innerhalb der Projektgruppe	43
4.2 Aufgabenstellung des Projekts	43
4.3 Die Rolle der Moderatorinnen und Moderatoren im Projekt	46

4.3.1	Die Moderatorinnen und Moderatoren als Vermittlerinnen und Vermittler zwischen Projektgruppe und Qualitätszirkel	46
4.3.1.1	Aufgaben	46
4.3.1.2	Chancen	46
4.3.1.3	Auswahl	47
4.4	Geplante Vorbereitungen	48
4.4.1	Bekanntmachung des Projekts	48
4.4.2	Infoveranstaltungen	48
4.4.3	Schulung der Moderatorinnen und Moderatoren	49
4.4.4	Qualitätszirkelarbeit und Begleitseminare	49
4.5	Zeitplan des Projekts	51
5.	METHODEN VON BEGLEITENDER DOKUMENTATION UND PROZESSUNTERSTÜTZUNG – DAS EVALUATIONSKONZEPT DES MODELLPROJEKTS	53
5.1	Auswahl der Moderatorinnen und Moderatoren	57
5.1.1	Aufruf und Bekanntmachung des Projekts durch BZgA und Projektgruppe	57
5.1.2	Befragung der Interessentinnen und Interessenten	57
5.1.3	Evaluation der Informationsveranstaltung	58
5.1.4	Teilnehmende Beobachtung der Schnupperzirkel im Rahmen der Informationsveranstaltung	58
5.1.5	Dokumentation der Informationsveranstaltung	59
5.1.6	Befragung der Bewerberinnen und Bewerber	60
5.2	Erwartungen und Bewertungen aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Moderatorinnen und Moderatoren	62
5.2.1	Erwartungen und Bewertungen aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	62
5.2.1.1	Eingangsbefragung	62
5.2.1.2	Kurzbeurteilungen	66
5.2.1.3	Abschlussbefragung	67
5.2.2	Erwartungen und Bewertungen aus Sicht der Moderatorinnen und Moderatoren	71
5.2.2.1	Eingangsbefragung	71
5.2.2.2	Kurzbeurteilungen	71
5.2.2.3	Abschlussbefragung	73
5.3	Dokumentation und Evaluation durch Moderatorinnen und Moderatoren sowie Projektgruppe	78
5.3.1	Protokollbogen der Qualitätszirkelsitzungen	78
5.3.2	Stand der Qualitätszirkelarbeit	79
5.3.3	Teilnehmende Beobachtung	80
5.3.4	Qualitätszirkelcheck	81

5.4	Seminare	83
5.4.1	Dokumentation der Begleitseminare (inkl. Einführungs- und Abschlussseminar)	83
5.4.2	Evaluation der Seminare	83
5.5	Eingesetzte Methoden und Instrumente der Dateneingabe und -analyse	85
5.6	Bewertung der Evaluationsinstrumente und Modifikationsansätze für eine künftige Anwendung	86
6.	GEWINNUNG VON KOOPERATIONSPARTNERINNEN UND -PARTNERN	89
6.1	Bekanntmachung des Projekts	90
6.2	Informationsveranstaltungen	91
6.3	Auswahl der Moderatorinnen und Moderatoren	92
6.4	Vertretene Bereiche der Gesundheitsförderung	94
6.5	Unterstützungsangebote für Moderatorinnen und Moderatoren	96
7.	VERANSTALTUNGEN MIT DEN PROJEKTMODERATORINNEN UND -MODERATOREN	99
7.1	Einführungsseminar (8. bis 10. Mai 2000)	100
7.2	Begleitseminare	101
7.2.1	Struktur der Begleitseminare	102
7.2.2	Dokumentation der Veranstaltungen	102
7.3	Beschreibung der einzelnen Begleitseminare	103
7.3.1	Erstes Begleitseminar (26./27. Juni 2000)	103
7.3.2	Zweites Begleitseminar (11./12. September 2000)	104
7.3.3	Drittes Begleitseminar (20./21. November 2000)	105
7.3.4	Viertes Begleitseminar (19./20. Februar 2001)	106
7.3.5	Fünftes Begleitseminar (23./24. April 2001)	107
7.3.6	Sechstes Begleitseminar (18./19. Juni 2001)	109
7.4	Zusätzliche Treffen	110
7.4.1	Redaktionstreffen am 2. November 2001	110
7.4.2	Abschlussseminar am 10./11. Dezember 2001	111
7.5	Seminarevaluation	111
8.	DIE PROJEKTZIRKEL	115
8.1	Zirkelübergreifende Darstellung	116
8.1.1	Zusammensetzung und Verlauf der Zirkel insgesamt	116
8.1.2	Zeitlicher Rahmen und Verlauf	120

8.1.3	Turnus und Dauer der Qualitätszirkelsitzungen	123
8.1.4	Eingangsbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	123
8.1.5	Abschlussbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	126
8.1.6	Eingangsbefragung der Moderatorinnen und Moderatoren	135
8.1.7	Abschlussbefragung der Moderatorinnen und Moderatoren	137
8.1.8	Kurzbeurteilungen der Qualitätszirkeltreffen	143
8.1.9	Typisierung von Zirkelverläufen auf Basis der teilnehmenden Beobachtungen	145
8.1.10	Exkurs: Formen der Komoderation	147
8.2	Darstellung der einzelnen Projektzirkel	148
8.2.1	Zur Darstellung der Projektzirkel	148
8.2.2	Projektzirkel 1: Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) auf dem Weg in die Fusion	150
8.2.3	Projektzirkel 2: Verbesserung der regionalen Kooperation der in der Gesundheitsförderung tätigen Personen und Gruppen	156
8.2.4	Projektzirkel 3: Schwerbehinderten-Vertrauensleute	161
8.2.5	Projektzirkel 4: Zusammenarbeit in einem Großunternehmen im Falle von psychischen Krisen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern	165
8.2.6	Projektzirkel 5: Qualitätszirkel zur Verbesserung der Versorgung von alten Menschen im Seniorenheim	170
8.2.7	Projektzirkel 6: Interdisziplinärer Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung im ländlichen Raum	175
8.2.8	Projektzirkel 7: Rückenschule für Kinder	181
8.2.9	Projektzirkel 8: Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung	187
8.2.10	Projektzirkel 9: Betriebliche Gesundheitsförderung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universität	192
8.2.11	Projektzirkel 10: Interdisziplinärer Qualitätszirkel regionaler Gesundheitsförderung	198
8.2.12	Projektzirkel 11: Für Dozentinnen und Dozenten im Bereich gesundheitsfördernder Erwachsenenbildung	203
8.2.13	Projektzirkel 12: Qualitätszirkel zur Verbesserung der psychosozialen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnose „Sucht und Psychose“	208
8.2.14	Nicht fortgeführte Qualitätszirkelinitiativen	213
9.	ZIELERREICHUNG BEI DER PROJEKTDURCHFÜHRUNG	217
9.1	Gewinnung von Moderatorinnen und Moderatoren	218
9.1.1	Regionale Streuung	219
9.1.2	Berücksichtigte Institutionen	219
9.1.3	Handlungsfelder und Themen	220
9.1.4	Arbeit der Moderatorinnen und Moderatoren	221
9.2	Aufbau von Qualitätszirkeln und Kontinuität der Gruppenarbeit	222

9.2.1	Aufbau von Qualitätszirkeln	222
9.2.2	Kontinuität der Zirkelarbeit	222
9.2.3	Verstetigung der Zirkelarbeit	223
9.3	Akzeptanz des Qualitätszirkelkonzepts	225
9.4	Weiterentwicklung des Konzepts	229
9.4.1	Allgemeine Aspekte	229
9.4.2	Modifikation im Hinblick auf interprofessionelle Qualitätszirkel	230
9.4.3	Konsequenzen bezüglich der Umsetzbarkeit des Konzepts	231
9.5	Schaffen von Voraussetzungen für die Implementation	233
9.5.1	Unterstützung der Moderatorinnen und Moderatoren	233
9.5.2	Öffentlichkeitsarbeit	235
9.5.3	Gewinnung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren	236
9.5.4	Lehrgang und Implementationskonzept	239
9.6	Ergebnisse der Zirkelarbeit	241
10.	BAUSTEINE FÜR DIE IMPLEMENTATION	245
10.1	Informieren und interessieren	246
10.2	Motivieren und Erfahrungsmöglichkeiten schaffen	247
10.3	Qualifizieren und Angebotsstrukturen schaffen: Der Lehrgang zum Moderator bzw. zur Moderatorin für Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung	248
10.3.1	Das Einführungsseminar	250
10.3.2	Die Begleitseminare	251
10.3.3	Coaching	253
10.3.4	Vom Moderator zum Schulungsleiter bzw. von der Moderatorin zur Schulungsleiterin	253
10.4	Mitmachen belohnen und Anreizsysteme entwickeln	254
10.5	Initiativen vernetzen und kontinuierliche Unterstützung sichern	255
10.6	Nachhaltigkeit sichern – Qualitätsförderung der Qualitätszirkel	256
10.7	Strukturbildung	257
11.	FAZIT UND AUSBLICK	259
12.	ANHANG	265
12.1	Literatur	266
12.2	Publikationen und Vorträge über das Projekt	270
12.2.1	Publikationen	270
12.2.2	Vorträge auf Fachtagungen	271

Vorwort der Projektgruppe

Ausgehend vom Bereich der industriellen Produktion haben Formen kontinuierlicher Qualitätsentwicklung inzwischen in allen gesellschaftlichen Bereichen Einzug gehalten und dabei auch vor der Gesundheitsförderung und Prävention nicht Halt gemacht. Prinzipiell ist die Notwendigkeit von Qualitätssicherung wenig umstritten. Professionelles Handeln ist grundsätzlich legitimationsbedürftig. Da das immer rascher expandierende Wissen auch für Expertinnen und Experten immer weniger überschaubar wird, ist eine Verunsicherung geradezu zwangsläufig und die Forderung nach Qualitätsüberprüfung angesichts konkurrierender Angebote und knapper Ressourcen nur vernünftig. Wenn es jedoch um das eigene Handeln geht, wecken Qualitätssicherungsmaßnahmen – in welchem gesellschaftlichen Bereich auch immer – konkrete Kontrollängste und rufen entsprechende Abwehrstrategien hervor. Um effektiv und erfolgreich sein zu können, muss Qualitätsförderung daher den berechtigten Kontrollinteressen der Gesellschaft einerseits und den berechtigten Autonomieinteressen der Betroffenen andererseits Rechnung tragen.

In dem hier vorgestellten Projekt wurde ein Verfahren, das sich im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung in den vergangenen 15 Jahren in Deutschland sehr bewährt hat, im Bereich der Gesundheitsförderung erprobt. Dabei konnte an das spezielle Fachwissen von Praktikerinnen und Praktiker der Gesundheitsförderung aus unterschiedlichsten thematischen Feldern und Institutionen angeknüpft werden. Dadurch wurden lebendige Diskussionen und Einblicke in vielfältige Handlungsbereiche möglich – ein Lernprozess für alle Beteiligten, der in der jeweiligen Konkrektion schon aus Datenschutzgründen in unserer Darstellung nur andeutungsweise wiedergegeben werden kann. Wir haben uns aber bemüht, Arbeitsweise und Ergebnisse im Projekt weitestgehend nachvollziehbar zu machen und danken den Beteiligten, die ihr Einverständnis zu der weitgehenden Veröffentlichung der erhobenen Daten gegeben haben.

In dieses Projekt waren viele Personen involviert und haben dessen erfolgreichen Abschluss nach über vierjähriger Arbeit ermöglicht. Unser Dank gebührt zunächst den unmittelbar am Projekt Beteiligten: den mehr als 100 aktiven Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmern, die wir hier nicht alle namentlich aufzählen können, und ihren Institutionen, die die Erprobung unterstützt haben. Vor allem aber danken wir den Moderatorinnen und Moderatoren der Projektzirkel, die als Mittlerinnen und Mittler zwischen Forschung und Praxis eine besondere Rolle in diesem Entwicklungsprojekt gespielt haben: Ellinor Bähr, Josef Bretz, Gabriele Carstens, Jeanette Diedenhofen, Ingrid Dormann, Hans-Dieter Gimbel, Barbara Hofstetter, Claudia Menebröcker, Barbara Meskemper, Heinz-Peter Ohm, Prof. Rolf-Werner Rebenstorf, Michael Röslen, Dr. Hans-Gerhard Schindler, Monika Schmidt und Dr. Beate Zastrau.

Hervorzuheben sind weiterhin zwei Mitglieder des Projektteams, die an dieser Berichterstattung nicht mehr beteiligt waren, im Projektverlauf aber eine wesentliche Rolle

gespielt haben: Dr. Martina Weiß hat ihre reichhaltigen Qualitätszirkelerfahrungen in die Moderation aller Seminare eingebracht und als gelebtes Vorbild viel zur Akzeptanz des Konzepts beigetragen. Dirk Pohl war über lange Zeit tragende Kraft in der wissenschaftlichen Begleitung, hat die empirischen Erhebungen vor Ort durchgeführt und konnte sich nach Auslauf der Förderphase und nach einem Stellenwechsel nicht mehr an der Berichterstattung beteiligen. Ich (Ottomar Bahrs) möchte beiden herzlich danken und freue mich, dass die Zusammenarbeit in neuen Zusammenhängen fortgesetzt werden kann.

Nicht zu vergessen sind diejenigen, die im Hintergrund gewirkt und Voraussetzungen für den Projektverlauf geschaffen haben: An erster Stelle möchte ich hier Edith Andres, Martin Beyer, Prof. Dr. Ferdinand Gerlach und Prof. Dr. Joachim Szecsenyi nennen, die in früheren Projekten wesentlich an der Konzeptentwicklung beteiligt waren, mit Rat und Tat den Verlauf unterstützt und in kollegialer Weise die Nutzung von Materialien und Erhebungsinstrumenten gestattet haben. Zu danken ist dem Deutschen Ärzte-Verlag, der uns die Nutzung und Weiterentwicklung des „Leitfadens Ärztliche Qualitätszirkel“ gestattet hat. Susanne Heim hat uns von Beginn an mit großer Selbstverständlichkeit bei Vorbereitung, Durchführung und Aufbereitung der Seminare unterstützt und wertvolle Anregungen für die Berichterstattung gegeben. Herzlichen Dank! Ein ebensolches Dankeschön gilt Dr. Harald Bär-Palmié, Dr. Elisabeth Drimalla, Dr. Jürgen Polenz und Uwe Popert, die uns als Moderatorin und Moderatoren der ersten Stunde bei der Informationsveranstaltung im Februar 2000 dabei unterstützten, das Qualitätszirkelkonzept erfahrbar werden zu lassen.

Das Projekt wurde in einer Zeit durchgeführt, in der die Zukunft der Abteilung Medizinische Psychologie und damit der institutionelle Rahmen für das Drittmittelprojekt ungeklärt waren. Ich möchte der Verwaltung der Kliniken der Universität Göttingen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung danken, dass sie in dieser Situation dennoch dieses Projekt ermöglicht haben. Besonders danken möchte ich dem Leiter der Abteilung Medizinische Soziologie der Universität Göttingen, Prof. Dr. Hannes Friedrich, ohne dessen Befürwortung dies nicht möglich gewesen wäre. Er hat mir zudem den notwendigen Rückhalt gegeben.

Manfred Lehmann hat für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung das Projekt von Anfang an begleitet, die Entwicklung des Problemaufrisses gefördert, aktiv an den meisten Veranstaltungen teilgenommen und den Prozess von Auswertung und Berichterstattung engagiert unterstützt. So ist eine intensive Zusammenarbeit entstanden, die auch krisenhafte Phasen überstehen half und die Basis für künftige gemeinsame Projekte gelegt hat. Auch dafür danke ich sehr.

Göttingen, im Mai 2005
Ottomar Bahrs (im Namen der Projektgruppe)

*Björn Jung
Martina Nave
Ulrike Schmidt*

EINLEITUNG

1

Der vorliegende Bericht soll Aufschluss geben über die Vorgehensweise, die Durchführung und die Ergebnisse des Modellprojekts „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“. Das Projekt wurde in der Zeit vom 1. 11. 1999 bis 31. 12. 2003 an der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Göttingen von der Projektgruppe Qualitätsförderung durchgeführt und von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung initiiert und gefördert. Es hatte zum Ziel, das im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung seit Jahren bewährte Konzept der ärztlichen Qualitätszirkel in unterschiedlichen Feldern der Gesundheitsförderung im Hinblick auf eine Breitenimplementation zu erproben. Zu eruieren war, wo das Konzept ggf. der Modifikation bedurfte; außerdem sollten Materialien erstellt werden, die als Arbeitsgrundlage für eine Breitenumsetzung genutzt werden können. Zu diesem Zweck wurden zwölf im Projektrahmen initiierte Qualitätszirkel ein Jahr lang von erfahrenen Gesundheitsförderinnen und -förderern moderiert und von der Projektgruppe wissenschaftlich begleitet.

Im Folgenden wird bilanziert, inwieweit die Aufgabenstellungen des Projekts erfüllt wurden, welche Erfahrungen dabei gemacht wurden und welche Annahmen zu revidieren sind. Ähnlich wie bei der Qualitätszirkelarbeit war auch in diesem praxisorientierten Modellprojekt eine Offenheit für unerwartete Ergebnisse besonders fruchtbar: So führten gemeinsam mit den Moderatorinnen und Moderatoren gewonnene Erkenntnisse darüber, wo akute Unterstützung eine effektive Zirkelarbeit ermöglicht hatte (oder auch hätte ermöglichen können), bereits im Rahmen des Modellprojekts zur konkreten Entwicklung eines neuen Lehrgangskonzepts.

Wer sich für die praktische Qualitätszirkelarbeit interessiert, kann in diesem Bericht Einblicke darin gewinnen, wie die Projektzirkel ihre Arbeit organisiert haben, welche Themen bearbeitet und welche Ergebnisse erreicht wurden. Dabei soll die besondere Bedeutung der Moderatorinnen- bzw. Moderatorenseminare deutlich werden, die als begleitende Unterstützung der Qualitätszirkelpraxis konzipiert waren und insofern als „Qualitätszirkel der Qualitätszirkelmoderatorinnen und -moderatoren“ fungierten. Parallel zu diesem Projektbericht wurde das Handbuch „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention“ erstellt, mit dem ein über das Projekt hinausweisendes Arbeitsergebnis vorliegt, das als ein Ergebnis des Projekts zur Unterstützung künftiger Qualitätszirkelarbeit von der BZgA zur Verfügung gestellt werden wird.

In diesem Projektbericht kann nur eine Auswahl der im Rahmen des Projekts erhobenen Daten vorgestellt werden. Eine ausführliche Dokumentation der Ergebnisse ist in einem gesonderten Ergebnisband enthalten, der als PDF-Datei auf der Website der BZgA (www.bzga.de → Fachpublikationen → Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung) abrufbar ist.

Einige Hinweise zum Aufbau:

In den Kapiteln 2 bis 5 wird der *Projektplan* entwickelt. Dargelegt wird, warum die BZgA das im ambulanten Bereich bewährte Konzept „Ärztliche Qualitätszirkel“ als mögliches

Verfahren für eine basisorientierte Strategie der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung ins Auge gefasst hatte und sich durch die Ergebnisse eines 1998 vom Göttinger AQUA-Institut organisierten Workshops für Expertinnen und Experten bestätigt sah (AQUA 1998). Das dem Projekt als Orientierung dienende Konzept „Ärztliche Qualitätszirkel“ wird beschrieben und seine Herausbildung und Implementation nachgezeichnet. Außerdem werden Unterschiede zu anderen Formen von Qualitätszirkeln in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens skizziert.¹ Wir legen dar, welche Erwartungen die BZgA mit dem Projekt verband und von welchen Annahmen die Projektgruppe ausgegangen ist. Beschrieben werden die erhofften Wirkungen der Qualitätszirkelarbeit für die zu schulenden Moderatorinnen und Moderatoren, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die beteiligten Institutionen und für Adressatinnen und Adressaten der Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Diese Frage leitet uns zu den am Projekt Beteiligten und deren jeweiligen Aufgaben. Abschließend werden die Methoden der begleitenden Dokumentation und Evaluation sowie der Zeitplan vorgestellt.

Die Kapitel 6 bis 8 beziehen sich auf die *Projektdurchführung*. Hier wird Rechenschaft abgelegt über die vorbereitende Öffentlichkeitsarbeit und die Auswahl der am Projekt beteiligten Moderatorinnen und Moderatoren. Der Verlauf der projektbegleitenden Qualifizierung der Moderatorinnen und Moderatoren, die Reflexion über die Umsetzung des Konzepts vor Ort und die jeweiligen Entwicklungen der Qualitätszirkel werden beschrieben und Ergebnisse der Zirkelarbeit vorgestellt.²

Die Kapitel 9 bis 11 dienen der *Reflexion auf Verlauf und Ergebnisse* der Projektarbeit. Zunächst wird geprüft, inwieweit die erhofften Ziele erreicht werden konnten, wo und aus welchen Gründen es Abweichungen gab und wo etwas entstanden ist, was so nicht von vornherein erwartet worden war. So hat sich insbesondere bestätigt, dass eine einmalige Schulung zum Qualitätszirkelmoderator bzw. zur -moderatorin nicht ausreichend ist, um die Umsetzung sicher, überzeugend und konzeptgetreu zu gewährleisten. Die durchgeführten Seminare haben sich als eine die Qualitätszirkelpraxis begleitende und reflektierende Qualitätsförderungsmaßnahme bewährt und sind daher zu einem eigenständigen Lehrgang weiterentwickelt worden. Im Anschluss an unser Fazit wagen wir einen Ausblick: Qualitätszirkel haben im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention als Verfahren der Qualitätssicherung von unten eine Zukunft, wenn es gelingt, dass die Qualifizierungs- und Qualitätssicherungsprozesse institutionell anerkannt werden. Dafür bedarf es der Incentives (Anreize) und unterstützender Strukturen, wie sie im Bereich der ärztlichen Versorgung bereits selbstverständlich sind.

1 Wir haben diesen Abschnitt bewusst knapp gehalten. Eine ausführlichere Konzeptdiskussion und Abgrenzung von anderen Formen der Gruppenarbeit sind im Handbuch „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention“ (Köln 2005) enthalten.

2 Wie sich die Entwicklung der Zirkel aus der Sicht der jeweiligen Moderatorinnen und Moderatoren darstellt, ist im Handbuch „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention“ nachzulesen.

Zum Abschluss noch einige Anmerkungen zum Sprachgebrauch: Aus Gründen der Lesbarkeit haben wir den vereinfachenden Begriff des „Gesundheitsförderers“ bzw. der „Gesundheitsförderin“ gewählt, wenn insgesamt die im Gesundheitsförderungsbereich Tätigen – Professionelle ebenso wie Ehrenamtliche – unabhängig von ihrer konkreten Aufgabe gemeint sind. Damit soll keineswegs ein einheitliches Bild eines „Berufs“ erzeugt oder in Anspruch genommen werden, den es so nicht gibt. Wo sich die Aussagen auf die konkrete Tätigkeit beziehen, ist entsprechend von Suchtberaterinnen und -beratern, Dozentinnen und Dozenten, Ernährungsberaterinnen und -beratern, Selbsthilfeförderinnen und -förderern u. Ä. die Rede. In analoger Weise haben wir für die Zielgruppe der auf Gesundheitsförderung zielenden Aktivitäten zumeist den allgemeinen Begriff des „Adressaten“ bzw. der „Adressatin“ gewählt, mit dem auch die in spezifischen Kontexten treffenderen Bezeichnungen „Betroffene“/„Betroffener“, „Nutzerin“/„Nutzer“, „Kursteilnehmerin“/„Kursteilnehmer“, „Klientin“/„Klient“ u. Ä. gemeint sind. Wo sich die Aussage spezifizieren ließ, haben wir den kontextbezogenen Begriff vorgezogen. Für Gesundheitsförderinnen und -förderer untereinander haben wir gelegentlich den Begriff des „Kollegen“ bzw. der „Kollegin“ verwandt, der den Peerstatus unterstreicht, auch wenn von sehr unterschiedlichen Berufsfeldern und Tätigkeitsbereichen auszugehen ist. In den Tabellen finden sich die Abkürzungen „Gfö“ für „Gesundheitsförderung“ sowie „QZ“ für „Qualitätszirkel“.

**WARUM QUALITÄTSZIRKEL
IN DER GESUNDHEITS-
FÖRDERUNG?**



Für den Bereich der Gesundheitsförderung besteht, wie für alle Bereiche öffentlicher Förderung, die zunehmende Notwendigkeit, ihre Qualität und Effektivität aufzuzeigen. Bei der Entwicklung von *Qualitätssicherungsverfahren* für die Gesundheitsförderung bietet es sich an, Erfahrungen und Ansätze aus anderen Bereichen aufzugreifen. Bekanntermaßen löst Qualitätssicherung tendenziell Kontrollängste bei den Beteiligten aus. Es kommt daher entscheidend darauf an, dass Verantwortungsträgerinnen und -träger Qualitätsentwicklungsinitiativen tragen, fördern und in ihrer Vorbildfunktion lebendig werden lassen und dass die in der Gesundheitsförderung praktisch Tätigen von vornherein aktiv und eigenverantwortlich am Aufbau von Qualitätsmanagementsystemen beteiligt sind. Dementsprechend sind zum Beispiel im Gesundheitswesen *basisorientierte Verfahren* („bottom up“) – etwa Qualitätszirkel – besonders gut akzeptiert worden. Unter der Vielzahl teils miteinander konkurrierender, teils sich ergänzender Verfahren der Qualitätssicherung profilieren sich zunehmend Qualitätszirkel, die sich seit Anfang der 90er-Jahre in der ambulanten Versorgung und in der stationären Versorgung als Verfahren der internen Qualitätssicherung durchsetzen.

Das Konzept „Ärztliche Qualitätszirkel“ wurde in seiner heutigen Form im Rahmen eines Modellprojekts zwischen 1992 und 1994 entwickelt und seitdem mit großem Erfolg flächendeckend umgesetzt. Mittlerweile nehmen bis zu 50% der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte kontinuierlich an Qualitätszirkeln teil (Gerlach und Diehl 2003). Die BZgA ließ daher im Frühjahr 1998 bei einem vom Göttinger AQUA-Institut organisierten Workshop für Expertinnen und Experten mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung das Konzept „Ärztliche Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung“ als Maßnahme zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung zum Thema werden. Die Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer würdigten es als viel versprechendes Modell auch für die Gesundheitsförderung. Sie erwarteten von einer Nutzung der vorliegenden Konzepte und Erfahrungen wesentliche Anstöße zur selbst organisierten Qualitätssicherung. Angenommen wurde, dass Qualitätszirkel darüber hinaus die Chance bieten, in kontinuierlicher Gruppenarbeit den reichen Erfahrungsschatz der Moderatorinnen und Moderatoren aufzunehmen und unter Beachtung der jeweiligen regionalen und institutionellen Kontexte flexibel die Arbeits- und Interaktionsprozesse zu optimieren. Damit könnten Qualitätszirkel der Vielfalt gesundheitsförderlicher Aktivitäten gerecht werden und einen wesentlichen Beitrag zur Professionalisierung und Profilierung der Gesundheitsförderung leisten.

Gesundheitsförderung wird in unterschiedlichsten institutionellen Kontexten erbracht. Gerade kleine Institutionen und Einzelpersonen haben jedoch große organisatorische und finanzielle Probleme, wenn es darum geht, die Qualität der eigenen Arbeit zu dokumentieren und zu fördern. Die Erfahrungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung zeigen, dass Qualitätszirkel sich als Verfahren der Qualitätssicherung gerade für solche „Einzelkämpferinnen“ und „Einzelkämpfer“ zur Förderung der Prozessqualität besonders eignen und darüber hinaus strukturbildend im Sinne der Organisationsentwicklung wirken können. So war anzunehmen, dass die Situation der Gesundheits-

	Erwünscht	Unerwünscht
Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> • Entlastung • Mehr Freude am Beruf • „Schärfung“ der eigenen Wahrnehmung • Größere Handlungssicherheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Verunsicherung durch Infragestellung bisheriger Routinehandlungen
Arbeitspraxis institutionsbezogen	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte Motivation • Entwicklung von Teamgeist • Aufwertung der Praktikerinnen und Praktiker • Organisatorische Verbesserungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verunsicherung • Eventuell zusätzliche Belastung durch Dokumentation • Angst vor neuen Aufgaben
Adressatinnen und Adressaten	<ul style="list-style-type: none"> • Bessere Wahrnehmung eigener Anliegen 	<ul style="list-style-type: none"> • Könnten sich „kontrolliert“ fühlen
Berufs-/institutionsübergreifende Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Erleichterte Aufgabenabgrenzung • Abschwächung von Vorurteilen • Verbesserte Zusammenarbeit • Besserer Informationsfluss 	<ul style="list-style-type: none"> • Antizipierte oder tatsächliche Konkurrenz • „Wagenburgmentalität“

Tab. 1: Mögliche Wirkungen von Qualitätszirkeln

förderung vor Ort durch die Anwendung des Qualitätszirkelkonzepts deutlich verbessert werden könnte. Neben der Möglichkeit der gemeinsamen Definition von Qualitätskriterien für die Bewertung der eigenen Arbeit waren auch Qualitätsverbesserungen in der eigenen Institution und institutionsübergreifende Kooperationen zu erwarten (vgl. Tabelle 1).

Vor dem Hintergrund des Leitfadens „Ärztliche Qualitätszirkel“ (Bahrs u. a., 4. Auflage, 2001) sollte das Konzept in einem dreijährigen Modellprojekt (1999–2002) in der Gesundheitsförderung praxisnah unter Einbeziehung erfahrener Moderatorinnen und Moderatoren erprobt und später breit implementiert werden. Dabei wurden positive Effekte auf unterschiedlichen Ebenen erwartet:

- Die *Moderatorinnen und Moderatoren von Qualitätszirkeln* sollten durch die Unterstützung der Projektträger in Form von Fortbildung und Begleitforschung und durch den intensiven Austausch mit anderen Moderatorinnen und Moderatoren aus dem gesamten Bundesgebiet eine Qualifizierung erhalten, die über die eigentliche Tätigkeit des Moderierens hinausgeht und sich auch auf andere Bereiche des beruflichen Handelns auswirkt.
- Die *Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Qualitätszirkel* sollten die Gelegenheit zu einer kontinuierlichen, kritischen Selbstüberprüfung ihres alltäglichen Handelns

als Gesundheitsförderinnen und -förderer erhalten. Aufgrund der Erfahrungen mit Qualitätszirkeln in der ambulanten Versorgung wurde angenommen, dass dies zur nachhaltigen Verbesserung der (institutionsübergreifenden) Zusammenarbeit, damit verbunden zur Reduktion von Reibungsverlusten, höherer Handlungssicherheit, höherer Arbeitszufriedenheit und dem Aufbau eines unterstützenden Netzes führen könnte, das gerade in den emotional belastenden Sozialberufen sowie Helferinnen- und Helferberufen zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit erforderlich ist.

- Die *Institutionen*, in denen die Moderatorinnen und Moderatoren tätig bzw. in denen die Qualitätszirkel durchgeführt wurden, würden nicht nur mit Qualifizierungseffekten beim Moderator bzw. der Moderatorin und den unmittelbaren Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Qualitätszirkel rechnen können, vielmehr würden im Sinne eines Schneeballeffekts positive Auswirkungen auch bei nicht unmittelbar Beteiligten erwartet.³ Auf diese Weise könnten Stärken und Schwächen frühzeitig erkannt und gezielte Fördermaßnahmen in die Wege geleitet werden, für deren Umsetzung deshalb eine gute Chance bestehen würde, weil sie von den Moderatorinnen und Moderatoren selbst mitentwickelt werden sollten.

3 Der Nachweis solcher Ausstrahlungseffekte setzt voraus, dass Daten aus den beteiligten Institutionen vorliegen, die sowohl einen zeitlichen Vergleich (Bezugspunkt Qualitätszirkeltreffen) als auch einen Vergleich von Qualitätszirkelteilnehmerinnen und -teilnehmern und anderen Beschäftigten erlauben. Solche Daten waren im Rahmen dieses Projekts nicht erreichbar, sodass wir systematisch keine Aussagen darüber treffen können, ob und inwieweit die diesbezüglichen Erwartungen auch tatsächlich erfüllt wurden.

**WAS SIND QUALITÄTS-
ZIRKEL UND WO HABEN
SIE SICH BEWÄHRT?**



3.1 Entwicklung der Qualitätszirkel im Gesundheitswesen

In Deutschland sind Qualitätszirkel im Gesundheitswesen zunächst in den 80er-Jahren in der stationären Versorgung initiiert worden. Qualitätszirkel stehen hier – ebenso wie in der Industrie – vor allem im Dienst der Organisationsentwicklung.

In der ambulanten Versorgung sind demgegenüber seit Anfang der 90er-Jahre Qualitätszirkel entwickelt worden, die einerseits Erfahrungen ärztlicher Gruppenarbeit aus Fortbildung und Supervision aufnahmen – zum Beispiel Balintgruppen, Fallbesprechungsgruppen, Problemfallseminare – und sich andererseits an der insbesondere in Belgien, England und den Niederlanden bewährten Art kollegialer Selbstüberprüfung im „peer review“-Verfahren orientierten (Schillemans u. a. 1989, 1993; Grol und Schellevis 1988; Grol, Mesker, Schellevis 1988; Grol, Mokking, Schellevis 1988; Gerlach und Bahrs 1994; Gerlach 1998, 2001).⁴ Das Konzept der Qualitätszirkel, wie es im Rahmen dieses Projekts im Bereich der Gesundheitsförderung erprobt wurde, basiert maßgeblich auf der Entwicklung der ärztlichen Qualitätszirkel im ambulanten Bereich, die nun kurz dargestellt werden soll.

Etwa gleichzeitig mit der Diskussion über das 1988 verabschiedete Gesundheitsreformgesetz bildeten sich unabhängig voneinander erste Qualitätszirkel in Berlin, Göttingen, Hamburg und Düsseldorf. Diese entstanden teilweise im Kontext von Forschungsprojekten, teilweise wurden sie auch von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Eigenregie initiiert. In allen Fällen spielten Hausärztinnen und -ärzte eine wesentliche Rolle. Diese Vorreiterrolle der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner war nicht zufällig. Da die wissenschaftliche Allgemeinmedizin noch wenig entwickelt war, wurden die niedergelassenen Ärztinnen und -ärzte häufig an Handlungsnormen der Krankenhausmedizin gemessen, die sich nur ungenügend in die Praxis übertragen ließen. Ein wesentliches Motiv der Qualitätszirkelpioniere lag also darin eigene Handlungsleitlinien zu definieren (vgl. Abholz u. a. 1992; Bahrs u. a. 1994; Bahrs u. a. 1994a; Gerlach und Bahrs 1994).

So bildete sich um den Berliner Allgemeininternisten Abholz (heute: Professor für Allgemeinmedizin in Düsseldorf) eine Gruppe von Hausärztinnen und -ärzten sowie Internistinnen und Internisten, die 1989 ihre Supervision – ähnlich wie ihre niederländischen Kolleginnen und Kollegen – selbst zu organisieren begannen. Sie entwickelten eigene Leitlinien als Maßstab für die Beurteilung ihrer Behandlungsqualität bei Patientinnen und Patienten und diskutierten aus einer Stichprobe diejenigen Fälle, in denen sie von ihren eigenen Maximen abgewichen waren (Abholz u. a. 1992; Abholz

⁴ Qualitätszirkel erlangen zunehmend auch in Kurwesen, Pflege, Psychotherapie etc. Bedeutung.

1994). Erst wenn diese Abweichungen nicht kontextbezogen zu begründen waren, wurden sie negativ bewertet. Oft war das Vorgehen aber „nachvollziehbar“ – d. h. als „in diesem Fall gerechtfertigt“ anzusehen. Mit Bezug auf die Profession zeigte sich damit, dass die Berücksichtigung des individuellen biografischen 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. Anders als in traditionellen Formen der Fortbildung handelte es sich in der Selbstaufklärung im Qualitätszirkel um eine Form generalisierten Lernens, die eine allgemeine Sensibilisierung der Qualitätszirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer zur Folge hatte.

Interkollegiale Supervision war auch das Ziel im *Videoseminar*, das 1989 aus einem an der Universität Göttingen durchgeführten Projekt über Erstgespräche in Praxen von Hausärztinnen und -ärzten entstand (Bahrs, Köhle und Szecsenyi 1992; Bahrs 1996). Videoaufzeichnungen von Sprechstundengesprächen dienten als Diskussionsgrundlage der Fallkonferenzen, die für die beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler als Forschungsinstrument, für die Hausärztinnen und -ärzte als problembezogene Fortbildung fungierten. Hier konnten implizite Regeln allgemeinmedizinischen Handelns verdeutlicht und die handlungspraktische Bedeutung von Interaktionsanalysen erfahren werden. Bewusst wurde darauf verzichtet, die ärztliche Gesprächsführung an vorab festgelegten Qualitätskriterien zu messen. So wurde erkennbar, dass die enorme Variabilität hausärztlichen Handelns wesentlich vom jeweiligen Kontext abhängt: von den Erfordernissen und Möglichkeiten der Situation, den Vorerfahrungen, Erwartungen und Gestaltungschancen des Patienten bzw. der Patientin und von den biografischen Prägungen und beruflichen Kompetenzen des Arztes bzw. der Ärztin (Bahrs und Szecsenyi 1993; Bahrs, Köhle und Wüstenfeld 1990; Bahrs und Hesse 1996; Bahrs 1994). Die fallbezogenen Diskussionen simulierten am Einzelfall alltägliche Entscheidungssituationen und ermöglichten dadurch exemplarisches Lernen.

In Hamburg hatten sich im Rahmen eines Forschungsprojekts niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zusammengefunden, um „ein Stück Erfahrungsmedizin zu schreiben“ (Brucks und Wahl 1992, S. 156). Ziel der 1987 begonnenen Studie war es, in Zusammenarbeit von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern und niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten einen Erhebungsbogen zu entwickeln, 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“ (Brucks und Wahl 1994; Brucks, Wahl und Schüffel 1997), die die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte über das Projektende hinaus nutzten

und die mittlerweile u. a. in Hessen in Fortbildungen in der psychosomatischen Grundversorgung verwandt wird.

Während bei den bislang beschriebenen Pionierzirkeln die Exploration von für das hausärztliche Handeln spezifischen – aber zumeist implizit bleibenden – Regeln im Vordergrund stand, ging es bei den beiden 1989 an der Universität Düsseldorf begonnenen Modellprojekten darum, in Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und -ärzten und „hausarztfreundlichen Expertinnen bzw. Experten“ die Standards der Spezialdisziplinen auf eine für Praktikerinnen und Praktiker handhabbare Form „runterzuberechnen“ und Leitlinien für das hausärztliche Handeln zu formulieren. Helmich und seine Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter thematisierten in den jeweils über ein Jahr laufenden Qualitätszirkeln die hausärztliche Behandlung von Diabetes, von chronischen Erkrankungen der Atemwege und die psychosomatische Grundversorgung (Sohn 1992).

Die Arbeitsgruppe um L. v. Ferber konzentrierte sich auf die Arzneimittelverordnung – ein Thema, das bis heute aktuell geblieben ist – und arbeitete Routinedaten der Krankenkassen für die Diskussionen im Qualitätszirkel auf, um eine erfahrungsbezogene Diskussion des eigenen Ordnungsverhaltens zu ermöglichen (Ferber u. a. 1994).

Im europäischen Ausland bestanden nach einer 1992 durchgeführten Erhebung der European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP) in zwölf (der beteiligten 17) europäischen Ländern Qualitätszirkel im hausärztlichen Bereich („quality circles“ oder „peer review“). Ärztliche Qualitätszirkel im ambulanten Bereich kamen bevorzugt in Gesundheitssystemen zur Anwendung, in denen die Einzelarztpraxis im ambulanten Bereich vorherrscht (Grol u. a. 1993). 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. Hier wurden die beteiligten Praxen von Ärztinnen und Ärzten von jeweils zwei allgemeinmedizinischen Kolleginnen bzw. Kollegen besucht, die die Praxisorganisation und konkrete Konsultationen von Arzt/Ärztin durch Patient/Patientin mit unterschiedlichen Methoden untersuchten. Die Ergebnisse wurden anschließend vertraulich diskutiert. Das Projekt stieß zwar auf wenig Resonanz, entwickelte aber mit dem „peer review“ bereits grundlegende Elemente der Qualitätszirkelarbeit (vgl. Egli 2001).

3.1.1 Die Konzeptualisierung ärztlicher Qualitätszirkel⁵ in Deutschland

1992 wurden an der Medizinischen Hochschule Hannover und an der Universität Göttingen zwei Modellprojekte begonnen, die im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesverei-

⁵ Dem Entstehungszusammenhang entsprechend beziehen sich „Ärztliche Qualitätszirkel“ im Folgenden – sofern nichts anderes gesagt wird – auf den Bereich der ambulanten Versorgung.

nigung und des Bundesministeriums für Gesundheit ein für die Breitenumsetzung taugliches Konzept der Qualitätssicherung durch Qualitätszirkel entwickelten. Die Auswertung der Erfahrungen der Pionierzirkel ergab zunächst die folgende Arbeitsdefinition: Beim ärztlichen Qualitätszirkel handelt es sich um eine Form der *Gruppenarbeit*, die *freiwillig, themenzentriert, erfahrungsbezogen, kontinuierlich* und *zielorientiert* ist. Die in Hannover und Göttingen durchgeführten (insgesamt vier) hausärztlichen Qualitätszirkel zeigten schnell, dass Qualitätszirkel bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als Form der „Fortbildung aus der Praxis für die Praxis“ auf hohe Akzeptanz stoßen (Gerlach und Bahrs 1994). Der Wunsch, in der Gruppe von Kolleginnen und Kollegen mit gleichem Erfahrungshintergrund das Einzelkämpfertum zu überwinden, spielte dabei eine herausragende Rolle. Darüber hinaus erschien die „Qualitätssicherung von unten“ als Chance, sich gegen Fremdbestimmung durch eine akademische bzw. durch die stationäre Krankenversorgung geprägte Medizin und gegen bürokratische Bevormundungen durch Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen zur Wehr zu setzen.

Es 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 galt es, das Alltagshandeln in Form *objektivierter (Be-)Handlungsprotokolle* für die Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer nachvollziehbar aufzubereiten. Dies zeigte sich als eine wesentliche Voraussetzung erfolgreicher Qualitätszirkelarbeit (Bahrs u. a. 1994a; Gerlach u. a. 1995, 1995a; Häussler u. a. 1992; Szecsenyi u. a. 1994). 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 auf die Notwendigkeit eines die Diskussion strukturierenden *Moderators bzw. einer Moderatorin* hingewiesen. Diese haben darauf zu achten, dass die Diskussion zielorientiert bleibt und auf Aspekte hinzuweisen, die in der Diskussion aufgrund der Betriebsblindheit der Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer zu kurz kommen (Bahrs u. a. 1994). Darüber hinaus haben sie 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 die Moderatorin bzw. der Moderator nicht nur der Unterstützung durch die Gruppe, sondern auch spezifischer Erfahrungen und Kompetenzen.

Die Arbeitsdefinition für den Qualitätszirkel war also zu ergänzen: Die Arbeit des Qualitätszirkels wird *durch (geschulte) Moderatorinnen und Moderatoren unterstützt*, ohne dass diese leitende Positionen einnehmen. Die *Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines Qualitätszirkels* sind prinzipiell *gleichbrangig* und *wählen ihre Themen selbst*.

Die eng kooperierenden Projektgruppen in Hannover und Göttingen entwickelten gemeinsam den „Leitfaden ärztliche Qualitätszirkel“ (Bahrs u. a. 1994), der bereits im

Vorfeld der Veröffentlichung die 1993 verabschiedeten Qualitätssicherungsrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer entscheidend beeinflusste. Der Leitfaden⁶ und das auf dessen Grundlage entwickelte Seminarkonzept für die Schulung von Moderatorinnen und Moderatoren (Szecsenyi u. a. 1995) bildeten die Grundlage der nun einsetzenden Etablierung der Qualitätszirkel.

3.1.2 Die Implementierung ärztlicher Qualitätszirkel

Mit der Verabschiedung der Qualitätssicherungsrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde die Verbreitung des Qualitätszirkelkonzepts eingeleitet. Bereits im Sommer 1993 wurde das erste bundesweite Seminar für Moderatorinnen und Moderatoren ärztlicher Qualitätszirkel durchgeführt, organisiert von der Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung (AQUA), zu der sich die Projektgruppen aus Hannover und Göttingen zusammengeschlossen hatten. Seitdem wurden mehr als 1500 Moderatorinnen und Moderatoren allein durch diese Arbeitsgruppe ausgebildet. Die rasante Entwicklung der folgenden Jahre veranschaulicht Abbildung 1.

Die Implementation wurde zum Teil im Rahmen von Modellprojekten unterstützt. Gerlach befragte Hausärztinnen und -ärzte über ihre Einstellung zur Qualitätssicherung und zeigte, dass die Notwendigkeit von Qualitätssicherung zwar nicht grundsätzlich in

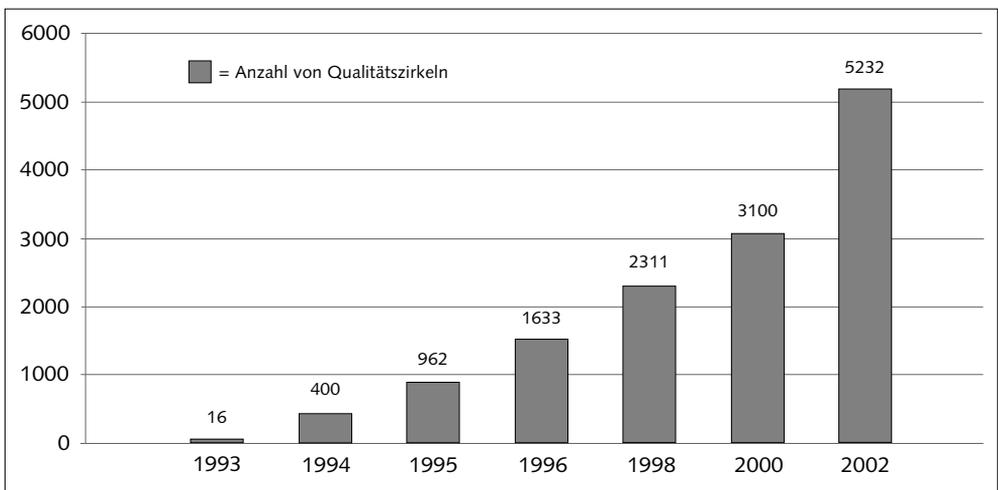


Abb. 1: Entwicklung der ärztlichen Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung in Deutschland⁷

⁶ Zur Veranschaulichung wurde der gleichnamige Demonstrationsfilm (AQUA 1994) entwickelt.

⁷ Die Werte für 2000 und 2002 basieren auf Angaben von Gerlach und Diehl 2003.

Frage gestellt wurde, jedoch erhebliche Vorbehalte und Kontrollängste bestanden, denen eine Politik der Qualitätsförderung Rechnung zu tragen hatte (Gerlach und Bahrs 1994). Darauf aufbauend wurden die Entwicklungen in Bremen, Westfalen-Lippe, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein kontinuierlich dokumentiert (Gerlach 1998). Die KV Südwürttemberg startete 1994 ein Programm zur Etablierung hausärztlicher Qualitätszirkel, das die Universität Freiburg wissenschaftlich begleitete und in dessen Rahmen 1994 fast 50 Moderatorinnen und Moderatoren ausgebildet wurden (Härter u. a. 1994, 1996; Tausch und Härter 1996, 1996a; Tausch u. a. 1995; Tausch 2000).

Auch international konnte sich das Qualitätszirkelkonzept etablieren. Einer von 2000 bis 2001 in 26 europäischen Ländern durchgeführten Studie zufolge hatte es in den vergangenen zehn Jahren insbesondere in den Niederlanden, England, Dänemark, Belgien, Irland, Schweden, Norwegen, Deutschland, der Schweiz und Österreich eine substantielle Entwicklung gegeben (Beyer et al. 2003).

3.2 Das Konzept „Ärztliche Qualitätszirkel“

Unter einem ärztlichen Qualitätszirkel wird der freiwillige Zusammenschluss einer Gruppe von Ärztinnen und Ärzten – gleicher oder benachbarter Fachrichtungen – beziehungsweise von an der Patientenversorgung beteiligten Personen verstanden, der darauf zielt, die eigene Arbeit mit Unterstützung einer Moderatorin bzw. eines Moderators zu analysieren, sie bezüglich der Qualität zu bewerten und, falls erforderlich, gezielt zu verändern.

3.2.1 Zielsetzung

Angestrebt wird eine Verbesserung der Patientinnen- und Patientenversorgung durch Optimierung des eigenen Handelns sowie der Rahmenbedingungen, unter denen die Versorgung 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
- Verbesserung der Arbeitsmotivation durch emotionale Entlastung

Mit diesem breiten Ansatz bietet der Qualitätszirkel die Chance, die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie die Arbeits- und Lebensqualität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu fördern.

3.2.2 Charakteristika der Arbeit ärztlicher Qualitätszirkel

Die Qualitätszirkelarbeit ist charakterisiert durch die *freiwillige* Arbeit in einer *festen Gruppe* mit einer *Moderatorin* bzw. einem *Moderator*. Die Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer bringen sich als *gleichberechtigte Expertinnen und Experten* in die Diskussion ein, indem sie ihr *Alltagshandeln dokumentieren* und im Qualitätszirkel, in der Regel *fallbezogen*, zur Diskussion stellen. Teilnehmerorientiertes, interaktives Lernen steht im Vordergrund, der Qualitätszirkel greift damit Michael Balints ursprüngliches Konzept der *Einheit von Fortbildungs- und Forschungsseminar* auf (Balint 1968).

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 und jede Teilnehmerin 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.

3.2.3 Ablauf eines Arbeitszyklus: von der Themenfindung bis zur Evaluation

Grundlage der Arbeit im Qualitätszirkel ist der auch als „Qualitätskreislauf“ bezeichnete Prozess zur Qualitätsverbesserung (vgl. Abbildung 2). Damit wird die Notwendigkeit eines kontinuierlichen und systematischen sowie immer wieder durch Phasen der Evaluation gekennzeichneten Vorgehens betont, ein Arbeitsprinzip, das die Basis aller Qualitätssicherungsmaßnahmen darstellt.

Die *Themenwahl* ist zumeist Ausgangspunkt der inhaltlichen Arbeit eines Qualitätszirkels. Sie muss – wenn nicht vorgegeben – in einem Konsensfindungsprozess erfolgen, da jeder Teilnehmer bzw. jede Teilnehmerin in der Regel eine Vielzahl von Interessen einbringt, sodass grundsätzlich immer mehrere Themen in Frage kommen. Nach der Themenwahl skizzieren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in gemeinsamer Ideensammlung die *Problembereiche*. Bezogen auf das gewählte Thema werden Schwierigkeiten

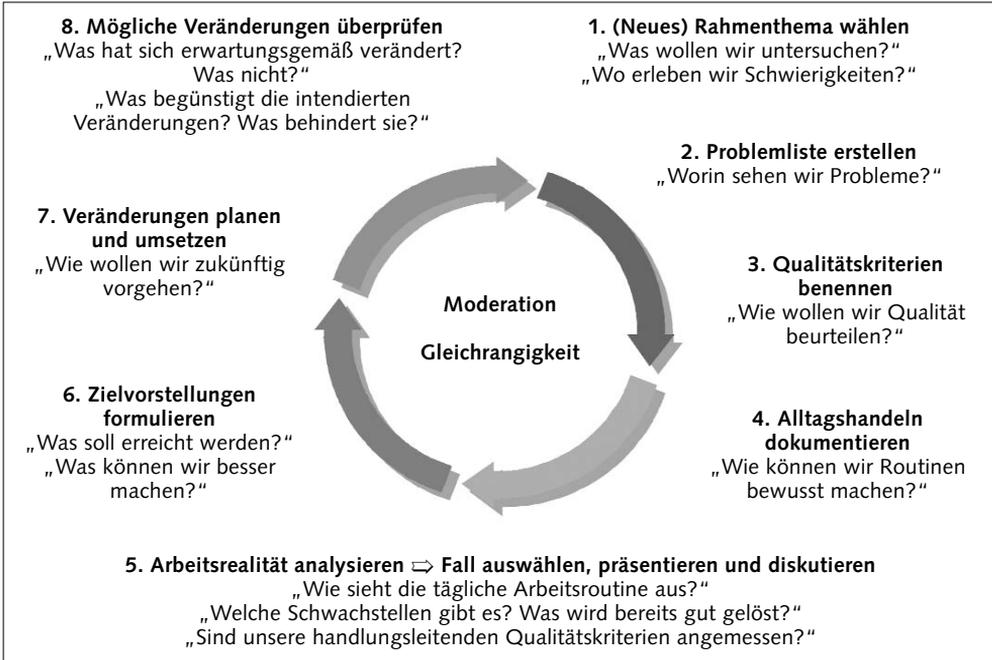


Abb. 2: Kreislauf der Qualitätssicherung (bezogen auf Qualitätszirkel)

beschrieben und die Fragen formuliert, auf die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Qualitätszirkel eine Antwort finden wollen. Zudem werden erste vorläufige *Qualitätskriterien* festgehalten.

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 (zum Beispiel unter Inanspruchnahme von Erhebungsbogen, Beobachtungsprotokollen usw.) angelegt sein. Entsprechende Informationen sollen es ermöglichen, das Alltagshandeln der Beteiligten konkret nachzuvollziehen, um person- und kontextangemessene Hinweise zur Qualitätsförderung zu entwickeln.

Sobald entsprechende Dokumentationen („Fälle“) aus dem Alltag der Teilnehmerinnen und 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 eigenen 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 Teilnehmerinnen und 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 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, 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 selbst gesetzten 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 Zirkel-evaluation. In einer abschließenden Diskussion werden der Gruppenprozess reflektiert, die erarbeiteten Ergebnisse mit den anfangs gestellten Problemstellungen verglichen und die ursprünglichen Qualitätskriterien 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 (vgl. Bahrs, Gerlach, Szecsenyi, Andres 2001; Bahrs, Lehmann, Nave, Pohl, Schmidt 2000).

3.2.4 Typen ärztlicher Qualitätszirkel

Bereits die Pionierzirkel setzten unterschiedliche Schwerpunkte: Supervision (zum Beispiel Berliner Ärzte oder das Videoseminar), Forschung (zum Beispiel die Projekte in Hamburg, Hannover und Göttingen), Fortbildung (zum Beispiel die Düsseldorfer Projekte). Im Zuge der Ausbreitung der Qualitätszirkel entstanden weitere Zirkeltypen, wobei sich zwei grundsätzlich unterschiedliche Tendenzen beobachten lassen: Die Mehrzahl der Qualitätszirkel knüpft an den Supervisionsgedanken an, organisiert sich selbst und hat ihr Ziel vornehmlich in Erfahrungsaustausch und Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit. Diese Gruppen treten in der Regel nicht an die Öffentlichkeit, sodass ihre Arbeit nur ausnahmsweise (vgl. zum Beispiel Träder 1994, 1996) nachvollziehbar dokumentiert ist.

Im Bestreben, die sektoren- und berufsübergreifende Zusammenarbeit zu fördern, werden in neuerer Zeit auch Vertreterinnen und Vertreter nichtärztlicher Berufsgruppen

(Schick und Döhner 1996) sowie Patientenvertreterinnen und -vertreter (Bahrs und Nave-Ahmad 1999; Bahrs, Heim, Nave 2000; Bahrs und Heim 2001) kontinuierlich in die Gruppenarbeit einbezogen. Im Rahmen wissenschaftlich begleiteter Schulungsprogramme zum Beispiel zur Verbesserung der Diabetes- (Hartmann u. a. 1995), Schmerz- oder Pharmakotherapie (Szecsenyi u. a. 1996) werden ebenfalls zunehmend Qualitätszirkel parallel angeboten, die damit eher die Tradition der Fortbildungszirkel aufnehmen.

Ob Qualitätszirkel, die im Rahmen der in neuerer Zeit in großer Zahl entstandenen vernetzten Strukturen arbeiten, die Tradition der in der heutigen Qualitätszirkellandschaft wenig repräsentierten Forschungszirkel (eine der seltenen Ausnahmen: Niemann und Steinkohl 1996) aufnehmen werden, kann noch nicht beurteilt werden. Szecsenyi u. a. (1999) zeigten aber, dass diese Qualitätszirkel beachtliche Potenziale für Erkenntnisgewinnung und Qualitätsförderung freisetzen können.

3.2.5 Evaluation ärztlicher Qualitätszirkel

Mit der wachsenden Zahl der Qualitätszirkel und der Pluralität der Anbieterinnen und Anbieter von Schulungen für Moderatorinnen und Moderatoren wurde zunehmend die Forderung nach Evaluation der Qualitätszirkel gestellt. Darunter wird aber oft Verschiedenes verstanden, so gibt es zum Beispiel differierende Zielkriterien in Abhängigkeit von Perspektive (Behandlerinnen und Behandler, Patientinnen und Patienten, Krankenkasse, Politik) und Berufsgruppenzugehörigkeit. In der Diskussion bleibt allerdings oft unklar, was genau evaluiert werden soll: das konkrete ärztliche Handeln, die Arbeit eines Qualitätszirkels, ein wissenschaftliches Projekt, das Qualitätszirkelkonzept oder die Qualitätsförderungs politik der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Krankenkassen.

Als wesentliches Zielkriterium der Evaluation der Arbeit eines Qualitätszirkels gilt, dass der Qualitätszirkel bei der Bearbeitung eines Themas den Qualitätskreislauf vollständig durchläuft. Tabelle 2 auf Seite 34/35 zeigt – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – in formaler Abgrenzung mögliche Qualitätsdimensionen der Qualitätszirkelarbeit und Verweise auf vorliegende Evaluationsergebnisse.

3.2.6 Erfahrungen aus dem Bereich der ärztlichen Qualitätszirkel

Wie auch auf der Tagung des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und -forschung im Gesundheitswesen (AQUA) 2003 in Göttingen anlässlich zehnjähriger Erfahrungen mit der Implementation von ärztlichen Qualitätszirkeln deutlich wurde, sind inzwischen – wenn auch nicht alle – so doch eine Vielzahl von Qualitätszirkeln zu tragenden Säulen einer systematischen Qualitätsverbesserung in der ambulanten Versorgung geworden. Dies gelte insbesondere für Qualitätszirkel im Rahmen von neuen Versorgungsmodellen.

Alle vorliegenden Erkenntnisse wiesen übereinstimmend darauf hin, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Moderatorinnen und Moderatoren von Qualitätszirkeln insbesondere den hier möglichen interkollegialen Austausch schätzen und nicht mehr mischen möchten (Gerlach und Diehl 2003).

Das vorhandene Potenzial zur Kooperations- und Qualitätsförderung wird jedoch bei weitem nicht ausgeschöpft. Hinderungsgründe sind beispielsweise:

- Die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte hatte vor dem Qualitätszirkel noch keine Erfahrung mit Gruppenarbeit. Ängste müssen überwunden werden, Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Moderatorinnen und Moderatoren sind bisweilen überfordert.
- Viele Moderatorinnen und Moderatoren waren – von der einmaligen in der Regel einhalbtägigen Schulung abgesehen – nicht erfahrener als die anderen Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer. Sie sehen sich aber in der Verantwortung, den Prozess zu strukturieren und gegebenenfalls als „Vorturner“ bzw. „Vorturnerinnen“ zu fungieren. Nur vereinzelt wurden Aufbau- bzw. Begleitseminare für Moderatorinnen und Moderatoren angeboten, in denen diese – gleichsam in einem „Qualitätszirkel der Moderatorinnen und Moderatoren“ – Entlastung erfahren konnten.
- Die Bedeutung nachvollziehbarer Dokumentationen der Arbeitsrealität (zum Beispiel durch Behandlungsprotokolle) wird systematisch unterschätzt. Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Moderatorinnen und Moderatoren verfügen ganz überwiegend nicht

Dimension	Kriterien	Beispiel
Strukturqualität	Erreichbarkeit (räumlich, zeitlich) Ausstattung des Tagungsraums	Hausärztliche QZ Hannover (Bahrs u.a. 1994)
	Qualifikation von Moderator bzw. Moderatorin sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmern	Tausch und Härter 1996, Tausch 2000
Prozessqualität	<i>Inhaltlich:</i> Durchlaufen des Qualitätskreislaufs	Hausärztliche QZ Hannover (Bahrs u.a. 1994; Gerlach u.a. 1995); QZ Lübeck (Träder 1996)
	<i>Gruppendynamisch:</i> Vertrauen und Vertrauensschutz, Gleichrangigkeit, Verbindlichkeit, Arbeitsteilung, Konsensfindung, Zulassen abweichender Meinungen	QZ Lübeck (Träder 1996), Interdisziplinärer QZ Göttingen (Bahrs und Heim 2002; Gerlach und Beyer 2001; Tausch 2000)
	<i>Interaktionsanalytisch:</i> Beteiligung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie Moderation, Gruppenklima, Themenzentrierung und Erfahrungsbezogenheit, Leitlinienerarbeitung	Hausärztliche Qualitätszirkel Südbaden (Weisser, Härter, Tausch 2000; Bahrs und Heim 2002)

Dimension	Kriterien	Beispiel
Ergebnisqualität	Ebene 1: Entwicklung einer arbeitsfähigen Gruppe	QZ Kassel: seit 1992, einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer inzwischen Moderatorinnen bzw. Moderatoren (vgl. Bahrs u.a. 2001)
	Ebene 2: Erzeugung manifester Ergebnisse	Dokumentationsbogen zur Früherkennungsanamnese (Brucks und Wahl 1997); Film und Leitfaden Ärztliche QZ (AQUA 1994; Bahrs u.a. 1994); Konzept für die Schulung von Moderatorinnen und Moderatoren (Szecsenyi u.a. 1995)
	Ebene 3: Einstellungs- und Verhaltensänderungen, Wissenszuwachs	Zufriedenere, kompetentere, sicherere, belastbarere und ihre Grenzen besser einschätzende Ärztinnen und Ärzte (diverse Autorinnen und Autoren; Überblick bei Bahrs u.a. 2001; Tausch 2000); in der Folge ausstrahlend auf Teamkolleginnen und -kollegen (Träder 1996); bessere Kooperation mit anderen Versorgerinnen und Versorgern; Solidarisierung und Politisierung: „vom vereinzelt Spielball zum selbst organisierten Mitspieler“ (Szecsenyi u.a. 1999)
	Ebene 4: Verbesserung der Versorgung	Zufriedenere Patientinnen und Patienten und Angehörige (Klingenberg und Szecsenyi 1999); gezieltere, besser koordinierte und weniger aufwändige Versorgung, weniger Kosten (Szecsenyi u.a. 1999)

Tab. 2: Dimensionen von Qualität der Qualitätszirkelarbeit

über das erforderliche methodische Know-how und scheuen überdies den Dokumentationsaufwand. Eine Auseinandersetzung mit dem tatsächlichen Alltagshandeln ist somit oft gar nicht möglich. Statt der Diskussion konkreter Verhaltensweisen stehen allgemeine Behandlungsmaximen im Vordergrund.

- Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen begrenzen den Raum möglicher Veränderungen. Dies kann demotivierend wirken und die berufspolitische Indienstnahme der Qualitätszirkel unterstützen.

3.3 Erste Erfahrungen mit Qualitätszirkeln im Bereich der Gesundheitsförderung

In der Entstehungszeit des Modellprojekts lagen erste Erfahrungen im Bereich der Gesundheitsförderung lediglich aus dem Interdisziplinären Qualitätszirkel Göttingen vor, der von der Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation (GeMeKo) e.V. in Kooperation mit der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Göttingen 1998 initiiert und bis 2002 durchgeführt wurde. Die Gruppe bestand aus Vertreterinnen und Vertretern von Selbsthilfegruppen, professionellen Helferinnen und Helfern aus nicht-ärztlichen Berufen (Beraterinnen und Berater sowie Sozialarbeiterinnen und -arbeiter), Hausärztinnen und -ärzten, einer Mitarbeiterin des sozialpsychiatrischen Dienstes und einem Medizinsoziologen als Moderator. Sie traf sich monatlich, um die regionale Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychosozialen Problemen zu koordinieren und zu verbessern. Fallbezogen stellten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer exemplarisch ihr Arbeitsfeld und damit einhergehende spezifische Schwierigkeiten vor (Bahrs und Nave-Ahmad 1999). Die große Heterogenität der Teilnehmenden erschwerte einerseits die Arbeit, bot aber zugleich die große Chance zum Abbau von Vorurteilen und zur Gestaltung grundsätzlich neuer und entlastender Kooperationsbeziehungen (Bahrs und Heim 2001). Das Modellprojekt „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“ knüpfte personell und inhaltlich an diesen professionsübergreifenden Qualitätszirkel an.

3.4 Andere Zirkelkonzepte

3.4.1 Qualitätszirkel in der stationären Gesundheitsversorgung

Krankenhäuser sind durch eine ungewöhnlich komplexe Struktur gekennzeichnet, die sowohl durch die Heterogenität der Patientinnen und Patienten als auch durch die unterschiedlichen Berufsgruppen der Moderatorinnen und Moderatoren bedingt ist. Hierarchiekonflikte sind an der Tagesordnung, zugleich nimmt der Druck der Kostenträger zu, insbesondere die geplante Einführung der *Diagnostic Related Groups* (DRG), d. h. die Einführung von Fallpauschalen bis 2007 setzt die Krankenhäuser und deren Mitarbeiterstab bereits seit längerem unter Druck.⁸

⁸ Nach Auskunft des Personalratsvorsitzenden der Universitätsklinik Göttingen wurde bereits 2001 aufgrund der Einführung von DRGs mit dem Verlust von bis zu 400 Betten und bis zu 1000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gerechnet.

Verglichen mit dem Ausland gibt es in Deutschland relativ wenig interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende, fest eingerichtete und regelmäßig tagende Teams. Im Rahmen der Einführung von Zertifizierungen nach ISO-Norm oder Qualitätssicherungsverfahren wie dem TQM (Total Quality Management) werden Qualitätszirkel von „oben“ („top down“) eingesetzt.

Ähnlich wie in der Industrie stehen dann hauptsächlich Aspekte der Organisationsentwicklung im Vordergrund dieser Form von Qualitätszirkelarbeit. Qualitätszirkel in der Klinik bearbeiten in der Regel Probleme der Prozessqualität, d. h. Probleme im Rahmen von Maßnahmen und Aktivitäten, die im Laufe der Versorgung von Patientinnen und Patienten ergriffen oder nicht ergriffen werden (Bahrs u. a. 2001). Dabei wird davon ausgegangen, dass die besten Behandlungsergebnisse erzielt werden, wenn nachvollziehbare bzw. nachprüfbar Regeln aufgestellt werden, die dem Stand des medizinischen und pflegerischen Wissens entsprechen. Diese Regeln sind dann für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbindlich. Ein grundlegendes Problem bei der Umsetzung solcher Regeln – *Standards* oder *Leitlinien* – ist die Beziehung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen untereinander und zu den Patientinnen und Patienten (Walther 1998, S. 9).

Aus der Sicht der Pflege spricht die „systematische Einbeziehung der Pflege in Entscheidungsprozesse und die Herausbildung von Schlüsselqualifikationen in einem ‚alltäglichen‘ Lernprozess“ für die Mitarbeit in Qualitätszirkeln (Görres u. a. 1997, S. 13). Oft erwerben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Ausbildung Kompetenzen, die in der alltäglichen Praxis auf den Stationen häufig nicht anwendbar sind. Durch das Instrument der Qualitätszirkel wird den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein höheres Maß an Handlungskompetenz und Selbstverantwortung zugestanden.

Darüber hinaus entstehen durch das veränderte Krankheitsspektrum veränderte quantitative und qualitative Bedarfe in der gesundheitlichen Versorgung, die ein grundsätzliches Umdenken bei der Reorganisation gegebener Versorgungsstrukturen notwendig machen. Erforderlich wird komplexes und reflektiertes Handeln in der Pflege. Die Voraussetzung hierfür aber ist ein hohes Maß an Eigenständigkeit und dezentrale Handlungsmöglichkeiten. Qualitätszirkel bieten hier einen innovativen Lösungsansatz für eine verbesserte Praxis (Görres u. a. 1997, S. 14f.).

Gerade im Bereich der geriatrischen Pflege sind veränderte Konzepte gefragt – Prävention, langfristig angelegte, ganzheitliche Behandlung und Betreuung, Rehabilitation, therapeutisch-aktivierende Pflege. Diesen neuen Anforderungen steht der klassische akutmedizinisch orientierte Medizinbetrieb eher hilflos gegenüber (Görres u. a. 1997, S. 17f.). Bei der Etablierung von Qualitätszirkeln im Krankenhaus ist die Einbeziehung verschiedener Hierarchieebenen ein wichtiges Strukturmerkmal. Sie trifft jedoch in der praktischen Umsetzung auf zum Teil erhebliche Schwierigkeiten, deren Gründe zum einen in der nach wie vor strikten sektoralen Trennung der verschiedenen Bereiche (Pflege, Verwaltung, ärztlicher Dienst), zum anderen aber auch in der hohen Arbeits-

belastung der einzelnen Berufsgruppen zu suchen sind. Bei vielen in der Fachliteratur erwähnten Qualitätszirkeln im stationären Bereich handelt es sich daher häufig eher um *Problemlösegruppen* (Görres u. a. 1997, S. 37).⁹

3.4.2 Betriebliche Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind in der Regel Bestandteile von Konzepten zur Organisationsentwicklung und betrieblichen Gesundheitsförderung, die mittlerweile ebenfalls häufig auf die Organisation „Krankenhaus“ übertragen werden. Betriebliche Gesundheitszirkel haben das Ziel, gesundheitsfördernde Maßnahmen und Ansatzpunkte zum Abbau von Belastungen zu eruieren, dabei auf das Erfahrungswissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zurückzugreifen und so die konkrete Arbeitssituation zu verbessern und die Kommunikation zu stärken. Sie sind in der Regel hierarchieübergreifend und interdisziplinär zusammengesetzt. So können neben Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der betreffenden Abteilungen Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitssicherheit, der betriebsärztliche Dienst sowie Arbeitnehmervertreterinnen und -vertreter daran teilnehmen.

Betriebliche Gesundheitszirkel umfassen zwischen acht und zwölf Teilnehmerinnen und Teilnehmer und werden von einem externen Moderator bzw. einer Moderatorin geleitet. Sie sind in der Regel terminiert und thematisch begrenzt (vgl. auch Bellwinkel und Stein 1996). Die Arbeitsergebnisse werden an die Leitungsebene weitergereicht und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich gemacht. Dabei werden wichtige Impulse von der „Basis“ an die Führung weitergegeben. Im Unterschied zu Qualitätszirkeln sind die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Gesundheitszirkel eher „*Betroffene*“ und es geht thematisch um die (gesundheitlichen) Rahmenbedingungen ihres beruflichen Handelns. Im Qualitätszirkel steht hingegen das berufliche Handeln selbst zur Diskussion, die Teilnehmenden fungieren dabei als Expertinnen und Experten ihrer eigenen (beruflichen) Praxis (Walther 1998).

9 Aber auch diese können einer interprofessionellen, kollegialen Kommunikationskultur im Krankenhaus dienen, die sich positiv auf das Betriebsklima und damit auch auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten auswirkt. Allerdings muss die Krankenhausleitung dazu den Qualitätszirkeln den nötigen Freiraum zugestehen und selbst ein Interesse an der Umsetzung der erarbeiteten Ergebnisse haben, damit die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern investierte Energie nicht weitgehend nutzlos „verpufft“. Die Bereitschaft von Organisation und Management, sich als „lernendes Unternehmen“ zu begreifen, ist dabei eine unverzichtbare Grundlage. Zu Beginn kann es sinnvoll sein, berufshomogene Arbeitsgruppen zu bilden, die aber mittelfristig von interdisziplinären Qualitätszirkeln ersetzt werden sollten. Dementsprechend wird gefordert, langfristig auch eine Einbeziehung von Patientinnen- und Patienten (-vertretern), beispielsweise Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern in Qualitätszirkeln in den Krankenhäusern, vorzusehen (Görres u. a. 1997, S. 411).

3.5 Spezifische Merkmale des im Projekt verwandten Zirkelkonzepts

Die nach dem im Projekt vermittelten Konzept arbeitenden Qualitätszirkel unterscheiden sich von anderen hier vorgestellten Arbeitsformen durch

- Freiwilligkeit der Teilnahme,
- freie Themenwahl,
- Explikation eigener Qualitätskriterien,
- Fallarbeit auf der Basis eigener Dokumentation der Alltagspraxis,
- systematische Evaluation im Zirkel,
- mittlere Reichweite der Ergebnisse.¹⁰

3

¹⁰ Die Arbeit zielt zwar einerseits auf Ergebnisse, die in Eigenverantwortung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer umsetzbar sind und deren praktische Umsetzung von den Teilnehmenden im Sinne einer Selbstverpflichtung auch erwartet wird; andererseits wird keine Verbindlichkeit über den Kreis der Teilnehmenden hinaus beansprucht, auch wenn die Ergebnisse selbstverständlich für Unbeteiligte wertvolle Anregungen enthalten können.

**STRUKTUR DES
MODELLPROJEKTS
„QUALITÄTSZIRKEL
IN DER GESUNDHEITS-
FÖRDERUNG“**



4.1 Die Projektträgerinnen

4.1.1 Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die BZgA (www.bzga.de) hat dieses Projekt neben anderen Projekten zur Förderung der Qualität in der Gesundheitsförderung und Prävention initiiert und ermöglicht.¹¹ Die BZgA war auf der Suche nach bewährten Konzepten und Verfahren der Qualitätssicherung u. a. auf das Anfang der 90er-Jahre mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit geförderte Projekt „Ärztliche Qualitätszirkel“ aufmerksam geworden. Sie ist der Meinung, dass dieses Konzept den Bedürfnissen der in der Gesundheitsförderung Tätigen entspricht, weil es den kollegialen Erfahrungsaustausch und das systematische Aufarbeiten von beruflichen Alltagsfragen in den Vordergrund stellt. Das Fortbildungsangebot für Moderatorinnen und Moderatoren von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung sollte sich deshalb an die „Ärztlichen Qualitätszirkel“ anlehnen.

Um sicherzugehen, dass die Erfahrungen beim Aufbau und der Weiterentwicklung der „Ärztlichen Qualitätszirkel“ in die Entwicklung des Qualitätszirkels für die Gesundheitsförderung einfließen, hat die BZgA die Zusammenarbeit mit wesentlichen Mitgestalterinnen und Mitgestaltern der „Ärztlichen Qualitätszirkel“ angestrebt und eine Kooperationsvereinbarung mit der Universität Göttingen erreicht. Die BZgA finanzierte deshalb die der Universität entstehenden Kosten für die Durchführung des Modellprojekts unter Leitung von Dr. O. Bahrs. Zuständig in der BZgA ist Manfred Lehmann (manfred.lehmann@bzga.de), der an allen Begleitseminaren teilnahm.

4.1.2 Die Projektgruppe Qualitätsförderung der Universität Göttingen, Abteilung Medizinische Psychologie

Die Projektgruppe Qualitätsförderung an der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Göttingen übernahm im Modellprojekt die Projektkoordination und die wissenschaftliche Begleitforschung. Weiterhin unterstützte sie die Moderatorinnen und Moderatoren durch Organisation und Durchführung von Schulungen und Begleitseminaren, stellte Materialien für die Zirkelarbeit zur Verfügung, bereitete die Projekterfahrungen in einem zusammenfassenden Bericht auf und verdichtete sie in einem Handbuch „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention“. Die Arbeitsgruppe

¹¹ Siehe dazu „Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention“, Band 15 der Schriftenreihe der BZgA, Köln 2001. Darin insbesondere: Koch, U. u. a., Lehmann und Töppich und Lehmann, M. sowie Lehmann und Töppich 2002.

wurde von dem Medizinsoziologen Dr. Ottomar Bahrs geleitet, der maßgeblich an der Entwicklung und Umsetzung des Konzepts „Ärztliche Qualitätszirkel“ mitgearbeitet hatte. Dieses Konzept hat seinen Niederschlag im eingangs erwähnten Leitfaden „Ärztliche Qualitätszirkel“ gefunden, der mithilfe des gleichnamigen Videofilms die breite Implementation ärztlicher Qualitätszirkel in Deutschland forciert hat. Die dazu notwendigen zahlreichen Schulungen für Moderatorinnen und Moderatoren sind von ihm mitentwickelt und vielfach auch durchgeführt worden.

4.1.2.1 Zuständigkeiten innerhalb der Projektgruppe

- *Dr. Ottomar Bahrs*: Projektleitung, Koordination, Außendarstellung, Moderation
- *Martina Nave*: Begleitung und Ansprechpartnerin für Moderatorinnen und Moderatoren, Dokumentation
- *Dirk Pobl*: Begleitforschung, Außendarstellung
- *Ulrike Schmidt*: Organisatorische Vor- und Nachbereitung, Erstellung von Arbeitsmaterialien
- *Dr. Martina Weiß*: Moderation
- *Björn Jung*: Auswertung und Berichterstattung

4.2 Aufgabenstellung des Projekts

Das Ziel des Projekts bestand darin, das Konzept „Ärztliche Qualitätszirkel“ in der Gesundheitsförderung praxisnah zu erproben und entsprechend den in diesem Arbeitsfeld bestehenden Bedingungen zu modifizieren. Diese *Weiterentwicklung des Konzepts* erschien besonders Erfolg versprechend, wenn sie gemeinsam mit erfahrenen und in der Gesundheitsförderung tätigen *Moderatorinnen und Moderatoren* durchgeführt würde. Ausgehend vom im Leitfaden „Ärztliche Qualitätszirkel“ beschriebenen Konzept sollten daher Qualitätszirkel im Bereich der Gesundheitsförderung initiiert sowie deren Arbeit *unterstützt und wissenschaftlich begleitet* werden. Die Moderatorinnen und Moderatoren der zu initiiierenden Qualitätszirkel sollten die dabei gemachten Erfahrungen in regelmäßigen Treffen gemeinsam mit den Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern sowie Vertreterinnen und Vertretern der BZgA aufarbeiten. Daher waren neben den Treffen der Qualitätszirkel fünf *Begleitseminare* mit den Moderatorinnen und Moderatoren und der Projektgruppe geplant. Damit sollte die Grundlage für eine Modifizierung des Qualitätszirkelkonzepts geschaffen werden, das den Erfordernissen des Gesundheitsförderungsbereichs Rechnung trägt.

Auf der Grundlage der Ergebnisse dieses Modellprojekts sollte ein „*Handbuch Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention*“ entwickelt werden, der als Grundlage eines im Anschluss an das Modellprojekt geplanten *Fortbildungs- und Qua-*

lifizierungsangebots der BZgA dienen könnte, mit dem Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung auf breiter Basis in Deutschland implementiert werden sollen.

Erfahrungen bei der Implementation der ärztlichen Qualitätszirkel hatten gezeigt, dass Modellzirkel mit privilegierten Arbeitsbedingungen vor einer Reihe von Umsetzungsproblemen geschützt waren, die sich bei der späteren Breitenumsetzung des Konzepts zeigten. Daher sollten die Qualitätszirkel im hier skizzierten Modellprojekt von vornherein unter möglichst „realistischen“ Bedingungen arbeiten. Dabei konnte auf bereits vorhandene Strukturen, wie Arbeitsgruppen und Netzwerke, und nutzbare Erfahrungen (zum Beispiel in der Gruppenarbeit) zurückgegriffen werden.

Im Modellprojekt sollten *zehn bis 15 Qualitätszirkel* (vgl. Abbildung 3) in unterschiedlichen Institutionen bzw. Netzwerken und breiter geografischer Streuung das Qualitätszirkelkonzept ein Jahr lang erproben. Jeder Qualitätszirkel sollte sich aus *zirka acht bis zwölf Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie einem Moderator bzw. einer Moderatorin* zusammensetzen. Die Moderatorinnen und Moderatoren sollten im Modell-

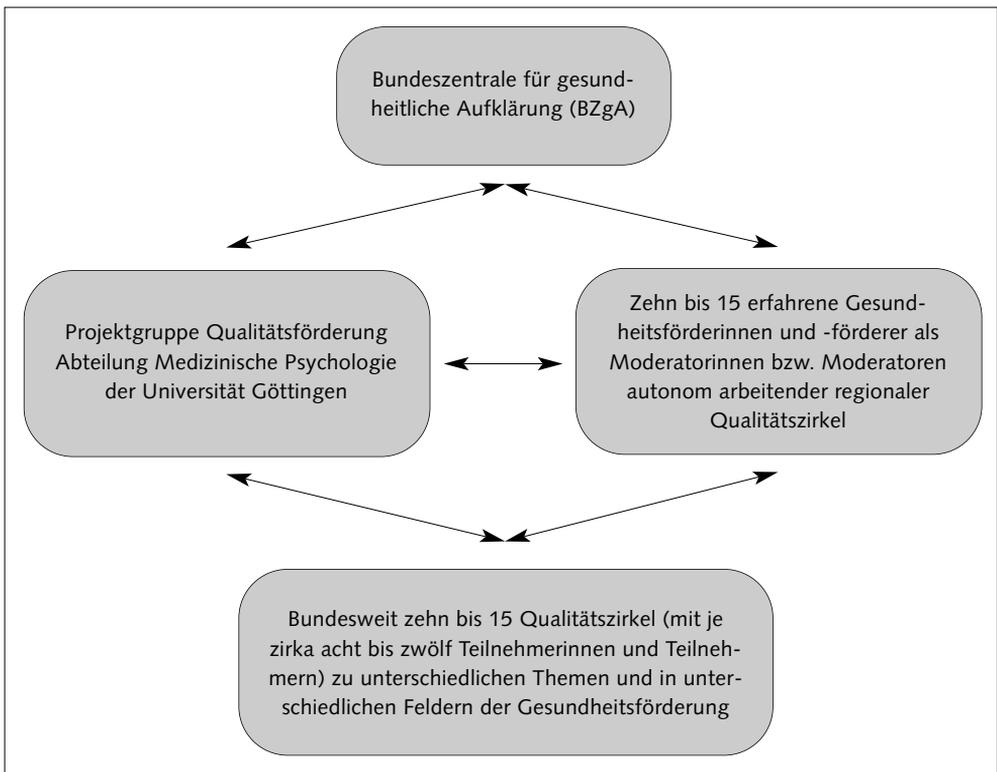


Abb. 3: Vorgesehene Beteiligte am Modellprojekt

projekt eine wichtige Doppelfunktion übernehmen, da sie sowohl die Qualitätszirkelarbeit sichern und dokumentieren als auch gemeinsam mit der Projektgruppe solche Aspekte identifizieren sollten, bei denen das Konzept im Hinblick auf die Übertragung auf das Feld der Gesundheitsförderung eventuell modifiziert werden müsste.

Zusammengefasst ergaben sich folgende *Aufgaben* an die Projektgruppe:

- Konzeptentwicklung
- Gewinnung von geeigneten Moderatorinnen und Moderatoren
- Erstellung von Materialien
- Instruktion der Moderatorinnen und Moderatoren sowie Austausch mit ihnen
- Dokumentation und Aufbereitung der konkreten Erfahrungen, Evaluation des Prozesses der Konzeptvermittlung bis zur Anwendung
- Erstellung eines Handbuchs
- Unterstützung bei begleitender Öffentlichkeitsarbeit
- Unterstützung bei der Implementation

Folgende *Ergebnisse* wurden durch das Modellprojekt erwartet:

- Initiierung von Qualitätszirkeln
- Erkenntnisse über typische Widerstände und erfolgreiche Bewältigungsstrategien
- Einsichten über Möglichkeiten und Grenzen des Qualitätszirkelkonzepts in der Gesundheitsförderung
- ein modifiziertes, praxistaugliches Qualitätszirkelkonzept in der Gesundheitsförderung
- ein Beitrag zur Entwicklung einer Kultur der Qualitätsförderung in der Gesundheitsförderung
- mehr Transparenz (Arbeitsbedingungen, Ziele, Qualitätskriterien)
- Vernetzung der am Projekt Beteiligten
- Einsichten bezüglich konkreter in den jeweiligen Qualitätszirkeln bearbeiteten Themen
- Beitrag zu verbesserter Qualität der Gesundheitsförderung
- Gewinnung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die spätere Implementation von Qualitätszirkeln

Erfolgskriterien für das Projekt waren:

- Initiierung von Qualitätszirkeln, die im Rahmen des Projekts kontinuierlich und entsprechend der Qualitätszirkelphilosophie arbeiten
- Akzeptanz bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der einzelnen Qualitätszirkel
- Kontinuität über das Projekt hinaus (Schneeballeffekt)
- Spaß bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie Moderatorinnen und Moderatoren
- Anpassung des Qualitätszirkelkonzepts an die Bedingungen im Gesundheitsförderungsbereich
- Darstellung der Ergebnisse im Handbuch „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention“
- Gewinnung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Implementierung
- Zielgruppenerreichung

4.3 Die Rolle der Moderatorinnen und Moderatoren im Projekt

4.3.1 Die Moderatorinnen und Moderatoren als Vermittlerinnen und Vermittler zwischen Projektgruppe und Qualitätszirkel

Die angemessene Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts im Bereich der Gesundheitsförderung hing in hohem Maße von den Moderatorinnen und Moderatoren der Qualitätszirkel ab. Sie übernahmen in diesem Projekt eine zentrale Position, da sie als in der Gesundheitsförderung Tätige ihre Expertenschaft in das Projekt einbringen und außerdem ihre Zirkel eigenverantwortlich aufbauen, ein Jahr lang durchführen und dokumentieren sollten. Sie waren daher die Schlüsselpersonen für die Erprobung des Qualitätszirkelkonzepts in der Gesundheitsförderung. Mit ihren Qualitätszirkeln sollten sie quasi „Versuchszirkel“ für die Erprobung und Anpassung des Konzepts bilden. Die Ergebnisse ihrer Qualitätszirkelarbeit sollten kontinuierlich in die Erstellung des Handbuchs „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention“ einfließen.

4.3.1.1 Aufgaben

Um diese Rolle ausfüllen zu können, fielen den Moderatorinnen und Moderatoren folgende Aufgaben zu:

- Gewinnung eines eigenen Teilnehmerinnen- und Teilnehmerkreises für ihren Qualitätszirkel (Dieser Kreis konnte aus einer Institution stammen, konnte sich aber auch institutionsübergreifend zusammensetzen.)
- Organisation der Qualitätszirkel (Selbstständige Absprache mit einer entsprechenden Einrichtung bezüglich der organisatorischen und sonstigen Unterstützung des Qualitätszirkels, Räume, Benachrichtigungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, Kontinuität etc.)
- Durchführung der Qualitätszirkel
- Zusammenarbeit mit der Projektgruppe und der BZgA, d. h. Unterstützung der begleitenden Forschung und der eventuellen Filmerstellung; regelmäßige, konstruktive Teilnahme an den Begleitseminaren der Moderatorinnen und Moderatoren, die eine wichtige Quelle für die Gestaltung des Handbuchs darstellen
- Protokollierung jeder Qualitätszirkelsitzung und Organisation der Kurzevaluationen nach jeder Gruppensitzung

4.3.1.2 Chancen

Die Projektgruppe ging davon aus, dass die Moderatorinnen und Moderatoren nicht nur eine verantwortungsvolle Aufgabe übernehmen, sondern ihrerseits unmittelbar von der Projektteilnahme profitieren würden durch:

- Schulung und Erfahrungsaustausch bei den Begleittreffen
- bessere Reflexion des eigenen Handelns, stärkere Konturierung des Selbstverständnisses in der Auseinandersetzung mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus ähnlichen Handlungsfeldern
- Chance, als „Gleiche unter Gleichen“ im Qualitätszirkel einen Kompetenzzuwachs im Hinblick auf ihre eigene Alltagspraxis zu erleben
- Erfahren von größerer Wertschätzung ihres Arbeitsfeldes insgesamt und dem Abbau von Legitimationsproblemen innerhalb ihrer Institutionen
- Nutzen der Chance in einem engagierten interdisziplinären Team an der Gestaltung dieses neuen Konzepts mitzuwirken
- Profilierung im Feld der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung

Nach erfolgreicher Mitarbeit im Projekt sollten die Moderatorinnen und Moderatoren von der BZgA und der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Göttingen eine Bescheinigung ihrer Teilnahme an den Schulungen und Seminaren erhalten und als Pioniermoderatorinnen bzw. -moderatoren die ersten Ansprechpartnerinnen bzw. -partner für die anschließende breite Implementation von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung darstellen. Sie würden dann als Schulungsleiterinnen bzw. -leiter in Frage kommen.

4.3.1.3 Auswahl

Mit einem von der Projektgruppe erarbeiteten Formblatt für die Bewerbung als Moderatorin bzw. Moderator eines Projektzirkels sollten die notwendigen Informationen erhoben werden, um zu gewährleisten, dass die Bewerberinnen und Bewerber die objektiven und subjektiven Voraussetzungen erfüllen, um konstruktiv im Projekt mitzuarbeiten und sich an der langfristigen Umsetzung des Konzepts in den ersten fünf Jahren nach Ablauf des Projekts zu beteiligen.

So ergaben sich folgende Auswahlkriterien für die Moderatorinnen und Moderatoren. Sie sollten

- über Moderationskompetenzen verfügen,
- Erfahrungen in der Gruppenarbeit mitbringen,
- im Feld der Gesundheitsförderung verankert, d. h. auch selbst praktisch tätig sein,
- sich verpflichten, ein Jahr am Projekt teilzunehmen. Der Zeitaufwand wurde mit mindestens zirka zwei Tagen pro Monat geschätzt: zirka ein Tag für Vor-, Nachbereitung und Durchführung der Qualitätszirkeltreffen sowie alle zwei Monate zirka zwei bis zweieinhalb Tage für die Teilnahme an den Begleitseminaren und deren Vor- und Nachbereitung,
- den Start der Qualitätszirkel möglichst noch vor den Sommerferien 2000 gewährleisten,
- Interesse daran haben, sich gegebenenfalls nach Ablauf des Projekts an der Breitenumsetzung des Konzepts zu beteiligen.

Um sich frühzeitig auf die konkreten Erwartungen der Moderatorinnen und Moderatoren, aber auch auf ihre Vorbehalte und Ängste einstellen zu können, sollte die Projektgruppe sich nach erfolgter Auswahl telefonisch mit den künftigen Moderatorinnen und Moderatoren in Verbindung setzen und in einem leitfadengestützten Interview insbesondere Erwartungen und Befürchtungen bezüglich des Einführungsseminars eruieren. Mit der schriftlichen Bestätigung sollte den Moderatorinnen und Moderatoren zusätzlich ein Fragebogen übersandt werden, mit dem die im Bewerbungsbogen erhobenen Informationen vertieft und insbesondere Erfahrungen mit und Einstellung zur Qualitätssicherung erfasst werden sollten. Die Fragebogen sollten spätestens beim Einführungsseminar an die Projektgruppe zurückgegeben sein. Am Ende des Projekts sollte eine Vergleichsbefragung durchgeführt werden, um etwaige Haltungsänderungen auch auf diesem Weg dokumentieren zu können.

4.4 Geplante Vorbereitungen

4.4.1 Bekanntmachung des Projekts

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sollte über ihren Infodienst und über ihre Website über das Projekt informieren. Die Projektgruppe beabsichtigte, über ihre Website sowie durch Veröffentlichungen in verschiedenen Fachzeitschriften auf das Projekt aufmerksam zu machen. Gesundheitsförderinnen und -förderer und potenzielle Trägerinstitutionen, die sich für eine aktive Teilnahme am Projekt interessierten, sollten sich durch eine Projektbroschüre ein erstes Bild vom geplanten Projekt machen. Weitergehende Fragen sollten bei den in Göttingen durchgeführten Informationsveranstaltungen direkt mit den Projektträgern geklärt werden.

4.4.2 Infoveranstaltungen

Die Informationsveranstaltungen sollten der Vorstellung des Projekts durch die BZgA und die Projektgruppe sowie der Klärung offener Fragen der Interessentinnen und Interessenten dienen. Der Aufbau der Veranstaltung sollte der Erfahrung Rechnung tragen, dass sich das Qualitätszirkelprinzip am wirksamsten erlebnisnah vermitteln lässt. Daher waren auch „Schnupperzirkel“ vorgesehen (vgl. Kapitel 6.2). Die Projektgruppe hatte auf der Grundlage der vorbestehenden Kooperationskontakte Referentinnen und Referenten sowie ärztliche Moderatorinnen und Moderatoren auszuwählen und deren Mitwirkung sicherzustellen.

4.4.3 Schulung der Moderatorinnen und Moderatoren

Die Projektgruppe sollte das Einführungsseminar bzw. die Schulung der Moderatorinnen und Moderatoren vorbereiten, die erforderlichen Materialien zur Verfügung stellen und die Durchführung organisieren. Das Seminar sollte das bei der Implementation der ärztlichen Qualitätszirkel erfolgreiche Prinzip aufnehmen, das darin bestand, die Arbeitsweise des Qualitätszirkels überwiegend in Gruppenarbeit zu vermitteln und erfahrbar zu machen.

4.4.4 Qualitätszirkelarbeit und Begleitseminare

Bis zum Juni 2000 sollten die Moderatorinnen und Moderatoren alle organisatorischen Fragen geklärt und die erste Sitzung „ihres“ Qualitätszirkels vorbereitet haben. Anschließend sollten zehn bis 15 Qualitätszirkel ihre Arbeit aufnehmen und bis Juni 2001 zehn Treffen von je zwei bis drei Stunden in annähernd monatlichen Abständen durchführen.

Die *Begleittreffen* sollten der Vor- und Nachbereitung der Qualitätszirkelsitzungen dienen. Es waren insgesamt fünf Treffen in etwa zweimonatigen Abständen vorgesehen in der Annahme, dass so alle Phasen¹² der Gruppenarbeit zum Thema werden konnten.

Die Begleittreffen waren auf eineinhalb Tage angelegt und sollten nach Möglichkeit montags und dienstags¹³ stattfinden. Entsprechend dem ins Auge gefassten Ablaufplan und in Abstimmung mit den Ferienzeiten boten sich die folgenden Termine an:

- 19./20. Juni 2000 (alle Zirkel sollten ihr erstes Treffen durchgeführt haben),
- 25./26. September 2000 (die Zirkel sollten zirka drei Treffen durchgeführt haben),
- 20./21. November 2000 (die Zirkel sollten zirka fünf Treffen durchgeführt haben),
- 26./27. Februar 2001 (alle Zirkel sollten zirka sieben Treffen durchgeführt haben),
- 14./15. Mai 2001 (alle Zirkel sollten ihr zehntes Treffen durchgeführt haben).

Die inhaltliche Gestaltung der Begleittreffen sollte vom Verlauf der Qualitätszirkel abhängig gemacht werden. In jedem Fall sollten aber die folgenden Bereiche abgedeckt werden:

- *Erfahrungsaustausch/Intervision*. Unter diesem Aspekt sollten die Begleittreffen als Qualitätszirkel der Moderatorinnen und Moderatoren fungieren, die sich jeweils als Einzelkämpferinnen und -kämpfer in ihrer Institution und ihrem Pilotzirkel in einer

12 Forming (Formierung der Gruppe); Storming (Aushandlung der Hierarchien); Norming (Ausbildung von Gruppennormen); Performing (Arbeitsphase). Vgl. Lampe u. a. 1993.

13 Die Priorität dieser Wochentage ergibt sich daraus, dass die Treffen nach Möglichkeit in die Arbeitszeit der Moderatorinnen und Moderatoren der Zirkel fallen – daher nicht am Wochenende – und sich nicht mit den Hauptarbeitszeiten der Moderatorin dieser Seminare, Frau Dr. Weiß, überschneiden sollten.

ungewohnten Situation behaupten müssen. Es war zu erwarten, dass die Moderatorinnen und Moderatoren den Rückhalt der anderen suchen und brauchen würden. Falldiskussionen aus der Qualitätszirkelpraxis waren daher ebenso als fester Bestandteil der Begleittreffen geplant wie die Diskussion von Ergebnissen der Zirkelevaluation.

Die folgenden Fragen sollten regelmäßig im Rahmen der Begleittreffen thematisiert werden: Nehmen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kontinuierlich am Qualitätszirkel teil? Wird das in der Gruppe formulierte Arbeitsprogramm durchgehalten? Wie ist das Verhältnis zwischen Moderatorinnen bzw. Moderator und Gruppe? Welche Beziehungen haben sich in der Gruppe herausgebildet? Wie wird das Alltagshandeln im Qualitätszirkel nachvollziehbar gemacht? Wie reagiert die Institution auf Entwicklungen im Qualitätszirkel? Inwieweit sind die erarbeiteten Ergebnisse umsetzbar? Wie wirkt sich die Qualitätszirkelarbeit bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, wie bei Klientinnen und Klienten aus? Durch welche äußeren Einflüsse wird die Qualitätszirkelarbeit behindert, wodurch begünstigt? Gibt es ungeplante Nebenfolgen des Qualitätszirkels?

- *Weiterentwicklung des Konzepts/Leitfadens.* Im Rahmen der Begleittreffen sollte kontinuierlich geprüft werden, wo Modifikationen des zugrunde gelegten Qualitätszirkelkonzepts erforderlich würden. Weiterhin sollten die Diskussionen mit dem Ziel dokumentiert werden, Chancen und Probleme von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung anhand praktischer Beispiele darstellen zu können. Die Kleingruppenarbeit sollte auf Flipcharts dokumentiert, die Diskussionen sollten zusätzlich auf Tonträgern mitgeschnitten und gezielt aufbereitet werden.
- *Vorbereitung der nächsten Treffen.* Schließlich sollten die Begleittreffen der systematische Ort sein, an dem in der Auseinandersetzung mit den anderen Moderatorinnen und Moderatoren und der Projektgruppe anstehende Probleme gedankenexperimentell gelöst werden und die nächsten Schritte konkret geplant werden könnten. Die Projektgruppe sollte hierbei im Rekurs auf den Leitfaden „Ärztliche Qualitätszirkel“ und in Form von Diskussionsmaterialien immer wieder den Bezug zum Qualitätszirkelkonzept herstellen.

Über die vorgesehenen fünf Begleittreffen hinaus sah der Projektplan vor, dass in Absprache mit dem Projektträger und der Projektgruppe weitere fakultative Treffen zu speziellen Themen organisiert werden konnten. In der Zeit zwischen den Begleittreffen sollte der Kontakt zwischen Moderatorinnen und Moderatoren sowie Projektgruppe durch eine Telefon- und E-Mail-Hotline aufrechterhalten werden. Eine intensivere persönliche Zusammenarbeit sollte im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung erfolgen, die aus Zeit- und Kostengründen jedoch nur in ausgewählten Fällen geplant war.

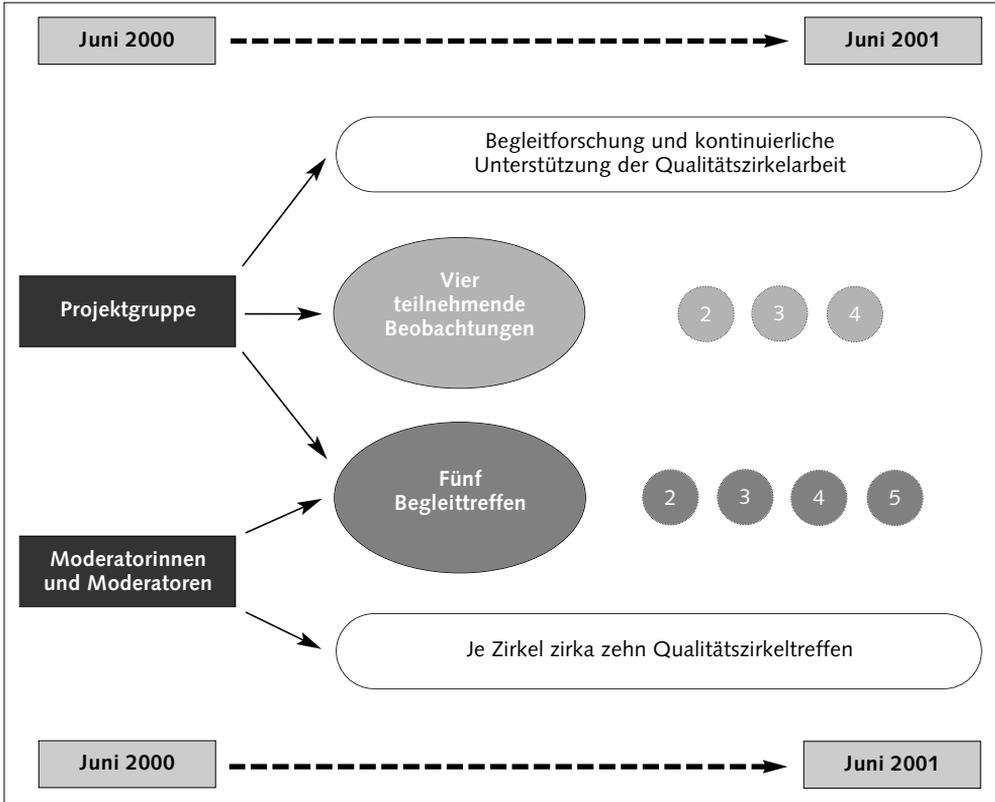


Abb. 4: Phase der Qualitätszirkelarbeit

4.5 Zeitplan des Projekts

Phase I: Vorbereitung

- 1. November 1999: Projektbeginn, Aufruf zur Mitarbeit
- 9. Februar 2000: Informationsveranstaltung in Göttingen
- bis Mitte März 2000: Bewerbung für die Teilnahme als Moderatorin oder Moderator
- bis Mitte April 2000: Auswahl der Moderatorinnen und Moderatoren

Phase II: Durchführung (vgl. Abb. 4)

- 8. bis 10. Mai 2000: Einführungsseminar für die Moderatorinnen und Moderatoren in Göttingen

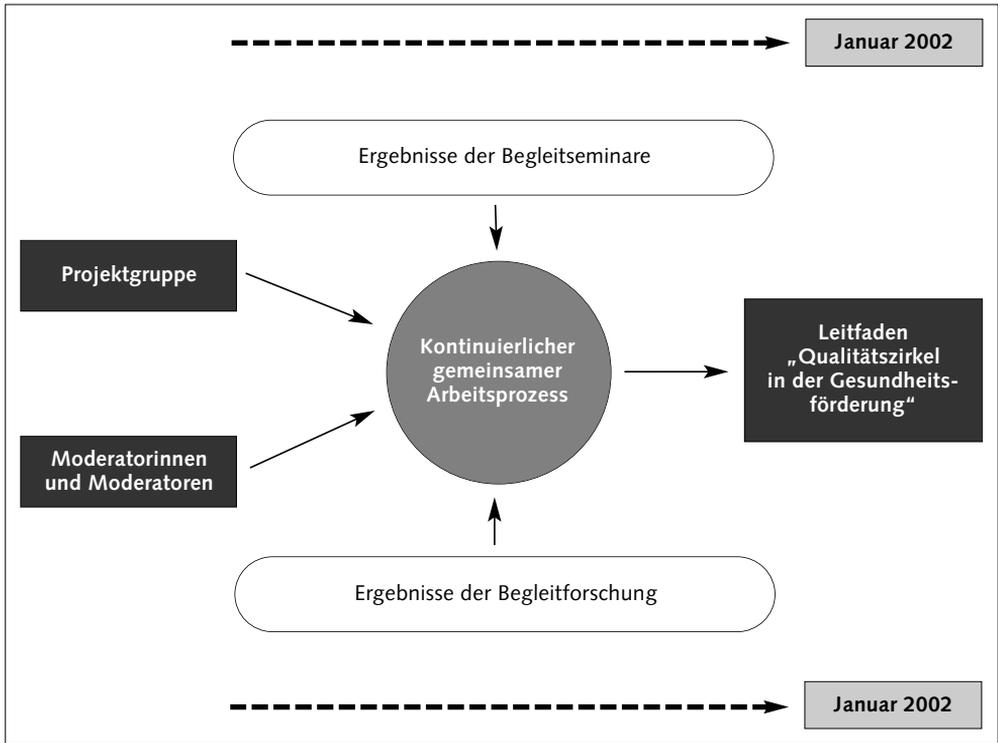


Abb. 5: Phase der Auswertung und Berichterstattung

- bis Juni 2000: Initiierung der Qualitätszirkel durch die Moderatorinnen und Moderatoren
- bis Juni 2001: Durchführung von je zirka zehn Qualitätszirkeltreffen
- bis Juni 2001: Fünf zirka eineinhalbtägige Begleitseminare in Göttingen

Phase III: Auswertung und Berichterstattung (vgl. Abb. 5)

- November 2001: Vorstellung des Projektberichts
- Januar 2002: Vorstellung des Handbuchmanuskripts

**METHODEN VON BEGLEI-
TENDER DOKUMENTATION
UND PROZESSUNTER-
STÜTZUNG – DAS EVA-
LUATIONSKONZEPT DES
MODELLPROJEKTS**



Durch einen Aufruf bzw. eine Bekanntmachung des Modellprojekts, der sich bundesweit an in der Gesundheitsförderung Tätige aller Couleur richtete, wurde das Vorhaben zunächst durch die BZgA und durch die Projektgruppe öffentlich bekannt gemacht. Durch anschließende Befragungen der Interessentinnen und Interessenten wurden Voraussetzungen für eine weitere Selektion geschaffen, die in der Auswahl der am Modellprojekt beteiligten Bewerberinnen und Bewerber mündete.

Mit Blick auf die Weiterentwicklung und die Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts in der Gesundheitsförderung kam der Begleitforschung ein hoher Stellenwert zu. Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Erprobungsphase sollten Hinweise für eine künftige Gestaltung des Qualitätszirkelkonzepts und dessen Breitenimplementation liefern.

Die Begleitforschung erfüllt dabei unterschiedliche Funktionen. Sie ermittelt:

- den Unterstützungsbedarf auf Seiten der Moderatorinnen und Moderatoren,
- die Bedingungen, die den Aufbau von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung unterstützen bzw. hemmen,
- welche Beispiele besonders dafür geeignet sind, Qualitätszirkelarbeit in der Gesundheitsförderung im Leitfaden zu veranschaulichen,
- wie sich die Teilnahme am Qualitätszirkel auf Berufszufriedenheit und Lebensqualität auswirkt sowie
- welche Wirkungen die Qualitätszirkelarbeit auf die Qualität der Tätigkeit hat.

Die primären Fragestellungen, die der begleitenden Dokumentation zugrunde lagen, waren:

- Inwieweit wurde das Konzept „Qualitätszirkel“ im Bereich der Gesundheitsförderung akzeptiert?
- Inwieweit wurde das (bei den Begleitseminaren unterstützend vermittelte) Qualitätszirkelkonzept umgesetzt?
- Welcher Unterstützungsbedarf ergab sich bei den im Rahmen des Projekts geschulten Qualitätszirkelmoderatorinnen und -moderatoren?
- Inwieweit bedarf das – im (haus-)ärztlichen Bereich entwickelte – Qualitätszirkelkonzept spezifischer Modifikationen in unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsförderung?
- Lassen sich Entwicklungsprozesse bei der Konzeptumsetzung beschreiben?
- Welcher inhaltliche Entwicklungsverlauf lässt sich bei den Qualitätszirkeln beobachten?
- Welcher Erkenntnisgewinn ergibt sich aus der Qualitätszirkelarbeit? Wie ist die Umsetzbarkeit der erarbeiteten Ergebnisse zu beurteilen?
- Lassen sich Veränderungen bezüglich der Einstellungen und der Kooperationsbeziehungen auf Seiten der Moderatorinnen und Moderatoren und/oder der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beobachten?
- Wie schätzen Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer sowie Moderatorinnen und Moderatoren selbst die Wirkungen der Qualitätszirkelarbeit, der erstellten Produkte sowie der Begleitseminare ein?

Mithilfe der Erhebungsinstrumente sollten zum einen empirische Daten gewonnen werden, mittels derer die genannten Fragestellungen des Projekts beantwortet werden konnten; zum anderen galt es, erfahrungsgestützt Ansatzpunkte für die Unterstützung der Moderatorinnen und Moderatoren bei der Konzeptumsetzung zu gewinnen. Die Erhebungsinstrumente waren des Weiteren teilweise bewusst gestaltet, dass Erkenntnisse über das Instrument „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“ in unterschiedlichsten Tätig-

Fragestellung	Evaluations-/Erhebungsinstrument
Selektion der Bewerberinnen und Bewerber sowie Auswahl der Moderatorinnen und Moderatoren	<ul style="list-style-type: none"> – Aufruf/Bekanntmachung des Projekts – Befragung der Interessentinnen und Interessenten – Befragung der Bewerberinnen und Bewerber
Inwieweit wurde das Qualitätszirkelkonzept im Bereich der Gesundheitsförderung akzeptiert?	<ul style="list-style-type: none"> – Kurzbeurteilungen des Einführungs-/Abschlusseminars und der Begleitseminare – Eingangs- und Abschlussbefragung der Moderatorinnen und Moderatoren sowie der Teilnehmerinnen und Teilnehmer – Teilnehmende Beobachtung der Qualitätszirkel – Kurzbeurteilungen durch die Moderatorinnen und Moderatoren sowie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer – (Dokumentation der diversen Seminare) – (Protokolle der Qualitätszirkeltreffen)
Inwieweit wurde das (bei den Begleitseminaren unterstützend vermittelte) Qualitätszirkelkonzept umgesetzt?	<ul style="list-style-type: none"> – Dokumentationen des Einführungs-/Abschlusseminars und der Begleitseminare – Kurzbeurteilungen des Einführungs-/Abschlusseminars und der Begleitseminare – Eingangs- und Abschlussbefragung der Moderatorinnen/Moderatoren bzw. Teilnehmerinnen/Teilnehmer – Befragung zum Stand der Qualitätszirkelarbeit – Teilnehmende Beobachtung der Qualitätszirkel – Kurzbeurteilungen durch die Moderatorinnen und Moderatoren sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmer – Qualitätszirkelcheck
Welcher Unterstützungsbedarf bezüglich der Konzeptumsetzung ergibt sich bei den Moderatorinnen und Moderatoren?	<ul style="list-style-type: none"> – Dokumentationen der Begleitseminare – Kurzbeurteilungen der Seminare – Eingangs- und Abschlussbefragung der Moderatorinnen und Moderatoren sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmer – Befragung zum Stand der Qualitätszirkelarbeit – Teilnehmende Beobachtung der Qualitätszirkel – Kurzbeurteilungen durch die Moderatorinnen und Moderatoren sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmer – Qualitätszirkelcheck

Fragestellung	Evaluations-/Erhebungsinstrument
Lassen sich Entwicklungsprozesse bei der Konzeptumsetzung beschreiben?	<ul style="list-style-type: none"> – Befragung zum Stand der Qualitätszirkelarbeit – Dokumentation der Begleitseminare – Protokolle der Qualitätszirkeltreffen – Teilnehmende Beobachtung
Welcher inhaltliche Entwicklungsverlauf lässt sich bei den Qualitätszirkeln beobachten?	<ul style="list-style-type: none"> – Eingangs- und Abschlussbefragung der Moderatorinnen und Moderatoren sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmer – Protokolle jeder Qualitätszirkelsitzung – Teilnehmende Beobachtung der Qualitätszirkel – Begleitseminare und deren Dokumentation – Qualitätszirkelcheck
Welcher Erkenntnisgewinn ergibt sich aus der Qualitätszirkelarbeit bzgl. der Umsetzbarkeit von Ergebnissen?	<ul style="list-style-type: none"> – Eingangs- und Abschlussbefragung der Moderatorinnen und Moderatoren sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmer – Kurzbeurteilungsbogen
Lassen sich Veränderungen bzgl. der Einstellungen und der Kooperationsbeziehungen auf Seiten der Moderatorinnen bzw. Moderatoren und/oder der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beobachten?	<ul style="list-style-type: none"> – Eingangs- und Abschlussbefragung der Moderatorinnen und Moderatoren sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmer
Selbst eingeschätzte Wirkungen der Qualitätszirkelarbeit, der erzeugten Produkte sowie der Begleitseminare?	<ul style="list-style-type: none"> – Eingangs- und Abschlussbefragung der Moderatorinnen und Moderatoren sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Tab. 3: Fragestellungen und Instrumente der Begleitforschung

keitsfeldern gewonnen werden konnten. Diesem Ansinnen sollte durch viele offen gestellte Fragen Rechnung getragen werden. Tabelle 3 auf Seite 55/56 gibt eine Übersicht über die Fragestellungen und die damit verbundenen Evaluationsinstrumente.

Zu Beginn des Projekts ergab sich zunächst die Aufgabe, das Modellprojekt einer möglichst breiten Zielgruppe bekannt zu machen, um dann eine Auswahl geeigneter Moderatorinnen und Moderatoren treffen zu können. Dies wird im Folgenden dargestellt.

5.1 Auswahl der Moderatorinnen und Moderatoren

5.1.1 Aufruf und Bekanntmachung des Projekts durch BZgA und Projektgruppe

Durch die Information über das Modellprojekt und den Aufruf zur Mitarbeit wurde das Projekt einer breiteren Öffentlichkeit bekannt gemacht. Ziel war es, bundesweit Personen aufmerksam zu machen, die in der Gesundheitsförderung tätig sind. Dabei war gewünscht, dass sich möglichst aus dem gesamten, breit gefächerten Gebiet der Gesundheitsförderung Personen angesprochen fühlten, die die Funktion von Initiatorinnen und Initiatoren sowie Moderatorinnen und Moderatoren von Qualitätszirkeln übernehmen könnten. Im Rahmen des im Modellprojekt zu entwickelnden und zu erprobenden Angebots für in der Gesundheitsförderung tätige Fachkräfte sollte ein Material- und Beratungs-Paket (Schulung, Beratung, Fortbildung) erstellt werden.

Damit sollte den mitarbeitenden Fachkräften in der Gesundheitsförderung eine weitgehend selbstständige Initiierung und erfolgreiche Gestaltung von Qualitätszirkeln ermöglicht werden. Insofern stellt das „Modellprojekt“ ein „Entwicklungsprojekt“ dar. Aufgrund dieses Aufrufes durch die BZgA sowie über die Website der Projektgruppe meldeten sich insgesamt 148 am Projekt Interessierte und in der Gesundheitsförderung Tätige, um mehr über das Vorhaben zu erfahren.

5.1.2 Befragung der Interessentinnen und Interessenten

Die Befragung der Interessentinnen und Interessenten richtete sich an Praktikerinnen bzw. Praktiker und Institutionen der Gesundheitsförderung, die ein Kooperationsinteresse formuliert hatten. Mit der Einladung zur Informationsveranstaltung am 19. 2. 2000 erhielten die Interessentinnen und Interessenten neben der Programmübersicht einen Rückmeldebogen. Mit der Rücksendung des ausgefüllten Erhebungsbogens meldeten sich die an der Teilnahme Interessierten zugleich für die Informationsveranstaltung an. Der Erhebungsbogen sollte zum einen Planungssicherheit schaffen und zum anderen den Kreis der Teilnehmenden auf diejenigen begrenzen, die sich von Qualifikation, institutionellen Voraussetzungen und persönlichem Engagement her eine aktive Mitarbeit im Projekt vorstellen konnten. Im Hinblick auf die Auswahl potenzieller Moderatorinnen und Moderatoren und für die Planung der weiteren Veranstaltungen war es wichtig, bestimmte Kenntnisse über die Bewerberinnen und Bewerber zu besitzen.

Folgende Ergebnisse wurden auf dem Rückmeldebogen in offener Frageform erfasst:

- Absender (Name, Adresse, Institution)
- Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsförderung



- Moderationserfahrung
- Ideen zur Durchführung eines Zirkels
- Falls eine Institution vertreten wird, die einen Qualitätszirkel anbieten möchte, aber noch keine geeigneten Moderatorinnen und Moderatoren hat: Name der Institution und Themenbereich für die Zirkelarbeit
- Weitere Fragen oder Probleme im Vorfeld der Informationsveranstaltung

5.1.3 Evaluation der Informationsveranstaltung

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Informationsveranstaltung bildeten die Zielgruppe dieses Evaluationsinstruments. Es wurden wiederum soziodemografische Daten erfasst sowie eine Bewertung der Informationsveranstaltung erbeten. Letzteres sollte der Projektgruppe als Rückmeldung dienen, mit deren Hilfe künftige Veranstaltungen (zum Beispiel Begleitseminare) zielgruppenorientiert gestaltet bzw. modifiziert werden konnten. Außerdem wurde erfragt, ob ein Interesse an der Mitarbeit im Projekt besteht. Dadurch konnte ein erster Überblick über potenzielle Bewerberinnen und Bewerber gewonnen werden. Dieser Fragebogen war weiterentwickelt worden nach einem Erhebungsinstrument der AQUA, das sich bei Veranstaltungen zur Schulung von Moderatorinnen und Moderatoren bewährt hatte.

5.1.4 Teilnehmende Beobachtung der Schnupperzirkel im Rahmen der Informationsveranstaltung

Die im Rahmen der Informationsveranstaltung durchgeführten Schnupperzirkel wurden durch ärztliche Moderatorinnen und Moderatoren geleitet, die zugleich die Gruppenarbeit moderieren und kommentierend den Bezug zum Qualitätszirkelkonzept herstellen sollten. Als Diskussionsmaterial diente eine auf Video aufgezeichnete Konsultation in der hausärztlichen Sprechstunde. Durch die teilnehmende Beobachtung der Schnupperzirkel sollte deutlich werden, wie das Konzept von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern aufgenommen wurde und ggf. welche Widerstände bei den Teilnehmenden untereinander, gegenüber den (ärztlichen) Moderatorinnen und Moderatoren und gegenüber dem Konzept bestanden. Außerdem sollte ein Augenmerk auf die Qualitätssicherungsphilosophie(n) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gelegt werden. Bezüglich der Inhalte waren die Beobachterinnen und Beobachter aufgefordert, darauf zu achten, ob sich am Beispiel der ärztlichen Handlungssituation der Nutzen von Qualitätszirkelarbeit im Bereich der Gesundheitsförderung aufzeigen ließ, welche Schwerpunkte die Teilnehmenden setzten und welche Vorstellungen von Gesundheitsförderung bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern vorzufinden waren. Des Weiteren sollte beobachtet werden, ob die Bedeutung von Dokumentation für eine erfolgreiche Qualitätszirkelarbeit deutlich geworden war und wie die Methode der Videodokumentation aufgenommen wurde. Als globale

Beurteilung sollten die Beobachterinnen und Beobachter¹⁴ schließlich ein Resümee hinsichtlich folgender Fragen entwickeln:

- Konnte das Konzept erfolgreich vermittelt werden?
- Hat der Kurs den Teilnehmenden Spaß gemacht? Wurde Ärger oder Unverständnis wahrgenommen?
- Wie funktionierte das Zusammenspiel zwischen dem ärztlichen Moderator bzw. der ärztlichen Moderatorin und den in der Gesundheitsförderung Tätigen?
- Wie gingen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufeinander ein? Gelang die Zusammenarbeit? Gab es Hierarchiekonflikte?
- Gab es konzeptuelle Konkurrenzen?
- Lässt die Veranstaltung Rückschlüsse bezüglich der Auswahl der Moderatorinnen und Moderatoren zu?
- Lässt die Veranstaltung Rückschlüsse über geeignete Gruppenzusammensetzung (thematisch bzw. institutionsbezogen homogen oder nicht?) zu?
- Gesamtbeurteilung aus der Sicht der Beobachterinnen und Beobachter

Die Leitfragen für diese teilnehmende Beobachtung waren eine Eigenentwicklung der Projektgruppe. In einer gemeinsamen Besprechung wurden die Eindrücke der teilnehmenden Beobachterinnen und Beobachter mit denen der ärztlichen Moderatorinnen und Moderatoren Harald Bär-Palmié, Elisabeth Drimalla, Ulrich Polenz, Uwe Popert und Martina Weiß abgeglichen.

5.1.5 Dokumentation der Informationsveranstaltung

Eine Verdichtung und schriftliche Fixierung des Thematisierten stellte die Dokumentation der Informationsveranstaltung dar. Darin wurden Ablauf und Ergebnisse der Veranstaltung sowie die Struktur und Zielvorstellungen der verschiedenen am Modellprojekt beteiligten Personen und Institutionen festgehalten. Auf diese Weise war eine Ergebnis-sicherung gewährleistet, auf die sowohl die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltung als auch die Auftraggeberin jederzeit zurückgreifen konnten (zum Beispiel: Definitionen von Qualitätszirkel, Kreislauf der Qualitätssicherung, Ziele des Modellprojekts, Teilnahmebedingungen, Aufgaben der Moderatorinnen und Moderatoren, Erfolgskriterien für das Projekt, Begleitforschung, erwartete Ergebnisse, Rolle der BZgA, Flipchartaufzeichnungen aus den Schnupperkursen, Ergebnisse der Befragung zur Informationsveranstaltung).

¹⁴ Die teilnehmende Beobachtung wurde durch die Projektmitarbeiterinnen und Mitarbeiter Martina Nave, Dirk Pohl und Ulrike Schmidt sowie durch Anja Klingenberg (AQUA) und Susanne Heim (GeMeKo e.V.) durchgeführt. Die beiden Letzteren waren vor dem Hintergrund gemeinsamer Arbeitszusammenhänge um Unterstützung gebeten worden, um in allen fünf parallelen Schnupperzirkeln eine Begleitung zu ermöglichen.

Diese „begleitende Dokumentation“ diente ferner der Entscheidungsunterstützung für Bewerberinnen und Bewerber und Institutionen einerseits sowie Projektträgerinnen bzw. -träger und Projektgruppe andererseits. Die 47-seitige Dokumentationsbroschüre wurde allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Informationsveranstaltung zugesandt. Die Form der Dokumentation war von der Projektgruppe entwickelt worden.

5.1.6 Befragung der Bewerberinnen und Bewerber

Dieser Fragebogen richtete sich gezielt an Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Informationsveranstaltung, die verbindlich ihr Teilnahmeinteresse am Modellprojekt bekundet hatten. Der Fragebogen stellte eine weitere Entscheidungshilfe für die Selektion der am Modellprojekt teilnehmenden Moderatorinnen und Moderatoren dar. Er umfasste insgesamt 14 Fragen (vgl. Tabelle 4), von denen einzelne Items dem Fragebogen des im Qualitätszirkel Hannover entwickelten Projekts „Allgemeinmedizinische Qualitätszirkel“ (Gerlach und Bahrs 1994) entnommen worden waren. Wichtigste Aspekte, die eruiert werden sollten, waren: *Qualifikation, Vorerfahrungen, Arbeitsfeld, Einstellungen zu Qualitätssicherung im Bereich der Gesundheitsförderung, bisherige Erfahrungen mit Qualitätszirkelarbeit, bisherige Erfahrungen als Weiterbildnerin bzw. Weiterbildner, Kontext der Erfahrungen als Moderatorin bzw. Moderator, Motive zur Mitarbeit am Modellprojekt, Erwartungen an die Qualitätszirkelarbeit, angezielter Qualitätszirkel, Thema, Gewinnung der Qualitätszirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer, Unterstützung/Zusammenarbeit mit welcher Institution, Einschätzung des monatlichen Zeitaufwandes sowie angestrebter Initiierungszeitpunkt der Qualitätszirkel*. Bei dieser Befragung ging es in erster Linie also darum, sicherzustellen, dass die Befragten (= mögliche Moderatorinnen und Moderatoren) einen Qualitätszirkel im Bereich der Gesundheitsförderung sowohl initiieren als auch umsetzen konnten und dass dies mit genügend eigenem Engagement und mit der Unterstützung einer Institution verbunden war. Weiterhin sollten ausreichende Informationen zur Verfügung stehen, um bei der Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber ein möglichst breites Spektrum von Themen, Institutionen und Tätigkeiten abdecken zu können.

Begleitend zu den Qualitätszirkelsitzungen und Begleitseminaren wurden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie Moderatorinnen und Moderatoren Erwartungen und Bewertungen bezüglich der Qualitätszirkelarbeit bzw. der Seminare erfragt. Die dabei eingesetzten Evaluationsinstrumente hatten dabei unterschiedliche Funktionen zu erfüllen. Zunächst werden im Folgenden die Instrumente aufgeführt, die die Teilnehmenden betreffen. Die Erhebungsinstrumente für die Moderatorinnen und Moderatoren schließen sich daran an.

Frage-Nr.	Itemformulierung • Subkategorien	Frage typ
1	Geben Sie bitte Ihren Namen, Alter und die Adresse (incl. Telefon und ggf. E-Mail-Adresse) an.	offen
2	Geben Sie bitte Ihr Arbeitsfeld, ggf. Ihre Institution und Ihre Position in der Institution an.	offen
3	<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)
4	Welche Erfahrungen haben Sie bisher in Ihrer Arbeit mit Qualitätssicherungsprogrammen gemacht?	offen
5	Welche Erfahrungen haben Sie mit Supervisionen in Ihrer Arbeit gemacht?	offen
6	Welche Erfahrungen haben Sie ggf. als „Weiterbilder“ mit dem Thema Qualitätssicherung gemacht?	offen
7	In welchen Arbeitszusammenhängen haben Sie Ihre Moderationserfahrungen gesammelt?	offen
8	<p>Die folgende Frage soll dazu dienen, Ihre Erwartungen an die Projektmitarbeit kennen zu lernen.</p> <p>Die Mitarbeit im Projekt ermöglicht mir ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... ein neues Konzept mitzuerproben • ... 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 Gesundheitsförd. mitzuwirken • ... an der Vernetzung der Gesundheitsförderer mitzuwirken • ... mich über aktuelle Entwicklungen zu informieren • ... 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)

Frage-Nr.	Itemformulierung • Subkategorien	Frageotyp
9	<p>Die folgende Frage soll dazu dienen, Ihre Vorstellungen und Bedürfnisse zu Ihrer eigenen Qualitätszirkelarbeit kennen zu lernen. Ich nehme an, dass ich durch meine Mitarbeit im Qualitätszirkel ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... 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 Rückhalt für die tägliche Arbeit bekomme • ... mehr fachbezogene Handlungssicherheit erwerben kann • ... eine größere Bewusstheit meiner Grenzen erreichen werde • ... eigene Erfahrungen weitergeben kann • ... Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner erhalte • ... mehr Freude an der Arbeit haben werde 	<p>geschlossen</p> <p>(5-stufige Skala: ja – eher ja – teils/teils – eher nein – nein)</p>
10	Welches Thema möchten Sie gern in einem Qualitätszirkel behandeln?	offen
11	Wie wollen Sie die Teilnehmer für Ihren Qualitätszirkel gewinnen (z.B. Anknüpfen an bestehende Arbeitsgruppen; Initiierung neuer Gruppe etc.)?	offen
12	Mit welcher Institution wollen Sie zusammenarbeiten?	offen
13	Inwieweit erscheint Ihnen der geforderte Zeitaufwand von zirka 2 ¼ Tagen im Monat und einer Projektlaufzeit von einem Jahr in Ihrer jetzigen Arbeitssituation als realistisch?	offen
14	Bis wann können Sie einen Qualitätszirkel initiieren?	offen

Tab. 4: Items der Bewerberinnen- und Bewerberbefragung

5.2 Erwartungen und Bewertungen aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Moderatorinnen und Moderatoren

5.2.1 Erwartungen und Bewertungen aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

5.2.1.1 Eingangsbefragung

Die Eingangsbefragung der Teilnehmenden (vgl. Tabelle 5) wurde im Verlauf der ersten Sitzungen von den Moderatorinnen und Moderatoren an die Qualitätszirkelteilnehme-

Frage-Nr.	Itemformulierung • Subkategorien	Fragetyp
1	Geben Sie bitte Ihr Arbeitsfeld, ggf. Ihre Institution (Zahl der Mitarbeiter) und Ihre Position in der Institution an.	offen
2	<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. 	<p>geschlossen</p> <p>(5-stufige Skala: ja – eher ja – teils/teils – eher nein – nein)</p>
3	Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit Qualitätssicherungsprogrammen gemacht?	offen
4	<p>Die folgende Frage soll dazu dienen, Ihre Vorstellungen und Bedürfnisse zu Ihrer eigenen Qualitätszirkelarbeit kennen zu lernen. Ich nehme an, dass ich durch meine Mitarbeit im Qualitätszirkel ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... 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 Rückhalt für die tägliche Arbeit bekomme • ... mehr fachbezogene Handlungssicherheit erwerben kann • ... eine größere Bewusstheit meiner Grenzen erreichen werde • ... eigene Erfahrung weitergeben kann • ... Infos über Kooperations- und Ansprechpartner erhalte • ... mehr Freude an der Arbeit haben werde 	<p>geschlossen</p> <p>(5-stufige Skala: ja – eher ja – teils/teils – eher nein – nein)</p>
5	<p>Welche Beweggründe haben Sie veranlasst, an diesem Qualitätszirkel teilzunehmen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungsaustausch mit Kollegen • Allgemeine Neugier • Kollegiale Supervision • Selbstreflexion • Anschluss an Forschung • Geselligkeit in kleiner Gruppe • Berufspolitische Überlegungen • Tipps/Hinweise für die eigene Tätigkeit • Sonstiges, und zwar: 	<p>geschlossen</p> <p>(Zustimmung durch Ankreuzen)</p>

Frage-Nr.	Itemformulierung • Subkategorien	Fragetyp
6	<p>Welche Kriterien sollten Ihrer persönlichen Auffassung nach für die Wahl eines Themas im Qualitätszirkel ausschlaggebend sein? Mehrfachnennungen sind möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relevanz für die tägliche Arbeit in der Praxis • Häufigkeit des Problems • Bisher unbefriedigende Problemlösung • Praktische Beeinflussbarkeit • Abgrenzbarkeit • Machbarkeit • Wirtschaftliche Bedeutung • Sonstiges, und zwar: 	<p>geschlossen</p> <p>(Zustimmung durch Ankreuzen)</p>
7	<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 • Weiß nicht 	<p>geschlossen</p> <p>(Zustimmung durch Ankreuzen)</p>
8	<p>Wie sehen Sie die Funktion/Aufgabe des „Moderators“ eines Qualitätszirkels? Mehrfachnennungen sind 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 Räumlichkeiten, Getränke, technische Ausstattung usw. kümmern • ... Meinungsunterschiede in der Gruppe aufzeigen bzw. verdeutlichen • ... Konflikte in der Gruppe schlichten • ... sich inhaltlich völlig zurückhalten 	<p>geschlossen</p> <p>(5-stufige Skala: ja – eher ja – teils/teils – eher nein – nein)</p>
9	<p>Was könnten Ihrer Auffassung nach die entscheidenden Nachteile und Probleme für eine Qualitätszirkelarbeit sein? 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: 	<p>geschlossen</p> <p>(5-stufige Skala: ja – eher ja – teils/teils – eher nein – nein)</p>

Frage-Nr.	Itemformulierung • Subkategorien	Frage typ
10	In welchen Bereichen ist die Qualität der Gesundheitsförderung für Sie besonders umstritten?	offen
11	Der Begriff der „Gesundheitsförderung“ findet in sehr vielen Bereichen Anwendung. Wie würden Sie aus Ihrer Erfahrung heraus die „Gesundheitsförderung“ charakterisieren?	offen
12	Ihr Geschlecht? • Männlich • Weiblich	geschlossen
13	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

Tab. 5: Items der Eingangsbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

rinnen und -teilnehmer ausgehändigt. Mit dieser Befragung sollten die Einstellungen, Erwartungen (und Befürchtungen) der Teilnehmenden bezüglich der Qualitätszirkelarbeit eruiert werden.

Insgesamt wurden 13 Fragen (neun geschlossene und vier offene Items) gestellt. Vier der geschlossenen Items (*Einstellungen und Meinungen* gegenüber *Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung*, *Vorstellungen und Bedürfnisse* hinsichtlich der Mitarbeit im Qualitätszirkel, *Funktion/Aufgabe des Moderators bzw. der Moderatorin* eines Qualitätszirkels, *mögliche Nachteile und Probleme* der Qualitätszirkelarbeit) sollten auf einer fünffach gestuften Likert-Skala (ja – eher ja – teils/teils – eher nein – nein) beantwortet werden. Bei drei weiteren geschlossenen Fragen konnten sich die Ausfüllenden für eine (*Bedeutung des Fallbezugs*) oder mehr als eine Kategorie (*Beweggründe für die Teilnahme* am Modellprojekt, *Kriterien für die Wahl eines Themas* im Qualitätszirkel) durch entsprechendes Ankreuzen entscheiden. Außerdem wurde noch nach dem *Geschlecht* und der *Altersgruppe* gefragt.

Mit diesen Angaben sollte es möglich sein, ein *Gesamtbild* über die Gruppe der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu gewinnen. Des Weiteren konnte so auch die Unterschiedlichkeit der Zusammensetzung der Teilnehmenden der verschiedenen Qualitätszirkel deutlich gemacht werden. Dieses Gesamtbild der Qualitätszirkel hatte also deskriptiven Nutzen, da die Zirkel im Bereich der Gesundheitsförderung bezüglich der genannten Kriterien beschrieben werden (entsprechende Vergleichsdaten aus ärztlichen Qualitätszir-

keln liegen vor), und da Unterschiede zwischen den Zirkeln beschrieben werden konnten. Des Weiteren diente die Eingangsbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als Hilfestellung für die Moderatorinnen und Moderatoren, um die Situation in ihrem Zirkel – auch im Vergleich zu den anderen Zirkeln – nachvollziehen zu können sowie als Ausgangswert, vor dem die weitere Entwicklung der Zirkel zu beurteilen war (u. a. mittels Vergleichsbefragung am Ende des Projekts).

Der Fragebogen enthielt weiterhin vier offene Fragen zu: *Arbeitsfeld/Institution* und *Position, bisherigen Erfahrungen mit Qualitätssicherungsprogrammen*, Einschätzung, *in welchen Bereichen die Gesundheitsförderung für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer besonders umstritten* sei und Charakterisierung des Begriffs der *Gesundheitsförderung* aus Sicht der Teilnehmenden. Diese Fragen waren als offene Fragen konzipiert, da den Teilnehmenden kein „Korsett“ mit vorgefertigten Antworten angelegt werden sollte. Vielmehr war das Ziel, die – zum Erhebungszeitpunkt noch nicht bekannte – Vielfältigkeit der Teilnehmenden im Bereich der Gesundheitsförderung herauszustellen. Die Antworten auf diese Fragen sollten verdeutlichen, aus welchen (unterschiedlichen) Arbeitsfeldern die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Qualitätszirkel stammen und welcher Art die bisherigen Erfahrungen mit Qualitätssicherungsprogrammen waren. Auch die Frage nach den Bereichen, in denen die Qualität der Gesundheitsförderung für die Teilnehmenden besonders umstritten sei, sollte dazu dienen, die Unterschiedlichkeit der jeweiligen Problembereiche der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu Tage treten zu lassen. Zur Abrundung des Profils der Einstellungen der Teilnehmenden gegenüber der Gesundheitsförderung wurden sie schließlich gebeten, diesen Begriff aus ihrer Erfahrung heraus zu charakterisieren. Damit sollte ein Bild davon gewonnen werden, welche Dimensionen für die Teilnehmenden mit dem Begriff „Gesundheitsförderung“ verknüpft sind, wo Schwerpunkte liegen und welche Bereiche im Projekt unterrepräsentiert sind.

5.2.1.2 Kurzbeurteilungen

Für eine Verlaufsbeschreibung und -beurteilung der Qualitätszirkelarbeit wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer um eine Evaluation nach jeder Qualitätszirkelsitzung gebeten (vgl. Tabelle 6). Dazu wurde ihnen jeweils vom Moderator bzw. von der Moderatorin zum Ende einer Zirkelsitzung ein Kurzbeurteilungsbogen ausgeteilt, der fünf geschlossene und vier offene Fragen enthielt. Mit den geschlossenen Fragen konnten die Teilnehmenden das jeweilige Treffen auf einer sechsfach gestuften Likert-Skala (1 = „sehr zufrieden“ bis 6 = „sehr unzufrieden“) bewerten. Zu bewerten war der *sachliche Ertrag*, die *Gruppenatmosphäre*, die *Unterstützung der Gruppe durch die Moderierenden* sowie der *eigene Beitrag*. Darüber hinaus sollte eine *Gesamtbeurteilung* des Treffens abgegeben werden. Die Antworten auf diese geschlossenen Fragen sollten die quantitative Basis für eine Verlaufsbeschreibung der Bewertungen der Zirkeltreffen aus Sicht der Teilnehmenden liefern. Weiterhin wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in offenen Fragen darum gebeten, zu benennen, was sie am jeweiligen Treffen besonders gut fanden, ob sie *Verbesserungsvorschläge* hätten, ob sie beim jeweiligen Tref-

Itemformulierung • Subkategorien	Fragetyp
Bewerten Sie bitte das heutige Treffen aus Ihrer Sicht: • Mit dem sachlichen Ertrag bin ich: • Mit der Gruppenatmosphäre war ich: • Mit der Unterstützung der Gruppe durch den Moderator bin ich: • Mit dem eigenen Beitrag war ich: • Meine Gesamtbeurteilung des heutigen Treffens lautet:	geschlossen (6-stufige Skala: 1 [= sehr zufrieden] bis 6 [= sehr unzu- frieden])
Was fanden Sie am heutigen Treffen besonders gut?	offen
Haben Sie Verbesserungsvorschläge?	offen
Haben Sie auf diesem Treffen praktische Anregungen erhalten?	offen
Ich glaube, die erhaltenen Anregungen auch umsetzen zu können.	offen

Tab. 6: Items der Kurzbeurteilungen der Qualitätszirkeltreffen

fen *praktische Anregungen erhalten* hätten und ob sie glaubten, die *erhaltenen Anregungen auch umsetzen* zu können. Die Antworten aus diesen Fragen dienten der qualitativen begleitenden Dokumentation der Qualitätszirkelarbeit. Mithilfe dieser Items sollte auch eruiert werden, inwiefern die Qualitätszirkel ergebnisorientiert, praxisnah und auch an praktischen Problemstellungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Zirkel orientiert arbeiteten. Der Kurzevaluationsbogen geht auf ein von Edith Andres u. a. entwickeltes Instrument (vgl. Bahrs u. a. 2001) zurück, das von der Projektgruppe um das Item „Bewertung des eigenen Beitrags“ sowie die offenen Fragen ergänzt worden war.

5.2.1.3 Abschlussbefragung

Die Abschlussbefragung wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern (vgl. Tabelle 7 auf Seite 68–70) in der jeweils letzten Qualitätszirkelsitzung zum Ausfüllen ausgehändigt. Sie war weitgehend mit der Eingangsbefragung parallelisiert und bestand aus 20 (elf geschlossenen und neun offenen) Fragen.

Alle neun geschlossenen Items aus der Eingangsbefragung wurden aufgegriffen und sollten bei der Abschlussbefragung noch einmal rückblickend und im Hinblick auf die Erfüllung der Erwartungen (außer Geschlecht und Altersgruppe) beantwortet werden. Zwei weitere geschlossene Items (vgl. Tabelle 7, Frage 17 und 18) kamen hinzu: Auf einer sechsfach gestuften Likert-Skala (1 = „sehr zufrieden“ bis 6 = „sehr unzufrieden“) sollte die Kurzbeurteilung der Zirkeltreffen insgesamt (Zufriedenheit mit: *sachlichem Ertrag, Gruppenatmosphäre, Unterstützung der Gruppe durch die Moderierenden, eigenem Beitrag, Gesamtbeurteilung*) eingetragen werden; und es wurde nach einer bereits *absolvierten Moderatorenausbildung* (ja/nein) gefragt. Die unterschiedlichen Skalenniveaus waren gewählt worden, um eine Parallelisierung zur Eingangsbefragung (fünfstufige Likert-Skala und einfaches Ankreuzen) sowie zu den Kurzevaluationen

Frage-Nr.	Itemformulierung • Subkategorien	Fragetyp
1	Geben Sie bitte Ihr Arbeitsfeld, ggf. Ihre Institution (Zahl der Mitarbeiter) und Ihre Position in der Institution an.	offen
2	<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. • Qualitätszirkel sind ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. 	<p>geschlossen</p> <p>(5-stufige Skala: ja – eher ja – teils/teils – eher nein – nein)</p>
3	<p>Welche Erwartungen an die Teilnahme am Modellprojekt „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“ haben sich erfüllt? Mehrfachnennungen möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungsaustausch mit Kollegen • Allgemeine Neugier • Kollegiale Supervision • Selbstreflexion • Anschluss an Forschung • Geselligkeit in kleiner Gruppe • Berufspolitische Überlegungen • Tipps/Hinweise für die eigene Tätigkeit • Sonstiges, und zwar: 	<p>geschlossen</p> <p>(Zustimmung durch Ankreuzen)</p>
4	<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 des Problems • Bisher unbefriedigende Problemlösung • Praktische Beeinflussbarkeit durch die Qualitätszirkelteilnehmer • Abgrenzbarkeit • Machbarkeit • Wirtschaftliche Bedeutung • Sonstiges, und zwar: 	<p>geschlossen</p> <p>(Zustimmung durch Ankreuzen)</p>
5	Die folgende Frage soll dazu dienen, in Erfahrung zu bringen, inwieweit sich Ihre Erwartungen an die Qualitätszirkelarbeit erfüllt haben.	geschlossen

Frage-Nr.	Itemformulierung • Subkategorien	Fragetyp
	<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 Rückhalt 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 von Gesundheitsförderung erweitert • ... eine Aufwertung gegenüber anderen Berufsgruppen erfahren 	<p>(5-stufige Skala: ja – eher ja – teils/teils – eher nein – nein)</p>
6	<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: 	<p>geschlossen (Zustimmung durch Ankreuzen)</p>
7	<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 Räumlichkeiten, Getränke, technische Ausstattung usw. kümmern • ... Meinungsunterschiede in der Gruppe aufzeigen bzw. verdeutlichen • ... Konflikte in der Gruppe schlichten • ... sich inhaltlich völlig zurückhalten • ... Sonstiges, und zwar: 	<p>geschlossen (Zustimmung durch Ankreuzen)</p>
8	<p>Was könnten Ihrer Auffassung nach die entscheidenden Nachteile und Probleme für eine Qualitätszirkelarbeit sein? Mehrfachnennungen möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeitaufwand • Kosten 	<p>geschlossen (Zustimmung durch Ankreuzen)</p>

Frage-Nr.	Itemformulierung • Subkategorien	Frage typ
	<ul style="list-style-type: none"> • Kritik durch Kollegen tolerieren • Verunsicherung • Mut, selbst Kritik zu formulieren • Mehraufwand durch Dokumentation des Arbeitsalltags • Sonstiges, und zwar: 	
9	In welchen Bereichen ist die Qualität der Gesundheitsförderung für Sie besonders umstritten?	offen
10	Der Begriff der „Gesundheitsförderung“ findet in sehr vielen Bereichen Anwendung. Wie würden Sie aus Ihrer Erfahrung heraus die „Gesundheitsförderung“ charakterisieren?	offen
11	Welche Aspekte der Gesundheitsförderung haben in Ihrem Qualitätszirkel eine besondere Rolle gespielt?	offen
12	Wie unterscheidet sich nach Ihren Erfahrungen die Arbeit im Qualitätszirkel von der Arbeit in anderen Gruppen?	offen
13	Erscheint Ihnen der Qualitätszirkel als ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung in Ihrem Arbeitsbereich? Bitte erläutern.	offen
14	Könnten Sie sich vorstellen, selber eine Ausbildung zum Moderator eines Qualitätszirkels in der Gesundheitsförderung zu machen?	offen
15	Könnten Sie sich vorstellen, selber einen Qualitätszirkel zu initiieren und haben Sie schon konkrete Vorstellungen?	offen
16	Haben Sie Anmerkungen und Ideen zum Konzept „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“?	offen
17	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 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])
18	Haben Sie bereits eine Moderatorenausbildung absolviert?	geschlossen (ja – nein)
19	Ihr Geschlecht? <ul style="list-style-type: none"> • Männlich • Weiblich 	geschlossen
20	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

Tab. 7: Items der Abschlussbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

(sechsstufige Likert-Skala) herzustellen. Dass die Skalenniveaus unterschiedlich sind, ist weiterhin darauf zurückzuführen, dass die Fragen aus den jeweiligen Vorläuferfragebogen übernommen und für die Erfordernisse des Modellprojekts zusammengestellt worden waren.

Bis auf die Frage nach den bisherigen Erfahrungen mit Qualitätszirkelarbeit wurden alle (drei) offenen Fragen aus der Eingangsbefragung noch einmal gestellt. Hinzu kamen sechs weitere offene Items (vgl. Tabelle 7, Frage 11–16). Davon dienten die beiden Items *Aspekte, die im jeweiligen Zirkel eine besondere Rolle gespielt haben* und *Unterschiede zwischen der Arbeit im Qualitätszirkel und der Arbeit in anderen Gruppen* der Rückschau. Die beiden Fragen nach *Eignung des Instrumentes Qualitätszirkel im jeweiligen Arbeitsbereich* des Teilnehmers bzw. der Teilnehmerin und *Anmerkungen zum Konzept* bezogen sich vor allem auf die Akzeptanz des Konzepts. Schließlich sollten die Items nach der *Motivation der Teilnehmenden, selbst eine Ausbildung zum Qualitätszirkelmoderator bzw. zur -moderatorin zu machen sowie selbst einen Qualitätszirkel zu initiieren* Hinweise für eine mögliche Implementation des Konzepts liefern.

5.2.2 Erwartungen und Bewertungen aus Sicht der Moderatorinnen und Moderatoren

5.2.2.1 Eingangsbefragung

Die Eingangsbefragung der Moderatorinnen und Moderatoren (vgl. Tabelle 8 auf Seite 72) spezifizierte die Items der Bewerberinnen- und Bewerberbefragung im Hinblick auf die konkrete Qualitätszirkelinitiierung und hinsichtlich der Zusammenarbeit mit der Projektgruppe. Durch die Antworten wurde das Profil der Moderatorinnen und Moderatoren und der von ihnen angezielten Qualitätszirkel verdeutlicht und für die Projektgruppe und die Auftraggeberin transparent. Aus dem Fragebogen sollte zudem hervorgehen, welche Bandbreite an in der Gesundheitsförderung tätigen Personen und Institutionen an dem Modellprojekt beteiligt ist. Durch die Angaben der Moderatorinnen und Moderatoren bezüglich des Unterstützungsbedarfs durch die Projektgruppe sowie ihrer Erwartungen und Befürchtungen war es möglich, im Verlauf des Projekts – bei Begleitseminaren oder in informellen Gesprächen – auf die Belange der Moderatorinnen und Moderatoren einzugehen und gegebenenfalls Modifikationen am Konzept vorzunehmen.

5.2.2.2 Kurzbeurteilungen

Genau wie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren auch die Moderatorinnen und Moderatoren dazu aufgefordert, nach jedem Zirkeltreffen einen Kurzbeurteilungsbogen auszufüllen. Der Kurzevaluationsbogen hatte dieselbe Struktur wie der Kurzbeurteilungsbogen (fünf geschlossene und vier offene Fragen) der Teilnehmenden. Nur galt bei

Frage-Nr.	Itemformulierung	Frage typ
1	Geben Sie bitte Ihren Namen, Alter und die Adresse (incl. Telefon und ggf. E-Mail-Adresse) an.	offen
2	Was hat Sie motiviert, am Modellprojekt „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“ teilzunehmen?	offen
3	Bitte stellen Sie noch einmal kurz den von Ihnen geplanten Qualitätszirkel, das Thema, die avisierten Teilnehmer und die Institutionen dar, mit denen Sie zusammenarbeiten wollen.	offen
4	Welche Probleme gab es in der Initiierungsphase Ihres Qualitätszirkel. Welche Probleme liegen noch vor Ihnen?	offen
5	Wo sehen Sie derzeit noch Unterstützungsbedarf durch die Projektgruppe für Ihren Zirkel?	offen
6	Welche Erwartungen und Befürchtungen haben Sie bezüglich Ihrer zukünftigen Qualitätszirkelarbeit?	offen
7	Wie stellen Sie sich die Unterstützung durch die Projektgruppe im Verlauf des Projekts vor? Was würden Sie sich wünschen?	offen
8	Wie könnte es Ihrer Meinung nach mit den Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung weitergehen? Wie sehen Sie Ihre persönlichen Perspektiven?	offen
9	Der Begriff der „Gesundheitsförderung“ findet in sehr vielen Bereichen Anwendung. Wie würden Sie aus Ihrer Erfahrung heraus die „Gesundheitsförderung“ charakterisieren?	offen

Tab. 8: Items der Eingangsbefragung der Moderatorinnen und Moderatoren

dem Bogen der Moderatorinnen und Moderatoren, dass die Zufriedenheit mit der Unterstützung der Gruppe durch den Moderator bzw. die Moderatorin im Hinblick auf den Moderator bzw. die Moderatorin eine Selbstbeurteilung darstellt, während die Zufriedenheit mit dem eigenen Beitrag (der Teilnehmerinnen und Teilnehmer) eine Fremdbeurteilung des Beitrages des Teilnehmenden meint. Insofern sind diese beiden Items spiegelverkehrt zur Beurteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu lesen. Diese Einschätzungen konnten also den Bewertungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gegenübergestellt werden.

Die vier offenen Fragen waren identisch mit denen der Kurzbeurteilungen der Teilnehmenden. Die Antworten aus diesen Fragen dienten der qualitativen begleitenden Dokumentation der Qualitätszirkelarbeit. Hier bestand die Möglichkeit, dass Diskrepanzen in Bewertungen zwischen Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie Moderatorinnen und Moderatoren offen gelegt werden konnten. Darauf konnte dann in Begleitseminaren eingegangen und damit die weitere Qualitätszirkelarbeit optimiert werden. Dieser Evaluationsbogen war analog zum Kurzevaluationsbogen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer von der Projektgruppe überarbeitet worden (vgl. Bahrs u. a. 2001).

5.2.2.3 Abschlussbefragung

Die Abschlussbefragung der Moderatorinnen und Moderatoren (vgl. Tabelle 9 auf Seite 74 bis 77) bestand aus 32 Items (zwölf geschlossene und 20 offene Fragen). Dieser Fragebogen war parallel zur Eingangsbefragung und Abschlussbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer konstruiert worden.

Alle geschlossenen Items der Abschlussbefragung der Teilnehmenden wurden hier auch an die Moderatorinnen und Moderatoren gerichtet. Hinzu kamen als Frage 29 die *Kurzbeurteilung der Begleitseminare* insgesamt (Zufriedenheit mit: *sachlichem Ertrag, Gruppenatmosphäre, Unterstützung der Gruppe durch die Moderation, eigenem Beitrag, Gesamtbeurteilung*) und als Frage 30 die *Zufriedenheit mit der Unterstützung* (bezüglich *Konzeptvermittlung, Materialien, Kurzevaluation, teilnehmender Beobachtung, Begleitseminare, Kontakt zu Kollegen/Kolleginnen, Mitgestaltungschance*). Diese Fragen lassen weitere Rückschlüsse auf die Akzeptanz des Konzepts zu.

Zusätzlich zu den bei der Abschlussbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (5.2.1.3) bereits aufgeführten offenen Fragen mit ihren jeweiligen Intentionen wurden den Moderatorinnen und Moderatoren weitere offene Fragen gestellt. So wurde (rückblickend) nach dem *durchschnittlichen Zeitaufwand pro Zirkelsitzung* gefragt. Die weiteren Fragen bezogen sich vor allem auf

- a) die mögliche Implementation des Konzepts: *Einstellung gegenüber einer Fortsetzung des jeweiligen Qualitätszirkels; Motivation, einen neuen Qualitätszirkel zu initiieren (eventuell konkrete Vorstellungen bezüglich Teilnehmerkreis, Institutionen, Honorar); Unterstützungsbedarf des jeweiligen Qualitätszirkels durch die Projektgruppe; weiterer (persönlicher) Unterstützungsbedarf als Moderatorin bzw. Moderator; Erwartungen und Befürchtungen bezüglich der eigenen zukünftigen Qualitätszirkelarbeit,*
- b) Evaluation der Projektarbeit: *Bewertung der bisherigen Unterstützung durch die Projektgruppe,*
- c) generelle Überlegungen zur Implementation des Konzepts: *Einschätzung des besonderen Unterstützungsbedarfs für Moderatorinnen bzw. Moderatoren bei Implementation von Qualitätszirkeln im Bereich der Gesundheitsförderung; Möglichkeiten, diesem besonderen Unterstützungsbedarf gerecht zu werden; Institutionen, die eine Implementation unterstützen sollten; der Motivation, sich als Schulungsleiterin bzw. Schulungsleiter an der Implementierung zu beteiligen sowie*
- d) Ausblick: *die Einschätzung, wie es mit den Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung weitergeben könnte* (und Einschätzung der persönlichen Perspektiven).

Schließlich zielte die Frage nach der *Beurteilung von Qualitätszirkeln im Vergleich zu anderen Instrumenten zur Qualitätssicherung* auf die Akzeptanz des Konzepts bei den Moderatorinnen und Moderatoren.

Frage-Nr.	Itemformulierung • Subkategorien	Fragetyp
1	Geben Sie bitte Ihren Namen an.	offen
2	<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. 	<p>geschlossen</p> <p>(5-stufige Skala: ja – eher ja – teils/teils – eher nein – nein)</p>
3	<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 mitzuerproben • ... 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 	<p>geschlossen</p> <p>(5-stufige Skala: ja – eher ja – teils/teils – eher nein – nein)</p>
4	<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 	<p>geschlossen</p> <p>(Zustimmung durch Ankreuzen)</p>

Frage-Nr.	Itemformulierung • Subkategorien	Frage- typ
	<ul style="list-style-type: none"> • Wirtschaftliche Bedeutung • Sonstiges, und zwar: 	
5	<p>Die folgende Frage soll dazu dienen, Ihre Erfahrungen mit Ihrer eigenen Qualitätszirkelarbeit kennen zu lernen. 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 Rückhalt 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 	<p>geschlossen</p> <p>(5-stufige Skala: ja – eher ja – teils/teils – eher nein – nein)</p>
6	<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: 	<p>geschlossen</p> <p>(Zustimmung durch Ankreuzen)</p>
7	<p>In der Rückschau: Wie sehen Sie die Funktion/Aufgabe des „Moderators“ eines Qualitätszirkels? Mehrfachnennungen sind 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 Räumlichkeiten, Getränke, technische Ausstattung usw. kümmern • ... Meinungsunterschiede in der Gruppe aufzeigen bzw. verdeutlichen • ... Konflikte in der Gruppe schlichten • ... sich inhaltlich völlig zurückhalten • ... Sonstiges, und zwar: 	<p>geschlossen</p> <p>(Zustimmung durch Ankreuzen)</p>

Frage-Nr.	Itemformulierung • Subkategorien	Frage typ
8	<p>Was waren für Sie persönlich die entscheidenden Nachteile und Probleme für eine Qualitätszirkelarbeit? Mehrfachnennungen sind 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: 	<p>geschlossen</p> <p>(Zustimmung durch Ankreuzen)</p>
9	Den durchschnittlichen Zeitaufwand pro Zirkelsitzung schätze ich auf:	offen
10	In welchen Bereichen ist die Qualität der Gesundheitsförderung für Sie besonders umstritten?	offen
11	Der Begriff der „Gesundheitsförderung“ findet in sehr vielen Bereichen Anwendung. Wie würden Sie aus Ihrer Erfahrung heraus die „Gesundheitsförderung“ charakterisieren?	offen
12	Welche Aspekte von Gesundheitsförderung haben in Ihrem Qualitätszirkel eine besondere Rolle gespielt?	offen
13	Wie unterscheidet sich nach Ihren Erfahrungen die Arbeit im Qualitätszirkel von der Arbeit in anderen Gruppen?	offen
14	Erscheint Ihnen der Qualitätszirkel als ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung in Ihrem Arbeitsbereich? Bitte erläutern.	offen
15	Könnten Sie sich vorstellen, den bestehenden Qualitätszirkel fortzusetzen?	offen
16	Können Sie sich vorstellen, einen neuen Zirkel zu initiieren? Wenn ja: Haben Sie bereits konkrete Vorstellungen (Thema, Teilnehmerkreis, Institutionen, Honorar)?	offen
17	Haben Sie Anmerkungen und Ideen zum Konzept „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“?	offen
18	Wo sehen Sie derzeit noch Unterstützungsbedarf durch die Projektgruppe für Ihren Zirkel?	offen
19	Wie sind Sie durch die Projektgruppe unterstützt worden?	offen
20	Welchen (weiteren) Unterstützungsbedarf sehen Sie für sich persönlich als Moderator?	offen
21	Wo wird Ihrer Meinung nach bei der Implementation von Qualitätszirkeln im Bereich der Gesundheitsförderung ein besonderer Unterstützungsbedarf für die Moderatoren bestehen?	offen
22	Wie wird man einem solchen Bedarf aus Ihrer Sicht gerecht werden können?	offen
23	Welche Institutionen sollten Ihrer Meinung nach die Implementation unterstützen?	offen

Frage-Nr.	Itemformulierung • Subkategorien	Frage typ
24	Können Sie sich vorstellen, sich als Schulungsleiter an der Implementierung zu beteiligen?	offen
25	Welche Erwartungen und Befürchtungen haben Sie bezüglich Ihrer eigenen zukünftigen Qualitätszirkelarbeit?	offen
26	Wie könnte es Ihrer Meinung nach mit den Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung weitergehen? Wie sehen Sie ihre persönlichen Perspektiven?	offen
27	Wie beurteilen Sie Qualitätszirkel im Vergleich zu anderen Instrumenten der Qualitätssicherung?	offen
28	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 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])
29	Kurzbeurteilung der Begleitseminare insgesamt: <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])
30	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: • des Kontakts zu Kollegen war ich: • der Mitgestaltungschance war ich: 	geschlossen (6-stufige Skala: 1 [= sehr zufrieden] bis 6 [= sehr unzufrieden])
31	Ihr Geschlecht? <ul style="list-style-type: none"> • Männlich • Weiblich 	geschlossen
32	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

Tab. 9: Items der Abschlussbefragung der Moderatorinnen und Moderatoren

Mithilfe der Aussagen zu diesen Items sollte es also gelingen, ein umfassendes Bild der Moderatorinnen und Moderatoren hinsichtlich ihrer Einstellungen und Einschätzungen zur Qualitätszirkelarbeit, bis hin zum im Modellprojekt vertretenen Konzept, zur Zusammenarbeit mit der Projektgruppe sowie bezüglich ihrer Motivation und Bereitschaft zu einer weiteren Zusammenarbeit zu erlangen.

Auch bei dieser Befragung war ein wichtiger Aspekt, dass Stärken und Schwächen des Konzepts aufgedeckt und erforderliche Modifikationen ermöglicht werden konnten.

5.3 Dokumentation und Evaluation durch Moderatorinnen und Moderatoren sowie Projektgruppe

5.3.1 Protokollbogen der Qualitätszirkelsitzungen

Bei den Protokollbogen handelte es sich um ein Instrument der begleitenden Dokumentation, das nach jeder Qualitätszirkelsitzung zum Einsatz kam. Mithilfe der Protokolle der einzelnen Zirkelsitzungen sollte die *inbaltliche* Arbeit und die den Qualitätszirkeln eigene *Gruppendynamik* nachvollziehbar gemacht und für eine vergleichende Betrachtung festgehalten werden („Was passiert im Zirkel?“). Im Unterschied zur teilnehmenden Beobachtung und dem Qualitätszirkelcheck wurden die Protokollbogen nur begrenzt als Instrument der Verlaufsbetrachtung und Bewertung, also als evaluatives Instrument, eingesetzt. Im Gegensatz zu dem Instrument „Stand der Zirkelarbeit“ richteten sich die Protokollbogen nicht an die Projektgruppe hinsichtlich Unterstützungsbedarf u.Ä. Ziel dieser Bogen war demgegenüber vor allem die reine Dokumentation des Ablaufs, der Struktur und der Inhalte der Zirkelsitzungen. Daraus konnten Rückschlüsse auf Konzepttreue und Akzeptanz des Konzepts gezogen werden. Außerdem wurden diese Protokolle zum Teil¹⁵ den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Gruppen zur Verfügung gestellt. Insofern kommt diesen Bogen eine Doppelfunktion zu. Ein Protokollbogen umfasste die in Tabelle 10 genannten Items.

Diese Angaben sollten die konkrete Arbeit in den Qualitätszirkeln transparent und nachvollziehbar machen, sodass Aspekte aus den Protokollbogen zum Beispiel auch als „Fall“ in den Begleitseminaren aufgegriffen werden konnten. Die Protokollbogen waren aus dem Bereich der ärztlichen Qualitätszirkel übernommen und von der Projektgruppe geringfügig modifiziert worden (vgl. Bahrs u. a. 2001, S. 348f.).

¹⁵ Einige Moderatorinnen und Moderatoren gaben Kopien dieser Protokollbogen an ihre Teilnehmerinnen und Teilnehmer weiter, während andere gesonderte Protokolle für die Teilnehmenden erstellten.

Sitzung (Nr.):	Dauer der Sitzung:
Thema der Sitzung:	Anzahl der Teilnehmer der Sitzung (inkl. Moderator[en]):
Ort, Datum:	Anzahl der Gäste der Sitzung:
I Rückblick auf das vorige Treffen:	
I a Nachträge/Änderungen zum Protokoll	
I b Konnten die verabredeten Ziele umgesetzt werden?	
II Verlauf und Ergebnisse des heutigen Treffens:	
II a Was wurde zum heutigen Thema besprochen?	
II b Wurden konkrete Änderungen im Vorgehen vereinbart? (z. B. „Was wollen wir in Zukunft anders machen?“ oder „Worauf wollen wir verstärkt achten?“)	
II c 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):	

Tab. 10: Items der Protokollbogen der Qualitätszirkeltreffen

5.3.2 Stand der Qualitätszirkelarbeit

Dieser Dokumentationsbogen bestand aus 15 offenen Fragen und wurde jeweils von den Moderatorinnen und Moderatoren bei den Begleitseminaren ausgefüllt. Ziel war es, der Projektgruppe zu ermöglichen, den momentanen Entwicklungsstand der Qualitätszirkel einzuschätzen und diesem in der unterstützenden Begleitung Rechnung zu tragen.

Neben dem Namen und einer offenen Beschreibung des *derzeitigen Standes der Qualitätszirkelarbeit/-initiierung* wurde erfragt, *wie viele Sitzungen bereits absolviert*, welche *Erfahrungen*

- ggf. mit der *Gewinnung neuer Teilnehmerinnen und Teilnehmer*,
 - bezüglich der *Kooperationsbereitschaft der eigenen Institution*,
 - bezüglich der *Kooperationsbereitschaft der Institutionen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer* des jeweiligen Zirkels,
 - mit der *Gruppenarbeit* im jeweiligen Zirkel,
 - mit der *Rolle als Moderatorin bzw. Moderator*,
 - mit einer *Komoderation*,
 - mit dem *Qualitätszirkelkonzept*,
 - mit den von der Projektgruppe zur Verfügung gestellten *Materialien* (ggf. Änderungswünsche)
- gemacht worden waren sowie

- welcher *Unterstützungsbedarf* derzeit gesehen wurde,
- was bisher bei der Zirkelarbeit *besonders negativ* und *schwierig* war,
- was bisher bei der Zirkelarbeit *besonders positiv* war und
- sonstige *Bemerkungen, Kritik und Anregungen*.

Auch hier war also ein wichtiger Aspekt, dass mögliche Defizite erkannt, thematisiert und in der weiteren Zusammenarbeit zwischen Projektgruppe und (Ko-)Moderatorinnen und -Moderatoren minimiert bzw. behoben werden sollten.

Der Fragebogen zum Stand der Qualitätszirkelarbeit war eine Eigenentwicklung der Projektgruppe, die damit auf die erkennbar unterschiedlichen Entwicklungsverläufe der Qualitätszirkel reagierte. Er war als pragmatisches Instrument im Hinblick auf die Qualitätsverbesserung der Prozessunterstützung angelegt. Eine vergleichende Auswertung war zunächst nicht vorgesehen, ermöglichte aber überraschende Einsichten in Lern- und Interaktionsverläufe.

5.3.3 Teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung stellte ein weiteres Instrument der begleitenden Dokumentation dar und wurde von Mitgliedern der Projektgruppe durchgeführt. Ziel war es, bei jedem Qualitätszirkel mindestens einmal in Form einer teilnehmenden Beobachtung vor Ort eine Qualitätszirkelsitzung mitzuerleben. Zweck der teilnehmenden Beobachtungen war in erster Linie, Einblicke in die konkrete Qualitätszirkelarbeit zu gewinnen (und zwar durch direkte Beobachtung der Zirkelsitzungen), um aus dieser Perspektive heraus das Gesamtbild eines Zirkels besser ordnen und strukturieren zu können. Der ursprüngliche Plan (Bahrs u. a. 2000, S. 18), mit einer Stichprobe von insgesamt vier Beobachtungen in vier verschiedenen Zirkeln die typischen Phasen des Gruppenprozesses (Forming, Storming, Norming, Performing; vgl. Langmaack und Braune-Krickau 1989) zu repräsentieren, wurde früh erweitert. Auch auf Wunsch der Moderatorinnen und Moderatoren wurde mindestens ein Besuch pro Qualitätszirkel durchgeführt. Die Termine wurden in Absprache mit den Moderatorinnen und Moderatoren so gewählt, dass nach Möglichkeit die genannten Phasen gleichermaßen berücksichtigt werden konnten.¹⁶

Die Eindrücke aus den teilnehmenden Beobachtungen wurden hinsichtlich der folgenden Aspekte zusammengefasst:

- Erwartungen aufgrund Vorinformationen

¹⁶ Dabei wurde angenommen, dass die Forming-Phase durch erste bzw. zweite Treffen, die Storming-Phase durch dritte bzw. vierte Treffen, die Norming-Phase etwa durch fünfte bis siebte Treffen und die Performing-Phase zirka durch neunte bzw. zehnte Treffen abgebildet werden und die Beobachtungsergebnisse zugleich bei der Gestaltung der Begleitseminare berücksichtigt werden könnten.

- Entwicklung des institutionellen Umfelds
- Strukturmerkmale
- Gruppendynamik und Interaktionsbeziehungen
- Arbeitsweise
- Dokumentation
- Präsentation
- Verlauf des Qualitätszirkels
- Bearbeitete Themen
- Inhaltliche Ergebnisse
- Konzeptumsetzung
- Fazit

Die teilnehmenden Beobachtungen lieferten direkte Informationen aus den Zirkeln an die Projektgruppe. Die teilnehmenden Beobachterinnen und Beobachter konnten einen unmittelbaren Eindruck von der Qualitätszirkelarbeit gewinnen, in den u. a. der situative Kontext der Zirkelsitzungen, die Stimmung und Atmosphäre, Interaktionsmuster, Gruppenkonstellation und Position des (Ko-)Moderators bzw. der (Ko-)Moderatorin eingingen. Ein weiterer wichtiger Beobachtungsaspekt war die Präsentation und Akzeptanz des Konzepts, d. h. dessen handlungsbezogene Umsetzung. In der direkten Beobachtung konnte somit auch eruiert werden, ob Modifikationen am Konzept bzw. an dessen Vermittlung notwendig sind, damit der Qualitätszirkel besser arbeiten kann. Die teilnehmende Beobachtung diente darüber hinaus der Intensivierung der Zusammenarbeit von Projektgruppe und Moderatorinnen sowie Moderatoren. Die Projektgruppe bereitete die teilnehmenden Beobachtungen in gemeinsamen Besprechungen vor und formulierte auf der Basis der vorliegenden Informationen über den jeweils zu besuchenden Qualitätszirkel spezifische Fragen. Diese orientierten sich auch an dem formulierten oder erkennbaren Unterstützungsbedarf des jeweils Moderierenden. Dementsprechend schloss sich an das beobachtete Treffen ein persönliches Gespräch an, in dem die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter den Moderatorinnen und Moderatoren unmittelbar eine Rückmeldung gaben. Auf Wunsch wurde darüber hinaus eine kommentierte schriftliche Zusammenfassung der Beobachtungsergebnisse erstellt. Für die Begleitforschungen fassten die Beobachterinnen und Beobachter ihre Eindrücke in frei formulierten mehrseitigen Beobachtungsprotokollen zusammen und stellten diese in der Projektgruppe vor. Diese Texte wurden im Rahmen der Auswertung zu halbstandardisierten Protokollbogen komprimiert.

5

5.3.4 Qualitätszirkelcheck

Der Qualitätszirkelcheck (QZ-Check) ist ein Instrumentarium zur Selbsteinschätzung der Moderatorinnen und Moderatoren zum Entwicklungsstand ihres Qualitätszirkels, das im Projektverlauf an Bedeutung gewann. Zunächst überhaupt nicht für den Einsatz vorgesehen, wurde das von der AQUA-Arbeitsgruppe (Gerlach und Beyer 1996, 2001) für

den ärztlichen Bereich entwickelte Instrument beim 3. Begleitseminar im November 2000 mit den Moderatorinnen und Moderatoren der Projektzirkel diskutiert und im Hinblick auf die Tätigkeitsbereiche in der Gesundheitsförderung modifiziert. Alle Projektmoderatorinnen und -moderatoren füllten dann zum 5. Begleitseminar im April 2001 – kurz vor Beendigung der Projektzirkel – den QZ-Check aus.

Diese Selbsteinschätzung ermöglichte es den Moderatorinnen und Moderatoren und auch der Projektgruppe, den Entwicklungsstand der Qualitätszirkel hinsichtlich der vier übergeordneten Merkmalsbündel *Struktur*, *Gruppendynamik*, *Arbeitsweise in der Gruppe* und *Evaluation* vergleichend einzuordnen. Operationalisiert waren diese Kate-

Merkmalskategorie	Operationalisierte Merkmale
Struktur	<ul style="list-style-type: none"> – Freiwilligkeit – Konstanz des Rahmenthemas – Regelmäßigkeit der Teilnahme (Anwesenheit) – Konstanz des Teilnehmerkreises (feste Gruppe) – Kontinuität der Treffen – Protokollführung (inhaltliche Kontinuität) – Moderation
Gruppendynamik	<ul style="list-style-type: none"> – Gruppenatmosphäre/-probleme – Kollegialität/ gegenseitige Kritik – Gleichmäßigkeit der Mitarbeit – Moderatorin bzw. Moderator und Gruppe
Arbeitsweise in der Gruppe	<ul style="list-style-type: none"> – Themenwahl – Zielsetzung und systematisches Vorgehen – Problemanalyse – Analyse des Alltagshandelns – Nachvollziehbarkeit des Alltagshandelns/Dokumentation – Fallbezug – Umgang mit dem Fall – Umsetzung in berufliches Alltagshandeln – Zielsetzung Qualitätsförderung
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Evaluation der Zirkelarbeit selbst – Evaluation der Veränderungen im Handeln der Teilnehmenden – Schriftliche Evaluation der Arbeitsergebnisse – Dokumentation von Veränderungen in der praktischen Tätigkeit – Evaluation der Zielerreichung nach Kriterien – Wiederholung der Evaluation von Veränderungen zu einem späteren Zeitpunkt

Tab. 11: Kategorien und operationalisierte Merkmale des Qualitätszirkelchecks

gorien mit konkreten Variablen der Qualitätszirkelarbeit, die mit „Ja“ und „Nein“ zu beantworten und bei einigen Antworten um einen Freitext ergänzbar waren. Tabelle 11 gibt einen Überblick über die Operationalisierungen.

Der Selbstevaluationsbogen hat nicht zuletzt eine didaktische Funktion. Durch die Beantwortung der Fragen und die Reflexion auf die Ergebnisse sollte den Beteiligten noch einmal verdeutlicht werden, worauf es in der Qualitätszirkelarbeit für die Projektgruppe ankam und wo bezüglich der erfassten Variablen derzeit noch Defizite oder auch Stärken der einzelnen Qualitätszirkel lagen.

5.4 Seminare

5.4.1 Dokumentation der Begleitseminare (inkl. Einführungs- und Abschlussseminar)

Die Dokumentationen der Begleitseminare dienten wiederum in erster Linie der schriftlichen Fixierung des Thematisierten und der Nachvollziehbarkeit dessen, was dort bearbeitet worden war. Die Begleitseminare hatten mehrere Zielstellungen: Konzeptvermittlung, Austausch- und Kontaktforum für Moderatorinnen und Moderatoren untereinander und mit der Projektgruppe sowie Möglichkeit, Rückmeldungen und Anregungen einzubringen. Daher war es wichtig, die Inhalte und prozessualen Aspekte dieser Treffen festzuhalten. Deshalb wurden die Seminare auf Tonband aufgenommen, anschließend transkribiert und ausgewertet. Auf dieser Basis wurden dann die Dokumentationen der Begleitseminare (durchschnittlich 65 Seiten) erstellt. Auf diese Weise war eine einheitliche Ergebnissicherung gewährleistet, auf die sowohl die (Ko-)Moderatorinnen und (Ko-)Moderatoren, die Projektgruppe als auch (in anonymisierter Form) die Auftraggeberin jederzeit zurückgreifen konnten. Die Form der Dokumentation war von der Projektgruppe entwickelt worden.

5.4.2 Evaluation der Seminare

Bei allen durchgeführten Begleitseminaren waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgefordert, mittels eines Evaluationsbogens (vgl. Tabelle 12 auf Seite 84) die jeweilige Veranstaltung zu bewerten. Für diese Befragung war der Evaluationsbogen des Einführungsseminars etwas modifiziert worden: Auf einer fünffach gestuften Likert-Skala (von [1] „sehr“ bis [5] „gar nicht“) wurde in Frage 1 *nach der Zufriedenheit mit der Veranstaltung* und in Frage 2 *nach der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit der*

Frage-Nr.	Itemformulierung	Frage typ
1	<p>Wie zufrieden waren Sie mit der Veranstaltung hinsichtlich folgender Aspekte (Bewertung von ① „sehr“ bis ⑤ „gar nicht“):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veranstaltungsort • Organisation der Veranstaltung • Tagesordnung • Struktur der Veranstaltung • Mitgestaltungsmöglichkeiten • Vermittlung des Qualitätszirkelkonzepts • Sachlicher Ertrag • Atmosphäre in der Gruppe • Unterstützung durch die Moderation • Zufriedenheit insgesamt 	<p>geschlossen</p> <p>(5-stufige Skala zum Ankreuzen)</p>
2	<p>Wie zufrieden waren Sie mit der Zusammenarbeit der Gruppe hinsichtlich folgender Aspekte (Bewertung von ① „trifft voll und ganz zu“ bis ⑤ „trifft gar nicht zu“):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle Teilnehmer übten in der Gruppe einflussreiche gruppenbestimmende Funktionen aus • Alle konnten an Entscheidungen mitwirken • Kritik wurde konstruktiv geübt • Die Gruppe arbeitete intensiv und engagiert • Wir haben einander zugehört und sind auf die Argumente des anderen eingegangen • Ich fühlte mich in der Gruppe frei und mitwirkungsfähig, der Gruppe bei der Erreichung ihrer Ziele zu helfen • Die Teilnehmer haben nicht zu sehr auf eigenen Standpunkten beharrt • Ich fühlte mich von den anderen Teilnehmern akzeptiert • Abweichende Meinungen wurden abgewertet • Die Sitzung wurde nicht zur Profilierung Einzelner missbraucht • Die besprochenen Inhalte haben mich interessiert • Die Gruppenarbeit fand ich effektiv • Die Arbeit hat mir Spaß gemacht • Ich bin mit meinem eigenen Beitrag zum Gruppengeschehen zufrieden 	<p>geschlossen</p> <p>(5-stufige Skala zum Ankreuzen)</p>
3	Haben Sie beim Begleitseminar praktische Anregungen/Anleitungen erhalten?	offen
4	Haben Sie das Gefühl, die erhaltenen Anregungen/Anleitungen später umsetzen zu können?	offen
5	Was konnte beim Begleitseminar nicht geklärt werden?	offen
6	Anmerkungen und Anregungen:	offen

Tab. 12: Items der Evaluation der Begleitseminare (inklusive Abschlusseminar)

Gruppe gefragt. Der ersten Frage waren zehn Aspekte untergeordnet, die die Veranstaltung und deren Struktur allgemein betrafen. Der zweiten Frage waren 14 Items untergeordnet, in denen es um Aspekte der Gruppenarbeit ging.

Ebenso wie bei der Evaluation des Einführungsseminars wurde dann erfragt (offene Fragen), ob die Moderatorinnen und Moderatoren beim Begleitseminar *praktische Anregungen/Anleitungen erhalten* hätten, ob sie das Gefühl hätten, die *erhaltenen Anregungen/Anleitungen später umsetzen zu können, was beim Begleitseminar nicht geklärt werden konnte* und ob *Anmerkungen und Anregungen* bestünden.

Die Evaluationen der Begleitseminare sollten Hinweise für die Gestaltung der weiteren Seminare sowie auch Informationen für die künftige Gestaltung einer möglichen Schulung zu Moderatorinnen und Moderatoren von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung liefern. Darüber hinaus dienten sie zur Dokumentation des Entwicklungsverlaufs von Lernprozessen. Dieser Fragebogen war weiterentwickelt worden nach Fragebogen zur Gruppenarbeit des Göttinger AQUA-Instituts, die sich bei Veranstaltungen zur Schulung von Moderatorinnen und Moderatoren bewährt hatten.

5.5 Eingesetzte Methoden und Instrumente der Dateneingabe und -analyse

5

Die Eingabe der qualitativen Daten (offene Fragen) erfolgte mittels MS-Office-Programmen (Word, Excel). Wo es möglich und angebracht war, wurden dann Zusammenfassungen der Rohwerte bei offenen Fragen (zum Beispiel Kurzevaluationsbogen, Eingangs- und Abschlussbefragungen) und Kategorienbildung (bei Stand der Qualitätszirkelarbeit) vorgenommen. Alle quantitativen Daten wurden mit Excel und „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS) erfasst und ausgewertet. Die Daten der geschlossenen Fragen wurden zunächst deskriptiv ausgewertet (Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen). Bei der Eingangs- und Abschlussbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde zusätzlich bei den geschlossenen Fragen ein zweiseitiger U-Test nach Mann-Whitney durchgeführt, um die Ergebnisse eines Zirkels mit denen der restlichen Zirkel in Beziehung zu setzen und die Unterschiede auf Signifikanz zu prüfen. Die Protokolle der teilnehmenden Beobachtung wurden von den Rohprotokollen der Qualitätszirkel in die eigens erstellte Word-Vorlage übertragen.

5.6 Bewertung der Evaluationsinstrumente und Modifikationsansätze für eine künftige Anwendung

Im Folgenden soll versucht werden, die unterschiedlichen Instrumente der begleitenden Dokumentation einer kritischen Betrachtung zu unterziehen und gegebenenfalls Hinweise auf Modifikationen für künftige Anwendungen zu geben.

Ein generelles Problem, das bei Befragungen auftaucht, ist die Gestaltung der Fragebogen derart, dass sie einerseits nicht zu lang sind (was sich negativ auf die Motivation, die Fragen – ausführlich – zu beantworten, auswirkt), dass sie andererseits aber trotzdem die Informationen liefern, die für eine begleitende Forschung oder Dokumentation relevant sind. Damit die Ausfüllenden nicht zu schnell frustriert werden, ist es deshalb ratsam, offene Fragen sparsam und gezielt einzusetzen bzw. sie – wenn möglich und vertretbar – zu vermeiden. Eventuell ist es auch möglich, mithilfe geschlossener Fragen an die gewünschten Informationen zu gelangen. Nur ist bei der Entscheidung für oder gegen den Einsatz geschlossener respektive offener Fragen abzuwägen, welcher Informationsverlust damit in Kauf genommen wird.

Diese Problematik stellte sich auch zu Beginn dieses Modellprojekts. Da häufig nicht genau bekannt war, welche Kategorien für bestimmte Fragen zutreffend sein würden, hatte sich die Projektgruppe in vielen Fällen für eine offene Frage entschieden. Ein Beispiel ist die Frage 4 der Befragung der Bewerberinnen und Bewerber nach den „bisherigen Erfahrungen mit Qualitätszirkelarbeit“. Da das Spektrum der Erfahrungen zuvor unbekannt war und kein Informationsverlust auftreten sollte, wurde diese Frage offen gestellt. Dadurch war es möglich, den unterschiedlichen Perspektiven, unter denen diese Frage angegangen wurde, gewahr werden zu können. Genauer gesagt: Was bei der einen Person vielleicht mit „gute Erfahrungen“ beschrieben wurde, hätte ein anderer Bewerber bzw. eine andere Bewerberin aus seiner/ihrer Sicht eventuell als „netter Zeitvertreib, ohne konkretes Ergebnis“ beschrieben. Bei einer geschlossenen Frage an dieser Stelle wären eventuell in beiden Fällen die Erfahrungen mit „(eher) gut“ bezeichnet worden.

Dies macht deutlich, dass eine Interpretation der Freitextantworten zwar keinesfalls einfach und eindeutig ist, dass man mithilfe offener Fragen aber besser an Informationen gelangen kann, in denen sich die subjektive Bewertung und Bedeutung eines Sachverhalts offenbart. Auch standardisierte Fragen werden aus einer subjektiven Perspektive heraus beantwortet, nur kann diese Dimension bei der Auswertung und Interpretation nicht mit einbezogen werden. Ein Vorteil der offenen Befragung ist also, die subjektive Perspektive, unter der die Antworten gegeben werden, überhaupt aufzuzeigen. Jedoch muss damit auch eine begrenzte Vergleichbarkeit der Daten in Kauf genommen werden. Auch Nachteile der Fragebogen des Modellprojekts wurden von den Ausfüllenden angesprochen. So wurde bei der Abschlussbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer –

Frage 16: „Anmerkungen und Anregungen zum Konzept Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“ – u. a. moniert: „Das Ausfüllen der Fragebogen war lästig.“ (vgl. Ergebnisband, Seite 150), und bei der Evaluation des ersten Begleitseminars wurde bei Frage 6: „Anmerkungen und Anregungen“ u. a. vorgeschlagen, die Fragebogen „auf ein Nötiges“ zu kürzen (vgl. Ergebnisband, Seite 381).

Im Gegensatz zu den offenen Fragen – die wegen ihres hohen (subjektiven) Informationsgehalts wichtig sind – gelten für die geschlossenen Items andere Annahmen und Vorbedingungen. Mit geschlossenen Items „zwingt“ man die Ausfüllenden dazu, sich von vorgegebenen Kategorien eine (oder mehrere) auszusuchen bzw. den Grad der Zustimmung (oder Ablehnung) anzugeben. Falls sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in diesen Antworten nicht wiederfinden sollten, wurde ihnen im Modellprojekt bei geschlossenen Fragen die Möglichkeit eingeräumt, unter der Rubrik „Sonstiges, und zwar“ eine weitere, subjektiv wichtige Antwortkategorie einzubringen. Davon wurde einige Male auch Gebrauch gemacht. Dennoch ist es natürlich manchmal wenig ökonomisch, eine geschlossene Frage zu stellen, die von (fast) allen Ausfüllenden in gleicher Art und Weise beantwortet wird. Die einzige Information, die ein solches Antwortverhalten liefert, ist die, dass (fast) alle eine in die gleiche Richtung gehende Meinung zu dem erfragten Item zu besitzen scheinen. Eine Aussage über eventuelle Gruppenunterschiede ist aufgrund solcher Items nicht möglich, da sie Schwierigkeitswerte („Schwierigkeit“ p eines Items = Anzahl der in Merkmalsrichtung gegebenen Antworten einer Stichprobe, geteilt durch die Gesamtzahl der gegebenen Antworten) $p > = .85$ oder $p < = .15$ aufweisen.

Dies war zum Beispiel in der Eingangsbefragung und Abschlussbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei der Subkategorie „Geselligkeit in kleiner Gruppe“ [$p = .04$ (EB), $.20$ (AB)] im Hinblick auf die Frage „Welche Erwartungen an die Teilnahme am Modellprojekt ‚Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung‘ haben sich erfüllt?“ der Fall. Nur sehr selten wurde diesem Item zugestimmt. Deshalb gilt es als „schwierig“. Da die Werte nur eine sehr geringe Streuung aufweisen, können Gruppenunterschiede mit diesem Item nicht aufgezeigt werden.

Im Hinblick auf die Beschreibung des Instruments „Qualitätszirkel“ sind diese „schwierigen“ oder „leichten“ Items zum Teil dennoch aussagekräftig, da ohnehin prägnante Merkmale von Qualitätszirkeln wie „Erfahrungsaustausch“ [= „leichtes“ Item: $p = .74$ (EB), $p = .87$ (AB)] verifiziert werden können. Wenn auch nicht interessante Gruppenvergleiche mithilfe dieser Items sinnvoll vorgenommen werden können, so kann zumindest die Veränderung der Schwierigkeit der Items von Eingangs- zu Abschlussbefragung interpretiert werden. Die Schwierigkeitswerte der Items lassen sich also relativ einfach aus den im Ergebnisband niedergelegten Zustimmungszahlen ablesen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es geboten erscheint, die Erhebungsinstrumente auf ihre Ökonomie hin zu überprüfen und gegebenenfalls zu modifizieren, um Frustrationen sowohl bei der Beantwortung als auch bei der Auswertung der Fragebogen zu ver-

meiden und dennoch valide und reliable Ergebnisse zu erhalten. Deshalb werden folgende Aspekte und Maßnahmen vorgeschlagen, die bei der Überprüfung der Erhebungsinstrumente zu beachten sind:

- *Einführen einer Codierung*: Dadurch wird es möglich, anonymisiert eine Verlaufsbetrachtung auf individueller Ebene vorzunehmen.
- *Betrachtung der Anzahl „keine Angabe“ bei offenen Fragen*: Wurde ein Item von mehr als einem Drittel der Ausfüllenden nicht oder abschweifend beantwortet, kann das daran liegen, dass die Frage unklar gestellt wurde. Ein Beispiel dafür stellt Frage 10 der Eingangsbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer („In welchen Bereichen ist die Qualität der Gesundheitsförderung für Sie besonders umstritten?“) dar: 41,8% der Ausfüllenden machten bei dieser Frage keine Angaben (vgl. Ergebnisband, Seite 117).
- *Mehr Konkretheit und Direktivität bei den offenen Fragen*: Um klarere Aussagen bei geschlossenen Fragen zu erhalten, kann es nützlich sein, diese in zwei Schritten zu stellen. So kann die Frage „Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit Qualitätssicherungsprogrammen gemacht?“ auch folgendermaßen formuliert werden: „Haben Sie bisher Erfahrungen mit Qualitätssicherungsprogrammen gemacht (bitte konkrete Beispiele nennen)? Wenn ja: Wie bewerten Sie diese Erfahrungen?“ Durch dieses Vorgehen kann der Ausfüllende sich jeweils auf eine konkrete Antwortdimension beziehen.
- *Überprüfung der Itemschwierigkeit der geschlossenen Fragen*: Sehr „leichte“ bzw. „schwere“ Items haben kaum Aussagekraft bezüglich der Aufdeckung von Gruppenunterschieden, da sie von den meisten Ausfüllenden in gleicher Weise beantwortet wurden. Es muss für diese Items einzeln geprüft werden, ob ihre Aufnahme in den Fragebogen inhaltlich gerechtfertigt erscheint.

**GEWINNUNG VON
KOOPERATIONS-
PARTNERINNEN
UND -PARTNERN**



In der ersten Projektphase (November 1999 bis Mai 2000) wurde das Projektdesign weiterentwickelt und eine Projektdarstellung verfasst, die den bereits bekannten Interessentinnen und Interessenten – praktisch tätigen Gesundheitsförderinnen und -förderern und Institutionen – zugesandt wurde. Um weitere Interessentinnen und Interessenten zu gewinnen und über das Projekt zu informieren, wurden weitere Kurzdarstellungen erarbeitet und insbesondere über die BZgA sowie mittels Pressemitteilungen verbreitet. Erste direkte Kontakte mit potenziellen Moderatorinnen und Moderatoren sowie Trägerinstitutionen der Qualitätszirkel ergaben sich bei der Informationsveranstaltung im Februar 2000. Nach einem strukturierten Bewerbungsverfahren wurden im April die künftigen Projektmoderatorinnen und -moderatoren ausgewählt, mit denen im Mai 2000 eine dreitägige Schulung für Moderatorinnen und Moderatoren durchgeführt wurde. Die Vorbereitungsphase wurde mit der Erstellung einer Projektbroschüre abgeschlossen (Bahrs u. a. 2000), die von Interessentinnen und Interessenten zur weiteren Information angefordert werden konnte und auf zahlreichen Tagungen, zum Beispiel auf dem Gesundheitstag 2000 in Berlin, verteilt wurde.

6.1 Bekanntmachung des Projekts

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung informierte über ihren Infodienst¹⁷ und ihre Website¹⁸ über das Projekt. Die Projektgruppe machte ebenfalls über ihre Website¹⁹ sowie durch Veröffentlichungen in verschiedenen Fachzeitschriften²⁰ auf das Projekt aufmerksam. Auf diesem Wege konnten sich Gesundheitsförderinnen und -förderer, die sich für eine aktive Teilnahme am Projekt interessierten, sowie potenzielle Trägerinstitutionen ein erstes Bild vom Modellvorhaben machen. Aufgrund der Veröffentlichungen im Vorfeld der Veranstaltungen ergaben sich bereits Kontakte zu potenziellen Moderatorinnen und Moderatoren durch Anfragen per Telefon oder per E-Mail.

Weitergehende Fragen konnten bei den im Februar und März 2000 in Göttingen durchgeführten Informationsveranstaltungen direkt mit den Projekträgern geklärt werden.

17 BZgA-Infodienst: Januar 2000, S. 8.

18 www.bzga.de

19 www.gwdg.de/~psycho

20 NAKOS-Info: 61, Dezember 1999, S. 55; vdak: die Ersatzkasse: Dezember 1999, S. 1047f. („Qualitätszirkel“); Gesundheit und Gesellschaft, AOK: Januar 2000, S. 7; Gesundheitswesen: 1, 2000, S. 51; Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: 1, Januar 2000, S. 52 („Mitmacher gesucht“).

6.2 Informationsveranstaltungen

Die Informationsveranstaltungen richteten sich ausschließlich an Interessierte mit konkretem Interesse an einer Beteiligung am Modellprojekt: potenzielle Moderatorinnen und Moderatoren oder Trägerinstitutionen. Der schriftlichen Anmeldung zu den Informationsveranstaltungen lag ein Rückmeldebogen bei, durch den die Projektgruppe bereits Kurzinformationen über Moderationserfahrungen, institutionelle Einbindung, Themenbereich und Ideen zur Durchführung eines Zirkels sowie noch offenen Fragen und Problemen im Vorfeld der Veranstaltung erhielten. Es wurden zwei Informationsveranstaltungen und ein Gespräch mit einer Person durchgeführt. Auf den Informationsveranstaltungen konnten sich die Interessierten umfassend informieren und in einer Gruppenarbeit in die Arbeitsweise von Qualitätszirkeln „hineinschnuppern“. Weiterhin konnten offene Fragen diskutiert und konkrete Schritte der Zirkelarbeit besprochen werden. Gleichzeitig konnte sich die Projektgruppe ein Bild von den verbindlich interessierten Moderatorinnen und Moderatoren machen.

An den Informationsveranstaltungen hatten 38 Interessentinnen und Interessenten teilgenommen. Zudem gab es fünf weitere Interessierte, die bei den Veranstaltungen verhindert, aber dennoch sehr an einer Projektteilnahme interessiert waren. Insgesamt gab es 43 engere Interessentinnen und Interessenten für das Modellprojekt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen aus folgenden Institutionen: Ämtern, Krankenkassen, Krankenhäusern, Unternehmen, Praxisnetzen, Landesvereinigungen/Verbänden, Bildungseinrichtungen, Vereinen/Beratungsstellen. Sie übten sehr unterschiedliche Tätigkeiten und Funktionen aus (Lehre, Koordination, Schulungsleitung, Erwachsenenbildung, Beratung, Therapie, praktische Selbsthilfe, Prävention, Geschäftsführung u.Ä.) und verfügten mehrheitlich über Moderationserfahrungen als Kursleiterinnen und -leiter, Tagungsleiterinnen und -leiter, Ausschussleiterinnen und -leiter sowie Dozentinnen und Dozenten u. a. in der Erwachsenenbildung sowie im Schulungsbereich zu gesundheitsrelevanten Themen.

Die Ideen für Qualitätszirkel reichten von Gesundheitsförderung und integrierten Managementsystemen an Hochschulen und wissenschaftlichen Einrichtungen sowie in Kindergärten und Schulen über stadtteilbezogene Qualitätszirkel zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit, Förderung von Arbeitszufriedenheit und Selbstverantwortung in der Arbeitswelt bis hin zur Verbesserung der Versorgung von alten Menschen in Seniorenheimen.

6.3 Auswahl der Moderatorinnen und Moderatoren

Von den 43 Interessentinnen und Interessenten hatten 37 im Anschluss an die Informationsveranstaltungen ihre Motivation zur Mitarbeit unterstrichen. Es war jedoch nicht allen möglich, die erforderlichen Voraussetzungen zu erfüllen. Die folgenden Hinderungsgründe wurden genannt (vgl. Tabelle 13).

Im Hinblick auf die ihnen im Rahmen des Projekts zugedachte Aufgabe sollten die ausgewählten Moderatorinnen und Moderatoren

- über Moderationskompetenzen verfügen,
- Erfahrungen in der Gruppenarbeit mitbringen,
- im Feld der Gesundheitsförderung verankert, d. h. auch selbst praktisch tätig sein,
- sich verpflichten, ein Jahr am Projekt teilzunehmen und den dafür erforderlichen Zeitaufwand von monatlich mindestens einen Tag für Vor-, Nachbereitung und Durchführung der Qualitätszirkeltreffen und von zweimonatlich mindestens zirka zwei bis zweieinhalb Tagen für die Teilnahme an den Begleitseminaren sowie deren Vor- und Nachbereitung zu erübrigen,
- den Start der Qualitätszirkel möglichst noch vor den Sommerferien 2000 gewährleisten,
- Interesse daran haben, sich nach Ablauf des Projekts an der Breitenumsetzung des Konzepts zu beteiligen.

18 Interessentinnen und Interessenten (knapp 50%) bewarben sich schließlich förmlich für eine Teilnahme am Modellprojekt. Die Bewerberinnen und Bewerber mussten Auskunft über die im Abschnitt 5.1.6 dargestellten Aspekte geben. Sie verfügten über sehr unterschiedliche Erfahrungen mit Qualitätssicherungsprogrammen. Alle Bewerberinnen und Bewerber gaben an, Erfahrungen in den Bereichen Supervision und Moderation zu haben; manche verfügten sogar über eigene Erfahrungen als Weiterbilderinnen und Weiterbildner im Bereich der Qualitätssicherung. Alle hatten konkrete Vorstellungen

Hinderungsgründe	Anzahl der Nennungen
Terminkollision/zu hoher Zeitaufwand	14
Fehlende institutionelle Unterstützung	9
Persönliche Gründe (z. B. aufgetretene Erkrankung)	4
Angst vor Scheitern der Gruppenarbeit	1
Fehlende Originalität des QZ-Konzepts	1

Tab. 13: Hinderungsgründe von sich nicht bewerbenden Interessentinnen und Interessenten. Mehrfachnennungen sind möglich (n = 19)

über Themen, die sie in einem Qualitätszirkel bearbeiten wollten, und sie machten mehr oder weniger konkrete Angaben zu den geplanten Qualitätszirkeln.

Sie waren vor allem interessiert,

- ein neues Konzept erproben zu können,
- eine neue Herausforderung anzunehmen,
- sich in der Qualitätssicherung weiterzuqualifizieren,
- zu akuten Problemstellungen Lösungen zu erarbeiten und
- an der Schärfung des Profils der Gesundheitsförderung mitzuwirken.

Die Auswahl der 15 Moderatorinnen und Moderatoren erfolgte in Absprache von Projektgruppe und BZgA. Nachdem eine Bewerberin ihre Interessensbekundung aufgrund eines kurzfristig erforderlich gewordenen Arbeitsplatzwechsels zurückziehen musste, konnten lediglich zwei Bewerber nicht berücksichtigt werden. Ausschlaggebend war hier, dass sich Zielkonflikte zwischen wissenschaftlichen Qualifikationsarbeiten und Projektteilnahme sowie starke Diskrepanzen in der Auffassung von Qualitätssicherung abzeichneten.

Die ausgewählten Moderatorinnen und Moderatoren (zehn Frauen und fünf Männer) verfügten durchgängig über Gruppen- und Moderationserfahrung. Die meisten waren bereits mit unterschiedlichen Formen von Qualitätssicherung in Berührung gekommen, fast alle besaßen zudem Supervisionserfahrung. Die Altersspanne reichte von knapp 30 bis über 60, sechs Moderatoren bzw. Moderatorinnen – und damit die größte Gruppe – waren zwischen 35 und 45 Jahren alt. Nur jeder vierte wollte eine vollständig neue Gruppe initiieren, die anderen wollten für die Bildung ihres Qualitätszirkels an ihre Kontakte anknüpfen und bereits bestehende Gruppen ausweiten.²¹

21 Weitere Informationen über die geplanten Zirkel in der Projektbroschüre (Bahrs u. a. 2000). Zur Umsetzung vgl. Kapitel 8.2. Mit der Auswahl der Moderatorinnen und Moderatoren sollte ein möglichst breites Spektrum des Gesundheitsförderungsbereichs abgedeckt werden. Die folgende Übersicht informiert über die beteiligten Moderatorinnen und Moderatoren, Themen, Teilnehmerinnen- und Teilnehmerkreis und Rahmen der von ihnen initiierten bzw. vorgesehenen Qualitätszirkel.

Teilnehmende Moderatorinnen und Moderatoren und ihre Kontexte:

- **SOZIALARBEIT:** Ellinor-R. Bähr initiiert nach langjähriger Berufserfahrung als leitende Sozialarbeiterin und Moderatorin in Berlin einen Qualitätszirkel, der drei Jugendgesundheitsdienste auf dem Weg in die Fusion begleiten soll. Dort geht es um die Entwicklung eines gemeinsamen Konzepts und gemeinsamer Qualitätsstandards. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden aus etwa 60 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Ärztinnen und Ärzte, Arzthelferinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, Verwaltungskräfte/Schreibkräfte) gewonnen.
- **SUCHTPRÄVENTION:** Josef Bretz, Gesundheitsamt Saarlouis, organisiert einen Qualitätszirkel zur Suchtprävention mit Mitgliedern des Arbeitskreises Suchtprävention innerhalb der Arbeitsgemeinschaft für gesundheitliche Aufklärung im Landkreis Saarlouis. Zusammenarbeitet wird mit der Arbeitsgemeinschaft und dem Gesundheitsamt Saarlouis.
- **ERWACHSENENBILDUNG:** Ingrid Dormann, langjährig in der Erwachsenenbildung zu gesundheitlichen Themen tätig, gründet in Arnsberg einen interdisziplinären Qualitätszirkel von Gesundheitsförderinnen und -förderern.
- **UNTERSTÜTZUNG VON SCHWERBEHINDERTEN-VERTRAUENSLEUTEN:** Hans Dieter Gimbel, Berufsbegleitender Dienst für psychisch behinderte Menschen beim Regenbogen, Verein zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung e.V. in Duisburg, initiiert einen Qualitätszirkel für Vertrauensleute der Schwerbehinderten aus Duisburger (Groß-)Betrieben und Verwaltungen. Dabei wird eine Zusammenarbeit mit örtlicher und Hauptfürsorgestelle angestrebt.

(Fortsetzung S. 94)

6.4 Vertretene Bereiche der Gesundheitsförderung

Insgesamt entsprach aber die Zusammensetzung der Moderatorinnen und Moderatoren überwiegend den Auswahlkriterien des Projekts. Allerdings war Ostdeutschland leider nicht mehr vertreten, und es war zu einer starken regionalen Konzentration in Nordrhein-Westfalen gekommen. Während diese regionale Konzentration auch schon bei den Informationstreffen auffiel, gab es in Bezug auf die institutionelle Bandbreite eine Verschiebung, insofern Großinstitutionen wie Krankenkassen und Krankenhäuser nicht

(Fortsetzung von Seite 93):

- **STRESSMANAGEMENT:** Barbara Hofstetter, Fachhochschule Würzburg, möchte Kooperationsbereitschaft im Bereich des effektiven Stressmanagements fördern und richtet dazu einen interdisziplinären Qualitätszirkel ein, an dem Ärztinnen und Ärzte, Erwachsenenbildnerinnen und -bildner sowie Psychologinnen und Psychologen teilnehmen.
- **ERNÄHRUNG ALTER MENSCHEN:** Claudia Menebröcker arbeitet in einem Cateringunternehmen in Düsseldorf und initiiert einen überregionalen Qualitätszirkel zur Verbesserung der Versorgung von alten Menschen im Seniorenheim im Hinblick auf Ernährung im weitesten Sinne (bis hin zur Berücksichtigung von Raumgestaltung und körperlichen Einschränkungen). Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind Küchenleiterinnen und -leiter sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflege, eventuell auch Logopädinnen und Logopäden, Hauswirtschaftlerinnen sowie Ärztinnen und Ärzte. Die Moderatorin möchte mit der DGE zusammenarbeiten.
- **SCHNITTSTELLENPROBLEMATIK:** Barbara Meskemper, Leiterin der Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle im Selbsthilfereich (KIBIS/KISS) im Gesundheitszentrum Göttingen, bildet einen interdisziplinären Qualitätszirkel im ländlichen Bereich zur Schnittstellenproblematik (eventuell zum Thema Gesundheitsförderung bei chronisch oder psychosomatisch Erkrankten) mit Vertretern und Vertreterinnen folgender Institutionen: Gesundheitsamt, Erwachsenenbildungsstätte, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen, Wohlfahrtsverbände, Krankenhaus, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, psychotherapeutische Praxen, physiotherapeutische Praxen, Zentren für ganzheitliche Gesundheitsbildung.
- **RÜCKENSCHULE FÜR KINDER:** Heinz-Peter Ohm, Koordinator für den Bereich der Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt Stuttgart, initiiert einen Qualitätszirkel im Gesundheitsamt Stuttgart zum Thema „Rückenschule für Kinder“. Teilnehmerkreis ist eine bestehende multidisziplinäre Gruppe aus Ärztinnen und Ärzten, Kinderkrankenschwestern und Arzthelferinnen, die sich unter Qualitätsgesichtspunkten weiterentwickeln will.
- **QUALITÄTSPRÜFUNG IN DER ERWACHSENENBILDUNG:** Jeanette Rödder, Fachbereich Oecotrophologie an der FH-Niederrhein, führt einen Qualitätszirkel zur konkreten Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung durch. Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer sind selbstständige und angestellte Ernährungsberater und -beraterinnen, die Interesse daran haben, die Qualität ihrer Beratungstätigkeit zu überprüfen und zu verbessern.
- **BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG:** Michael Röslin, Leiter des Bereichs der betrieblichen Gesundheitsförderung im Göttinger Verein „ImPuls – Forum für Gesundheit und Prävention“, initiiert einen Qualitätszirkel im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universität Göttingen. An der interdisziplinären Gruppe sind Vertreterinnen und Vertreter der Weiterbildungszentrale der Universität Göttingen, der Arbeitsmedizin, einer Krankenkasse sowie gesundheitspädagogisch tätige Dozentinnen und Dozenten beteiligt.
- **KURWESEN:** Hans-Gerhard Schindler, Hausarzt und Mitbegründer eines Ärztinnen- und Ärzte-Netztes, organisiert einen interdisziplinären Qualitätszirkel zur Gesundheitsförderung in der Kurstadt Bad Harzburg. Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind u. a. Ärztinnen und Ärzte, Krankenhaus- und Sportvereinsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, Psychologinnen und Psychologen sowie Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitsamtes.
- **GESUNDHEITSBILDUNG:** Monika Schmidt, Kreis-Gesundheitshaus Unna, gründet einen Qualitätszirkel für Dozenten im Bereich der Gesundheitsbildung. Die Dozentinnen und Dozenten kommen aus dem gesamten Kreisgebiet und sind angestellt bzw. freiberuflich. Sie wollen die Qualität ihrer Dozentinnen- und Dozententätigkeit zu den Themen Ernährung, Bewegung und Entspannung überprüfen und verbessern.
- **DOPPELDIAGNOSE PSYCHOSE UND SUCHT:** Beate Zastrau, Kreisverwaltung Mainz-Bingen, bildet einen interdisziplinären, institutsübergreifenden Qualitätszirkel zur Verbesserung der psychosozialen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnose „Sucht und Psychose“. Der Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer umfasst psychiatrische Kliniken, eine Tagesklinik, eine Tagesstätte, Beratungs- und Kontaktstellen, Suchtberatung, Wohnheime, betreutes Wohnen, Obdachlosenhilfe, Betreuungsbehörde, Psychiatriekoordination, Angehörige, Betroffene und sozialpsychiatrischen Dienst.

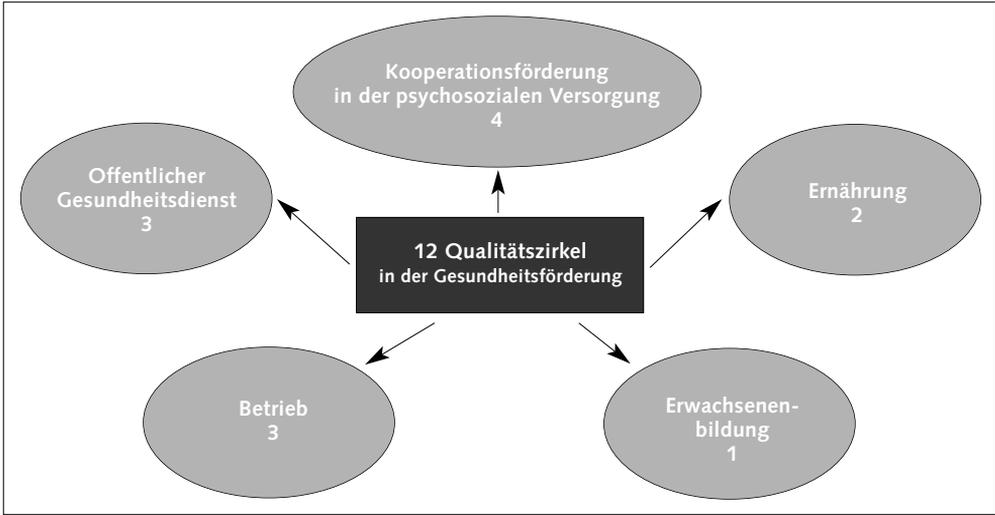


Abb. 6: In den durchgeführten Qualitätszirkeln vertretene thematische Bereiche

mehr vertreten und interessierte Einzelpersonen herausgefallen waren. Die Anforderungen an die Moderatorinnen und Moderatoren begünstigten diejenigen, die sich mit institutioneller Unterstützung relativ schnell entscheiden und eine feste Gruppe zusichern konnten.²²

Wie in Kapitel 8 ausführlich beschrieben, wurden von elf Moderatorinnen und Moderatoren insgesamt zwölf Qualitätszirkel durchgeführt. Zwei Moderatorinnen schieden aus – eine sagte die Projektteilnahme unmittelbar vor dem Einführungsseminar wegen eines Stellenwechsels ab, die andere musste aus Krankheitsgründen nach dem Einführungsseminar aus dem Projekt aussteigen – und zwei Projektmoderatorinnen scheiterten bei der Initiierung ihrer geplanten Qualitätszirkel. Somit fielen die Zirkelvorhaben zu den Bereichen „Gesundheitsförderung mit Migrantinnen und Migranten“, „Kooperationsförderung von Jugendhilfe und Schule im Bereich Prävention“, „Stressmanagement“ und ein „regionaler Qualitätszirkel für Gesundheitsförderer und Gesundheitsförderinnen“ weg. Eine der beiden „zirkellosen“ Projektmoderatorinnen ist zu einem späteren Zeitpunkt als Komoderatorin bei einer anderen Projektmoderatorin eingestiegen. Ein Projektmoderator führte zusätzlich zu dem geplanten Zirkel einen Qualitätszirkel in einem Großbetrieb durch. Die in den tatsächlich durchgeführten Qualitätszirkeln vertretenen thematischen Arbeitsbereiche verdeutlicht Abbildung 6.

6

²² Auffällig ist auch, dass der Frauenanteil, der unter den Interessentinnen und Interessenten noch 76,3% betrug, im weiteren Prozess über 72,2% (Bewerberinnen und Bewerber), 66,6% (ausgewählte Bewerberinnen und Bewerber), 61,5% (Lehrgangsteilnehmerinnen und -teilnehmer) auf 57,2% (aktive Moderatorinnen und Moderatoren sowie Komoderatorinnen und Komoderatoren) fiel.

6.5 Unterstützungsangebote für Moderatorinnen und Moderatoren

In der Anfangsphase wurden die Moderatorinnen und Moderatoren bei Bedarf durch Unterstützungsschreiben und Begleitbriefe an die jeweiligen Institutionen unterstützt. Weitergehend stand die Projektgruppe während der gesamten Projektzeit telefonisch oder per E-Mail bei Fragen und Problemen den Moderatorinnen und Moderatoren zur Verfügung. Spezifischere Rückmeldungen durch die Projektgruppe waren im Rahmen der teilnehmenden Beobachtungen möglich, die zunächst vornehmlich als Erhebungsinstrument geplant waren und zunehmend auch unterstützenden Charakter annahmen (vgl. Kapitel 5).

Konzeptuelle Arbeitsgrundlage des Projekts war der Leitfaden „Ärztliche Qualitätszirkel“, dessen 3. Auflage (1996) die Moderatorinnen und Moderatoren bereits vor dem Einführungsseminar erhielten. Die 4. Auflage, auf deren Basis die Mehrzahl der im Projekt verwandten Materialien (vgl. unten) erstellt worden war, wurde den Moderatorinnen und Moderatoren unmittelbar nach dem Erscheinen im Frühjahr 2001 ausgehändigt.

Die Projektgruppe stellte den am Pilotprojekt beteiligten Moderatorinnen und Moderatoren Materialien (Video, Arbeitsblätter, Folien, Protokoll- und Evaluationsbogen) zur Unterstützung ihrer Arbeit zur Verfügung (vgl. Tabelle 14).

Bei dem Video handelte es sich um ein in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e.V. (GeMeKo) aufbereitetes Beratungsgespräch

Materialien	Erhebungsinstrumente
Checkliste organisatorische Planung	Protokollbogen für QZ-Treffen
Mustertagesordnung	Kurzevaluationsbogen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
Einladungsschreiben	Kurzevaluationsbogen Moderatorinnen und Moderatoren
Gestaltung des ersten Treffens	
Regeln für die Gruppenarbeit	
Rolle der Moderatorin bzw. des Moderators	
Qualitätszirkelkreislauf	
Anleitung zur Dokumentation	
QZ-Check	
Videofilm („Starter“) und Beiheft	
Leitfaden „Ärztliche Qualitätszirkel“ (3. und 4. Auflage)	

Tab. 14: Materialien zur Unterstützung für die Moderatorinnen und Moderatoren

aus der Gesundheitsförderungspraxis, das als „Starter“ in der Anfangsphase im Qualitätszirkel eine erfahrungsbezogene Diskussion ermöglichen sollte (vgl. Kapitel 7.1).

Die Arbeitsblätter und Folien waren als Hilfe bei der Zirkelinitiierung und der Gestaltung der ersten Treffen gedacht. Checklisten sollten die Organisation des Ablaufs unterstützen, Folien die Vermittlung von Qualitätszirkelkonzept und Regeln für die Gruppenarbeit erleichtern. Die Unterlagen waren auf der Grundlage des Leitfadens „Ärztliche Qualitätszirkel“ entwickelt und den Bedingungen der am Projekt beteiligten Zirkel angepasst worden. Außerdem bekamen die Moderatorinnen und Moderatoren halbstandardisierte Protokollbogen für die Dokumentation der Qualitätszirkelsitzungen sowie Kurzbeurteilungsbogen für die kontinuierliche Evaluation der Qualitätszirkeltreffen. Auf Wunsch der Moderatorinnen und Moderatoren wurden die Unterlagen auch auf Datenträger zur Verfügung gestellt, sodass sie zirkelbezogen modifiziert werden konnten.

Der QZ-Check ist als Selbsteinschätzungsinstrument der Qualitätszirkelarbeit den Moderatorinnen und Moderatoren zusätzlich zur Verfügung gestellt worden. Der Bogen dient zur Überprüfung, inwieweit die konstitutiven Merkmale eines Qualitätszirkels realisiert werden: Aspekte der Gruppenstruktur, der Gruppendynamik, der Arbeitsweise und der Evaluation des Qualitätszirkels (vgl. Kapitel 5). Der Selbsteinschätzungsbogen ist gemeinsam mit den Moderatorinnen und Moderatoren im Rahmen der Begleitseminare überarbeitet und entsprechend modifiziert worden.

**VERANSTALTUNGEN
MIT DEN PROJEKT-
MODERATORINNEN
UND -MODERATOREN**



7.1 Einführungsseminar (8. bis 10. Mai 2000)

An dieser dreitägigen Veranstaltung in einem Göttinger Tagungshotel nahmen 14 Moderatorinnen und Moderatoren, die Mitarbeiter der Projektgruppe, Manfred Lehmann als Vertreter der BZgA als Projektträger sowie zwei Gastreferenten teil. Das Ziel des Einführungsseminars bestand darin, bei Moderatorinnen und Moderatoren, Projektgruppe und Projektträger ein gemeinsames Selbstverständnis zu entwickeln, das es sachlich und emotional ermöglicht, das Konzept ärztlicher Qualitätszirkel im Gesundheitsförderungsbereich in konstruktiver Zusammenarbeit zu erproben und ggf. erfahrungsgestützt zu modifizieren. Dabei fungierte die Seminargruppe gleichsam als Modell der zu initiierten Qualitätszirkel.

In telefonischen Vorgesprächen hatte die Projektgruppe bei den ausgewählten Moderatorinnen und Moderatoren u. a. Erwartungen und Befürchtungen bezüglich des Einführungsseminars in Erfahrung gebracht. So wurden die Ziele des Seminars wie folgt konkretisiert:

- Befähigung zum Aufbau eines Qualitätszirkels; Vermittlung der Qualitätszirkelphilosophie; Überzeugungs- und Motivationsbildung; Qualitätszirkel erfahrbar machen mittels Diskussion von Fällen aus der Alltagspraxis der Gesundheitsförderung (einschließlich eigener Fallvorstellungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer);
- Konstitution der Zusammenarbeit zwischen Moderatorinnen und Moderatoren sowie Projektgruppe, Klärung von Arbeitsteilung und Verantwortlichkeit; Entwicklung des Fragebogens für Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Zirkel (Eingangs-/Abschlussbefragung);
- Klärung konkreter Fragen: Kreislauf der Qualitätssicherung; Abgrenzung von Qualitätszirkeln und anderen Formen der Qualitätssicherung sowie Unterscheidung von Qualitätszirkeln und anderen Formen der Gruppenarbeit in der Gesundheitsförderung auf Basis der vorliegenden Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer; Vermittlung von Dokumentationstechniken.

Der Schwerpunkt des Seminars lag auf der intensiven Kleingruppenarbeit, um das Qualitätszirkelkonzept im wahrsten Sinne des Wortes „erlebbar“ zu machen und die Philosophie der Qualitätszirkel zu vermitteln. Die Seminarteilnehmerinnen und -teilnehmer simulierten in abgewandelter Form das Vorgehen im Qualitätszirkel. Dabei wurden die folgenden Stufen durchlaufen:

- *Formierung der Gruppe* (Begrüßung; Festlegung des organisatorischen Rahmens; Einführung in das Qualitätszirkelkonzept; Vorstellungsrunde und Kennenlernen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer; Formulierung von Erwartungen und Befürchtungen; erste erfahrungsbezogene Diskussion einer Gesundheitsförderungspraxis auf Basis eines videodokumentierten Beratungsgesprächs einer Gesundheitsberaterin einer Krankenkasse [„Startervideo“])

- *Die Gruppe als Qualitätszirkel von Gesundheitsförderern und -förderinnen* (Themenwahl; Erstellung einer Problemliste; Diskussion eigener Fälle aus der Gesundheitsförderungspraxis der Moderatorinnen und Moderatoren)
- *Die Gruppe als Qualitätszirkel von Moderatorinnen und Moderatoren* (Vorbereitung auf die ersten selbst moderierten Qualitätszirkel; Erarbeitung des je konkreten Unterstützungsbedarfs und je konkreter Empfehlungen)
- *Die Gruppe als Forschungsprojekt* (Diskussion geeigneter Dokumentations- und Evaluationsmethoden; Terminplanung und Aufgabenteilung; Abschlussblitzlicht und Kurzevaluation der Veranstaltung mittels Erhebungsbogen; Verabschiedung)

Die ausgesprochen positiven Rückmeldungen bestätigen das Seminarkonzept. Trotz der großen Heterogenität fühlten sich alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Gruppe aufgehoben, hatten Spaß an der – als durchaus anstrengend charakterisierten – Arbeit und lobten die Vielfalt der erhaltenen Anregungen. Diese erschienen ihnen gut umsetzbar. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren motiviert und fühlten sich gut auf die kommenden Aufgaben vorbereitet (ausführliche Ergebnisse sind bei der Projektgruppe erhältlich).

7.2 Begleitseminare

Nach dem Einführungsseminar im Mai 2000 fanden in relativ regelmäßigen Abständen ab Juni 2000 bis Juni 2001 – also parallel zur Laufzeit der Qualitätszirkel – sechs zweitägige Begleitseminare ebenfalls in einem Tagungshotel statt. Hier trafen sich mit großer Teilnahmekonstanz²³ Moderatorinnen und Moderatoren, Projektgruppe sowie Auftraggeberin. Ab April 2001 nahm zusätzlich eine Komoderatorin bzw. ein Komoderator regelmäßig teil. Die Moderation der Seminare übernahmen Frau Dr. Weiß und Herr Dr. Bahrs, die über langjährige Erfahrungen in der Moderation ärztlicher Qualitätszirkel verfügten. Die Begleittreffen sollten als Ort der Vermittlung zwischen Forschung und Praxis fungieren und einen Ort gemeinsamen Erfahrungslernens darstellen (vgl. Kapitel 4.4.4). Da die enge Zusammenarbeit zwischen Moderatorinnen und Moderatoren und Projektgruppe entscheidend für das Gelingen des Projekts war und durch unmittelbare Kommunikation am besten aufeinander abzustimmen war, wurde dem Erfahrungsaustausch bei den Moderatorinnen- und Moderatorenentreffen ausreichend Zeit eingeräumt. Nach Ablauf der Projektzirkel wurde ein zusätzliches Treffen im November 2001 vereinbart, um die Beteiligung der Moderatorinnen und Moderatoren an der Handbucherstellung zu konkretisieren. Dem Bedürfnis der Moderierenden nach einem weiteren, abschließenden Seminar konnte im Dezember 2001 Rechnung getragen werden.

²³ Lediglich bei drei Seminaren fehlte krankheitsbedingt jeweils eine Moderatorin bzw. ein Moderator.

7.2.1 Struktur der Begleitseminare

Die Begleitseminare waren von ihrer Grundstruktur so angelegt, dass ein steter Wechsel zwischen moderiertem Plenum und Kleingruppenarbeit stattfinden sollte. Im Laufe der Begleitseminare wurde die Kleingruppenarbeit intensiviert. Die Zahl der Kleingruppen nahm zu, wobei die Gruppengröße reduziert wurde. Die Verstärkung der Kleingruppenarbeit war eine Antwort auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Moderierenden, die sich u. a. aus den ungleichzeitigen Entwicklungen der Qualitätszirkel und aus ihrer thematischen Vielfalt ergaben. Außerdem wiesen die Begleitseminare nach dem Einbezug der Komoderatorinnen und -moderatoren eine größere Gesamtteilnehmerzahl auf.

Die Projektgruppe reagierte möglichst flexibel auf die aktuellen Themenvorschläge der Moderatorinnen und Moderatoren und auf Bedarf, der auf den vorhergehenden Begleitseminaren und in der begleitenden Evaluation (Kurzfragebogen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Moderatorinnen und Moderatoren zu den Zirkeltreffen, teilnehmende Beobachtung, siehe unten) festgestellt wurde.

Der Aufgabenstellung der Begleittreffen entsprechend schälte sich mehr und mehr eine Seminarstruktur mit folgenden – je aktuell zu gewichtenden – Elementen heraus:

- *Berichte der Moderatorinnen und Moderatoren* über die Entwicklung ihrer Zirkel vor Ort,
- exemplarische Aufarbeitung von Erfahrungen einzelner Moderatorinnen und Moderatoren bei der Zirkelarbeit zu ausgewählten Problembereichen (*Qualitätszirkel konkret*),
- *Gesundheitsförderung konkret* (von den Moderatorinnen und Moderatoren eingebrachte viertel- bis halbstündige Bewegungs- und Entspannungssequenzen, zum Beispiel Yoga, Geschichten, Tanz),
- Abstimmung der nächsten Schritte,
- Reflexion auf die Übertragbarkeit des Konzepts,
- Rückmeldung von Ergebnissen der Begleitforschung,
- ggf. Rahmenprogramm.

Die Begleitseminare hatten Modellcharakter für die Qualitätszirkel – quasi als Qualitätszirkel der Moderatorinnen und Moderatoren – und wurden daher möglichst der Vorgehensweise im Qualitätszirkel angepasst.

7.2.2 Dokumentation der Veranstaltungen

Die Treffen für die Moderatorinnen und Moderatoren wurden per Tonband mitgeschnitten, verschriftet und zu ausführlichen Dokumentationen aufbereitet.²⁴ Hauptziel der

²⁴ Insgesamt wurden zirka 130 Stunden auf Tonband aufgezeichnet.

Dokumentation war, das Geschehen im Rahmen der Veranstaltungen für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer und die Auftraggeberin auf eine Weise aufzubereiten, dass die wesentlichen Aspekte der Seminare nachvollziehbar wurden. Die Dokumentationen stellen damit auch eine Art materialisiertes Gedächtnis dar. Diese Dokumentationen waren aus Datenschutzgründen ausschließlich für die Beteiligten bestimmt. Darüber hinaus wurde der Auftraggeberin eine anonymisierte Fassung vorgelegt.

7.3 Beschreibung der einzelnen Begleitseminare

7.3.1 Erstes Begleitseminar (26./27. Juni 2000)

Nachdem die Einführungsveranstaltung der Gruppenfindung, der Klärung der Projektziele und des Ablaufs gegolten hatte, stand bei diesem ersten Begleittreffen die Aufarbeitung der ersten Erfahrungen mit der Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts im Vordergrund. Zu diesem Zeitpunkt hatten acht der geplanten 13²⁵ Zirkel ihre Arbeit aufgenommen. Nun lauteten die Fragen: Welche Probleme waren bei der Initiierung der Qualitätszirkel zu überwinden? Welche Strategien haben sich bei der Motivierung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern und Institutionen als hilfreich erwiesen? Wie wird das Qualitätszirkelkonzept von den Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmern akzeptiert? Wo gibt es Verständnisschwierigkeiten? Wo haben die Moderatorinnen und Moderatoren Unterstützungsbedarf?

Anders als bei der Einführungsveranstaltung hatte die Projektgruppe inhaltlich vergleichsweise wenig Struktur vorgegeben. Zunächst wurde ein Forum für den Erfahrungsaustausch bereitgestellt, in dem relevante Diskussionspunkte gemeinsam festgelegt wurden. Dabei zeigte sich, dass – wie im Qualitätszirkel – aufgrund der Vielzahl der interessierenden Fragestellungen Prioritäten gesetzt werden mussten. Ebenso wurde deutlich, dass durch arbeitsteiliges Vorgehen einerseits mehr Probleme thematisiert werden konnten und andererseits das Klärende stärker im Lösungsprozess als im Ergebnis selbst lag. Die Kleingruppen fungierten dabei wiederum als Modell für die Qualitätszirkel, wobei nicht die gesamte Alltagspraxis als Gesundheitsförderinnen und -förderer zur Diskussion stand, sondern nur der Ausschnitt, in dem sie als Moderatorin bzw. Moderator eines Qualitätszirkels fungierten. Dementsprechend wurden die für die Qualitätszirkelarbeit essentiellen Fragen von Dokumentation und Moderation auch hier zu einem Thema.

25 Nachdem beim Einführungsseminar noch 14 Moderatorinnen und Moderatoren anwesend waren, musste eine Teilnehmerin krankheitsbedingt ausscheiden.

Nicht auf alle Fragen wurden verbindliche Antworten gefunden. Es wurde deutlich, dass der gemeinsame Rahmen zugleich das Qualitätszirkelkonzept abdecken und doch genügend Freiraum für die individuelle Gestaltung lassen muss.

Schon in diesem Begleitseminar zeichnete sich ab, dass eine Parallelisierung der Entwicklung der Qualitätszirkel nicht durchführbar sein würde. Unterschiedliche institutionelle Voraussetzungen, die jeweiligen Kreise der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und auch die Moderatorinnen und Moderatoren selbst waren Bedingungen für unterschiedliche Entwicklungsgeschwindigkeiten, die gleichsam Variationen eines Themas darstellten, das erst aus der Zusammenschau verständlich wurde.

Die Veranstaltung war von Beginn an durch das gute Gruppenklima geprägt, das sich im Laufe der Einführungsveranstaltung herausgebildet hatte. Die lebhaften, konstruktiven und teilweise kontroversen Diskussionen trugen der Unterschiedlichkeit der Erfahrungen und Arbeitssituationen Rechnung. Während zunächst die Projektgruppe einen externen Gesundheitsförderer für die Auflockerung der Sitzungen engagiert hatte, sorgten nun nach Absprache einige Moderatorinnen und Moderatoren selber für gesundheitsförderliche Beiträge und Übungen.

Insgesamt gesehen kann die Seminarevaluation als Bestätigung des Seminarkonzepts begriffen werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wünschten sich eine Stärkung derjenigen Elemente, die auch die Projektgruppe als wesentlich hervorgehoben hatte – besonders die erfahrungsbezogene Arbeit in Kleingruppen. Sie sahen sich als mitverantwortlich für das Gelingen an und machten gezielte und umsetzbare Verbesserungsvorschläge.

7.3.2 Zweites Begleitseminar (11./12. September 2000)

Drei Monate nach dem Einführungsseminar und elf Wochen nach dem ersten Begleitseminar konnten nun zehn Moderatorinnen und Moderatoren über erste konkrete Erfahrungen aus der Zirkelarbeit berichten. Die Mehrzahl der Zirkel hatte erst einmal getagt, während sich zwei Zirkel bereits dreimal getroffen hatten. Drei Moderatorinnen befanden sich nach wie vor im unfreiwilligen Wartestand und berichteten von den Problemen bei der Zirkelinitiierung. Somit bestätigte sich der Eindruck vom ersten Begleitseminar, dass entsprechend den Bedingungen vor Ort mit unterschiedlichen Entwicklungsverläufen zu rechnen war. Dementsprechend standen einige der anfänglichen Fragestellungen erneut auf der Tagesordnung. Bei anderen Fragen zeichnete es sich ab, dass sie die weiteren Begleittreffen mehr oder weniger ausgeprägt begleiten würden.

Bei diesem Seminar rückte die Rolle der Moderatorinnen und Moderatoren in den Vordergrund, da die Projektmoderatorinnen und -moderatoren – bei aller Unterschiedlichkeit der regionalen Situationen – das Spannungsfeld von Projektzielen, Bedürfnissen der

Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer, Interessen der jeweiligen Institutionen sowie nicht zuletzt eigenen Erwartungen als erheblichen Druck erlebten. Die Spannung fand im Seminar selbst ihren Niederschlag, indem

- das Spannungsfeld selbst zum Thema der Kleingruppenarbeit wurde,
- die Moderatorinnen und Moderatoren gleichsam identifikatorisch die (vermuteten) Erwartungen ihrer Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer bei der fallbezogenen Kleingruppenarbeit „Qualitätszirkel konkret“ nacherlebten,
- die Moderatorinnen und Moderatoren wechselseitig ihre eigenen Erwartungen kritisch hinterfragten,
- mit Blick auf die Projektgruppe die Frage aufgeworfen wurde, inwieweit bestimmte Qualitätszirkelprinzipien (zum Beispiel Dokumentation, Protokollführung) den jeweiligen Möglichkeiten der Zirkel angepasst werden könnten und müssten.

Offenbar entwickelte sich auch das Treffen der Moderatorinnen und Moderatoren – der „Qualitätszirkel der Moderatorinnen und Moderatoren“ – nach dem als typisch beschriebenen Verlaufsmuster der Gruppenarbeit. Nach der Phase der Gruppenfindung im Einführungsseminar und auf dem ersten Begleitseminar wurde nun auch das „Storming“ bedeutsam: ein weiteres Aushandeln der Gruppenregeln. Wie die Bewertung der Gruppenarbeit zeigte, ging es dabei etwas weniger harmonisch zu als beim ersten Begleitseminar. Der weitgehend positiven Grundstimmung entsprechend wurde Kritik jedoch ganz überwiegend konstruktiv geübt. Hervorzuheben ist die sich weiter verstärkende Solidarisierung unter den Moderatorinnen und Moderatoren, die nicht nur in vielen praktischen Tipps und persönlichen Hilfestellungen, sondern auch in Vorschlägen wie dem wechselseitigen Coaching ihren Ausdruck fand.

7.3.3 Drittes Begleitseminar (20./21. November 2000)

Eingangs gab die Projektgruppe diesmal einen ausführlichen Einblick in die Begleitforschung des Projekts und stellte aktuelle Ergebnisse der Kurzbeurteilungen sowie der Eingangsbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor. Die Erfahrungsberichte der Moderatorinnen und Moderatoren wurden, um Redundanzen zu vermeiden, knapp und (vor-)strukturiert vorgetragen und waren gut vorbereitet worden. Sie fielen wieder sehr unterschiedlich aus, zumal auch die Anzahl der durchgeführten Treffen stark variierte. Gut die Hälfte der Zirkel hatte bis zum Zeitpunkt des Begleitseminars drei Treffen durchgeführt. Bereits in der Themensammlung wurde eine zentrale Fragestellung deutlich: „Erfüllen wir eigentlich die Kriterien der Qualitätszirkelarbeit?“ Der den Moderatorinnen und Moderatoren vorbereitend zugeschickte „Selbsteinschätzungs-Fragebogen“ („QZ-Check“, vgl. Kapitel 5.3.4), war als gute Möglichkeit erkannt worden, sich bereits vor dem Begleittreffen mit dieser Frage auseinander zu setzen. Zudem befasste sich eine Kleingruppe intensiv mit der kritischen Selbstreflexion der eigenen Zirkelarbeit. Für die andere Kleingruppe standen gruppenspezifische Probleme im Vordergrund. Die The-



menbereiche der Kleingruppen erwiesen sich als äußerst vielschichtig und umfangreich, was innerhalb der Kleingruppen streckenweise zu Konfusionen führte.²⁶ Eine Konsequenz daraus war, die Themen künftig präziser zu fassen und dementsprechend in mehreren Kleingruppen bearbeiten zu lassen. Auch die Notwendigkeit der Klärung scheinbar einfacher Fragen zu Beginn der Kleingruppenarbeit (Wer stellt einen Fall vor? Was ist der Fall?) wurde deutlich. Hier reproduzierten sich wiederum Probleme aus der aktuellen Zirkelarbeit. In der nicht ganz so positiven Seminarbeurteilung kam dies möglicherweise zum Ausdruck.²⁷

Bemerkenswert war das wachsende Interesse der Seminarteilnehmerinnen und -teilnehmer an der längerfristigen Perspektive der Implementation und Anerkennung von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung.

7.3.4 Viertes Begleitseminar (19./20. Februar 2001)

Mit diesem Begleittreffen wurde, neun Monate nach dem Einführungsseminar, die Endphase der Erprobung eingeleitet. So standen nicht mehr Startschwierigkeiten auf dem Programm, sondern Probleme bei der konkreten Arbeit im Qualitätszirkel. Insbesondere wurde zum Thema, wie die jeweiligen Qualitätszirkel zu einem inhaltlich und gruppendynamisch befriedigenden Abschluss gebracht werden könnten.²⁸ Mit Blick auf die geplante Breitenumsetzung von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung interessierte weiterhin, in welcher Form sich die Projektmoderatorinnen und -moderatoren an der Implementierung würden beteiligen können. Mittlerweile konnten alle Moderatorinnen und Moderatoren über eigene Erfahrungen mit der Zirkelarbeit berichten. In einem Fall beschränkte sich dies noch auf die Komoderation, in einem anderen Fall war die weitere Perspektive des initiierten Qualitätszirkels ungewiss. Insgesamt wurden in den initiierten zwölf Qualitätszirkeln durchschnittlich fünf Treffen durchgeführt. Bei den Einzelberichten wurde erneut die Unterschiedlichkeit der Gruppen und der Bedingungen, unter

26 So geriet eine Kleingruppe in die Situation, dass dem vorstellenden Moderator vorschnell Ratschläge erteilt wurden, bevor die eigentliche Problemstellung des dargestellten Qualitätszirkels hinreichend verdeutlicht werden konnte. Nachdem die Erwartungen des Moderators an die Kleingruppe geklärt wurden, griff dieser die Zirkeldarstellung erneut auf. Nun war sich die Gruppe uneinig, ob weiterhin am vorgestellten Zirkel diskutiert werden sollte. Einige wollten stattdessen ihre eigenen Problemlagen zum Thema „Doppelrolle des Moderators und unterschiedliche Erwartungen“ einbringen, andere sahen darin keinen Widerspruch.

27 Die Gesamtzufriedenheit betrug diesmal „nur“ 2 (auf einer Skala von 1 bis 5) im Vergleich zu 1,75 beim zweiten Begleitseminar. Allerdings gaben alle Teilnehmenden an, im Rahmen des Seminars Anregungen erhalten zu haben. Diese bezogen sich insbesondere auf die konkrete Qualitätszirkelarbeit, wie zum Beispiel „Ja, bezüglich Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts“ oder „Klärung dessen, was die Identität eines Qualitätszirkels ausmacht“. Auch hinsichtlich der Rolle des Moderierenden konnten die Seminarteilnehmerinnen und -teilnehmer von der Gruppenarbeit profitieren: „Mich vor Doppelfunktion(-srolle) in Acht nehmen“, lautete eine Konsequenz.

28 Vgl. auch die bei Scheuer und Buddeberg beschriebene 5. Phase der Gruppenentwicklung: „Abschluss und Auflösung“ (Scheuer und Buddeberg 2004, S. 101).

denen diese zusammenkamen, deutlich (vgl. Ergebnisband, S. 392). In außerordentlich konstruktiv geführten Diskussionen wurde eine Fülle unmittelbar konkret umsetzbarer Vorschläge hervorgebracht. Das Thema Breitenimplementation wurde dann noch einmal explizit von Herrn Lehmann aufgegriffen.

Aus der Sicht der Projektgruppe waren nicht zuletzt die intensiven Diskussionen sehr fruchtbar, die in den Kleingruppen anhand des Fragebogens für Moderatorinnen und Moderatoren zur Selbsteinschätzung der Qualitätszirkelarbeit geführt wurden. In vier parallelen von Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern moderierten Kleingruppen arbeiteten die Moderatorinnen und Moderatoren anhand der einzelnen Kriterien des Selbsteinschätzungs-Fragebogens auf, was genau unter Qualitätszirkelarbeit zu verstehen ist, inwieweit die dort angegebenen Kriterien umsetzbar sind bzw. in ihrer Qualitätszirkelarbeit bereits erfüllt werden konnten und wo Anpassungen des ursprünglich im ärztlichen Bereich eingesetzten Fragebogens an die Gesundheitsförderung vorgenommen werden sollten. Aufgrund der Anregungen wurden insbesondere Fragen zur Dokumentation modifiziert und der Aspekt der Fallarbeit gestärkt.

Beim Blitzlicht und in den Rückmeldungen wurde verschiedentlich angemerkt, dass die Arbeit in kleinen Gruppen von vier bis fünf Personen noch effektiver und lebendiger sei als die Zusammenkünfte im Plenum (18 Personen). Dies entsprach auch dem Eindruck der Projektgruppe. Möglicherweise führte gerade die Ausweitung der Kleingruppenarbeit zur Intensivierung der Kontrasterfahrung – in jedem Fall aber zeigte sie die Richtung an, in der die Akzente bei den künftigen Seminaren gelegt werden sollten. Die Kleingruppenarbeit wurde weiter verstärkt, um den individuellen Bedürfnissen Rechnung tragen zu können.

Bei der Seminarevaluation wurden die struktur- und rahmenbezogenen Aspekte insgesamt noch etwas positiver bewertet als bei den vorherigen Begleitseminaren.

7.3.5 Fünftes Begleitseminar (23./24. April 2001)

Bei diesem Seminar konnten erstmalig auch die bisher von der Teilnahme ausgeschlossene Komoderatorin sowie der Komoderator am Erfahrungsaustausch beteiligt werden. Das Bild von den Zirkeln wurde so wesentlich bereichert und die erfahrungsbezogene und gezielte Thematisierung von Komoderation erleichtert. Die Vergrößerung der Gruppe ging mit einem erweiterten Diskussionsbedarf einher. Nach den positiven Erfahrungen beim vierten Begleitseminar stand auch bei diesem Treffen die Kleingruppenarbeit im Vordergrund. Dadurch sollte jede Seminarteilnehmerin und jeder Seminarteilnehmer die Gelegenheit haben, in Form von Fallvorstellungen ausführlich ihren/seinen Qualitätszirkel und ihre/seine eigene Tätigkeit als Gesundheitsfördererin bzw. als -förderer zur Diskussion zu stellen sowie von den anderen (Kleingruppen-)Teilnehmerinnen und -Teilnehmern eine Rückmeldung bezüglich ihrer/seiner Moderationsweise erhalten.



Erstmals stellten die Moderatorinnen und Moderatoren ihren Zirkel anhand eines Protokolls und Selbsteinschätzungsbogens vor. Dadurch wurden wesentlich konkretere Einblicke in die Qualitätszirkelarbeit möglich als bei den vorhergehenden Treffen und es zeichnete sich ein Gesamtbild ab, inwieweit strukturelle und gruppenspezifische Merkmale sowie Arbeitsweise und Evaluation den Qualitätszirkelkriterien entsprechen.

Beispielsweise wurde festgestellt, dass den Zirkeldiskussionen zunehmend Fallvorstellungen zugrunde gelegt wurden, diese aber noch nicht konkret genug und ohne explizite Problemstellung waren. Erarbeitete Lösungen waren nicht immer fallbezogen und blieben abstrakt. Damit ergaben sich wiederum Umsetzungsprobleme und Schwierigkeiten bezüglich der Evaluation der im Zirkel erarbeiteten Ergebnisse. Da sich herausstellte, dass der größte Unterstützungsbedarf bei den Moderatorinnen und Moderatoren nach wie vor im Hinblick auf die für das Qualitätszirkelprinzip spezifische Arbeitsweise besteht, stand diese in der Kleingruppenarbeit „Qualitätszirkel konkret“ noch einmal explizit im Zentrum.

Die Fallvorstellungen der Moderatorinnen und Moderatoren gaben zudem Einblick in unterschiedliche Praxisfelder der Gesundheitsförderung und ermöglichten ein persönliches Kennenlernen auf neuer Ebene. Sie berührten die Tätigkeitsbereiche Beratung, Betriebliche Fortbildung, Erwachsenenbildung, Öffentlichkeitsarbeit und Projektorganisation. Zum Thema gemacht wurden Professionalität und Emotionalität, Empowerment und Zielgruppenspezifität. Mit Ausnahme einer Videodokumentation handelte es sich vorwiegend um mündliche Fallberichte.

In dieser Gruppenarbeit wurden auch innovatorisch Erfahrungen aus anderen Formen der Gruppenarbeit (lösungsorientierte Beratung) in die Diskussion eingebracht, die zwar ein wertvolles Mittel in der praktischen Durchführung der Qualitätszirkelarbeit sein können, aber auch Gefahr laufen, die Grundprinzipien effektiver Qualitätszirkelarbeit außer Kraft zu setzen, wenn auf eine Bestandsaufnahme verzichtet wird.

Erstmalig wurde im Rahmen eines Begleitseminars von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, die Moderation zu üben und dies auch wechselseitig zu kommentieren. Dabei gingen die Moderatorinnen und Moderatoren miteinander zum Teil recht hart ins Gericht. Zudem waren die Vorstellungen darüber, welche Qualifikationen für einen Moderator bzw. eine Moderatorin unabdingbar sind, nicht unumstritten. Einigkeit bestand darüber, dass es keinen „idealen Moderator“ bzw. keine „ideale Moderatorin“ gibt. Ein Moderator bzw. eine Moderatorin solle durch Fragen und Zusammenfassungen strukturieren. Visualisierungen seien dann förderlich, wenn sie in der Verwendung von Schriftgröße, Abkürzungen, Symbolen u.Ä. nachvollziehbar gemacht werden. Die Erfahrungen und Ansichten über die Komoderation waren ebenfalls uneinheitlich und nicht auf der Grundlage allgemeiner Empfehlungen zu lösen, wie die unterschiedlichen Ausprägungen in den drei Projektzirkeln mit Komoderation zeigten.

Die Ausdehnung der Kleingruppenarbeit ermöglichte intensive Diskussionen, erschwerte jedoch die zeitliche Steuerung und eine Zusammenfassung der Ergebnisse im Plenum, was folgerichtig in der Evaluation der Veranstaltung kritisiert wurde.²⁹ Aus den positiven Evaluationsergebnissen spricht aber auch eine Wertschätzung der außerordentlich produktiven Gruppenarbeit und konstruktiven Atmosphäre dieses Seminars. Die Chance zur Beteiligung war offenbar noch höher als bei den vorangegangenen Seminaren.

7.3.6 Sechstes Begleitseminar (18./19. Juni 2001)

Während die vorangegangenen Seminare der Vorbereitung und Begleitung der im Rahmen des Projekts initiierten Qualitätszirkel dienten, ging es nun darum, zugleich einen resümierenden Rückblick und einen Ausblick zu wagen – d. h. eine Standortbestimmung vorzunehmen. So wurden die Verläufe der einzelnen Qualitätszirkel mit dem Ziel reflektiert, Aussagen zur Übertragbarkeit des Konzepts zu gewinnen.

Vor diesem Hintergrund wurden auch Ergebnisse der Begleitforschung vorgestellt. Die Begleitseminare wurden ihrerseits im Verlauf betrachtet, um Hinweise auf die Gestaltung künftiger Seminare zu gewinnen. Schließlich stand die Frage auf der Tagesordnung, wie nach der Beendigung der Projektzirkel eine künftige Kooperation zwischen Moderatorinnen und Moderatoren, Projektgruppe und BZgA gestaltet werden könnte. Es war absehbar, dass dieses umfangreiche Programm nicht in dem bei früheren Begleitseminaren üblichen Zeitrahmen bearbeitet werden konnte. Viele Beteiligte reisten daher einen Tag früher an, sodass das Seminar bereits am Montagmorgen beginnen konnte. Wie beim fünften Begleitseminar vereinbart, waren erneut die Komoderatorinnen und Komoderatoren am Erfahrungsaustausch beteiligt.

In der Kleingruppenarbeit „Qualitätszirkel als Fall“ wurde an die im fünften Seminar durchgeführten Diskussionen angeknüpft. Die Qualitätszirkel wurden diesmal an Hand von Leitfragen strukturiert vorgestellt. Insgesamt kamen viele Moderatorinnen und Moderatoren zu dem Resümee, dass ihr Zirkel noch im Prozess des Lernens war, doch nunmehr „starten“ konnte. Die „Performance-Phase“ war zumeist noch nicht erreicht. Dementsprechend sollten einige Zirkel fortgeführt werden. Dies galt analog für einige Moderatorinnen und Moderatoren, die zwar eine jeweilige zeitliche Begrenzung für sinnvoll hielten und sich nunmehr aber in neuen Zirkeln erproben wollten.

Hinsichtlich der Begleitseminare bestand Einigkeit darüber, dass diesen als Ort eines gemeinsamen Lernens überragende Bedeutung zukam, weil die Gruppe – den Qualitätszirkeln selbst vergleichbar – Rückhalt geben konnte und überdies mit wachsendem Erfolg die Qualitätszirkelprinzipien vermittelt und eingeübt werden konnten. Dementsprechend wurde vereinzelt der Wunsch nach Fortführung der Unterstützung laut.

²⁹ Die ausführliche Dokumentation wurde dafür umso dankbarer aufgenommen.



Für eine Zwischenbilanz der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung wurden die Kurzevaluationsbögen (Qualitätszirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer sowie Qualitätszirkelmoderatorinnen und -moderatoren) der ersten fünf Zirkeltreffen und der bislang durchgeführten fünf Begleitseminare ausgewertet sowie Beziehungen zwischen den Einzelauswertungen hergestellt (vgl. Ergebnisband, S. 404 ff.). Weiterhin wurde über die teilnehmende Beobachtung (Vorgehensweise, Ziele, Funktionswandel) berichtet und vorgestellt, wie die mit den unterschiedlichen Instrumenten erzielten Ergebnisse einander bestätigten bzw. korrigierten. Darüber hinaus wurden die Bezüge zwischen Begleitseminaren und Qualitätszirkelverläufen vorgestellt.

Die Seminarevaluation dieses vorwiegend resümierenden Treffens wies zwar erneut eine hohe Gesamtzufriedenheit auf, einzelne Fragen wurden jedoch schlechter bewertet, insbesondere das „eigene Interesse an den Inhalten“. Auch bezüglich der erhaltenen Anregungen wurde zurückhaltender als sonst geantwortet. Maßgebend dafür waren sicherlich die diesmal differierenden Perspektiven und Erwartungen von Moderatorinnen und Moderatoren sowie Projektgruppe: Während für die Projektgruppe die empirische Phase abgeschlossen war und nun die der Implementationsphase vorgeschaltete Auswertungs- und Konzeptualisierungsphase im Vordergrund stand, waren die Moderatorinnen und Moderatoren vorrangig an einem „runden“ Abschluss der intensiven Seminararbeit und einem baldigen persönlichen Einstieg in die Implementationsphase interessiert.

7.4 Zusätzliche Treffen

7.4.1 Redaktionstreffen am 2. November 2001

Dieses zusätzliche Treffen wurde im Juni 2001 vereinbart, um die Mitarbeit der Moderatorinnen und Moderatoren an der Erstellung des Handbuchs „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention“ zu konkretisieren. So wurde vereinbart, dass alle Moderatorinnen und Moderatoren den Leserinnen bzw. Lesern einen Einblick in die Arbeitsweise ihres Qualitätszirkels ermöglichen, indem sie einen Erfahrungsbericht über den Verlauf sowie eine strukturierte Kurzbeschreibung formaler Merkmale erstellen (vgl. Handbuch, Kapitel 4). Je nach Interesse und Qualifikation beteiligten sich einige Moderatorinnen und Moderatoren an der Überarbeitung eines Kapitels aus dem Leitfaden „Ärztliche Qualitätszirkel“ bzw. an der Formulierung eigenständiger Abschnitte. Spätestens bei der Vergabe dieser „Patenschaften“ wurde aber auch deutlich, dass der dem Projekt zugrunde liegende Leitfaden „Ärztliche Qualitätszirkel“ nicht allen Moderatorinnen und Moderatoren gleichermaßen bekannt war, sodass das Ziel, die Moderatorinnen und Moderatoren inhaltlich an einer Adaption des Leitfadens zu beteiligen, nur begrenzt realisierbar war. Die im Rahmen dieses Treffens geführten Diskussionen wurden nicht

schriftlich dokumentiert. Das lebhaftes Interesse der Moderierenden an Marketingstrategien zur Verbreitung des erprobten Qualitätszirkelkonzepts fand praktischen Niederschlag in dem neuen Handbuchkapitel „Institutionen überzeugen, Kooperationspartner gewinnen, Interessentinnen und Interessenten zur Teilnahme motivieren“.

7.4.2 Abschlussseminar am 10./11. Dezember 2001

Mit diesem siebten und letzten Begleitseminar endeten die Treffen der Moderatorinnen und Moderatoren. Ziel des Treffens war, eine vorläufige Bilanz des Modellprojekts zu ziehen und Abschied zu nehmen. Festgehalten wurde, dass die Voraussetzung und Bereitschaft für künftige Kooperationen im Rahmen der Implementation des Qualitätszirkelkonzepts gegeben sind. Deutlich wurde aber auch, dass es noch einiger Anstrengung bedarf, um die materiellen Voraussetzungen für die Implementation zu schaffen. In den Kleingruppen wurden hilfreiche Argumentationen erarbeitet. Die Anregungen zur Überzeugungsarbeit auf Leitungsebene umfassten konzeptuelle Argumente für die Qualitätszirkelarbeit sowie praktische Überlegungen für die Institution. Weiterhin wurde – der Vielfalt des Gesundheitsförderungsbereiches entsprechend – ein ganzes Bündel von Werbeaktivitäten aufgezeigt. In vielen Überlegungen wurde konkretisiert, wie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über das Projekt hinaus an ihrem Ort die Implementation fördern könnten. Der Wunsch der Moderatorinnen und Moderatoren, in Kontakt miteinander zu bleiben, hat sich in der Idee für ein E-Mail-Austauschforum niedergeschlagen.

Die Seminarevaluation war von einer sehr hohen Zufriedenheit sowie von Äußerungen der Dankbarkeit geprägt. Hinsichtlich umsetzbarer Anregungen äußerten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ebenfalls weitgehend optimistisch. Zumeist bezogen sie sich dabei auf die Kleingruppenarbeit, einige Anmerkungen zeugten aber auch allgemein von einem „nochmaligen Motivationsschub“.

7.5 Seminarevaluation

Die Seminare wurden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit geringen Schwankungen durchgängig gut bewertet. Dabei unterschied man durchaus hinsichtlich der verschiedenen abgefragten Aspekte (vgl. Tabelle 15 auf Seite 112), doch liegen die Mittelwerte (5-stufige Likert-Skala, 1 = sehr zufrieden, 5 = gar nicht zufrieden) über alle Seminare eng beieinander zwischen 1,6 (für die Organisation) und 2,1 (für die Veranstaltungsstruktur sowie für die Zufriedenheit mit dem eigenen Beitrag). Einige Seminare wurden besser bewertet – insbesondere die Begleitseminare 2, 4, 5 sowie das Abschluss-



Wievieltes Begleitseminar der Moderatorinnen bzw. Moderatoren?	Veranstaltungsort	Organisation der Veranstaltung	Tagungsordnung	Struktur der Veranstaltung	Mitgestaltungsmöglichkeit	Vermittlung des Qualitätszirkelkonzepts	Sachlicher Ertrag	Atmosphäre in der Gruppe	Unterstützung durch die Moderation	Ich bin mit meinem eigenen Beitrag zum Gruppenscheitern zufrieden	Zufriedenheit insgesamt
Einführungseminar	Mittelwert	1,31	2,62	2,69	2,15	2,31	1,92	1,92	1,92	2,00	1,85
	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	Standardabweichung	,480	,768	,751	,689	,751	,641	,494	,641	,408	,376
1. Begleitseminar	Mittelwert	1,77	1,85	1,85	1,77	2,00	1,92	1,62	1,62	2,08	1,77
	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	Standardabweichung	,725	,376	,376	,439	,408	,494	,506	,506	,494	,439
2. Begleitseminar	Mittelwert	1,42	1,73	1,82	1,75	1,73	1,92	1,75	1,50	2,25	1,75
	N	12	11	11	12	11	12	12	12	12	12
	Standardabweichung	,515	,786	,751	,622	,786	,900	,452	,674	,622	,866
3. Begleitseminar	Mittelwert	1,70	2,00	2,44	1,67	2,10	2,40	2,30	2,00	2,30	2,00
	N	10	10	9	9	10	10	10	10	10	10
	Standardabweichung	,483	,471	,726	,707	,876	,699	,823	,816	,675	,471
4. Begleitseminar	Mittelwert	1,55	1,91	2,00	1,73	1,73	2,00	1,91	1,55	2,00	1,91
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	Standardabweichung	,522	,539	,632	,467	,467	,632	,539	,522	,447	,302
5. Begleitseminar	Mittelwert	1,45	1,82	1,73	1,91	1,91	1,82	1,27	1,55	1,73	1,73
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	Standardabweichung	,522	,603	,647	,701	,831	,603	,467	,522	,647	,467
6. Begleitseminar	Mittelwert	2,38	2,00	1,92	2,08	2,31	2,15	1,92	2,00	2,15	1,92
	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13	12
	Standardabweichung	,961	,577	,641	,641	,630	,689	,494	,707	,376	,515
Abschlussseminar	Mittelwert	2,09	2,09	2,09	1,82	1,73	2,00	1,45	1,64	2,18	1,64
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	Standardabweichung	,539	,701	,539	,405	,647	,447	,522	,674	,603	,505
Alle Seminare	Mittelwert	1,71	2,01	2,07	1,87	1,99	2,01	1,77	1,72	2,09	1,82
	N	94	93	92	93	93	94	94	94	94	93
	Standardabweichung	,697	,651	,692	,594	,699	,647	,594	,646	,542	,510

Tab. 15: Begleitseminare aus der Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (5-stufige Likert-Skala, 1 = sehr zufrieden bis 5 = gar nicht zufrieden)

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz	Korrelationen		
		B	Standardfehler	Beta			Nullter Ordnung	Partiell	Teil
1	(Konstante)	,355	,227		1,560	,123			
	Veranstaltungsort	-,059	,061	-,081	-,968	,336	,194	-,108	-,072
	Organisation der Veranstaltung	,195	,098	,215	1,996	,049	,525	,219	,148
	Tagungsordnung	,025	,098	,032	,254	,800	,433	,029	,019
	Struktur der Veranstaltung	,147	,089	,199	1,645	,104	,532	,182	,122
	Mitgestaltungsmöglichkeit	,068	,081	,079	,832	,408	,459	,093	,061
	Vermittlung des Qualitätszirkelkonzepts	-,088	,077	-,118	-1,150	,254	,358	-,128	-,085
	Sachlicher Ertrag	,300	,077	,369	3,926	,000	,603	,404	,290
	Atmosphäre in der Gruppe	,083	,081	,097	1,027	,308	,472	,115	,076
	Unterstützung durch die Moderation	,134	,086	,170	1,566	,121	,541	,174	,116
	Ich bin mit meinem eigenen Beitrag zum Gruppengeschehen zufrieden	-,018	,072	-,019	-,255	,799	,093	-,029	-,019

Tab. 16: Determinanten der Gesamtzufriedenheit

seminar –, während die Begleitseminare 3 und 6 sowie zum Teil das Einführungsseminar schlechter bewertet wurden. Beim sechsten Begleitseminar mag der Wechsel des Tagungsorts und die ungeklärte Situation nach Abschluss der empirischen Phase eine Rolle gespielt haben, insgesamt aber sind die unterschiedlichen Bewertungen auf vielfältige Einflüsse zurückzuführen, die abgefragten Variablen korrelieren untereinander stark. Eine nähere Analyse der linearen Korrelationen auf der Basis von 90 vollständig auswertbaren Evaluationsbogen ($r^2_{\text{corr}} = .514$) zeigt, dass die Gesamtzufriedenheit vor allem vom Sachertrag ($\beta = .369$) sowie – deutlich geringer – von der Organisation der Veranstaltung ($\beta = .215$) abhängt. Der Zusammenhang zu den anderen Variablen war hier nicht statistisch signifikant (vgl. Tabelle 16).

Im Hinblick auf das Projektziel haben wir uns darüber hinaus für die Zufriedenheit mit der Vermittlung des Qualitätszirkelkonzepts interessiert. Für diese ($r^2_{\text{corr}} = .428$) war vor allem die Bewertung der Moderation ($\beta = .353$) sowie – in geringerem Maße – der Sachertrag ($\beta = .253$) ausschlaggebend.

Für die Zufriedenheit mit der Moderation der Veranstaltungen ($r^2_{\text{corr}} = .494$) schließlich waren die Vermittlung des Qualitätszirkelkonzepts ($\beta = .312$), die Gruppenatmosphäre ($\beta = .277$) und die eigene Beteiligungsmöglichkeit ($\beta = .215$) wesentlich, d. h. positiv bewertet wurde eine konzept- und gruppenprozessbezogene Steuerungsleistung.



DIE PROJEKTZIRKEL



8.1

Zirkelübergreifende Darstellung

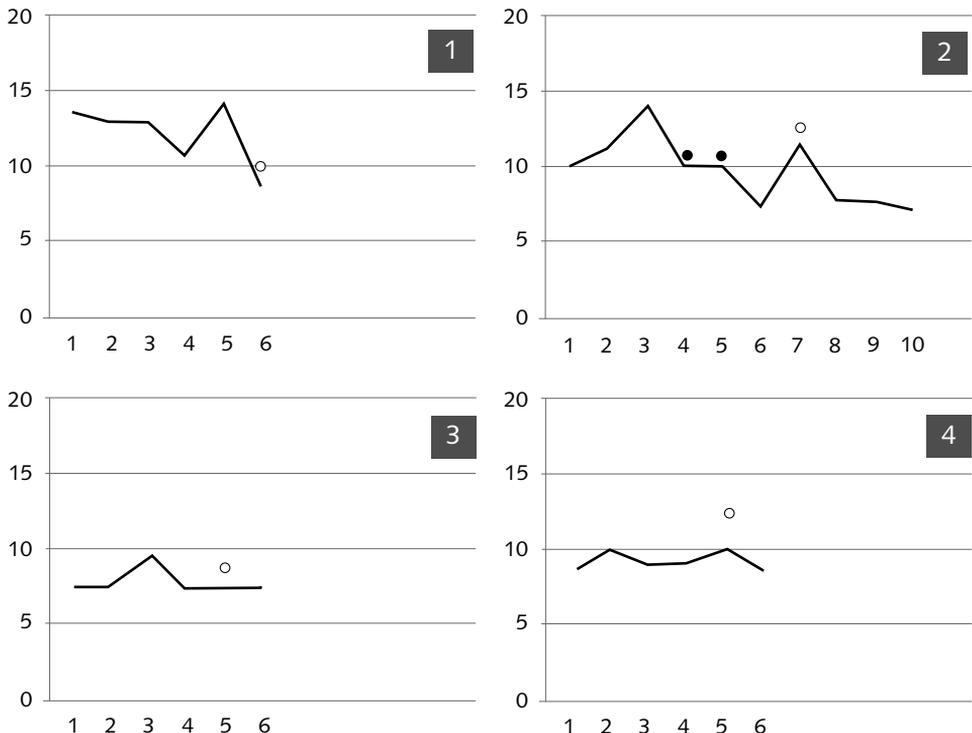
Im Zeitraum von Juni 2000 bis August 2001 wurden zwölf Qualitätszirkel kontinuierlich durchgeführt, die von 15 Moderatorinnen und Moderatoren bzw. Komoderatorinnen und -moderatoren organisiert wurden. Im Folgenden wird die Zusammensetzung der Zirkel näher beschrieben.

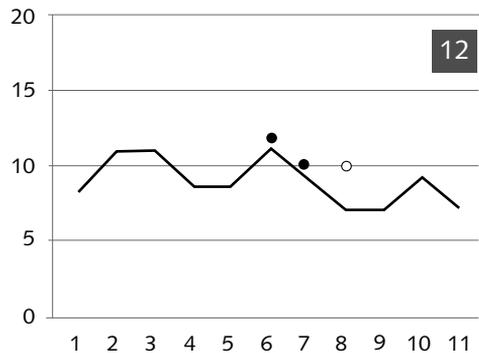
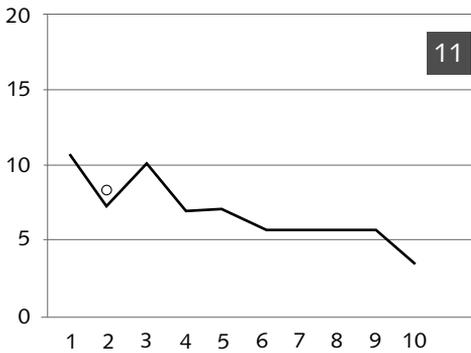
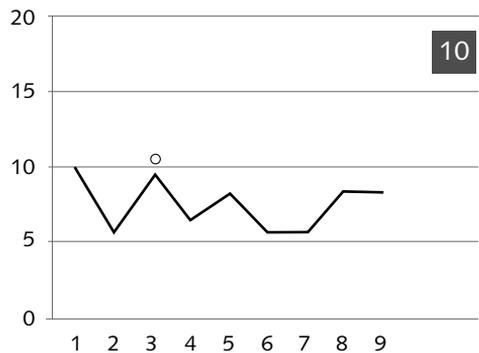
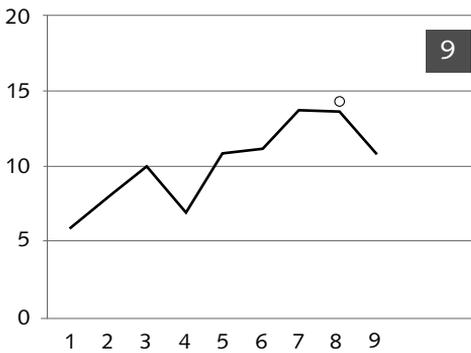
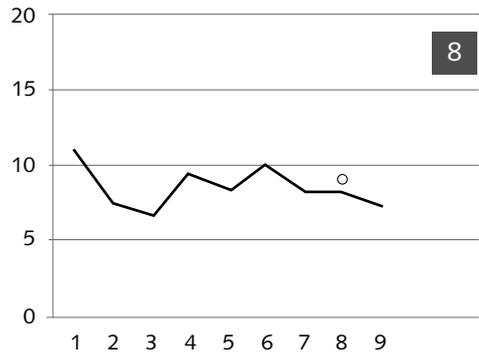
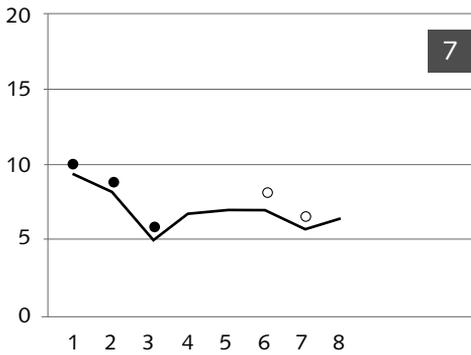
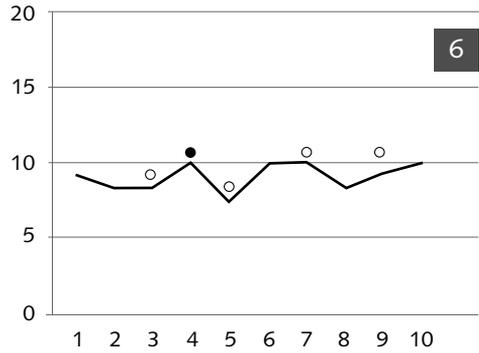
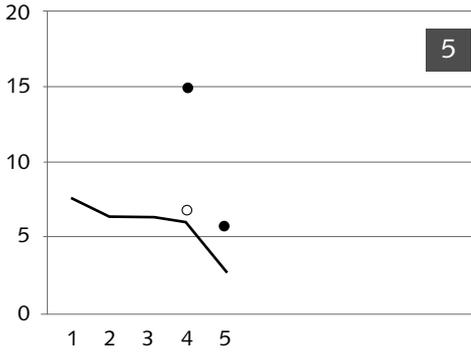
8.1.1 Zusammensetzung und Verlauf der Zirkel insgesamt

Eine Teilnehmerzahl der Qualitätszirkel kann nicht angegeben werden. Die Moderatorinnen und Moderatoren wurden gebeten, anhand der Protokollbogen für jede Sitzung die Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (einschließlich Moderatorinnen und

Abb. 7: Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einschließlich (Ko-)Moderatorinnen und (Ko-)Moderatoren (vertikale Achse) pro Qualitätszirkelsitzung (horizontale Achse)

○ = teilnehmende Beobachterinnen und Beobachter ● = Gäste





Projektzirkel	Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer insgesamt	Anzahl eingegangener Fragebogen Eingangsbefragung	Quote in %
QZ 1	12	11	91,7
QZ 2	14	11	78,6
QZ 3	8	6	75,0
QZ 4	13	10	76,9
QZ 5	9	6	66,7
QZ 6	9	9	100,0
QZ 7	8	7	87,5
QZ 8	11	11	100,0
QZ 9	17	12	70,6
QZ 10	10	6	60,0
QZ 11	10	10	100,0
QZ 12	15	11	73,3
Gesamt	136	110	80,9

Tab. 17: Verteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die zwölf Projektzirkel

Moderatoren und Komoderatorinnen bzw. -moderatoren) sowie die Anzahl von Gästen anzugeben. Das Ergebnis zeigt (vgl. Abbildung 7 auf Seite 116/117), dass in jedem Qualitätszirkel die Teilnehmerzahl schwankte; es gab dabei Qualitätszirkel, in denen die Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Laufe der Sitzungen tendenziell sank (Gegenbeispiel: QZ 9). Die Anzahl der Teilnehmenden einschließlich Moderatorinnen und Moderatoren sowie Gäste variierte zwischen 15 und vier Personen.

Die weiteren Angaben beruhen auf der Eingangsbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. An der Eingangsbefragung beteiligten sich $N = 110$ Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer. Die Fragebogen der Eingangsbefragung wurden von den Moderatorinnen und Moderatoren so lange (an neu hinzukommende Teilnehmerinnen und Teilnehmer) ausgegeben, bis der jeweilige Qualitätszirkel aus ihrer Sicht komplett war (dies war in der 1. bis 3. Qualitätszirkelsitzung der Fall). Die Gesamtzahl der Projektzirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer sowie die Zahl der ausgefüllten Fragebogen verteilte sich danach auf die einzelnen Zirkel wie es in Tabelle 17 aufgeführt wird. Das Spektrum der *beruflichen bzw. ehrenamtlichen Tätigkeiten* der insgesamt 136 Teilnehmerinnen und Teilnehmer³⁰ ist relativ breit, wie Tabelle 18 aufzeigt.

30 Diese Angaben stützen sich auf die von den Moderatorinnen und Moderatoren erstellten Zirkelcharakterisierungen, die die Gesamtheit der Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer umfassen ($N = 136$) und die Anzahl der an der Eingangsbefragung Teilnehmenden um 23,6% überschreiten. Wir haben auf diese Angaben der Moderatorinnen und Moderatoren zurückgegriffen, weil die auf die entsprechenden Informationen zielende Frage in der Eingangs- und Abschlussbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht auswertbar war.

Arbeitsbereich/Position der Teilnehmerinnen und Teilnehmer			
<i>Zirkel</i>	<i>Arbeitsbereich/Position</i>	<i>n</i>	<i>N</i>
QZ 1	Ärztin/Arzt	3	12
	Arzthelferin/Arzthelfer	3	
	Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter	3	
	Verwaltungsangestellte/-angestellter	3	
QZ 2	SHG	9	14
	Niedergelassene(r) Arzt/Ärztin	2	
	Krankenkasse	1	
	Apothekerin/Apotheker	1	
	Verbraucherzentrale	1	
QZ 3	Vertrauensleute	8	8
QZ 4	Betriebsrat	4	13
	Vertrauensleute	3	
	Arzt/Ärztin	2	
	Personalabteilung	2	
	Führungstraining	1	
	Sicherheitsabteilung	1	
QZ 5	Küchenleiterin/Küchenleiter	6	9
	Mitarbeiterin/Mitarbeiter Küche	3	
QZ 6	Niedergelassener Arzt/Ärztin	1	9
	Oberärztin/Oberarzt	1	
	Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter	1	
	Gesundheitsberaterin/-berater KK	1	
	Gesundheitsberaterin/-berater SHG	1	
	Heilpraktikerin/Heilpraktiker	1	
	Physiotherapeutin/Physiotherapeut	1	
	Pflege	1	
	Familienbildungsstätte	1	
QZ 7	Krankenschwester	4	8
	Arzthelferin/Arzthelfer	3	
	Ärztin/Arzt	1	
QZ 8	Oecotrophologin	11	11
QZ 9	Gesundheitspädagogin/-pädagog	3	17
	Ärztin/Arzt	2	
	Personalabteilung	2	
	Vertrauensleute	2	
	Betriebsrat	2	
	Verwaltungsangestellte/-angestellter	2	
	KK-Vertreterin/KK-Vertreter	1	
	Bildungskoordinatorin/-koordinator	1	
	Sicherheitsingenieurin/-ingenieur	1	
	Suchtbeauftragte/Suchtbeauftragter	1	

Arbeitsbereich/Position der Teilnehmerinnen und Teilnehmer			
<i>Zirkel</i>	<i>Arbeitsbereich/Position</i>	<i>n</i>	<i>N</i>
QZ 10	Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter	2	10
	Pflege	2	
	Hochschuldozentin/-dozent	1	
	Schuldirektorin/Schuldirektor i. R.	1	
	Pastorin/Pastor	1	
	Apothekerin/Apotheker	1	
	Hebamme	1	
	SHG	1	
QZ 11	Dozentin/Dozent	10	10
QZ 12	Ärztin/Arzt	4	15
	Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter	2	
	Selbsthilfe	2	
	Psychologin/Psychologe	2	
	Suchtberaterin/Suchtberater	2	
	Verwaltungsangestellte/-angestellter	2	
	Laienhelferin/Laienhelfer	1	
Gesamt			136

Tab. 18: Arbeitsbereiche/Positionen der Qualitätszirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer

Bei den Moderatorinnen und Moderatoren überwiegt der Anteil der Sozialarbeiterinnen und -arbeiter bzw. Beraterinnen und Berater mit 30,8%. Aber auch hier ist der Ernährungsbereich mit 23,1% relativ stark vertreten. Teilgenommen haben weiterhin eine Ärztin und ein Arzt (15,4%) sowie zwei Sozialwissenschaftler (vgl. Tabelle 19).

8.1.2 Zeitlicher Rahmen und Verlauf

Im Zeitraum von Juni 2000 bis Juli 2001 haben vier von zwölf Qualitätszirkeln die ursprünglich geplante Anzahl von zehn Qualitätszirkelsitzungen durchgeführt. Die Gründe für die Diskrepanz liegen u. a. in der verzögerten Initiierung und in Terminschwierigkeiten. Bei der Planung waren monatliche Zirkeltreffen innerhalb des Durchführungszeitraums von einem Jahr vorgesehen, wobei die Sommerpause bereits abgezogen war. Dabei ist davon ausgegangen worden, dass das erste Treffen vor der Sommerpause 2000 stattfand. Dies war jedoch nur bei acht Qualitätszirkeln der Fall. Die zehn Treffen sollten so durchgeführt werden, dass im Juni 2001 beim Abschlusstreffen bereits hätte Resümee gezogen werden können, d. h. idealerweise hätte hier auch die Abschlussbefragung durchgeführt werden und erste Auswertungsergebnisse vorliegen können.

	Arbeitsfeld/Berufliche Position
Teilnehmende Bewerberinnen und Bewerber	Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin im Gesundheitsamt, Gruppenleiterin, Gastdozentin an der Akademie für Gesundheitswesen
	Ernährungswissenschaftlerin in der Abteilung Gesundheitsförderung eines Kreis-Gesundheitshauses
	Schulungsleiterin von BZgA + IFT München für die Programme „Abnehmen – aber mit Vernunft“, „Nichtraucher in zehn Wochen“, „Immer Zirkus mit dem Essen“
	Sucht- und AIDS-Prävention, seit zwölf Jahren Vorsitz der AG für gesundheitliche Aufklärung im Landkreis
	Koordinierung und Initiierung von Projekten und Maßnahmen in ... (Netzwerk „Gesunde Stadt“) sowie innerhalb des Amtes
	Praktische Selbsthilfe und GF; Leiterin der Kontaktstelle im Selbsthilfebereich
	Dipl.-Sozialpädagogen; freiberufliche Tätigkeit im Bereich Erwachsenenbildung: Kursleitung/Schwerpunkt Stressmanagement, Entspannungsverfahren, Rauchfrei in zehn Schritten, Mitarbeit an FH Würzburg Sozialwesen
	Seit Dezember 1999 wissenschaftliche Mitarbeit an einer Fachhochschule für ein Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung
	Fachärztin für Psychiatrie im Sozialpsychiatrischen Dienst; Heilpraktikerüberprüfungen
	Berufsbegleitender Dienst für Berufstätige mit SB-Ausweis in psychosozialen Krisen; Pädagogischer Mitarbeiter
	Abteilung Ernährung und Diätik in einem Cateringunternehmen als leitende Angestellte
	„Hausarzt“ seit 20 Jahren, FA Allgemeinmedizin-Sportmedizin; „Kurarzt“ Praxissitz in einem Kurzentrum; Kooperation mit Plepiotherapie + Orthopädie; Mitinitiator eines Ärztinnen- und Ärzte-Netzes
Betriebliche Gesundheitsförderung; ImPuls, Forum für Gesundheit und Prävention; Leiter Fachbereich „Betrieb“ und Koordinator der Fachbereiche Allgemeines, Senioren, Kinder, Betrieb	

Tab. 19: Arbeitsfeld und berufliche Position der Moderatorinnen und Moderatoren (Angaben aus der Bewerberinnen- und Bewerberbefragung)

Tatsächlich hatten zu diesem Zeitpunkt jedoch nur neun Zirkel ihre Arbeit beendet. Die Arbeitsphase der Zirkel insgesamt endete erst im August 2001.

Tabelle 20 auf Seite 122 gibt einen Überblick über die Abstände der insgesamt 99 dokumentierten Zirkeltreffen sowie den zeitlichen Rahmen der Projektzirkelarbeit. Der Verlauf der Zirkel weist weniger Parallelen auf als geplant. Zwei Zirkel kamen nicht zustande und drei Zirkel nahmen deutlich später ihre Arbeit auf. Zwei Zirkel haben ihre Arbeit längere Zeit unterbrochen (in einem Fall aufgrund innerbetrieblicher Probleme und im anderen aufgrund eines Stellenwechsels der Moderatorin), und zwei Zirkel wurden vorzeitig beendet. Zeitlich parallel zu den Begleitseminaren und kontinuierlich arbeiteten insgesamt fünf Qualitätszirkel.



QZ	Mai 2000	Juni 2000	Juli 2000	August 2000	September 2000	Oktober 2000	November 2000	Dezember 2000	Januar 2001	Februar 2001	März 2001	April 2001	Mai 2001	Juni 2001	Juli 2001	August 2001	September 2001	
1		•			•						•		•					
2		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•					FS		
3				•		•	•		•	•		•						
4					•	•	•		•		•	TB		•				
5		•					•	TB		•								
6		•		•		•	•	•	TB	•	TB	•	•	•			•	
7		•			•	TB	•		•	•	•		TB	•	•			
8		•	•		•	•	•	•		•		•				FS		
9		•			•		•	•	•	•	•			•		•	•	PR
10		•			•	•	•	•	•	•		•	TB	•				
11						TB	•	•	•	•		•	•	•				
12		•			•		•	TB	•	•	•	•	TB	•	•	•		
Moderatoren-schulung 8.-10.5.2000		1. Begleit-seminar 26./27.6.2000			2. Begleit-seminar 11./12.9.2000		3. Begleit-seminar 20./21.11.2000			4. Begleit-seminar 19./20.2.2001		5. Begleit-seminar 23./24.4.2001		6. Begleit-seminar 18./19.6.2001				

Legende

- Qualitätszirkelzeitung
Begleitseminare
- TB Teilnehmende Beobachtung
- FS Fortsetzung
- AZ Anschlusszirkel
- PR Präsentationstreffen

Tab. 20: Gesamtverlauf der Arbeitsphase der Qualitätszirkel; zusätzliche Treffen: Moderatorinnen- und Moderatorentreffen 2. 11. 2001; Abschlussseminar 10./11. 12. 2001

Bei zeitgleichem Beginn sind für die Unterschiedlichkeit der Verläufe u. a. die Themenwahl, die Zusammensetzung der Teilnehmenden sowie die Vorerfahrungen von Gruppe und Moderatorin bzw. Moderator maßgebend. So zeigte sich, dass die Startphase in einer relativ homogenen Zirkelgruppe mit eng umrissenem Thema (zum Beispiel QZ 8) kürzer als in einem institutionsübergreifenden interdisziplinären Zirkel mit dem Ziel der Kooperationsförderung ist. Letzterer macht eine Darstellung der Institutionen und des konkreten Handlungsbereichs der Teilnehmenden erforderlich („*doppelte Falldarstellung*“, vgl. zum Beispiel QZ 12).

8.1.3 Turnus und Dauer der Qualitätszirkelsitzungen

Die Zirkel trafen sich durchschnittlich alle vier bis sechs Wochen. Der längste Abstand zwischen den Treffen betrug drei Monate, der kürzeste zwei Wochen. Im Durchschnitt dauerten die Sitzungen gut zwei Stunden, in QZ 5 sogar vier Stunden, da hier jeweils zwei Sitzungen zusammengelegt wurden.

8.1.4 Eingangsbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

In der Eingangsbefragung wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorwiegend zu ihrer *Einstellung zur Qualitätssicherung (QS)*, ihren *Erwartungen* und *Befürchtungen* hinsichtlich der Zirkelteilnahme, ihren *Erwartungen gegenüber den Moderato-*

	ja (1)	eher ja (2)	teils teils (3)	eher nein (4)	nein (5)	keine Anga- ben	Mittel- wert
Qualitätssicherung in der Gfö ist notwendig	86	20	3	0	0	1	1,2
Qualitätssicherungsprogramme können eine Bedrohung für die Gfö darstellen	0	2	16	36	54	2	4,3
Vorteile von Qualitätssicherung > Nachteile	58	43	4	1	1	3	1,5
Alle Gfö sollten zur Qualitätssicherung verpflichtet werden	43	34	22	5	5	1	2

Tab. 21: Einstellungen zur Qualitätssicherung (Eingangsbefragung Teilnehmerinnen und Teilnehmer; n = 110)



rinnen und Moderatoren sowie die *Motivation* ihrer Teilnahme befragt. Zudem sollten sie *Auswahlkriterien* für die Themenwahl nennen sowie die *Bedeutung des Fallbezugs* für die Zirkelarbeit einschätzen.

Wir geben im Folgenden einen Überblick über die Gesamttrends, unbeachtlich einer Differenzierung zwischen den Zirkeln. Zirkelspezifische Besonderheiten werden unten bei der Einzeldarstellung der jeweiligen Qualitätszirkel herausgestellt. Für die folgende Betrachtung wurde jeweils der Anteil der zustimmenden Äußerungen („ja“/„eher ja“ der fünfstufigen Skala) berücksichtigt.

Insgesamt herrschte unter den 110 Befragten eine positive Grundhaltung gegenüber Qualitätssicherung vor. Fast die Hälfte der Antwortenden besaß allerdings bislang keine Erfahrungen mit Qualitätssicherungsprogrammen. Qualitätssicherung sei notwendig (97%), vorteilhaft (94%) und keine Bedrohung für die Gesundheitsförderung (83% der Antwortenden). Mit der Forderung, dass Qualitätssicherung verpflichtend werden sollte, stimmten weniger Befragte überein („nur“ 71%). (Vgl. Tabelle 21 auf Seite 123.)

Ein wesentliches Teilnahmemotiv lag im Austausch von Erfahrungen und Tipps begründet (74%), es folgte Selbstreflexion (53%) und mit weitem Abstand „kollegiale Supervision“ (33%). Unter „Sonstige“ werden spezifischere Aspekte wie Vernetzung, Entwicklung von Qualitätsstandards, Entwicklung neuer Strukturen oder Initiierung von Selbsthilfegruppen genannt. Zudem wird auf externe Delegation aufmerksam gemacht. (Vgl. Tabelle 22.)

Mögliche Nachteile und Probleme für eine Qualitätszirkelarbeit können sich am Anfang nur relativ wenige Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorstellen. Wenn, dann werden erhöhter Zeit- und Dokumentationsaufwand erwartet (71% bzw. 54%). (Vgl. Tabelle 23.)

Beweggründe	Anzahl der Zustimmungen
Tipps für die eigene Arbeit	82
Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen/Kollegen	81
Selbstreflexion	58
Neugier	44
Kollegiale Supervision	36
Berufspolitische Überlegungen	29
Anschluss an Forschung	27
Geselligkeit	4
Sonstige	28

Tab. 22: Beweggründe für Teilnahme (Eingangsbefragung Teilnehmerinnen und Teilnehmer; n = 110)

	ja	eher ja	teils teils	eher nein	nein	keine Angaben	Mittelwert
Zeitaufwand	36	37	12	16	2	7	2,1
Kosten	9	9	12	40	22	18	3,6
Verunsicherung	7	5	10	37	27	24	3,8
Mut, selbst Kritik zu äußern	7	15	21	27	20	20	3,4
Mehraufwand durch Dokumentation des Arbeitsalltags	16	32	26	14	3	19	2,5
Kritik durch Kollegen tolerieren	3	15	23	26	25	18	3,6

Tab. 23: Mögliche entscheidende Nachteile und Probleme für eine Qualitätszirkelarbeit (Eingangsbefragung Teilnehmerinnen und Teilnehmer; n = 110)

	ja	eher ja	teils teils	eher nein	nein	keine Angab.	Mittelwert
Mehr Nachteile als Vorteile	5	5	5	33	62	0	4,3
Verhalten in der täglichen Arbeit ändern	21	37	41	9	0	2	2,4
Klientenberatung verbessern	45	49	11	1	0	4	1,7
Kontakte zu Kollegen verbessern	32	34	28	9	4	3	2,2
Einblicke in die eigene Tätigkeit	35	44	21	7	2	1	2,1
Emotionaler Rückhalt für die tägliche Arbeit	21	41	24	18	3	3	2,4
Fachbezogene Handlungssicherheit	37	37	20	12	1	3	2,1
Bewusstheit der Grenzen	25	44	23	9	7	2	2,3
Eigene Erfahrung weitergeben	50	42	15	1	0	2	1,7
Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner	63	37	6	2	1	1	1,5
Mehr Freude an der Arbeit	25	40	28	8	6	3	2,3

Tab. 24: Vorstellungen und Bedürfnisse zur Qualitätszirkelarbeit (Eingangsbefragung Teilnehmerinnen und Teilnehmer; n = 110)

Die Erwartungen an die Moderatorin/den Moderator waren insgesamt eher hoch, ohne dass schon ein deutliches Aufgabenprofil erkennbar war. Fallbezogene Arbeit hielten bereits zum Zeitpunkt der Eingangsbefragung knapp drei Viertel der Teilnehmenden für wesentlich. Die Erwartungen an die Zirkelteilnahme waren im Hinblick auf nahezu alle erfragten Aspekte hoch, insbesondere erwarten viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer Informationen über Kooperations- und Ansprechpartnerinnen bzw. -partner (92%), verbesserte Beratung der eigenen Klientinnen und Klienten (89%) und dass die eigenen Erfahrungen (85%) weitergegeben werden können. Als Folge der Qualitätszirkelarbeit wünschen sie sich außerdem Einblicke in die eigene Tätigkeit (73%), fachbezogene Handlungssicherheit (69%), größere Bewusstheit für die eigenen Grenzen (64%), verbesserten Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen (62%), mehr Freude an der Arbeit (61%) und emotionalen Rückhalt für die tägliche Arbeit (58%). Gut jede bzw. jeder Zweite nahm an, dass sich im Zusammenhang mit der Zirkelteilnahme ihr bzw. sein Verhalten in der Alltagspraxis verändern werde. (Vgl. Tabelle 24 auf Seite 125.)

8.1.5 Abschlussbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Mit der Abschlussbefragung sollte vor allem geklärt werden, ob sich aufgrund der Qualitätszirkelarbeit Einstellungen und Verhaltensweisen sowie Erwartungen verändert haben. Die Fragebogen für die Abschlussbefragung wurden von 64 Teilnehmenden aus-

Projektzirkel	Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer insgesamt*	Anzahl eingegangener Fragebogen Abschlussbefragung	Quote in %
QZ 1	12	7	58,3
QZ 2	14	8	57,1
QZ 3	8	5	62,5
QZ 4	13	–	–
QZ 5	9	–	–
QZ 6	9	8	88,9
QZ 7	8	6	75,0
QZ 8	11	5	45,5
QZ 9	17	10	58,8
QZ 10	10	5	50,0
QZ 11	10	5	50,0
QZ 12	15	5	33,3
Gesamt	136	64	47,1

* Angaben der Moderatorinnen und Moderatoren

Tab. 25: Beteiligung an der Abschlussbefragung, bezogen auf die Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer insgesamt

Projektzirkel	Anzahl Teilnehmerinnen/Teilnehmer der letzten QZ-Sitzung	Anzahl eingegangener Fragebogen Abschlussbefragung	Quote in %
QZ 1	8	7	87,5
QZ 2	9	8	88,9
QZ 3	6	5	83,3
QZ 4	9	–	–
QZ 5	3	–	–
QZ 6	8	8	100,0
QZ 7	6	6	100,0
QZ 8	6	5	83,3
QZ 9	10	10	100,0
QZ 10	7	5	71,4
QZ 11	2	2 *	100,0
QZ 12	6	5	83,3
Gesamt	80	61	76,2

* Da nur zwei Teilnehmer/Teilnehmerinnen bei der letzten Sitzung anwesend waren, sind hier auch nur zwei zugrunde zu legen. Insgesamt kamen von QZ 11 fünf Fragebogen der Abschlussbefragung zurück.

Tab. 26: Vergleich der Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der letzten Qualitätszirkelsitzung mit der Anzahl der Fragebogen der Abschlussbefragung

gefüllt. Der Fragebogen wurde jeweils an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der jeweils letzten Sitzung eines Qualitätszirkels ausgeteilt. Eine Ausnahme bildete dabei der Qualitätszirkel 11, bei dessen letzter Sitzung nur zwei Teilnehmer anwesend waren. Der Fragebogen wurde an die anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer verschickt, mit der Bitte, ihn ausgefüllt zurückzusenden. (Vgl. Tabelle 25 und 26.)

	Eingangsbefragung (n = 110)	Abschlussbefragung (n = 64)
Erfahrungsaustausch mit Kollegen	81 (74%)	55 (86%)
Neugier	44 (40%)	33 (52%)
Kollegiale Supervision	36 (33%)	23 (36%)
Anschluss an Forschung	27 (25%)	6 (9%)
Selbstreflexion	58 (53%)	39 (61%)
Geselligkeit	4 (4%)	12 (19%)
Berufspolitische Überlegungen	29 (26%)	14 (22%)
Tipps für die eigene Arbeit	82 (75%)	51 (80%)
Sonstige	28 (25%)	9 (14%)

Tab. 27: Vergleich der Beweggründe der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Teilnahme (Eingangsbefragung) mit den erfüllten Erwartungen (Abschlussbefragung)



	ja (1)	eher ja (2)	teils teils (3)	eher nein (4)	nein (5)	keine Angab.	Mittel- wert
Qualitätssicherung in der Gfö ist notwendig	86	20	3	0	0	1	1,2
	54	8	0	1	0	1	1,2
Qualitätssicherungs- programme können eine Bedrohung für die Gfö darstellen	0	2	16	36	54	2	4,3
	2	0	10	24	26	2	4,2
Vorteile von Qualitäts- sicherung > Nachteile	58	43	4	1	1	3	1,5
	45	15	2	1	0	1	1,3
Alle Gfö sollten zur Qualitätssicherung verpflichtet werden	43	34	22	5	5	1	2
	28	23	5	4	3	1	1,9
<i>Qualitätszirkel = geeig- netes Instrument zur Qualitätssicherung in der Gfö</i>	–	–	–	–	–	–	–
	29	23	9	2	0	1	1,7

Tab. 28: Einstellungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer Eingangsbefragung/Abschlussbefragung im Vergleich (Ergebnisse der Abschlussbefragung jeweils kursiv in der 2. Zeile)

Aufgrund der unterschiedlichen Samplezusammensetzung sind Eingangs- und Ausgangsbefragung nur eingeschränkt vergleichbar. Eine Parallelisierung der Daten ist nicht möglich, da die Befragung anonym durchgeführt wurde. Hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung bestehen allerdings keine wesentlichen Differenzen.³¹ Bei der Frage 3 (vgl. Tabelle 7 auf Seite 68–70) nach den Beweggründen der Teilnahme haben sich die Prioritäten im Großen und Ganzen wenig geändert. Während der Wunsch nach Anschluss an die Forschung sowie berufspolitische Orientierungen weniger häufig genannt werden, haben alle anderen Aspekte an Bedeutung gewonnen: Erfahrungsaustausch, praktische Tipps, Geselligkeit, Neugier und Wunsch nach Selbstreflexion werden häufiger genannt. Denkbar ist, dass sich die Motivlage vor dem Hintergrund der Erfahrungen verändert hat und die Zirkelteilnahme nun mehrdimensionaler empfunden wurde. (Vgl. Tabelle 27 auf Seite 127 und Tabelle 28.)

Die Einstellung gegenüber Qualitätssicherung stimmt mit der Eingangsbefragung weitgehend überein, wobei die Zurückhaltung gegenüber einer verpflichtenden Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen jetzt geringer ausfällt (81 % Zustimmung). Qualitätszirkel werden als geeignetes Instrument der Qualitätssicherung angesehen (83 %). Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer verweisen auf einschränkende Bedingungen:

³¹ Die Verteilung auf die verschiedenen Altersgruppen ist etwas gleichmäßiger als in der Eingangsbefragung.

So sei zum Beispiel eine gute Moderation und ausreichende Zeit für eine fallbezogene Diskussion erforderlich. Weiterhin müssten praktikable Vorschläge entstehen, die auch umgesetzt und weiter evaluiert würden. (Vgl. Tabelle 29.)

Fasst man die in der offenen Frage 12 (vgl. Tabelle 7 auf Seite 68–70) eruierten Unterschiede zu anderen Formen der Gruppenarbeit zusammen, so ergeben sich als charakteristische Merkmale von Qualitätszirkeln:

- *Struktur*: Moderation, Gleichrangigkeit, Freiwilligkeit (intrinsische Motivation), Kontinuität der Teilnahme, Interdisziplinarität,
- *Dynamik*: Offenheit, Vertrauen, Kollegialität/Menschlichkeit,
- *Arbeitsweise*: Erfahrungsaustausch, Zielsetzung Qualitätsverbesserung, Reflexion der eigenen Arbeit, Orientierung am Arbeitsalltag, Bewusstmachung eigener Regeln, Strukturiertheit, Prozess- und Ergebnisorientierung, Fach- und Personbezogenheit, Konkretion,
- *Ergebnis*: Effizienz, Themenvielfalt, Intensität, Fairness, Empathie.

	Ja		Ja, unter best. Bedingungen*		Nein		Keine Angabe		Gesamt
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gesamt	41	64,1	12	18,8	3	4,7	8	12,5	64

* Als Einschränkungen/„Bedingungen“ wurden genannt:

- Um aus dem Arbeitsprozess im Alltag herauszutreten. Ein Problem von „außen“ zu beleuchten. Teilweise nicht, wenn Lösung verhindert wird (hier durch Fehlen von strukturellen Vorgaben, die übergeordnete Stellen geben müssen).
- Ja, soweit erarbeitete Vorschläge auch umgesetzt werden.
- Nur begrenzt; keine eindeutige Form, da beruflich Notwendigkeit zur Zusammenarbeit besteht.
- Grundsätzlich ja. Es sollte auf ein spezielles Themengebiet geachtet werden, damit das Ergebnis nicht zu allgemein bleibt und ggf. spezifische Änderungen in der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Bereiche erreicht werden können.
- Als Instrument ja; ob geeignet? Probleme werden aufgezeigt, bearbeitet und eventuell behoben.
- Wenn es so gut moderiert wird – wie in diesem Zirkel –, dann sehr gut geeignet, d. h. Moderation und Arbeitsdelegation müssen stimmen (z. B. technischer Rahmen, Protokollführung, Kaffeeservice etc.).
- Teilweise, ein Qualitätszirkel von Betriebsärzten wäre für mich geeigneter (gleiche Perspektiven, wechselseitige zunehmende Offenheit durch Benennen eigener Defizite). Zum Kennenlernen der anderen Akteure war der Qualitätszirkel aber eine sehr gute Gelegenheit.
- Evaluation in der Universität bezieht sich auf Forschung und Lehre, von daher müssten andere Kriterien bzw. zusätzliche Kriterien entwickelt werden.
- Ja, wenn es gelingt, seinen konkreten Fall darzustellen und seine Probleme zu benennen sowie genügend Zeit zur Diskussion vorhanden ist. Veränderungen am Arbeitsplatz und Arbeitsweise sollten zeitnah erfolgen und einer Erfolgskontrolle unterliegen.
- Ja, in einer kleinen Institution ist die Bildung hierarchischer Untergruppen jedoch schwierig.
- Nur bedingt: Ein Qualitätszirkel findet zeitlich begrenzt statt, behandelt nur einen Teil der in der Praxis anfallenden Probleme.
- Ja, insofern umsetzungsfähige Resultate entstehen.



Tab. 29: Einschätzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Abschlussbefragung, ob der Qualitätszirkel ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung in ihrem Arbeitsbereich darstellen könnte.

	entscheidend (1)	wichtig (2)	teils teils (3)	eher unwichtig (4)	völlig unwichtig (5)	keine Angaben	Mittelwert
Eingangsbefragung	21	56	25	4	0	4	2,1
	20 %	53 %	24 %	4 %		4 %	
Abschlussbefragung	19	33	10	1	0	1	1,9
	30 %	53 %	16 %	2 %		2 %	

Tab. 30: Bedeutung des Fallbezugs (aus der eigenen Praxis) für die Erarbeitung eines Themas im Qualitätszirkel aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Abgesehen von Dokumentation und Evaluation werden die konstitutiven Merkmale von Qualitätszirkelarbeit damit im Gesamtbild reproduziert. Dies lässt im Umkehrschluss auch ahnen, wo Schwierigkeiten in der Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts gelegen haben. Die Wertschätzung von Fallbezug hat freilich noch zugenommen: für 83% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist der Fallbezug wesentlich. (Vgl. Tabelle 30.)

Bei den Teilnehmenden besteht ein Konsens darüber, dass Qualitätszirkel praxisrelevante Themen aufgreifen sollen. Nach der Arbeit im Qualitätszirkel (Abschlussbefragung) hat daneben aus Sicht der Teilnehmenden das Kriterium „praktische Beeinflussbarkeit“ für die Themenwahl erheblich an Bedeutung gewonnen. (Vgl. Tabelle 31.)

Auf die Frage hin, welche Erwartungen sich erfüllt haben, steht bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Weitergabe eigener Erfahrungen im Vordergrund. Insgesamt waren die Erwartungen zunächst größer. Die Werte deuten auf wahrgenommene Wirkungen insbesondere im Bereich der Kooperationsförderung und des kommunikativen Handelns (zum Beispiel Erhalt von Informationen über Kooperations- und Ansprechpartnerinnen bzw. -partner, Möglichkeiten zur Weitergabe eigener Erfahrungen, besserer Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen, mehr Freude an der Arbeit und erfahrene Aufwer-

	Eingangsbefragung (n = 110)		Abschlussbefragung (n = 64)	
Praxisrelevanz	93	85 %	53	84 %
Häufigkeit des Problems	54	50 %	37	59 %
Unbefriedigende Problemlösung	89	82 %	48	76 %
Praktische Beeinflussbarkeit	45	41 %	42	67 %
Abgrenzbarkeit	22	20 %	7	11 %
Machbarkeit	54	50 %	33	52 %
Wirtschaftliche Bedeutung	18	17 %	15	24 %

Tab. 31: Kriterien für die Auswahl eines Qualitätszirkelthemas aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

tung gegenüber anderen Berufsgruppen) sowie – wenngleich geringer – der Schärfung des eigenen Aufgabenprofils (erweitertes Verständnis von Gesundheitsförderung, höhere Bewusstheit für die eigenen Grenzen, Erhalt emotionalen Rückhalts). Im Hinblick auf die Förderung der Qualität im Bereich instrumentellen Handelns sind die erfüllten Erwartungen hingegen nicht so ausgeprägt wie erhofft (Verbesserung der Beratung der Klientinnen und Klienten, größere fachbezogenere Handlungssicherheit). Angesichts dieser Verbesserungen geben erstaunlich wenige Teilnehmerinnen und Teilnehmer Verhaltensänderungen im Zusammenhang mit der Qualitätszirkelarbeit an. Dem entspricht, dass weniger als erwartbar Einblick in die eigene Tätigkeit genommen wurde.

	ja (1)	eher ja (2)	teils teils (3)	eher nein (4)	nein (5)	keine Anga- ben	Mittel- wert
Mehr Nachteile als Vorteile	5	5	5	33	62	0	4,3
	2	1	2	16	40	3	4,5
Verhalten in der täglichen Arbeit verändern	21	37	41	9	0	2	2,4
	2	7	32	12	9	2	3,3
Klientenberatung verbessern	45	49	11	1	0	4	1,7
	4	21	18	14	5	2	2,9
Kontakte zu Kollegen verbessern	32	34	28	9	4	3	2,2
	14	25	7	10	7	1	2,5
Mehr Einblicke in die eigene Tätigkeit	35	44	21	7	2	1	2,1
	10	13	17	14	8	2	3
Mehr emotionaler Rückhalt für die tägliche Arbeit	21	41	24	18	3	3	2,4
	6	20	15	10	11	2	3
Fachbezogene Handlungssicherheit	37	37	20	12	1	3	2,1
	5	18	19	12	8	2	3
Größere Bewusstheit der eigenen Grenzen	25	44	23	9	7	2	2,3
	8	22	11	10	9	4	2,8
Eigene Erfahrung weitergeben	50	42	15	1	0	2	1,7
	19	27	16	1	1	0	2
Infos über Kooperations- und Ansprechpartner erhalten	63	37	6	2	1	1	1,5
	29	19	8	5	2	1	1,9
Mehr Freude an der Arbeit haben	25	40	28	8	6	3	2,3
	11	10	21	9	10	3	3
Habe mein Verständnis von Gfö erweitert	–	–	–	–	–	–	–
	15	26	10	7	6	0	2,4
Habe Aufwertungen gegenüber anderen Berufsgruppen erfahren	–	–	–	–	–	–	–
	3	15	16	12	16	2	3,4



Tab. 32: Vorstellungen und Bedürfnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bezüglich der Qualitätszirkelarbeit zu Beginn (Eingangsbefragung 1. Zeile) im Vergleich zu den erfüllten Erwartungen (Abschlussbefragung 2. Zeile)

Der Moderator/die Moderatorin sollte ...	Eingangsbefragung	Abschlussbefragung
die Gruppenatmosphäre positiv beeinflussen	75 (68 %)	40 (63 %)
Meinungsunterschiede aufzeigen	90 (82 %)	42 (66 %)
sich um den technischen Rahmen kümmern	66 (60 %)	34 (53 %)
die Gruppe führen	61 (55 %)	37 (58 %)
Konflikte schlichten	62 (56 %)	25 (39 %)
sich inhaltlich zurückhalten	15 (14 %)	4 (6 %)
inhaltliche Vorgaben machen	38 (35 %)	29 (45 %)

Tab. 33: Anforderungen an den Moderator bzw. die Moderatorin aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

So deuten die Daten darauf hin, dass die Mitarbeit im Qualitätszirkel aus Sicht der Teilnehmenden eher im Sinne einer Anerkennung der bestehenden Praxis denn als Aufforderung zu gezielter Veränderung wahrgenommen wurde.

Die Prioritäten hinsichtlich der Erwartungen an den Moderator bzw. die Moderatorin entsprechen denen der Eingangsbefragung, insgesamt sind die geäußerten Erwartungen aber deutlich geringer. Ausnahmen sind, dass vom Moderator bzw. der Moderatorin in stärkerem Maße eine inhaltliche Strukturierung (45 % im Vergleich zu 35 %) und häufiger erwartet wird, dass er/sie die Gruppe führt (55 % bis 58 %).

Als Haupthindernis gegenüber der Qualitätszirkelarbeit gilt weiterhin der Zeitaufwand (65 %), während die Sorge um den Dokumentationsaufwand kaum noch eine Rolle spielt (12 %) – sei es, weil der Aufwand sich als machbar erwiesen hat oder weil nicht dokumentiert wurde. Dass die Werte unter den Zirkeln insgesamt wenig schwanken, obgleich

Zufriedenheit mit ...	sehr zufrieden (1)	zufrieden (2)	eher zufrieden (3)	eher unzufrieden (4)	unzufrieden (5)	sehr unzufrieden (6)	keine Angaben	Mittelwert
dem sachlichen Ertrag	6	37	13	5	0	0	3	2,3
Gruppenatmosphäre	20	36	3	2	0	0	3	1,8
der Unterstützung der Gruppe durch Moderator	26	28	5	2	0	0	3	1,7
dem eigenen Beitrag	1	28	23	3	3	0	6	2,6
Gesamtbeurteilung	10	40	9	2	0	0	3	2

Tab. 34: Beurteilung der Qualitätszirkelarbeit durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Abschlussbefragung)

Zirkel	Anmerkungen und Ideen der Teilnehmer zum Konzept „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“
1	<ul style="list-style-type: none"> • Ich bin froh, dieses Konzept kennen lernen zu dürfen. Die klare Strukturierung hilft enorm, schwierige Sachverhalte zu besprechen. Die „Versorgung“ durch die Moderationen verstärkt das positive Gefühl, motiviert den Gruppenprozess • Vernetzung der Zirkel und ihrer Themen wäre in der Zukunft sinnvoll und notwendig, um so eine breitere Öffentlichkeit herzustellen, damit eine größere Wirkung in Hinsicht auf gesellschaftliche und politische Umsetzung zu erreichen ist
2	<ul style="list-style-type: none"> • Konkrete themenbezogene Zirkel bringen für mich einen Sinn • Könnte fest etabliert werden • Selbstverständnis klären; Ziele und Aufgaben abstecken • Allgemeine Vorsorge muss stärker betont werden
3	<ul style="list-style-type: none"> • Von der Planungsgruppe könnten spezielle Themen vorgelegt werden • (Arbeitsumfeld) z. B. der Betrieb ist behinderten Menschen zugänglich (barrierefrei). Die betrieblichen Umweltbedingungen sind für Allergiker, Rheumatiker und Asthmatiker geeignet (Prävention), beispielsweise bei drohendem Verlust des Arbeitsplatzes. • Der Qualitätszirkel sollte auf jeden Fall fortgeführt werden. Aus unserer Gruppe ist auch durch die gute Moderation eine gute Zusammenarbeit entstanden, sodass sich eine gewisse Dynamik entwickelt hat.
6	<ul style="list-style-type: none"> • Transparenz der Einarbeitung des Qualitätszirkels in das Gesamtprojekt • Z. B. fachspezifische Zirkel, deren Vertreter in interdisziplinären Zirkeln zusammenarbeiten; themenorientierte Zirkel, z. B. Prävention von Haltungsfehlern bei Kindern
7	<ul style="list-style-type: none"> • Das Ausfüllen der Fragebogen war lästig
8	<ul style="list-style-type: none"> • Als Ernährungsberaterin wäre ein Besuch eines Qualitätszirkels von Ärzten und/oder Psychologen interessant gewesen, selbst ohne Behandlung des Themas Ernährung, sondern zum Kennenlernen der Denkweise/„Diskussionskultur“
9	<ul style="list-style-type: none"> • Fallbeispiele in jedem Handlungsbereich besprechen • Ein Anfang ist gemacht, bitte nicht einschlafen • Die Vernetzung bestimmter Kompetenzbereiche und gegebenenfalls Kooperation halte ich für sehr sinnvoll und notwendig • Das begonnene Konzept sollte in jedem Fall weitergeführt werden • Wie bereits gesagt: Probleme, aber auch Chancen durch die interdisziplinäre Zusammensetzung des Qualitätszirkels. Qualitätssicherung ist auch für den Bereich Gesundheitsförderung erforderlich und eine Chance für mehr Effektivität • Das Konzept ist sehr gut, wichtig ist mir der Praxisbezug. Was ist wirklich umsetzbar? D. h. auch, dass Vertreter aus Schaltstellen der Gesundheitsbildung anwesend sein sollten. • Anzahl der Treffen erhöhen. Mehr Öffentlichkeit über den Qualitätszirkel und über Gesundheitsförderung. • Ich fände einen Qualitätszirkel speziell für Dozenten in der Gesundheitsförderung sinnvoll. Dort könnte man gezielte Probleme in diesem Arbeitsbereich bearbeiten.



Zirkel	Anmerkungen und Ideen der Teilnehmer zum Konzept „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“
10	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsforum (mit „wichtigen“ Institutionen) aufbauen • In unserem Zirkel verblieb man auf der analytischen Ebene. Für mich wäre eine Weiterführung im Sinne von Konzeptentwicklung und -realisierung erstrebenswert. (Aus Zeitgründen sicher schwierig.) • Notwendigkeit einer Institutionalisierung gegen die Vorläufigkeit ihres „nur“ informellen Charakters
11	<ul style="list-style-type: none"> • Moderationsausbildung fördern; regionale Zirkelbildung ist zu unterstützen (Wissenschaft); Qualitätszirkel sollten möglichst gleiche Tätigkeiten zusammenfassen z.B. Qualitätszirkel des Kursleiters, Qualitätszirkel des Projektleiters, Qualitätszirkel des Koordinators • Ich fände es für mich ergiebiger, an einem Qualitätszirkel nur für Ernährungsberatung, als berufsspezifisch mitzuwirken. Man könnte sich dann tiefer in die jeweilige Materie einarbeiten • Hätte mir häufigeren Besuch der Projektgruppe bzw. der Initiatoren und Initiatorinnen gewünscht
12	<ul style="list-style-type: none"> • Meiner Erfahrung nach ist es schwierig, Personen, die sich nicht als „peers“ sehen, in einem Qualitätszirkel zusammenzufassen. Es könnte sich jedoch lohnen, hier eine interdisziplinäre Tradition der Zusammenarbeit zu begründen.

Tab. 35: Anmerkungen und Ideen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum Konzept „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“ (Abschlussbefragung)

diese unterschiedlichen Dokumentationsaufwand betrieben haben, spricht eher dafür, dass diese Befürchtung erfahrungsgestützt nicht mehr so bedeutsam ist.³² Rückblickend nach einer Bewertung der Zirkelarbeit befragt, äußern sich über 80 % insgesamt (sehr) zufrieden. Die Gruppenatmosphäre und die Unterstützung durch den Moderator bzw. die Moderatorin werden höher bewertet als in den Kurzbeurteilungen der einzelnen Treffen (je zirka 90%), die Zufriedenheit mit dem Sachertrag (70%) und dem eigenen Beitrag (50%) geringer.

Qualitätszirkel sind als Form der selbst organisierten Qualitätssicherung auf Kontinuität angelegt, die die prinzipiell befristete Dauer der Projektarbeit übersteigt. Dies entspricht dem Wunsch vieler Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer.³³

32 Beispielsweise weichen die Werte in dem Zirkel, in dem von Teilnehmerinnen Videodokumentationen erstellt wurden, nicht signifikant von denen anderer Zirkel ab.

33 Zum Beleg einige Antworten auf die offene Frage nach Anmerkungen zum Qualitätszirkelkonzept: „Könnte fest etabliert werden.“ (QZ 2); „Der Qualitätszirkel sollte auf jeden Fall fortgeführt werden.“ (QZ 3); „Ein Anfang ist gemacht, bitte nicht einschlafen“ (QZ 9); „Das begonnene Konzept sollte in jedem Fall weitergeführt werden.“ (QZ 9).

Weiterhin konnte im Kreis der Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer die Bereitschaft dafür geweckt werden, diese Arbeitsweise weiterzutragen. Während lediglich 8% der Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer bereits über eine (nicht auf Qualitätszirkel bezogene) Ausbildung zum Moderator bzw. zur Moderatorin verfügten, waren 32,2% an einer Schulung zum Moderator bzw. zur Moderatorin für Qualitätszirkel interessiert. 39,7% konnten sich vorstellen, selbst einen Qualitätszirkel zu initiieren.

„Potenzielle Moderatorinnen bzw. Moderatoren“ unterscheiden sich in einigen Punkten tendenziell von anderen Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmern (U-Test, $p < .10$). Sie sehen Qualitätszirkel stärker als geeignetes Instrument an, haben bei sich selbst stärker einen Effekt im Alltagshandeln festgestellt und messen dem Fallbezug eine höhere Bedeutung bei. Man könnte dies so interpretieren, dass sie insgesamt und erfahrungsgestützt überzeugter vom Qualitätszirkelprinzip sind. Berufspolitische Überlegungen haben für sie eine größere Bedeutung. Zudem sind sie skeptischer gegenüber einer Verpflichtung zur Qualitätssicherung, was man als größere Bereitschaft zu selbst organisierter Qualitätssicherung mit dem Ziel der Professionalisierung interpretieren könnte. Sie messen der Abgrenzbarkeit eines Themas eine größere Bedeutung zu, was auf Überlegungen bezüglich der Effektivität hinweist. Die „potenziellen Moderatoren bzw. Moderatorinnen“ weisen damit ein ähnliches Profil wie die Projektmoderatorinnen und -moderatoren auf.

8.1.6 Eingangsbefragung der Moderatorinnen und Moderatoren³⁴

Die positive Haltung der Moderatorinnen und Moderatoren gegenüber Qualitätssicherung übertrifft noch etwas diejenige der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Allerdings sieht auch jede bzw. jeder Zweite in Qualitätssicherungsprogrammen der Möglichkeit nach eine Bedrohung für die Gesundheitsförderung. Dementsprechend stehen die Moderatorinnen und Moderatoren einer Verpflichtung zur Qualitätssicherung etwas zurückhaltender gegenüber (69% dafür).

Die Erwartungen der Moderatorinnen und Moderatoren entsprachen hinsichtlich des Gewinns möglicher Kooperations- und Ansprechpartnerinnen und -partnern sowie der Verbesserung der Beratung von Klientinnen und Klienten (jeweils 92%) den hohen Erwartungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Deutlich höher als diese bewerteten die Moderatorinnen und Moderatoren die Möglichkeit, sich der eigenen Grenzen bewusst zu werden (92%) und mehr fachbezogene Handlungssicherheit zu erwerben (85%). Die Weitergabe eigener Erfahrungen (69%) und der Einblick in die eigene Tätigkeit (54%)

³⁴ Hier wurden die Befragung der Bewerberinnen und Bewerber (vergleichbar mit der Eingangsbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer) und Eingangsbefragung der Moderatorinnen und Moderatoren (ausschließlich offene Fragen) zusammen dargestellt.

Moderatoren	ja (1)	eher ja (2)	teils teils (3)	eher nein (4)	nein (5)	keine Anga- ben	Mittel- wert	Teilneh- mer (Mwert)
Qualitätssicherung in der Gfö ist notwendig	10	3	0	0	0	0	1,2	1,2
	<i>13</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1,1</i>	<i>1,2</i>
Qualitätssicherungsprogram- me können eine Bedrohung für die Gfö darstellen	0	0	7	5	1	0	3,5	4,3
	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>6</i>	<i>0</i>	<i>3,9</i>	<i>4,2</i>
Vorteile von Qualitätssiche- rung > Nachteile	9	4	0	0	0	0	1,3	1,5
	<i>11</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1,3</i>	<i>1,3</i>
Alle Gfö sollten zur Qualitäts- sicherung verpflichtet werden	5	4	2	1	1	0	2,2	2
	<i>3</i>	<i>7</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>2,3</i>	<i>1,9</i>
<i>Qualitätszirkel = geeignetes Instrument zur Qualitäts- sicherung in der Gfö</i>								<i>1,7</i>

Tab. 36: Einstellungen zur Qualitätssicherung. Moderatorinnen und Moderatoren vor (1. Zeile) und nach (2. Zeile, kursiv) der Qualitätszirkelarbeit; Mittelwerte der Einstellungen von Moderatorinnen und Moderatoren sowie der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Vergleich.

sowie die Verbesserung des Kontakts zu Kolleginnen und Kollegen (39%) spielten bei ihnen eine vergleichsweise geringere Rolle. Ähnlich wie die Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer versprachen sich auch die Moderatorinnen und Moderatoren von der Zirkelteilnahme emotionalen Rückhalt und Veränderungen im Alltagshandeln (je 62%) sowie mehr Freude an der Arbeit (69%).

Die Beweggründe ihrer Teilnahme gaben sie durchweg mit Weiterqualifikation an, aber auch mit „Herausforderung“ und der Absicht, zu akuten Problemen Problemlösungen zu erarbeiten (92%). Wichtig waren für die Moderatorinnen und Moderatoren auch eine Schärfung des Profils der Gesundheitsförderung und das Anliegen, auf dem Laufenden zu bleiben sowie einen Beitrag zur Außendarstellung der Institution zu leisten (85%). Auch der Vernetzungsgedanke in der Gesundheitsförderung und die Konzepterprobung war für viele Moderatorinnen und Moderatoren wichtig (77%). Ein neues berufliches Standbein zu erschließen und den Kontakt zur Universität zu verbessern war für 39% der Befragten ausschlaggebend, 46% suchten den Kontakt zur BZgA, nur wenige beabsichtigten explizit eine berufliche Umorientierung (23%).

Obwohl die Gewährleistung einer kontinuierlichen Gruppe Voraussetzung für die Bewerbung gewesen war, bezogen sich doch die in der Initialphase wahrgenommenen Probleme vorwiegend auf die Gruppenbildung (Gewinnung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, Terminvereinbarung, Ortswahl, institutionelle Unterstützung). Schwierigkeiten bei der Konzeptvermittlung wurden lediglich in drei der 24 Nennungen geäußert.

8.1.7 Abschlussbefragung der Moderatorinnen und Moderatoren

Die Antworten der Moderatorinnen und Moderatoren auf die Fragen zur Einstellung gegenüber Qualitätssicherung entsprechen nahezu völlig denen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und weisen auch wenig Veränderung gegenüber der Eingangsbefragung auf. Mit einer Ausnahme halten alle Moderatorinnen und Moderatoren (87%) Qualitätszir-

	ja (1)	eher ja (2)	teils teils (3)	eher nein (4)	nein (5)	keine Anga- ben	Mittel- wert
Neues Konzept miterproben	10	0	2	0	1	0	1,6
	12	2	1	0	0	0	1,3
Mit netten Kollegen zusammen- arbeiten	4	4	4	1	0	0	2,2
	6	4	4	1	0	0	2
Neugier befriedigen	4	4	4	1	0	0	2,2
	7	4	3	0	1	0	2,1
Neue Herausforderungen annehmen	10	2	1	0	0	0	1,3
	12	1	1	1	0	0	1,4
Kontakt zur Universität	2	3	7	1	0	0	2,5
	6	4	5	0	0	0	1,9
Kontakt zur BZgA	1	5	5	2	0	0	2,6
	5	6	4	0	0	0	1,9
Entwicklung eines weiteren beruf- lichen Standbeins	2	3	5	1	2	0	2,9
	0	1	8	6	0	0	3,3
Berufliche Umorientierung	0	3	1	6	3	0	3,7
	0	1	1	10	3	0	4
Schärfung des Gfö-Profiles	8	3	1	1	0	0	1,6
	6	7	1	0	1	0	1,9
Vernetzung der Gfö	4	6	3	0	0	0	1,9
	3	5	3	3	1	0	2,6
Mich über aktuelle Entwicklungen auf dem Laufenden halten	8	3	2	0	0	0	1,5
	6	2	5	2	0	0	2,3
Beitrag zur besseren Außendarstel- lung der Institution	7	4	1	1	0	0	1,7
	2	2	3	6	2	0	3,3
Mich in der Qualitätssicherung weiterqualifizieren	9	4	0	0	0	0	1,3
	9	5	1	0	0	0	1,5
Zu aktuellen Problemlagen Lösun- gen erarbeiten	8	4	0	1	0	0	1,5
	5	5	4	0	0	1	1,9



Tab. 37: Erwartungen der Moderatorinnen und Moderatoren zu Beginn des Projekts (jeweils 1. Zeile) im Vergleich zu den erfüllten Erwartungen am Ende des Projekts (2. Zeile)

Zufriedenheit mit ...	sehr zufrieden (1)	zufrieden (2)	eher zufrieden (3)	eher unzufrieden (4)	unzufrieden (5)	sehr unzufrieden (6)	keine Angaben	Mittelwert
dem sachlichen Ertrag	0	11	3	0	0	0	1	2,2
der Gruppenatmosphäre	4	9	1	0	0	0	1	1,8
der Unterstützung der Gruppe durch den Moderator	1	8	5	0	0	0	1	2,3
dem eigenen Beitrag	0	11	3	0	0	0	1	2,2
Gesamtbeurteilung	0	11	2	1	0	0	1	2,3

Tab. 38: Beurteilung der Qualitätszirkelarbeit durch die Moderatorinnen und Moderatoren

kel für ein geeignetes Instrument der Qualitätssicherung; viele heben hervor, dass es eine „wichtige Methodenbereicherung“ sei und als „bottom-up“-Verfahren ein optimales Instrument für freiwillige Qualitätssicherung.

Der Fallbezug wird erwartungsgemäß von allen Moderatorinnen und Moderatoren als bedeutsam benannt. Als Teilnahmemotiv sind gegenüber den Prioritäten bei der Eingangsbefragung insbesondere die Außendarstellung der Institution und die mit beruflichen Veränderungen verknüpften Aspekte weit in den Hintergrund getreten.³⁵ Deutlich höher bewertet als bei der Eingangsbefragung sind die mit dem Projekt selbst verknüpften Kooperationsaspekte (Kontakt zur BZgA 73%, zur Universität 67%, Konzepterprobung 93%, Zusammenarbeit mit netten Kolleginnen und Kollegen 67%).

Rückblickend nach einer Bewertung der Zirkelarbeit befragt, äußern sich elf Moderatorinnen und Moderatoren (73%) insgesamt zufrieden. Derselbe Wert ergibt sich im Hinblick auf die Zufriedenheit mit dem sachlichen Ertrag und mit dem Beitrag der Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer. Die Gruppenatmosphäre wird – wie bei den Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmern – deutlich am höchsten bewertet (87%), der eigene Beitrag (als Moderator bzw. Moderatorin) mit 60% am niedrigsten. Diese Ergebnisse entsprechen nahezu spiegelbildlich – die Teilnehmerinnen und Teilnehmer beurteilen den Beitrag des Moderators bzw. der Moderatorin positiver als ihren eigenen Beitrag, die Moderatorinnen und Moderatoren den Beitrag der Teilnehmerinnen und Teilnehmer positiver als ihren eigenen Beitrag – den Beurteilungen der Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer.

³⁵ Möglicherweise ist dies ein Hinweis darauf, dass zwar ein Qualifizierungseffekt (von 93% der Befragten angegeben), aber keine unmittelbare Umsetzung in die institutionelle bzw. berufliche Tätigkeit wahrgenommen wird.

Als realisierte Erwartungen an die Qualitätszirkelarbeit geben die Moderatorinnen und Moderatoren mehrheitlich ein „erweitertes Verständnis von Gesundheitsförderung“ sowie verbesserte Möglichkeiten des Austausches (Informationen über Kooperations- und Ansprechpartnerinnen und -partner, Weitergabe eigener Erfahrungen) an. Insgesamt gesehen sind die Werte deutlich niedriger als die in der Eingangsbefragung genannten Erwartungen. (Vgl. Tabelle 39.) Auffällig ist, dass die Moderatorinnen und Moderatoren in deutlich geringerem Ausmaß den Erhalt emotionalen Rückhalts als Wirkung ihrer

	ja (1)	eher ja (2)	teils teils (3)	eher nein (4)	nein (5)	keine Anga- ben	Mittel- wert	Teilneh- mer (Mwert)
Mehr Nachteile als Vorteile	0	1	0	6	6	0	4,2	4,3
	1	1	0	3	10	0	4,3	4,5
Verhalten in der täglichen Arbeit ändern	1	7	4	0	1	0	2,5	2,4
	–	5	3	5	2	0	3,3	3,3
Klientenberatung verbessern	4	8	0	0	1	0	1,9	1,7
	0	6	3	2	3	1	3,1	2,9
Kontakte zu Kollegen verbessern	1	6	4	0	0	2	2,3	2,2
	1	4	6	3	0	1	2,8	2,5
Einblicke in die eigene Tätigkeit	3	4	3	3	0	0	2,5	2,1
	1	6	2	2	3	1	3	3
Emotionaler Rückhalt für die tägliche Arbeit	4	4	2	1	2	0	2,5	2,4
	0	3	7	4	1	0	3,5	3
Fachbezogene Handlungs- sicherheit	6	5	0	1	1	0	1,9	2,1
	0	8	1	4	2	0	3	3
Bewusstheit der Grenzen	6	6	0	1	0	0	1,7	2,3
	2	8	2	1	2	0	2,5	2,8
Eig. Erfahrung weitergeben	4	5	3	0	1	0	2,2	1,7
	5	4	3	1	2	0	2,4	2
Infos über Kooperations- und Ansprechpartner	6	6	1	0	0	0	1,6	1,5
	7	3	3	1	1	0	2,1	1,9
Mehr Freude an der Arbeit	3	6	3	1	0	0	2,2	2,3
	1	4	6	4	0	0	2,9	3
Verständnis von Gfö erweitern	–	–	–	–	–	–	–	–
	5	6	0	2	2	0	2,7	2,4
Aufwertung gegenüber anderen Berufsgruppen	–	–	–	–	–	–	–	–
	0	2	6	4	3	0	3,5	3,4

Tab. 39: Vorstellungen und Bedürfnisse der Moderatorinnen und Moderatoren zu Qualitätszirkeln zu Projektbeginn (1. Zeile) im Vergleich zu den wahrgenommenen Wirkungen (2. Zeile). Mittelwerte Moderatorinnen und Moderatoren sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Vergleich.

Zirkelteilnahme angeben als die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Dies unterstützt die projektleitende Annahme, dass die Moderatorinnen und Moderatoren ihrerseits eine kontinuierliche Unterstützung in Begleitseminaren (= Qualitätszirkel für die Moderatorinnen und Moderatoren) benötigen.

Die Kriterien für die Themenwahl (vgl. Tabelle 40) stimmen fast vollständig mit denen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer überein. Allerdings messen die Moderatorinnen und Moderatoren dem Problemdruck eine noch höhere Bedeutung bei.

Die Rolle der Moderatorinnen und Moderatoren wird von den befragten Moderatorinnen und Moderatoren ähnlich wie von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern gesehen: Vorwiegend sollten Moderatorinnen und Moderatoren Meinungsunterschiede aufzeigen (87%), die Atmosphäre positiv beeinflussen (87%) und sich um den technischen Rahmen kümmern (73%). Die Moderatorinnen und Moderatoren wollen sich stärker als von den Teilnehmenden erwartet inhaltlich beteiligen, sehen sich dabei aber weniger als von den Teilnehmenden erwartet für inhaltliche Vorgaben als zuständig an. (Vgl. Tabelle 41.)

Auch aus Sicht der Moderatorinnen und Moderatoren ist der Zeitaufwand³⁶ (vgl. Tabelle 42) das größte Hindernis von Zirkelarbeit (67%), dann folgen mit weitem Abstand Kostenaufwand (33%) und mögliche Verunsicherung (27%). Zeit als Haupthindernis wird hier oftmals mit dem Kostenargument gepaart, sodass die Folgerung nahe liegt, dass der Aufwand bezahlt werden müsste.

Fast alle Moderatorinnen und Moderatoren sind – unter bestimmten Bedingungen³⁷ – bereit, sich als Schulungsleiterinnen und -leiter an der Implementation von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung zu beteiligen. Über 70% können sich – entsprechende Bezahlung vorausgesetzt – vorstellen, ihren Qualitätszirkel weiterzuführen, gut 60% ggf. auch einen neuen Qualitätszirkel zu initiieren. Auch von Seiten der Moderatorinnen und Moderatoren ist also die Bereitschaft zur Unterstützung der Implementation gegeben. (Vgl. Tabelle 43 und 44 auf Seite 142.)

36 Der durchschnittliche Zeitaufwand pro Treffen wurde von den Moderatorinnen und Moderatoren mit knapp zehn Stunden einschließlich Vor- und Nachbereitung angegeben, wobei erhebliche Unterschiede – Minimum: zweieinhalb Stunden, Maximum: 24 Stunden – ins Auge fielen. Der Durchschnittswert entsprach dem von der Projektgruppe zuvor kalkulierten Aufwand von mindestens zirka einem Tag pro Monat, liegt aber natürlich erheblich über dem, was unter Alltagsbedingungen möglich und erforderlich ist.

37 Genannt wurden zum Beispiel Zeit, Bezahlung und Aufgabenbestimmung.

	Zustimmung (n = 15)
Bisher unbefriedigende Problemlösung	15
Relevanz für die tägliche Arbeit in der Praxis	14
Praktische Beeinflussbarkeit	9
Häufigkeit des Problems	7
Abgrenzbarkeit	6
Machbarkeit	6
Wirtschaftliche Bedeutung	4
Keine Angaben	0

Tab. 40: Kriterien für die Wahl eines Qualitätszirkelthemas (Abschlussbefragung Moderatorinnen und Moderatoren)

Die Moderatorin bzw. der Moderator sollte ...	Eingangsbefragung Teilnehmerinnen/Teilnehmer (n = 110)	Abschlussbefragung Teilnehmerinnen/Teilnehmer (n = 64)	Abschlussbefragung Moderatorinnen/Moderatoren (n = 15)
Gruppenatmosphäre pos. beeinflussen	75 (68%)	40 (63%)	13 (87%)
Meinungsunterschiede aufzeigen	90 (82%)	42 (66%)	13 (87%)
sich um technische Rahmen kümmern	66 (60%)	34 (53%)	11 (73%)
die Gruppe führen	61 (55%)	37 (58%)	8 (53%)
Konflikte schlichten	62 (56%)	25 (39%)	7 (47%)
sich inhaltlich zurückhalten	15 (14%)	4 (6%)	5 (33%)
inhaltliche Vorgaben machen	38 (35%)	29 (45%)	0

Tab. 41: Aufgaben der Moderatorin bzw. des Moderators

	Zustimmung (n = 15)
Zeitaufwand	10
Kosten	5
Verunsicherung	4
Mut, selbst Kritik zu formulieren	2
Mehraufwand durch Dokumentation des Arbeitsalltags	2
Kritik durch Kolleginnen bzw. Kollegen tolerieren	1

Tab. 42: Mögliche Nachteile und Probleme der Qualitätszirkelarbeit aus Sicht der Moderatorinnen und Moderatoren (Abschlussbefragung)

Die bestehenden Qualitätszirkel fortsetzen?	Anzahl	Prozent
Ja Vorstellbar unter bestimmten Bedingungen (n = 6) – Zeitliche Möglichkeiten – Vergütung/Kostenübernahme – Aktive Nachfrage durch Teilnehmer – Anerkannter Arbeitsbereich in der eigenen Institution – Neue Themenwahl – Persönliche Situation Qualitätszirkel wird bereits fortgesetzt (n = 3) Vorstellbar „Ja“ (n = 2)	11	73,3
Nein Qualitätszirkel ist abgeschlossen	3	20,0
Keine Angabe	1	6,7
Gesamt	15	100,0

Tab. 43: Angaben der Moderatorinnen und Moderatoren bezüglich der Fortsetzung der bestehenden Qualitätszirkel (Abschlussbefragung)

Konkrete Ideen für einen neuen Qualitätszirkel	Anzahl	Prozent
Bereiche <i>Die Gesundheitsdienste neu orientieren (n = 9)</i> – Erwachsenenbildung – Gesundheitsamt – Interdisziplinär im psychosozialen Bereich <i>Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen (n = 3)</i> – Betrieb <i>Persönliche Kompetenzen entwickeln (n = 1)</i> – Ernährungsberatung <i>Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen (-)</i> <i>Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (-)</i>	13	61,9
Honorar/Bedingungen allgemein – „Honorar unabdingbar“ – „unprofessionell, einen hohen zeitlichen und finanziellen (Fahrtkosten) Einsatz ohne zeitliche Begrenzung zu bringen“	2	9,5
Keine Angabe	6	28,6
Gesamt(-anzahl) der Nennungen	21	100,0

Tab. 44: Angaben der Moderatorinnen und Moderatoren bezüglich konkreter Ideen für einen neuen Qualitätszirkel (Abschlussbefragung)

8.1.8 Kurzbeurteilungen der Qualitätszirkeltreffen

Die Auswertung der jeweils am Ende der Sitzungen von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ausgefüllten Kurzbeurteilungsbogen (vgl. Tabelle 6 auf Seite 67) ergibt ein ähnliches Ergebnis wie die Abschlussbefragung: Insgesamt war die Zufriedenheit mit der Gruppenatmosphäre und mit der Moderation (jeweils 84%) am höchsten, es folgen Gesamtzufriedenheit (77%) und die Zufriedenheit mit dem Sachertrag (70%) sowie mit größerem Abstand die Zufriedenheit mit dem eigenen Beitrag (52%). Diese Rangfolge zeigt sich relativ konsistent über die dokumentierten Zirkeltreffen.³⁸

Die Auswertung der offenen Frage – „Was fanden Sie am heutigen Treffen besonders gut?“ – vermittelt einen Eindruck davon, worin die Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer die besonderen Stärken der Treffen gesehen haben (vgl. Tabelle 45).

Verbesserungsvorschläge werden wesentlich seltener geäußert und beziehen sich in erster Linie auf die Moderation: hier ist mehr Struktur gefragt. Gruppenatmosphäre, Einhaltung der Qualitätszirkelregeln und Arbeitsweise sind weitere Aspekte, die es im Sinne der Optimierung der Gruppenarbeit teilweise noch zu verbessern gilt. 52,9% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, von den Treffen praktische Anregungen mitgenommen zu haben und immerhin 39% glauben auch, diese im Alltag umsetzen zu können.

Bei insgesamt ausgeprägt hoher Zufriedenheit gibt es zwar Unterschiede zwischen den Zirkeln, die jedoch nur begrenzt interpretierbar sind, da Erwartungshaltungen und

Gruppenatmosphäre	282	38,9
Information	114	15,7
Moderation	102	14,1
Inhaltliche Arbeit	84	11,6
Arbeitsweise	77	10,6
Inhaltliche Ergebnisse	34	4,7
Interdisziplinarität	10	1,4
Sonstiges	22	3
Gesamt	725	100

Tab. 45: Besonders positive Aspekte des Qualitätszirkeltreffens aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n = 675). Mehrfachnennungen sind möglich.

³⁸ Für die Moderatorinnen und Moderatoren ergeben sich annähernd dieselben Werte: Beitrag der Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer 83%, Gruppenatmosphäre 82%, Sachertrag 74%, Gesamtzufriedenheit: 74%, Moderation 67% (vgl. Ergebnisband, S. 207–211).

Qualitätszirkel	Nummer des am besten bewerteten Treffens (Gesamtzufriedenheit)	Merkmal des Treffens	Zeitpunkt
QZ 2	8 und 9	Fachvortrag einer Teilnehmerin aus ihrem Arbeitsbereich; Alkohol am Arbeitsplatz – Lehrfilm der BZgA und Diskussion	1/01, 2/01
QZ 6	10	Abschluss- und Bilanztreffen	6/01
QZ 7	7	Störverhalten im Unterricht – geladener Experte, Bearbeitung eigener Problemsituationen und Handlungsempfehlungen	6/01
QZ 9	5	Fallarbeit – Motivation für Verhaltensänderung	1/01
QZ 12	8 (ähnlich: 2 und 7)	Zwischenbilanz	5/01

Tab. 46: Merkmale besonders positiv bewerteter Zirkeltreffen

Umsetzungsmöglichkeiten ganz offensichtlich erheblich differierten. Beim Vergleich unterschiedlicher Treffen derselben Zirkel ergeben sich hingegen durchaus interessante Hinweise. So zeichneten sich auffällig gut bewertete Treffen dadurch aus, dass Ergebnisse erarbeitet und als solche auch anerkannt werden konnten (beispielsweise in Form einer Bilanzierung). Tabelle 46 zeigt exemplarisch die Merkmale der Treffen auf, deren Beurteilung sich eindeutig positiv von den jeweils anderen Treffen der Zirkel abhoben.³⁹

Insgesamt wurden die ersten Treffen schlechter bewertet. Bei schlecht beurteilten Treffen⁴⁰ standen Regelfindung und gruppendynamische Schwierigkeiten im Vordergrund, wie Tabelle 47 mit auffällig schlechten Bewertungen zeigt.

Betrachtet man die Angaben zu den positiven Aspekten der Zirkeltreffen im Verlauf, so werden Schwerpunktverlagerungen und Entwicklungsprozesse deutlich. Die Verschiebung der Antwortdimensionen untermauert die These, dass zunächst gruppendynamische Aspekte im Vordergrund standen und in den ersten zirka drei Sitzungen „die Gruppe zur Gruppe werden“ musste (Forming-Phase). Dementsprechend äußerten sich viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer anfangs vornehmlich zu Gruppenatmosphäre und Moderation. Anschließend leisteten die Gruppen zunehmend gezielter und effektiver inhaltliche Arbeit: nun werden Inhaltsaspekte stärker genannt. Die Diskussionen verliefen noch nicht in allen Projektzirkeln durchgängig nach Qualitätszirkelprinzipien. Nach

³⁹ Zur Bestimmung der positivsten Treffen wurde zunächst ein Mittelwertvergleich bezüglich der Gesamtbewertung pro Seminar jeweils pro Qualitätszirkel durchgeführt. Die besten Treffen wurden dann den anderen gegenübergestellt und ein Rangsummentest durchgeführt. Bei einigen Zirkeln stach kein Treffen als eindeutig bestes ab (QZ 1, QZ 4, QZ 8, QZ 10, QZ 11).

⁴⁰ Bei QZ 3, QZ 4, QZ 5 und QZ 8 stach kein Treffen als eindeutig am schlechtesten beurteilt ab.

Qualitätszirkel	Nummer des am schlechtesten bewert. Treffens (Gesamtzufriedenheit)	Merkmal des Treffens	Zeitpunkt
QZ 1	1	Erstes Treffen	6/00
QZ 2	6	Gruppendynamisches Problem	11/00
QZ 6	1 und 2	Erste Treffen	6/00 u. 8/00
QZ 7	1	Erstes Treffen	6/00
QZ 9	1	Erstes Treffen	6/00
QZ 10	1	Erstes Treffen	6/00
QZ 11	2	Gruppenregeln werden ausgehandelt	11/00
QZ 12	9	Referent vom MDK und Gruppe kommen nicht ins Gespräch	6/01

Tab. 47: Merkmale besonders negativ bewerteter Zirkeltreffen

weiteren drei bis vier Sitzungen wurden die für Qualitätszirkelarbeit spezifischen Elemente der kritischen Reflexion des eigenen professionellen (oder ehrenamtlichen) Handelns verstärkt und Umsetzungsmöglichkeiten überprüft. Die Veränderungen bilden sich u. a. darin ab, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den Kurzevaluationsbogen die Arbeitsweise selbst positiv herausstreichen. Nicht alle Projektzirkel erreichten diese Phase – sei es, weil sie insgesamt nicht lange genug arbeiteten, sei es, weil die Anfangsphase zu lange dauerte oder auch, weil sie nicht konsequent darauf abzielten. Schließlich kann in einzelnen Zirkeln noch eine Reflexion auf die Arbeit selbst stattfinden, wobei evaluative Elemente mehr und mehr eingestreut werden. Zum vollen Durchlaufen des Kreislaufs kam es in keinem Qualitätszirkel – hierzu fehlte u. a. die Zeit. Diese Betrachtung des Verlaufaspekts der Zirkelarbeit lässt sich durch die Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtungen – insbesondere am Beispiel des im Verlauf beobachteten Zirkels QZ 7 – verdeutlichen.

8.1.9 Typisierung von Zirkelverläufen auf Basis der teilnehmenden Beobachtungen

Um der Fragestellung des Projekts Rechnung tragen und die Ausbildung der qualitätszirkelspezifischen Merkmale darstellen zu können, haben wir das von Langmaack und Braune-Krickau entwickelte Phasenmodell (vgl. Kap. 1.5) modifiziert. Die Entwicklung der Projektzirkel lässt sich demnach anhand einer Verlaufslogik beschreiben:

1. *Gruppenbildung*: Um zum Qualitätszirkel werden zu können, müssen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer als Gruppe mit fester äußerer Rahmung, gemeinsamem Thema und interner Rollendifferenzierung formieren. Dieser Prozess dauerte, den Beobachtungen zufolge, deutlich länger als angenommen. Die Einigung auf ein

bearbeitbares Thema war mit der zumeist bei einem der ersten Treffen erfolgten Themenwahl nicht immer abgeschlossen, und ein fester Stamm von TeilnehmerInnen und Teilnehmern bildete sich erst im Laufe der Zeit heraus. Alle im Jahr 2000 beobachteten Qualitätszirkel befanden sich noch in der Phase der Gruppenbildung.

2. *Erfahrungsbezug*: Mit dem kontinuierlichen und themenbezogenen Erfahrungsaustausch wird eine größere Verbindlichkeit geschaffen und ein gemeinsamer Gruppenlernprozess ermöglicht, der sich u. a. im Aufbau neuer Kooperationsbeziehungen niederschlagen kann. Ansätze dafür können – wie bei QZ 10 oder der ersten Beobachtung in QZ 6 – bereits zu einem frühen Zeitpunkt erkennbar sein. Die Gruppe kann sich – wie QZ 3 – auch zur Zufriedenheit aller Beteiligten darauf verständigen, bei dieser Arbeitsweise zu bleiben. Die Dauer dieser zweiten Phase ist offenbar sehr variabel und hängt unseren Beobachtungen zufolge offenbar u. a. von der Entschiedenheit ab, mit der der Einstieg in die dritte Phase gesucht wird, die eigentlich erst die Spezifika der Qualitätszirkelarbeit ausmacht.
3. *Bestandsaufnahme und Ist-Analyse*: Der Erfahrungsaustausch kann seine Effektivität erst in der fallbezogenen Diskussion auf der Basis nachvollziehbar präsentierter Dokumentationen des Alltagshandelns richtig entfalten. Damit wird deutlich, dass Erfahrungsaustausch nicht Ziel, sondern Mittel im Qualitätszirkel ist, das durch systematisches Vorgehen zielgerichtete Vorschläge für die Optimierung des jeweiligen Alltagshandelns ermöglicht, die sich an der konkreten Umsetzbarkeit orientieren und daher hilfreicher sind als gut gemeinte Ratschläge. Diese Arbeitsweise wurde nur in wenigen Projektzirkeln voll realisiert und konnte bei den Beobachtungen nur ansatzweise registriert werden. Diese Treffen fanden erst nach etwa neun Monaten und damit fast am Ende der vereinbarten Laufzeit der Zirkel statt, was die Vermutung nahe legt, dass die Einübung in die Arbeitsweise Zeit erfordert.
4. *Überprüfung von Zielerreichung*: Mit diesem Schritt macht der Qualitätszirkel explizit sein eigenes Handeln zum Thema, beleuchtet Prozesse und Ergebnisse der Gruppenarbeit und bezieht diese auf das Alltagshandeln der TeilnehmerInnen und Teilnehmer. Voraussetzung dafür ist ein kontinuierliches, zielbezogenes Arbeiten mit der Perspektive der Umsetzung der Ergebnisse. Logisch gesehen setzt diese Evaluation nicht nur die Ist-Analyse, sondern auch ausreichende Informationen über die tatsächliche Umsetzung in die Alltagspraxis voraus. Angesichts der Zurückhaltung bei der Ist-Analyse war dieser weitergehende anspruchsvolle Schritt bei den Projektzirkeln daher nur selten zu erwarten. Andererseits war die Perspektive der Evaluation – bezogen auf die Zirkelarbeit – mit den Kurzbeurteilungsbogen und den regelmäßigen Begleitseminaren bei den Moderatorinnen und Moderatoren fest verankert.

In einigen Qualitätszirkeln war die Perspektive der Ergebnisumsetzung bzw. Zielerreichung klar erkennbar, doch handelte es sich durchweg um Zwischenbilanzen. Eine abschließende – auch die inhaltliche Arbeit des Qualitätszirkels resümierende – Bilanzierung konnte in den Projektzirkeln nicht beobachtet werden, wobei einschränkend hinzuzufügen ist, dass nur bei einem einzigen Abschlusstreffen eine teilnehmende Beobachtung durchgeführt wurde.

Zwei beobachtete Treffen lassen sich nicht entlang dieser Verlaufslogik einordnen. In beiden Fällen war die Autonomie der Gruppe im Zusammenhang mit betrieblichen Entwicklungen beeinträchtigt, worauf der schon in längerer Zusammenarbeit gefestigtere QZ 9 mit Kritik und der angesichts der weiten Anfahrtswege ohnehin fragilere QZ 5 mit Auflösung reagierte.

Bei aller Individualität der jeweiligen Zirkel und der natürlich nur begrenzten Informationslage legen die Beobachtungen doch die Annahme einer *gerichteten Entwicklung* nahe, die Zeit braucht und nicht beliebig beschleunigt werden kann. Insgesamt gesehen waren bei den späteren Beobachtungen weiter ausdifferenzierte Formen der Gruppenarbeit erkennbar – ein Trend, der sich bei vergleichender Betrachtung aller Zirkel andeutet und bei der Verlaufsbeobachtung von QZ 6 bestätigt. Die Gruppen erreichten die qualitätszirkelspezifische Arbeitsphase erst kurz vor Projektende, sodass für das Durchlaufen eines Qualitätszyklus offenbar ein längerer Zeitraum (wir vermuten: zirka eineinhalb Jahre) veranschlagt werden muss. Der Unterstützungsbedarf von Moderatorinnen und Moderatoren (und Qualitätszirkeln) zeigte sich u. a. vom erreichten Entwicklungsstand der Qualitätszirkel und den dementsprechenden Entwicklungsaufgaben abhängig. Dies war bei der Gestaltung der Begleitseminare zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 7).

8.1.10 Exkurs: Formen der Komoderation

In insgesamt drei Qualitätszirkeln wurde mit einer Komoderation gearbeitet. Die Teams der Moderatorinnen und Moderatoren leiteten gemeinsam die Qualitätszirkelsitzungen, wobei unterschiedliche Modelle hinsichtlich der Aufgabenverteilung und „Gleichstellung“ praktiziert wurden. Eine Beteiligung der Komoderatorinnen und Komoderatoren an den Begleitseminaren erfolgte ab dem 5. Begleitseminar⁴¹, auf dem die hier geschilderten Modelle der Komoderation von den Moderatorinnen und Moderatoren dargestellt und diskutiert wurden – mit dem Ergebnis, dass es kein allgemein gültiges Modell für alle Bereiche sowie Moderatorinnen und Moderatoren gibt, sondern die unterschiedlichen Formen unter ganz unterschiedlichen Bedingungen entstanden sind und jeweils Vor- und Nachteile in sich tragen.

Es existierten unterschiedliche Modelle im Selbstverständnis der Komoderation hinsichtlich der Theorie, des Idealzustands oder der Praxis:

- Das Modell des QZ 1 sah eine klare Aufgaben- und Rollenverteilung vor. Vor der Qualitätszirkelsitzung fand unter den Moderatorinnen und Moderatoren ein Vorgespräch

⁴¹ Eine frühere Beteiligung der Komoderatorinnen und Komoderatoren war, obgleich von einigen Moderatorinnen und Moderatoren propagiert, aufgrund der beschränkten Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht möglich. Eine Ausweitung der Gruppenstärke von 15 auf 30 hätte die Arbeitsfähigkeit der Begleitseminare nachhaltig eingeschränkt und war daher bei Projektbeginn ausgeschlossen worden. Allerdings wollten lediglich drei Moderatorinnen durch Komoderation unterstützt werden. Die konnten dann ab dem fünften Begleitseminar eingeladen werden.

statt, in dem Themen gesammelt wurden, die zu Beginn des Treffens abgefragt werden sollten. Zu den Aufgaben des Komoderators gehörte es, sich um die technische Ausstattung und die Rahmenbedingungen zu kümmern, etwa um die Organisation technischer Geräte. Die Gesamtleitung des Zirkels lag in den Händen der Moderatorin. Der Komoderator kam aus einem anderen Arbeitszusammenhang und war daher zugleich ein Externer. Während der Sitzung übernahm er das Protokollieren und notierte die Wortmeldungen. Darüber hinaus war er dafür zuständig, den roten Faden im Auge zu behalten, d. h. die Diskussion gegebenenfalls wieder auf die ursprüngliche Fragestellung zurückzuführen. Dies geschah entweder durch eine kurze Notiz an die Moderatorin oder auch durch kurze mündliche Beiträge. Im Anschluss an die Sitzung tauschten sich die Moderatorinnen und Moderatoren aus und verfassten gemeinsam das Protokoll für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

- In QZ 6 war von Anfang an eine gemeinsame Moderation geplant. Beide Moderatorinnen sahen sich als gleichberechtigt und bemühten sich in der Realität der Zirkelpraxis, sich diesem Idealzustand möglichst weitgehend anzunähern. Insgesamt weist dieses Konzept viele Ähnlichkeiten zu dem im QZ 11 praktizierten Modell auf.
- Hier war die Komoderatorin zwar erst ab der 3. Qualitätszirkelsitzung in den Zirkel gekommen, doch hatte die Moderatorin ihren Teilnehmerinnen und Teilnehmern bereits in der ersten Sitzung mitgeteilt, mit einer Komoderation arbeiten zu wollen, sodass die spätere Komoderatorin zwar nicht als Person, aber doch fiktiv bereits angekündigt war. In diesem Qualitätszirkel bestanden keine klaren Absprachen bezüglich der Rollenverteilung. Die beiden Moderatorinnen sahen sich grundsätzlich als gleichwertig und gleichberechtigt an. Die Initiatorin übernahm die Verantwortung für die Protokollführung und blieb auch im Hinblick auf organisatorische Fragen Hauptansprechpartnerin für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Die Sitzungen wurden von den Moderatorinnen gemeinsam geplant und abgesprochen. Die Gesprächsführung bzw. die Moderation erfolgte wechselseitig. Je nach Absprache wurden bestimmte Teile der Sitzung einer Moderatorin zugeordnet, es wurde aber auch innerhalb der Sitzung flexibel und spontan gewechselt.

8.2 Darstellung der einzelnen Projektzirkel

8.2.1 Zur Darstellung der Projektzirkel

Im Projektverlauf wurde zunehmend die Individualität der einzelnen Qualitätszirkel deutlich, die sich unter den je konkreten institutionellen Bedingungen, der Gruppenzusammensetzung, den Vorerfahrungen von Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie Moderatorin bzw. Moderator, der gewählten Thematik, den angestrebten Zielen und nicht

zuletzt der Persönlichkeit der Moderatorin bzw. des Moderators ausformte. Diese spezifischen Profile der einzelnen Qualitätszirkel sollen im Folgenden skizziert werden.

Die Darstellung soll insbesondere nachvollziehbar machen, inwiefern und inwieweit die spezifischen Merkmale der Qualitätszirkelarbeit umgesetzt werden konnten. In einem bewertenden Abschnitt geht es dann darum, Stärken und Schwachpunkte der Konzeptumsetzung im Hinblick auf spezifische Unterstützungsbedarfe herauszuarbeiten, die im Hinblick auf die Breitenimplementation von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung systematisch zu berücksichtigen sind. Der Bewertung wurden diejenigen Kriterien zugrunde gelegt, die in der Diskussion mit den Moderatorinnen und Moderatoren weiterentwickelt worden waren, im QZ-Check ihren Ausdruck gefunden hatten und von den Moderatorinnen und Moderatoren beim 5. Begleitseminar auch zur Selbstevaluation verwandt worden waren.

Die hier vorgetragenen Bewertungen können sich von den Selbsteinschätzungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Moderatorinnen und Moderatoren unterscheiden. Die Darstellungen fassen die diversen Informationen (vgl. insgesamt den Ergebnisband) in komprimierter Form zusammen, sind notwendigerweise selektiv und können im Einzelfall nie das Kontextwissen aktualisieren, über das die Moderatorinnen und Moderatoren verfügen. Sie sind implizit zirkelvergleichend und zielen darauf, in der Gesamtschau ein Verständnis der Arbeit der Projektzirkel zu vermitteln.

Wir haben den Moderatorinnen und Moderatoren die Skizzierungen ihrer jeweiligen Zirkel zur Durchsicht zur Verfügung gestellt, um missverständliche Darstellungen vermeiden und der Gefahr, schutzwürdige Interessen zu verletzen, entgegenwirken zu können. Auf diese Weise sollten sie an der Berichterstattung weitestmöglich beteiligt sein. Die prinzipielle Differenz von Fremd- und Selbstevaluation ist damit natürlich nicht aufgehoben. Die Darstellung gliedert sich in:

- eine *Kurzbeschreibung* mit wichtigen Eckdaten und Charakteristika des jeweiligen Zirkels und Moderators bzw. der Moderatorin,
- eine Schilderung der *Ausgangssituation*, in der vorrangig auf die institutionellen Rahmenbedingungen der Zirkelinitiierung und -teilnahme eingegangen wird,
- die Wiedergabe der Ergebnisse der *Eingangsbefragung*, insofern sie sich signifikant von den Prioritäten der Projektzirkel insgesamt abheben (diese Auswertung basiert auf U-Test-Berechnungen),
- die Beschreibung der *Zusammensetzung und Kontinuität der Gruppe*, die sich vorwiegend auf Selbstaussagen der Moderatorinnen und Moderatoren und Protokolle stützt.⁴² Die Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht wird nur dann beschrieben, wenn sie sich signifikant von derjenigen der Zirkel insgesamt unterscheidet,

⁴² Die Daten aus Eingangs- und Abschlussbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten hierfür nur begrenzt verwandt werden, weil darin nicht alle Teilnehmenden erfasst waren, die im Verlauf der Zirkelarbeit kontinuierlich teilnahmen.

- eine Schilderung der *Gruppendynamik*, die sich im Verlauf der Zirkeltreffen abzeichnete (basierend auf Protokollen, Stand der Qualitätszirkelarbeit, Abschlussbefragung sowie teilnehmender Beobachtung),
- Darstellung der *Arbeitsweise* des Zirkels insgesamt, illustriert an *konkreten Beispielen*, die auch einen Einblick in die Inhalte der jeweiligen Zirkel ermöglichen sollen,
- Wiedergabe der *Ergebnisse der Abschlussbefragung*, insofern sie sich signifikant von den Angaben der Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer insgesamt abheben (die Auswertung basiert – wie bei der Eingangsbefragung – auf einem U-Test),
- Aufzeigen der *Stärken und Schwächen* des jeweiligen Zirkels: zunächst (mit ▲ gekennzeichnet) hinsichtlich der Erfüllung der Qualitätszirkelkriterien, dann hinsichtlich der Besonderheiten der beschriebenen Gruppe.
- Diese Besonderheiten werden in einem *Fazit* nochmals zusammengefasst und darauf aufbauend ggf. Rückschlüsse auf Unterstützungsmöglichkeiten gezogen. Zudem wird die jeweilige Gruppenarbeit kurz in Bezug zum Qualitätskreislauf gesetzt.

In den Darstellungen wird immer wieder auf Einzelergebnisse der „wissenschaftlichen Begleitung“ Bezug genommen. Dabei wurden die folgenden Kürzel verwendet:

- Stand der Qualitätszirkelarbeit X = Angaben der Moderatorinnen und Moderatoren zum Stand der Qualitätszirkelarbeit anlässlich des x-ten Begleitseminars (Dokumentation im Ergebnisband, Kapitel 1.11),
- Protokoll X = Protokollbogen der x-ten Sitzung (Dokumentation im Ergebnisband, Kapitel 1.9),
- BS X = Dokumentation des x-ten Begleitseminars (2 im Ergebnisband),
- KB Teilnehmerinnen und Teilnehmer X = Kurzbeurteilung einzelner Qualitätszirkelsitzungen durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Dokumentation im Ergebnisband 1.81),
- KB Moderatorinnen und Moderatoren X = Kurzbeurteilung einzelner Qualitätszirkelsitzungen durch die Moderatorinnen und Moderatoren (Dokumentation im Ergebnisband 1.82),
- KB Tn = Kurzbeurteilungsbogen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer,
- KB Moderatoren = Kurzbeurteilungsbogen der Moderatorinnen und Moderatoren,
- tn Beob. = teilnehmende Beobachtung (Dokumentation der Beobachtungsprotokolle im Ergebnisband, Kapitel 1.10).

8.2.2 Projektzirkel 1: Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) auf dem Weg in die Fusion

Kurzbeschreibung

In diesem institutionsinternen und interdisziplinären Qualitätszirkel trafen sich Mitarbeiterinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes dreier Bezirke Berlins, denen eine Fusion bevorstand, von der erhebliche Änderungen der Arbeitssituation zu erwarten waren. Die Moderatorin – jahrelang leitende Sozialarbeiterin eines Bezirkes und inzwi-

schen pensionierte Amtsrätin – strukturierte die Zusammensetzung des Zirkels in der Form, dass aus jedem der drei Bezirke jeweils eine Ärztin, eine Sozialarbeiterin, eine Helferin und eine Schreibkraft zusammenkamen. Die berufliche Situation der Teilnehmerinnen und die Problemlagen um die Fusion waren der Moderatorin vertraut. Ihr Ziel, gemeinsame Indikatoren und Standards zur Durchführung einer einheitlichen Statistik für die Leistungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes festzulegen, stand unter dem Vorzeichen, dass der Zirkel die Teilnehmerinnen durch die verunsichernden Zeiten der Fusion begleiten und eine frühzeitige Zusammenarbeit und Einflussnahme ermöglichen sollte.

Der Zirkel traf sich in unterschiedlich großen Abständen von Juni 2000 bis Mai 2001 für zirka drei Stunden um 13.00 Uhr im Gruppenraum eines der drei KJGD-Bezirke.⁴³ Die Moderatorin kümmerte sich auch intensiv um das leibliche Wohl der Teilnehmerinnen. Ihre Moderation wurde durch einen Komoderator unterstützt, mit dem sie bereits eine langjährige Kooperationserfahrung pflegte. Der Komoderator hatte viele Jahre in einer hohen Position in der Verwaltung gearbeitet und war seit kurzem Professor an einer Fachhochschule. Im Zirkel half er aus einer neutralen Position heraus sowohl bei Moderationstätigkeiten als auch bei der Beantwortung von speziellen, etwa tarifrechtlichen Fachfragen.

Die zwölf Teilnehmerinnen erschienen regelmäßig und erarbeiteten bereits bis zum vierten Treffen eine einheitliche Vorgehensweise für elf Dienstleistungen (Erstkontakt zu Neugeborenen und deren Mutter / Impfungen / individuelle Beratung / sozialpädagogische Stellungnahmen / sozialpädagogische Untersuchungen in Gemeinschaftseinrichtungen / Screening / individuelle, fachspezifische Diagnostik / Hilfen bei entwicklungsgefährdeten Kindern / intensive Begleitung / präventiver gesundheitsbezogener Kinderschutz / „JÄG“). Darüber hinaus befasste sich der Qualitätszirkel mit der Begleitung benachteiligter Familien und der Gestaltung von Dienstbesprechungen. Er hat phasenweise zu einer Solidarisierung unter den Teilnehmerinnen in der Umbruchphase beigetragen. Die aktuellen Fusionsereignisse und die damit einhergehenden Verunsicherungen brachen jedoch stark in die Arbeit der Gruppe ein. Erst zum Ende wurde die konkrete Analyse der beruflichen Alltagspraxis in der Form der Fallarbeit bewusst aufgegriffen. Zum Ende des Zirkels bestand unter den Teilnehmerinnen der Wunsch nach Fortsetzung von Qualitätszirkelarbeit in ihrem Aufgabenbereich, was für die Moderatorin aus persönlichen Gründen nicht mehr in Frage kam.

Ausgangssituation

Die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der drei Bezirke unterstützten das Vorhaben der Moderatorin, die allen Entscheidungsträgerinnen und Teilnehmerinnen bekannt

⁴³ Neben den sechs protokollierten Treffen kam es noch zu zwei weiteren Treffen, bei denen jedoch bewusst das Zirkelkonzept verlassen wurde, weil hier dem akuten Gesprächsbedarf wegen der Fusion Raum gegeben werden sollte.

war. Die Moderatorin war ein Jahr zuvor vorzeitig in Rente gegangen und wollte nun als externe Moderatorin einen Prozess begleiten, den sie eigentlich als Leitende Angestellte hätte mitgestalten wollen. Sie und der ihr aus anderen Arbeitszusammenhängen bekannte Komoderator übernahmen die Moderation ehrenamtlich. Die Teilnehmerinnen konnten in ihrer Arbeitszeit am Qualitätszirkel teilnehmen, sich aber auch schwerlich entziehen. Die Sitzungen konnten in den Räumen des KJGDs des einen Bezirks stattfinden.

Die Stimmung der Teilnehmerinnen war zu Beginn des Qualitätszirkels nicht von großen Hoffnungen geprägt, hielt doch der Personalabbau in den Verwaltungen schon länger Einzug. Eine Fusion großer Institutionen setzt immer auch Ängste frei (wie auch Äußerungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den Zirkeln 3 und 9 zeigen).

Ergebnisse der Eingangsbefragung

Die Moderatorin äußerte trotz der schwierigen Rahmenbedingungen keine Befürchtungen, sondern nur positive Erwartungen, fühlte sich hochkompetent für die Aufgabe und sah mit ihrer Arbeit eine Lücke gefüllt, die ihrer Meinung nach längst hätte gefüllt werden sollen.

Die Teilnehmerinnen erwarteten tendenziell mehr „Einblicke in die eigene Tätigkeit“ als andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Hier ist anscheinend eher der Wunsch nach mehr Transparenz des eigenen Arbeitsplatzes zum Ausdruck gekommen als der nach mehr Reflexion der eigenen Tätigkeit: Das Teilnahmemotiv „Selbstreflexion“ wurde vergleichsweise selten genannt. Tendenziell weniger als in anderen Zirkeln spielten für diese Teilnehmerinnen „Tipps für die eigene Arbeit“ eine Rolle. Etwas stärker als in anderen Zirkeln wurde der zu erwartende Zeitaufwand als Hindernis gewichtet, während „Verunsicherung“ deutlich weniger befürchtet wurde. Von der Moderation erwarteten sie, dass diese die Gruppe führen und sich auch um den technischen Rahmen kümmern sollte. Hinsichtlich der Rolle der Moderation waren sich die Teilnehmerinnen offenbar einig. Das Bild einer starken, kompetenten Moderatorin, das diese von sich selbst vermittelte, entsprach auch in hohem Maße den Ansprüchen der Teilnehmerinnen.

Zusammensetzung der Gruppe

Die Zusammensetzung der Gruppe war von der Moderatorin so vorstrukturiert, dass pro Bezirk vier unterschiedliche Mitarbeiterinnen vertreten waren, und zwar jeweils eine Schreibkraft, Arzthelferin, Ärztin und Sozialarbeiterin für jeden der bislang drei KJGD. Das Durchschnittsalter der Frauen war vergleichsweise hoch. Sie kannten sich untereinander nur teilweise. Einziger Mann war der Komoderator. Dieser Qualitätszirkel weist eine sehr konstante Teilnahme auf.

Gruppendynamik

Der Qualitätszirkel stand von Beginn an stark unter dem Druck der Veränderungsprozesse, denen der KJGD in den drei Bezirken unterworfen war. Hinzu kamen Ängste vor

weiterem Stellenabbau und der damit verbundenen Zunahme der Arbeitsbelastungen für die Mitarbeiterinnen. Setzte die Moderatorin zu Beginn vielleicht noch auf Einflussmöglichkeiten des Qualitätszirkels auf aktuelle Entscheidungen, so musste sie doch zunehmende Ohnmachtsgefühle erfahren. Unter den Zirkelteilnehmerinnen wird die Lage sehr differenziert wahrgenommen worden sein, da drei verschiedene Hierarchieebenen vertreten waren, deren berufliche Lage sowie Gestaltungschancen und -ansprüche ebenfalls unterschiedlich gewesen sein dürften. Entsprechend der hierarchischen Stellung der Teilnehmerinnen waren die größeren Redeanteile zu Beginn bei den Ärztinnen und Sozialarbeiterinnen (Protokoll 1), was sich im Laufe der Sitzungen zwar etwas nivellierte, aber nicht ausglich (Abschlussbefragung Moderatorin). Es wurde konstruktiv miteinander gearbeitet, auch wenn zunehmende Konkurrenzen zwischen den Teilnehmerinnen deutlich wurden (Stand der Qualitätszirkelarbeit 2). Diese latenten Konkurrenzen brachen zur dritten Sitzung erstmals auf, als inhaltliche Unstimmigkeiten nicht gelöst werden konnten. Die Gruppe konnte dies jedoch tolerieren und zur Erleichterung der Moderatorin selbst auffangen. Personalentscheidungen der Leitungsebene störten nach Einschätzung der Moderatorin das Arbeitsklima im Zirkel jedoch bald nachhaltig (Stand der Qualitätszirkelarbeit 5, BS 5). Zum letzten Treffen präsentierte sich die Gruppe der teilnehmenden Beobachtung als engagierte Gruppe, die zwar nicht ganz gleichberechtigt arbeitete, aber versuchte, eher zurückhaltendere Teilnehmerinnen in den Gruppenprozess einzubeziehen. Förderlich auf das Gemeinschaftsgefühl wirkte sicherlich auch das gemeinsame Mittagessen, das von der Moderatorin zubereitet wurde und zu Beginn der Treffen stattfand. Dieser Versuch, eine angenehme Atmosphäre herzustellen, wurde von den Teilnehmerinnen mehrfach gelobt (KB Teilnehmerinnen und Teilnehmer).

Arbeitsweise

Die Themensammlung zeigte bereits, dass vorwiegend gemeinsame Arbeitsinhalte, -abläufe und Ziele erarbeitet werden sollten. Die Zirkelteilnehmerinnen einigten sich darauf, unter diesem Vorzeichen die bereits definierten „Produkte“ des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes zu bearbeiten. Damit sind Dienstleistungen gemeint, deren Ausführung statistisch erfasst ist und die somit gegenüber der Leitungsebene legitimiert werden müssen. Im Zuge der Fusion dreier Bezirke lagen dem KJGD bereits zwölf definierte Produkte vor. Sechs davon wurden bereits beim zweiten Treffen von den Teilnehmerinnen des Zirkels vergleichend durchgearbeitet. Die Vertreterinnen jedes Bezirkes stellten ihr bisheriges Vorgehen in einer bestimmten Situation (zum Beispiel individuelle Beratung oder Hausbesuch nach der Geburt eines Kindes) anhand der Leistungen dar, die in dieser Situation erbracht wurden. Sie nutzten die vorhandenen Statistiken zum Umfang der Leistungen eines bestimmten Produkts als Dokumentationsform und Diskussionsgrundlage. Diese Darstellung wurde durch persönliche Berichte der Teilnehmerinnen ergänzt. Das bisherige, manchmal unterschiedliche Vorgehen wurde abgeglichen und auf Mehrheitsbeschluss hin vereinheitlicht. In diesem Qualitätszirkel galt der neu definierte Leistungsumfang nun auch verbindlich für die nicht anwesenden Mitarbeiterinnen der Institution, was der Vorgehensweise eines betrieblichen Qualitätszirkels ähnelt.

Arbeitsweise am konkreten Beispiel

Klärungsbedarf gab es beispielsweise bei der Erfassung des „Erstkontakts nach einer Geburt“. Wieder galt es, eine gemeinsame Zählart und gemeinsame Bezugsgrößen zu finden, sodass die Mitarbeiterinnen aller drei Bezirke einheitlich stricheln konnten.

In der Zirkelarbeit fanden u. a. folgende Regelungen Konsens:

- Pro Besuch erfolgt eine Zählung, die die standardisierte Beratung sowie alle Vor- und Nacharbeiten hierfür beinhaltet. Es muss ein persönlicher Kontakt („Auge in Auge“) stattgefunden haben; kurze Telefonkontakte zählen nicht als Erstkontakt. Sind Arzthelferinnen oder Schreibkräfte involviert, zählen diese nur, wenn sie „am Menschen arbeiten“.
- Beim sechsten Treffen gingen die Teilnehmerinnen nicht mehr von Produktblättern aus, sondern von einer auf Flipchart vorbereiteten Falldarstellung einer zu betreuenden sozial schwachen Familie. Die Runde der Teilnehmerinnen ergänzte zunächst Lücken in der Darstellung durch Nachfragen. Dann versuchte man abzugleichen, wie dieser Fall in den unterschiedlichen Bezirken gezählt worden wäre. Auch hier war die Zielvorgabe einheitliches „Stricheln“.

Da nicht mit Dokumentationen der tatsächlichen Arbeitsrealität der Teilnehmerinnen gearbeitet wurde, sondern nur indirekt über deren Abstraktionen in Form von Statistiken, beschränkte sich die inhaltliche Wirkung dieser Arbeit in erster Linie auf Veränderungen hinsichtlich der Erstellung der Statistik. Diese Veränderungen konnten allerdings ebenso leicht evaluiert werden, wie sie schon als Abstraktion der Arbeitsrealität gut zu handhaben waren. Es hat also eine Veränderung der Erstellung der Statistiken – und insofern eine Veränderung der Alltagsroutinen bei der Dokumentation des Handelns – stattgefunden.

Ergebnisse der Abschlussbefragung

Die Teilnehmerinnen gaben weniger als Teilnehmerinnen und Teilnehmer anderer Zirkel Effekte der Qualitätszirkelarbeit auf die „Qualität ihrer fachbezogenen Handlungssicherheit“ an. Auch das „Verständnis für Gesundheitsförderung“ spielte aus Sicht der Teilnehmerinnen hier weniger eine Rolle. Die Anforderungen der Teilnehmerinnen an die Moderatorin haben sich verschoben: Nun steht im Vordergrund, dass die Moderation vor allem die Gruppenatmosphäre positiv beeinflussen sollte. Möglicherweise haben die Teilnehmerinnen erfahren, dass Qualitätszirkelarbeit sich auch ohne Ausrichtung auf eine Leitung trägt – entsprechende gruppendynamische Bedingungen vorausgesetzt.

Stärken

- ▲ Eine besondere Stärke liegt in der Erfüllung der Strukturmerkmale eines Qualitätszirkels. Zu Beginn der Zirkelarbeit ging die Gruppe inhaltlich stringent vor und hatte ihr Ziel der Vereinheitlichung der Kriterien für die Arbeitsabläufe und der Statistikerführung schnell erreicht. Die Zusammensetzung und kontinuierliche Teilnahme erfüllten die Voraussetzungen für eine effektive Gruppenarbeit.

- Die Teilnehmerinnen erhielten in einer schwierigen beruflichen Umbruchphase emotionale Unterstützung. Die Gruppe sorgte für ein Wir-Gefühl und gab emotionalen Halt in einer Zeit einschneidender Veränderungen. Der Zirkel ermöglichte ein frühzeitiges Treffen von Angestellten, deren Bezirke früher oder später fusionieren mussten und war somit „bahnbrechend“ für die zukünftige Zusammenarbeit. Auch im gemeinsamen Essen erfuhren die Teilnehmerinnen ein Gemeinschaftserlebnis.
- Der in einem anderen Arbeitszusammenhang stehende Komoderator ergänzte die Moderation.⁴⁴

Schwächen

- ▲ Problematisch war für diesen institutionsinternen Qualitätszirkel die Sicherung der gruppendynamischen Basis der Gruppenarbeit, was sich u. a. aus den institutionellen Rahmenbedingungen erklärt.
- Offene Fragen der Besetzung zukünftiger Leitungspositionen verunsicherten immer wieder. Nach dem dritten Treffen wirkten diese schwierigen Begleitumstände massiv in den Qualitätszirkel hinein, sodass inhaltliche Arbeit erst zum sechsten Treffen wieder möglich war. Über einen Zeitraum von mehr als zweieinhalb Monaten fand hier gar keine Qualitätszirkelsitzung statt.
- Die verwendeten Statistiken erlaubten zwar eine stringente Bearbeitung der Themen, sie sind aber nur eine sehr abstrakte Form der Dokumentation der Arbeitsrealität. Da diese Statistiken zugleich als Legitimationsinstrument gegenüber der Leitungsebene dienen, kann nur begrenzt von einer Dokumentation der Arbeitsrealität selbst gesprochen werden.

Fazit

Nicht die Reflexion des eigenen beruflichen Handelns stand im Vordergrund, sondern ein Vergleich von Arbeitsweisen untereinander, mit dem Ziel der Angleichung. Hierin ist auch eine Chance der Qualitätszirkelarbeit zu sehen: Sie kann mit dem Anspruch gleichberechtigter Mitwirkung nach dem „bottom-up“-Prinzip notwendige Normierungen aus dem Gruppenprozess heraus erfolgen lassen und deren Qualität für die eigene Arbeit durch Fallvorstellungen im Zirkel erneut auf den Prüfstein legen, um gemeinsam weitere Verbesserungen zu entwickeln. In ihrem letzten Treffen realisierte die Gruppe das spezifische Grundprinzip der Qualitätszirkelarbeit – die systematische Konfrontation von Idealität und Realität des eigenen Handelns. So konnte der Qualitätskreislauf auf der Fallebene exemplarisch durchlaufen werden. Hinsichtlich der gesamten Zirkelarbeit war die Zielvorstellung der Vereinheitlichung der Vorgehensweisen bei der Statistikführung in drei Bezirken vorgeschaltet. Die Dokumentation des professionellen Alltagshandelns wurde auf Schwachstellen und Möglichkeiten der Vereinheitlichung hin analysiert. Ähnlich wie in betrieblichen Qualitätszirkeln wurde die Umsetzung der Veränderungen angeordnet. In eine Phase der Evaluation trat der Qualitätszirkel nicht mehr.

⁴⁴ So ergänzte eine Teilnehmerin in der Abschlussbefragung die Anforderungen an die Moderation um den Gesichtspunkt, dass diese „neue, eventuell fachfremde Gesichtspunkte mit in die Runde bringen“ solle.

Trotz der schwierigen Bedingungen ist es gelungen, den Teilnehmerinnen das Arbeitsprinzip im Qualitätszirkel als Chance selbstbestimmter Qualitätssicherung zu vermitteln, für den Fall, dass die Rahmenbedingungen stimmen. So lässt sich das Interesse von Teilnehmerinnen erklären, Qualitätszirkel zu Fachfragen ihres Aufgabenbereichs zu initiieren. Unter den Zirkelteilnehmerinnen konnten potenzielle Multiplikatorinnen gewonnen werden: Zwei konnten sich – der Abschlussbefragung zufolge – die eigenständige Initiierung eines Qualitätszirkels vorstellen, eine von ihnen äußerte Interesse an einer Ausbildung zur Qualitätszirkelmoderatorin.

8.2.3 Projektzirkel 2: Verbesserung der regionalen Kooperation der in der Gesundheitsförderung tätigen Personen und Gruppen

Kurzbeschreibung

Dieser institutionsübergreifende interdisziplinäre Zirkel war in einem Gesundheitsamt einer Kreisstadt im Saarland angesiedelt. Der Moderator selbst war Mitarbeiter des Gesundheitsamtes. Auch als Vorsitzender der Arbeitskreise Selbsthilfe und Suchtprävention hatte er sich seit Jahren mit der Gesundheitsförderung befasst und war mit den meisten der Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer seit langer Zeit bekannt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren zumeist Leiterinnen und Leiter von Selbsthilfegruppen, aber auch Vertreterinnen und Vertreter von Vereinen, Verbraucherzentrale und Krankenkasse. Die Teilnehmenden wollten vorrangig vom Erfahrungsaustausch profitieren und hatten sich zum Ziel gesetzt, die Kooperation der regionalen Gruppen und Verbände untereinander zu verbessern. So arbeiteten sie zunächst an einer Bestandsaufnahme der Organisationen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, gingen dann mithilfe von Gastreferentinnen und -referenten auf die Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten ein und widmeten sich nach einer Phase der Festigung von Teilnehmerschaft und Arbeitsweise unterschiedlichen Aspekten der Suchtproblematik. Die Gruppe traf sich in vierwöchigen Abständen seit Juni 2000 regelmäßig am letzten Mittwochabend im Monat für mindestens zwei Stunden und setzte ihre Arbeit über die Dauer des Modellprojekts hinaus fort.

Ausgangssituation

Die Initiierung des Zirkels gestaltete sich für den Moderator einfach, da er die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer bereits aus anderen Arbeitszusammenhängen kannte. Er bedauerte, dass unter den zahlreichen Interessentinnen und Interessenten keine niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte waren (Stand der Qualitätszirkelarbeit 1). Auch förderte seine Dienststelle von Anfang an ausdrücklich die Teilnahme am Modellprojekt und die Einrichtung des Qualitätszirkels. Sie stellte den Sozialraum des Gesundheitsamtes zur Verfügung und ließ die Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch eine Mitarbeiterin mit Getränken versorgen.

Ergebnisse der Eingangsbefragung

Der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung begegnete man in diesem Zirkel zunächst eher skeptisch: Auffallend wenige waren der Meinung, dass Gesundheitsförderinnen und -förderer zur Qualitätssicherung verpflichtet werden sollten. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erwarteten in geringerem Maße „mehr fachbezogene Handlungssicherheit“ und einen „verbesserten Kontakt zu Kollegen“.⁴⁵ Auffällig häufig wurde als Teilnahmemotiv „Neugier“ genannt. Als Hindernis der Qualitätszirkelarbeit wurde hier mehr als in anderen Zirkeln der Kostenaufwand gesehen.

Zusammensetzung der Gruppe

Die zahlreichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer gehörten unterschiedlichen Institutionen und Gruppen an. Neben Vertreterinnen und Vertretern von Selbsthilfegruppen und -organisationen nahmen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter der Verbraucherzentrale, einer Krankenkasse und einiger Vereine teil. Im Vergleich zu den anderen Qualitätszirkeln waren Männer überrepräsentiert und das Alter der Teilnehmenden war relativ hoch (Abschlussbefragung). Der Moderator war bereits älter als 55 Jahre.

Die Zahl der Teilnehmenden der relativ kontinuierlich stattfindenden Treffen schwankte etwas. Die anfangs außergewöhnlich große Gesamtgruppe von 18 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, von denen aber höchstens 13 Teilnehmerinnen und Teilnehmer anwesend waren, schrumpfte im Laufe der Treffen auf neun verbindliche Teilnehmerinnen und Teilnehmer zusammen, von denen mindestens sechs bei den einzelnen Sitzungen anwesend waren.

Einige der professionellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer sahen die Teilnahme offenbar weniger verbindlich an als die „freiwilligen“ Vertreterinnen und Vertreter von Selbsthilfegruppen und -organisationen. In der Anfangsphase des Zirkels erschienen einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer und blieben dann wieder weg. Moderator sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmer gingen damit sehr flexibel um. So wurde noch auf der vierten Sitzung einem Gast, der als Arzt tätig war, spontan ein Überblick über das Projekt und die bisherige Zirkelarbeit gegeben. Aufgrund seiner Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit einer Selbsthilfegruppe entwickelte sich bald eine lebhafte Diskussion über die bisherige Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, Selbsthilfegruppen und anderen Organisationen der Gesundheitsförderung. Zu zwei weiteren Zirkeltreffen wurden explizit Vorsitzende von Ärzteverbänden eingeladen.

⁴⁵ Zu vermuten ist, dass der Begriff des Kollegen bzw. der Kollegin nur auf die eigene Institution bezogen bzw. nicht als angemessener Oberbegriff für andere Vertreterinnen und Vertreter von Selbsthilfegruppen angesehen wurde; denn die Verbesserung von Kooperationsbeziehungen war zunächst ausdrücklicher Themenschwerpunkt dieses institutionsübergreifenden Zirkels.

Gruppendynamik

Die Gruppendynamik war stark geprägt durch die langjährigen Kontakte vieler Teilnehmerinnen und Teilnehmer untereinander und mit dem Moderator, der ihnen oftmals in leitender Funktion gegenübergetreten war. Der relativ homogene Kern der Gruppe war anfangs um einige Professionelle erweitert, die aber mit einer Ausnahme bis zur siebten Sitzung ihre Teilnahme einstellten. Der Kern der Gruppe arbeitete kontinuierlich zusammen, wobei die Atmosphäre der Gruppenarbeit immer wieder sehr gut bewertet wurde.

Einen Bruch erlebte die Gruppenarbeit, als der Versuch unternommen wurde, die Diskussionsergebnisse zum Themenbereich der Kooperation in die Alltagswirklichkeit zu übertragen. Hier entstand zwischen einer Teilnehmerin und der Gruppe ein tiefer Konflikt, der anscheinend nur dadurch entschärft wurde, dass die Gruppe das Thema abrupt wechselte. Nach Einschätzung des Moderators war es hier sehr nachteilig, dass sich die Gruppe untereinander schon kannte und eingespielte Beziehungen außerhalb des Qualitätszirkels die Zirkelarbeit beeinflussten. Es war eine hohe Anforderung für ihn, in solchen Situationen Neutralität aufrechtzuerhalten. Die Teilnehmerin konnte weiter in der Gruppe mitarbeiten. Ab der siebten Sitzung konsolidierte sich die zunehmend homogene Gruppe auf dem Niveau von sieben bis acht Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die offenbar gewinnbringend miteinander arbeiteten.

Arbeitsweise

Die beim ersten Treffen gesammelten Themenvorschläge umfassten ein breites Spektrum von „Kooperation“ über „Suchtprävention“, „Soziale Armut“, „Gruppenproblematik“ bis hin zu chronischen Erkrankungen und kulturellen Fragen. Selbstverständlich konnten nicht alle Themen im Rahmen der Projektlaufzeit bearbeitet werden. Zunächst wurde das Thema „Bestandsaufnahme der im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung tätigen Organisationen“ in freier Diskussion auf der Grundlage bestehender Listen aufbereitet. Der Versuch einer Erhebung der im Kreis tätigen Organisationen im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung führte zu der Frage, welche Bereiche eigentlich der Gesundheitsförderung zuzurechnen seien. Man sammelte Kriterien zur Aufnahme in diese Liste. Anschließend wurden Aufgaben zur Erhebung der Situation im Kreis verteilt, sodass bei der nächsten Sitzung die Liste vervollständigt werden konnte.

Das Thema „Kooperation“ wurde im Zirkel zusammen mit eingeladenen Referenten aus der Ärzteschaft diskutiert. Als es um die Reflexion eines Kongressprogramms ging, das sehr unterschiedliche Fachrichtungen in sich vereinigen sollte, wurde die Arbeit kurz von gruppendynamischen Konflikten überlagert. Nach dieser Sitzung fand der Zirkel zu einer stabilen Arbeitsweise: Die Sitzungen wurden in der Regel durch ein Impulsreferat eingeleitet und anschließend in einer Form diskutiert, die auch Elemente der Alltagserfahrung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einfließen ließ. Zur Entlastung des Moderators konnten sich so auch einzelne Teilnehmerinnen und Teilnehmer strukturierend einbringen.

Arbeitsweise am konkreten Beispiel

Auf diese Weise wurden Themen wie „Suchtprävention“, „Essstörungen“ und „Alkohol am Arbeitsplatz“ behandelt. Nachdem zum Themenbereich „Suchtprävention“ in der vorhergehenden Sitzung ein Einstiegsreferat durch den Moderator über unterschiedliche Suchtarten, -mittel und -Präventionsmöglichkeiten erfolgte und eine Teilnehmerin auf die Arbeit ihrer Selbsthilfegruppe und ihre eigene Betroffenheit eingegangen war, referierte in der achten Sitzung eine Teilnehmerin, die sich beruflich mit Ernährungsberatung befasst, zum Thema „Essstörungen“. Sie gab einen ausführlichen Überblick von Anorexia nervosa (Magersucht) über Binge Eating Disorder (Heißhungerattacken) und Bulimie (Ess-Brech-Sucht) und ging auf die Ursachen für Essstörungen ein. Die wesentlichen Ausführungen stellte sie der Gruppe schriftlich zur Verfügung. Zum Thema „Alkohol am Arbeitsplatz“ wurden Hinweise gesammelt und diskutiert, die eine beginnende oder bestehende Abhängigkeit möglicherweise erkennen lassen. Für den Umgang mit Kolleginnen und Kollegen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die alkoholabhängig sind, trug die Gruppe viele Ideen zusammen, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch glaubten umsetzen zu können.

Die Themen wurden in allgemeiner Form aufbereitet, zum Beispiel auf der Grundlage eines Eingangsreferats, eines Lehrvideos oder einer Diplomarbeit. Die Arbeitspraxis fand nur über die Erinnerung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer Eingang in die Diskussionen. Diese Arbeitsweise beinhaltete, dass der Qualitätszirkel sich ausführlich mit den Themen beschäftigte und sich auch die Zeit nahm, ein Thema über mehrere Sitzungen hinweg zu besprechen. Das könnte auch damit zusammengehangen haben, dass die Gruppe davon ausging, den Zirkel über den Projektzeitrahmen hinaus fortzusetzen.

Ergebnisse der Abschlussbefragung

Noch mehr als in anderen Zirkeln tendierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu, Qualitätszirkel als „geeignetes Instrument der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung“ zu bewerten. Ansonsten wichen die Antworten nur in der Hinsicht von denen anderer Zirkel ab, als vom Moderator erwartet wurde, dass er inhaltliche Vorgaben machen sollte.

Stärken

- ▲ Der Qualitätszirkel erfüllt die Merkmale zur Gruppendynamik und zeichnet sich durch eine sehr regelmäßige Gruppenarbeit aus, die fortgesetzt wird.
- Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer arbeiteten kontinuierlich an selbst gesetzten Themen, zu denen sie sich aktiv einbrachten, sodass die Arbeit langfristig sehr wirkungsvoll sein könnte.
- Institutionell (durch das Gesundheitsamt) wurde der Qualitätszirkel gut unterstützt und stieß auf reges Interesse.
- Expertinnen- und Expertenwissen wurde gut aufbereitet und kann durch Teilnehmerinnen und Teilnehmer als potenzielle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren Verbreitung finden.

Schwächen

- ▲ Insbesondere in der Anfangsphase hatte der Zirkel Probleme, zur Arbeitsweise eines Qualitätszirkels zu finden, was mit einem Verharren in der gewohnten Form der Arbeitsgruppe zusammenhängen kann. Auch strukturell wies der Zirkel zunächst Schwächen auf, gewann jedoch an Kontinuität, als einige unverbindlich teilnehmende Professionelle wegfielen und sich der Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorwiegend aus Vertreterinnen und Vertretern von Selbsthilfegruppen und -organisationen zusammensetzte.
- Für den Moderator war es sehr schwer, die geforderte Neutralität („Allparteilichkeit“) aufrechtzuerhalten. Zudem hatte er eine Gruppe in ein neues Arbeitskonzept einzubinden, die mit seiner Moderation einen anderen Arbeitsstil verband. So hatte der Zirkel einen Hang zur Arbeitsweise von angeleiteten Fachkreisen und Selbsthilfegruppen.
- Da nicht mit Dokumentationen der tatsächlichen Arbeitswirklichkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gearbeitet wurde, sondern nur vereinzelt Falldarstellungen aus der Erinnerung vorgetragen und anschließend diskutiert wurden, war auch die Evaluation der Veränderungen der Arbeitswirklichkeit der Fallvorstellenden kaum möglich.

Möglichkeiten der Unterstützung

Eine Falldarstellung hätte das Thema über das Fachwissen der Vortragenden hinaus mit ihrer beruflichen Erfahrungswelt beispielsweise im Umgang mit Suchtkranken oder Kooperation mit Selbsthilfegruppen verknüpfen können. Für die anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer wäre diese andere Form des Einblicks in Beratungs- bzw. Aufklärungsarbeit sicherlich eine Bereicherung. Die Fallvorstellende selbst könnte mit einer Fragestellung das Erfahrungswissen der anderen aktivieren und zu eigener Problembewältigung in ihrem Arbeitsfeld nutzen. Unterstützung durch einen Komoderator bzw. eine Komoderatorin, der bzw. die außerhalb der Zirkelarbeit nicht in einem so engen Arbeitszusammenhang mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern steht und nicht so sehr Gefahr läuft, in eine herkömmliche Gruppenarbeitsform zu verfallen, wäre hier an gebracht. Der Moderator selbst hatte die Idee, in einem anderen Zirkel teilnehmend beobachten zu können, was im Projektrahmen jedoch nicht auf genügend Resonanz stieß.

Fazit

Die anfangs angestrebte Verbesserung der Kooperation von Selbsthilfegruppen und Professionellen ließ sich in diesem Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht ganz verwirklichen. Als die Gruppenstruktur homogener wurde und sich die Themenfindung auf die spezifische Qualitätsförderung der Selbsthilfe und Suchtprävention konzentrierte, eröffnete sich ein Einstieg in den Qualitätskreislauf, der jedoch eine konkretere Dokumentation des Alltagshandelns erforderlich macht. Dass der gewachsene Qualitätszirkel verstetigt werden konnte, ist als außerordentlicher Erfolg zu werten. Unter den Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmern konnten mögliche Multiplikatorinnen und

Multiplikatoren gewonnen werden: Vier Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten sich – der Abschlussbefragung zufolge – die Initiierung eines eigenen Qualitätszirkels vorstellen, zwei von ihnen – eine Sozialpädagogin und der Leiter einer Selbsthilfegruppe – äußerten auch Interesse an einer Ausbildung zum Qualitätszirkelmoderator bzw. zur -moderatorin.

8.2.4 Projektzirkel 3: Schwerbehinderten-Vertrauensleute

Kurzbeschreibung

Dieser institutionsübergreifende Zirkel wurde vom Moderator mit Schwerbehinderten-Vertrauensleuten (SB-VL) initiiert, die er bereits persönlich aus seinem Arbeitszusammenhang in der Berufsbegleitung und aus zahlreichen Fortbildungsveranstaltungen kannte. Betriebsübergreifend fanden sich sieben Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Industrieunternehmen, Stadtverwaltung, Stadtwerken und Landessportbund in seiner Einrichtung zusammen, um in einen Erfahrungsaustausch über ihre Tätigkeit als Schwerbehinderten-Vertrauensleute zu treten. Dabei ging es sowohl um Fragen der Kooperation als auch der Abgrenzung, um aktuelle rechtliche Entwicklungen und deren Bedeutung für die eigene Tätigkeit, aber auch um persönliche Problemlagen. Wichtige Themen waren Hierarchien und die eigene Berufsrolle im Unternehmen. In einem solidarisches Gruppenklima konnten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer psychosoziale Entlastung verschaffen und sich über für sie relevante gesetzliche Neuerungen auf dem Laufenden halten. Da der Qualitätszirkel Bestandteil des Bildungsprogramms der Hauptfürsorgestelle war, konnten alle in ihrer Arbeitszeit am Qualitätszirkel teilnehmen, drei Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden dafür voll freigestellt. Auch der Moderator führte den Zirkel während seiner Arbeitszeit durch. Seine als gemeinnütziger Verein anerkannte Einrichtung stellte Räume und Bewirtung.

Die Gruppe traf sich erstmals im August 2000 und führte bis April 2001 sechs Treffen durch, die auf den letzten Dienstag im Monat von 13 bis 16 Uhr festgelegt wurden. Nach der sechsten Sitzung ließ man einen Termin ausfallen. Als beim siebten Treffen kaum noch Teilnehmerinnen und Teilnehmer erschienen, fand der Zirkel ein abruptes Ende. Teilnehmende und Moderator behielten sich jedoch die Möglichkeit offen, bei Bedarf nach einer Sommerpause wieder zusammenzukommen, um dann intensiver belastende Fälle und Situationen in Form von kollegialer Supervision zu bearbeiten.

Ausgangssituation

Da der Moderator alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer persönlich ansprechen konnte, gestaltete sich die Gewinnung der Teilnehmenden relativ einfach. Nicht zuletzt als Legitimationsnachweis für die Arbeitgeber der SB-VL entwarf er eine Kurzbeschreibung seines Vorhabens, das auf den Bedarf dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einging.

Da er um die Belastungen ihrer Arbeit wusste, war er sich jedoch zunächst nicht sicher, ob er die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für eine kontinuierliche, strukturierte Teilnahme gewinnen könnte (Eingangsbefragung Moderator).

Ergebnisse der Eingangsbefragung

Im Gegensatz zu den Erwartungen des Moderators spielte für diese Teilnehmerinnen und Teilnehmer der „Zeitaufwand“ eine geringe Rolle. Auch hinsichtlich eines möglichen „Mehraufwands durch Dokumentation“ sind hier die Befürchtungen schwächer ausgeprägt als in anderen Zirkeln. Auch erwarten sie weniger vom Moderator, dass er Meinungsunterschiede aufzeigen bzw. verdeutlichen sollte.

Zusammensetzung der Gruppe

Gemeinsam war allen acht Teilnehmerinnen und Teilnehmern, dass sie als Schwerbehinderten-Vertrauensleute oder deren Vertreterinnen bzw. Vertreter in einem Unternehmen tätig waren. Ansonsten unterschieden sie sich in ihrer Profession, Institution und dortigen Position. Je nach Betriebsgröße unterschied sich der Anteil der Arbeit als SB-VL an der täglichen Arbeitszeit.

Zwei Teilnehmer übten diese Tätigkeit nur als Stellvertreter aus und hatten noch wenig Erfahrung damit. Ein Großteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer war – wie der Moderator – zwischen 45 und 55 Jahre alt, also im Vergleich zu allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Modellzirkel durchschnittlich älter. Der Männeranteil der Gruppe war sehr hoch (sechs Männer gegenüber zwei Frauen). Bis zur sechsten Sitzung waren von insgesamt acht Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchschnittlich sechs anwesend. Danach wurde ein Termin fallen gelassen. Nachdem zum siebten Treffen (mit eingeladenem Referenten von der Hauptfürsorgestelle zum Thema „Kündigungsschutz und Kooperation mit SB-VL“) nur noch zwei Teilnehmer kamen, setzte der Zirkel seine Arbeit nicht mehr fort.

Gruppendynamik

Moderator und Gruppe pflegten einen ausgesprochen freundlichen, solidarischen Umgang miteinander (vgl. KB, Stand der Qualitätszirkelarbeit 3). Der Moderator freute sich über diese Runde, zumal diese Gruppenzusammensetzung ein lang gehegter Wunsch von ihm war (Stand der Qualitätszirkelarbeit 3). Auch in der Abschlussbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde die „vertrauensvolle Atmosphäre“ hervorgehoben. Der Moderator achtete sehr darauf, alle Teilnehmenden gleichermaßen einzubeziehen und gleichzeitig zu schonen, beispielsweise vor zusätzlichem Dokumentationsaufwand und möglicherweise damit einhergehenden Verunsicherungen, da durch schriftliche Äußerungen Bildungsunterschiede zu Tage treten könnten (Moderator BS 6).

Arbeitsweise

Beim ersten Treffen erstellte die Gruppe eine Themensammlung, die hier nach Häufigkeit der Nennungen wiedergegeben wird:

- Kooperation mit Vorgesetzten,
- Abgrenzung, Verhinderung von Missbrauch („vor einen Karren gespannt werden, der einem nicht passt“),
- mit Belastungen umgehen lernen,
- Organisation der täglichen Arbeit,
- Verantwortung bei Ratsuchenden lassen,
- Umgang mit dem Mittel der Integrationsvereinbarung.

Als in der mittleren Zirkelphase auch aus aktuellem Anlass Gesetzestexte und Sachinformationen viel Raum eingenommen hatten, versuchte der Moderator bei der Themenwahl gegenzusteuern. Er wies darauf hin, dass bei Fortsetzung des bisherigen Vorgehens Möglichkeiten brachlägen, die nur in diesem Zirkel umgesetzt werden könnten, womit er Themen meinte, die den Zusammenhang zwischen der Tätigkeit und den Personen betreffen. Vor diesem Hintergrund wurde das Thema „Last und Lust als Schwerbehinderten-Vertrauensmann/-frau“ gewählt. In der folgenden Sitzung ging der Moderator mit dieser Fragestellung auf jeden Teilnehmer bzw. jede Teilnehmerin ein. Auch zum Thema „Kooperation mit Vorgesetzten und Personalleitung“ sollte jeder Teilnehmer bzw. jede Teilnehmerin einen Fall gelungener und misslungener Kooperation vorstellen.

Arbeitsweise am konkreten Beispiel

In der vierten Sitzung, in der es um die Bedeutung von Neuerungen im SB-Gesetz für die betriebliche Praxis gehen sollte, wurde spontan dem Problemdruck einer Teilnehmerin Vorrang gegeben. Da ihrem Betrieb eventuell ein Verkauf bevorstand, herrschte dort große Unsicherheit. Die damit einhergehende Belastung des Betriebsklimas, insbesondere des Umgangs mit Schwerbehinderten, aber auch ihre persönliche berufliche Zukunft bereiteten der Teilnehmerin Sorgen. Nachdem sie im Zirkel ihre Situation geschildert hatte, schlug der Moderator eine kurze Runde vor, in welcher jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer die aktuelle betriebliche Situation und Befindlichkeit mitteilen konnte. Dieses Blitzlicht zu Beginn wurde als sehr angenehm empfunden und man vereinbarte, auf diese Weise jede Sitzung zu beginnen (Protokoll 4). Darüber hinaus hatte jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer in den folgenden Sitzungen in einer Art Rundlauf Gelegenheit, die eigene Sicht des jeweiligen Themas zu schildern, beispielsweise zur Abgrenzung gegenüber nicht zu vertretenden Anliegen von Ratsuchenden. Die Inhalte der Sitzungen wurden flexibel den jeweiligen Bedürfnissen der Teilnehmenden angepasst. Dennoch wurde nach einigen Treffen die anfängliche Themensammlung aufgegriffen, sodass am Ende beinahe alle Themen angeschnitten worden waren.

Ergebnisse der Abschlussbefragung

In der Abschlussbefragung gaben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, dass sie die Beratungsqualität für die Klientinnen und Klienten verbessern konnten. Auffällig positiv wird nun die Aussage „Die Vorteile der Qualitätssicherung überwiegen die Nachteile“ bewertet. Die hohe Zufriedenheit mit der Gruppenatmosphäre wird in der Abschlussbefragung erneut zum Ausdruck gebracht.

Stärken

- ▲ Die besondere Stärke lag in der Erfüllung der Gruppendynamischen Merkmale eines Qualitätszirkels.
- Selbst gesetzte Themen wurden in vertrauensvoller Gruppenatmosphäre bearbeitet. Die vertrauensvolle und hilfsbereite Gruppenatmosphäre bot gute Voraussetzungen zur konkreten Fallarbeit, um über die entlastende Funktion der Fallvorstellung hinaus lösungsorientiert vorzugehen und Umsetzungen längerfristig von der Gruppe begleiten zu lassen.
- Die Probleme der Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren ähnlich gelagert, sie erfuhren gegenseitige Entlastung und Anregung.⁴⁶
- Institutionelle Unterstützung war in mehrfacher Hinsicht gegeben.

Schwächen

- ▲ Schwächen lagen in den Strukturmerkmalen hinsichtlich der Kontinuität der Treffen und in der zirkelspezifischen Arbeitsweise, der fehlenden Gegenüberstellung von Idealität und Realität des eigenen Handelns, wobei insbesondere die kritische Reflexion des Alltagshandelns kaum erprobt wurde.
- Die Gruppe hat die Arbeitsweise von Qualitätszirkeln nicht vollständig erfahren. Die anfangs vom Moderator gehegten Befürchtungen, dass die Gruppe die ungewohnte Arbeit im Qualitätszirkel nicht akzeptieren könne, hemmten anscheinend eine konsequente Erprobung.
- Möglicherweise wirkte sich auch ein latenter Rollenkonflikt des Moderators hemmend aus: In der Moderatorenrolle des Qualitätszirkels sollte er die Gruppe anleiten, individuelle Fälle aufzubereiten und zu bearbeiten, in seiner beruflichen Tätigkeit des Moderators gehört gerade die individuelle Beratung und die Moderation ähnlicher Konfliktlagen zu seinen Aufgaben. Erschwerend kam hinzu, dass der Moderator in seinem beruflichen Alltag mit lösungsorientierten Beratungskonzepten arbeitet, während im Qualitätszirkel die Dokumentation und Analyse der Ist-Situation zentrale Bedeutung hat.
- Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer beklagten mehrfach mangelnde Einflussmöglichkeiten in ihrer betrieblichen Praxis, sodass sie keine Umsetzungsmöglichkeiten des erfahrenen Wissens beispielsweise über Integrationsvereinbarungen sahen, die sich auf Neueinstellungen bezogen, wo es doch in ihrer alltäglichen Praxis nur um Freistellungen oder Entlassungen ging.

⁴⁶ So äußert sich ein Teilnehmer in der Abschlussbefragung: „Vor allem durch den sehr konstruktiven Austausch und die gute Gruppenatmosphäre wurden vielfältige Themenbereiche angesprochen und diskutiert, sodass man einige Anregungen für die eigene Arbeit erhalten hat. Man konnte auch Probleme ansprechen und hat einige gute Lösungsansätze durch die teilweise sehr erfahrenen Gruppenmitglieder bekommen.“

Fazit

In der Zirkelarbeit wurde persönlicher Befindlichkeit einerseits und rechtlichen Sachinformationen andererseits viel Raum gegeben. Wie der Moderator im vierten Protokoll selbst bemerkt, lagen so die Möglichkeiten brach, an der persönlichen Alltagspraxis orientierte Themen zu besprechen. Seine fürsorgliche und egalitäre Herangehensweise, in jeder Sitzung jede Teilnehmerin bzw. jeden Teilnehmer möglichst gleichermaßen zu Wort kommen zu lassen, hemmte eher die intensive Bearbeitung individueller Fälle in der Gruppe. Demnach kann sich nicht nur das Festhalten an gewohnten Formen der Gruppenarbeit, sondern auch der Moderation hemmend auf die Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts auswirken. Es wurde deutlich, wie zentral eine aktive Hinführung zur Fallarbeit (nicht nur zu Fallbeispielen) durch die Moderation ist. Zudem kann vor dem Hintergrund der Expertenschaft jede einzelne Teilnehmerin und jedes einzelnen Teilnehmers durchaus vorab verbindlich gemacht werden, dass jede Frau bzw. jeder Mann im Verlauf der Zirkelarbeit eine Falldarstellung vorbereitet (ungeachtet der Fähigkeit, sich schriftlich repräsentativ auszudrücken).

Offensichtlich reichte die gut funktionierende Gruppendynamik nicht aus, um die Kontinuität der Treffen zu sichern. Als die gemeinsame Themenfestlegung – als Einstieg in den Qualitätskreislauf – nicht mehr vollzogen wurde, kam die Zirkelarbeit zum Erliegen. Zwei Teilnehmer konnten sich die eigenständige Initiierung eines Qualitätszirkels zwar vorstellen, nicht jedoch in der Rolle des Moderators. Insofern konnten in diesem Qualitätszirkel nur begrenzt potenzielle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gewonnen werden.

8.2.5 Projektzirkel 4: Zusammenarbeit in einem Großunternehmen im Falle von psychischen Krisen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Kurzbeschreibung

Anliegen dieses in einem industriellen Großbetrieb angesiedelten interdisziplinären Qualitätszirkels war die Suche nach guten Wegen des Umgangs mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Betriebes, die sich offensichtlich in einer Krisensituation befinden, ohne dies wahrhaben und ändern zu wollen. Um hier Abhilfe zu schaffen, sollten die jeweils angemessenen Vorgehensweisen zwischen den unterschiedlichen Stellen im Betrieb abgestimmt werden. Ziel war, die innerbetriebliche Kooperation in „verwickelten“ Situationen zu verbessern, um Reibungsverluste zwischen den unterschiedlichen Funktionseinheiten zu vermeiden und nach Vorgehensweisen zu suchen, die die Interessen der Betroffenen, der Kolleginnen und Kollegen, der Vorgesetzten sowie des Unternehmens möglichst gut in Einklang bringen. Letztlich sollte durch ein funktionierendes Netzwerk die Handlungssicherheit der Beteiligten verstärkt werden.

8

Vertreterinnen und Vertreter der folgenden zuständigen Stellen kamen im Zirkel zusammen, um ein solches Netzwerk zu installieren: Personalabteilung, Betriebsärztlicher Dienst, Betriebsräte, Schwerbehindertenvertretung, Werkssicherheit und Berufsbildung/Führungstraining. Die Teilnehmerin aus der Abteilung Berufsbildung/Führungstraining hatte den notwendigen organisatorischen Zugang und war an der Durchführung der Sitzungen wesentlich beteiligt, sodass sie vom Moderator als Komoderatorin bezeichnet wird. Der Moderator selbst ist als Mitarbeiter einer berufsbegleitenden Einrichtung und freiberuflich als Systemischer Berater tätig. Er hat parallel zu diesem Zirkel auch den zuvor beschriebenen Zirkel für Schwerbehinderten-Vertrauensleute initiiert. Die insgesamt 13 Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden vom Betrieb freigestellt, der auch Raum und Getränke für die zweistündigen Sitzungen zur Verfügung stellte.

Dieser Zirkel traf sich montags von 13 bis 15 Uhr, erstmals im September 2000. Zunächst versammelte man sich alle vier Wochen, dann ab dem vierten Treffen alle acht Wochen bis zum sechsten und letzten Treffen im Mai 2001. Ein weiteres Treffen als Nachbetrachtung wurde für November 2001 geplant, aber bis auf weiteres verschoben, da kein aktueller Bedarf gesehen wurde.

Ausgangssituation

Durch seine berufliche Tätigkeit im Integrationsfachdienst bzw. in der Berufsbegleitung hatte der Moderator bereits mehrere Seminare mit Vertreterinnen und Vertretern des Betriebes durchgeführt, die dem Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer seines Zirkels entsprachen und bereits der Frage nachgegangen waren, wie die unterschiedlichen Sichtweisen der Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen betrieblichen Funktionsstellen zu förderlichen Umgangsweisen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die in psychische Schwierigkeiten geraten waren, zusammengeführt werden könnten. Er hatte also gute Vorkenntnisse. Zudem hatte die Mitarbeiterin aus dem Bereich Berufsbildung/Führungstraining bereits die Ergebnisse der bisherigen Seminare in einem Entwurf für ein Netzwerkkonzept zusammengefasst. Sie war gleichermaßen im Bereich der betrieblichen Interessenvertretung wie in dem des Personaldienstes anerkannt, übernahm die Ansprache der Vertreterinnen und Vertreter der unterschiedlichen Abteilungen des Unternehmens und sorgte für „grünes Licht“ bei den zuständigen Leitungen für das Vorhaben des externen Moderators. Das Unternehmen unterstützte die Einführung eines Qualitätszirkels als Möglichkeit, die geplante Vernetzung zu installieren und mit konkreten Inhalten zu füllen. So wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Zirkel freigestellt. Für die Sitzungen standen ein Raum der Personalabteilung und Getränke zur Verfügung.

Ergebnisse der Eingangsbefragung

Die Erwartungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hinsichtlich des emotionalen Rückhalts durch die Zirkelarbeit waren hier besonders hoch. Auch erhoffte man, eine „größere Bewusstheit der eigenen Grenzen“ zu erlangen. „Neugier“ und „berufspolitische Überlegungen“ waren eher von geringer Bedeutung. Hingegen wurde „kollegialer

Supervision“ ein hoher Stellenwert beigemessen, was den bisherigen Arbeitszusammenhängen mit dem Moderator entsprach.

Dieser Zirkel formulierte weniger als andere die Erwartung an den Moderator, dass er sich um den technischen Rahmen zu kümmern habe. „Verunsicherung“ wurde hier kaum als Befürchtung geäußert, auch ein möglicher Mehraufwand durch Dokumentation wurde tendenziell seltener als in anderen Zirkeln genannt.

Zusammensetzung der Gruppe

Der Zirkel setzte sich aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterschiedlicher hierarchischer Stellungen und Abteilungen zusammen. So nahmen u. a. Zuständige der Personaldienste, des Betriebsärztlichen Dienstes, der Schwerbehindertenvertretung, des Betriebsrates sowie der Personalentwicklung teil. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer betrachteten sich nicht zwingend als persönliche Mitglieder der Zirkel, sondern repräsentierten Abteilungen im Betrieb, sodass die Zusammensetzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer fluktuieren konnte, auch wenn die Zahl der Teilnehmenden pro Sitzung mit sieben bis neun Teilnehmern bzw. Teilnehmerinnen relativ konstant blieb.

Der Anteil der Männer war hier außerordentlich hoch (zirka zwei Drittel). Die Altersstruktur entsprach eher dem Gesamtdurchschnitt: Die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer war zwischen 45 und 55 Jahre alt (Eingangsbefragung), so auch der Moderator.

Gruppendynamik

Die Gruppendynamik in diesem Qualitätszirkel wurde in hohem Maße von der Struktur der Teilnehmerinnen und Teilnehmer geprägt. Strukturell bedingt verband die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den unterschiedlichen Positionen nicht nur eine gemeinsame Geschichte der Zusammenarbeit, sondern auch der Konfliktaustragung. Die Zusammenkunft in einem solchen Zirkel stellte anscheinend bereits einen Erfolg dar (Hinweise dazu KB Teilnehmerinnen und Teilnehmer 1). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bewerteten den Aspekt der Atmosphäre bei jeder Sitzung vergleichsweise am besten, auch wenn sich nach Einschätzung des Moderators gerade in den anfänglichen Sitzungen bestehende Konflikte im Zirkel niederschlugen (Protokoll 1). Beim vierten Treffen stellte er dann fest, dass sich das Klima deutlich verbessert habe (Protokoll 4). Dennoch bestanden auch nach der fünften Sitzung strukturell bedingte Spannungen, „mit denen nicht kollegial umgegangen wurde“, fort (Stand der Qualitätszirkelarbeit 5).

Auch wenn sich die Initiierung des Zirkels durch die aktive Schlüsselperson unproblematisch gestaltete und der Moderator über gute Vorkenntnisse verfügte, deutete er mehrmals an, dass die Diskussionen in der Gruppe schwierig verliefen („Wer zu Wort kommen will, muss sich schon anstrengen“, Stand der Qualitätszirkelarbeit 3). „Die Beteiligten repräsentieren Stellen im Betrieb, die eine Vergangenheit miteinander haben, die ich nicht kenne. Gelegentlich hatte ich den Eindruck, dass dies in die aktuelle Diskussion

einbrach und das Klima verschärfte.“ (Protokoll 1) Aufgrund der Übermacht der strukturellen Gegebenheiten hatte der Moderator keine exponierte Stellung in dieser Runde. Auch auf den weiteren Verlauf des Zirkels konnte er kaum Einfluss nehmen bzw. das hinsichtlich des Projektrahmens vorzeitige Beenden des Zirkels nicht verhindern. Zudem geriet er in einen Rollenkonflikt, da er sich als Experte zu Stellungnahmen aufgefordert sah, als Moderator aber Zurückhaltung übte (Stand der Qualitätszirkelarbeit 3).

Arbeitsweise am konkreten Beispiel

Die Arbeit dieses Zirkels war stark auf die Entwicklung eines betrieblichen Netzwerkes zum Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich in einer psychischen Krise befinden, ausgerichtet. Zu Beginn der Treffen wurden der aktuelle Stand und die laufenden Bemühungen, den Netzwerkgedanken zu institutionalisieren, angesprochen. So wurde über Reaktionen auf das Netzwerkvorhaben in den unterschiedlichen Abteilungen berichtet, eine Informationsveranstaltung für den gesamten Betriebsrat durchgeführt und die Belegschaft durch einen Artikel in der Werkszeitung informiert. Man tauschte sich über Reaktionen der unterschiedlichen Abteilungen aus.

Ab dem zweiten Treffen machte sich der Zirkel kontinuierlich die Besprechung von Fällen zunutze, um exemplarisch die Arbeit eines Netzwerkes zu erproben. Sehr bald wurde deutlich, dass ein gut funktionierendes Netzwerk die Zusammenarbeit in den jeweiligen Zusammenhängen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer voraussetzt. So zum Beispiel müssen die Betriebsräte im Zirkel bei konkreten Problemfällen guten Kontakt mit dem für den jeweiligen Bereich zuständigen Betriebsrat haben und ihre Handlungsweisen aufeinander abstimmen können. Auf jedem Zirkeltreffen trugen nun unterschiedliche Teilnehmerinnen und Teilnehmer kurz Fälle vor, woraufhin die Gruppe gemeinsam mögliche Handlungsalternativen für das Unternehmen erarbeitete. So stellte sich beispielsweise auf der vierten Sitzung heraus, dass der in der Sitzung zuvor geschilderte Fall sich inzwischen dahingehend fortentwickelt hatte, dass der betreffende Mitarbeiter in ein weniger belastendes Arbeitsfeld versetzt wurde.

Grundsätzlich ging es bei den Fallvorstellungen primär um Versäumnisse und Möglichkeiten der Zusammenarbeit und nicht darum, den eigenen Arbeitsalltag zu dokumentieren und zu verändern. Die Absprachen über die weitere Vorgehensweise im Netzwerk gestalteten sich offenbar immer einvernehmlicher, sodass mit dessen erfolgreicher Institutionalisierung auch die Aufgabe des Qualitätszirkels als erfüllt betrachtet wurde. Die Falldiskussionen dienten allerdings sowohl dem Zweck, konkrete Problemlagen lösungsorientiert zu besprechen als auch Schlüsse auf die Entwicklung des Netzwerks zu ziehen. Durch die Wiedervorstellung diskutierter Fälle wurde ansatzweise sogar eine Evaluation der verabredeten Maßnahmen ermöglicht. So gesehen wurde nicht der individuelle Umgang mit dem betreffenden Mitarbeiter bzw. der betreffenden Mitarbeiterin, sondern die Zusammenarbeit der unterschiedlichen betrieblichen Stellen bei der Fallvorstellung betrachtet.

Da das Netzwerk seine Arbeit nicht in der Form eines Qualitätszirkels fortsetzte, ist es eher unwahrscheinlich, dass unter den Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmern potenzielle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für das Qualitätszirkelkonzept gewonnen werden konnten. Systematische Aussagen sind darüber leider nicht möglich, weil es in diesem Zirkel zu keiner Abschlussbefragung mehr kam.

Stärken

- ▲ Die Stärken lagen in der Erfüllung der Strukturmerkmale. Der Zirkel traf sich relativ kontinuierlich mit einem – bezogen auf die vertretenen Institutionen – festen Stamm von Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Regelmäßig war auch die Fallarbeit.
- Wie es sich für interdisziplinäre Zirkel anbietet, wurde die Zusammenarbeit als Fall betrachtet. Aus den Fallbesprechungen konnten Rückschlüsse für weiteres systematisches Vorgehen gezogen werden. Die konkreten Fallbeispiele wurden über einen längeren Zeitraum hinweg verfolgt.
- Das Vorgehen war zielorientiert und offenbar effektiv.
- Obwohl betriebliche Hierarchien in hohem Maße in die Gruppenarbeit hineinwirkten, gelang es anscheinend phasenweise, eine Gruppenatmosphäre herzustellen, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer besonders positiv einschätzten.

Schwächen

- ▲ Die Sicherstellung der gruppendynamischen Grundlagen war nicht immer einfach.
- Die Basis für intensive Gruppenarbeit war aufgrund mangelnder Verbindlichkeit der Teilnahme (die Teilnehmerinnen und Teilnehmer traten als Vertreterinnen und Vertreter ihres Bereichs auf, sodass sie sich mitunter abwechselten) und strukturell bedingter Spannungen nur schwach.
- Sachliche und organisatorische Fragen standen oftmals im Vordergrund.
- Die enge Zielvorgabe führte zu baldiger Auflösung der Zirkelgruppe. Dass der vereinbarte Rückblick auf die Zirkelarbeit verschoben wurde, entspricht kurzfristigem Effektivitätsdenken.

Fazit

Hier liegt ein guter Ansatz der Konzeptumsetzung für einen Zirkel mit interdisziplinärer Besetzung vor, der hätte weitergeführt werden können. Das Ziel des Zirkels bestand jedoch weniger darin, die Arbeitswirklichkeit bezüglich des gesundheitsförderlichen Handelns zu dokumentieren und zu verbessern, als darin, im Rahmen eines Auftrags strukturverändernd zu wirken. So waren – wie in einem betrieblichen Qualitätszirkel – Dauer und Thema des Zirkels sehr begrenzt. Sobald das Ziel eines funktionierenden Netzwerks erreicht zu sein schien, wurde die Zirkelarbeit eingestellt. Die Nähe dieses Zirkels zur Arbeitsweise der betrieblichen Qualitätszirkel oder auch klinischer Fallkonferenzen führte somit zu einer vorzeitigen Beendigung der Zirkelarbeit.

Um den Qualitätszirkel nicht nur als Schlüsselintervention für ein betriebliches Netzwerk, sondern als Qualitätssicherungsinstrument zu nutzen, müsste der Fortbestand des

Zirkels als dauerhafte Reflexions- und Optimierungsmöglichkeit sichergestellt werden. So könnte der Qualitätszirkel über die Ebene der Fallarbeit hinaus in einen Qualitätskreislauf eintreten, zu dem auch die Evaluationsphase gehört.

8.2.6 Projektzirkel 5: Qualitätszirkel zur Verbesserung der Versorgung von alten Menschen im Seniorenheim

Kurzbeschreibung

Dieser interne, standortübergreifende Qualitätszirkel wurde von der Moderatorin in einem Cateringunternehmen gegründet, in dem sie als Diätassistentin die Abteilung „Ernährung und Diätetik“ leitete. Das Unternehmen betrieb in einigen Krankenhäusern und Seniorenheimen im ganzen Bundesgebiet die Küchen und trug somit für die Ernährung der Bewohnerinnen und Bewohner Verantwortung. Aus diesem Grund war das Unternehmen auch an der Qualitätssicherung ihrer Dienstleistungen interessiert, was sich in der Erstellung von bedarfsorientierten Ernährungskonzepten niederschlug. Qualitätssicherung gehörte zum Aufgabenbereich der jungen Moderatorin. Sie initiierte einen überregionalen Qualitätszirkel mit Leiterinnen und Leitern von Küchen verschiedener Seniorenheime, die ebenfalls dem Unternehmen angehörten. An den Treffen nahm außerdem eine weitere Mitarbeiterin der Unternehmenszentrale teil.

Die Teilnehmer trafen sich nach Abstimmung im Zeitraum von Juni 2000 bis Februar 2001 in etwa achtwöchigen Abständen zu zirka vierstündigen Sitzungen, um konkrete Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung der Seniorinnen und Senioren zu erarbeiten und dabei Austausch und Unterstützung in der Gruppe zu erfahren. Durch die lösungsorientierte Diskussion konkreter Fälle wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zudem für Kooperationsmöglichkeiten mit dem Pflegebereich sensibilisiert, mit dem es Überschneidungen bei der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner gab. Die Treffen fanden überregional in unterschiedlichen Seniorenheimen statt, sodass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Einblick in die Arbeitsbereiche anderer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bekamen. Das Unternehmen unterstützte die Initiative der Moderatorin, indem es die Küchenleitungen für die Dauer der Teilnahme freistellte und auch alle Reisekosten übernahm. Sie selbst konnte die Projektteilnahme, die Organisation und die Moderation des Qualitätszirkels im Rahmen ihrer Tätigkeit ausüben.

Die großen Entfernungen zu den Treffpunkten sowie eine Vermischung mit anderen Veranstaltungformen des Unternehmens erwiesen sich als zunehmend schwierig, sodass der Zirkel in dieser Form mit der fünften Sitzung ein Ende fand. Daher strebte die Moderatorin künftig eher die Etablierung regionaler interprofessioneller Qualitätszirkel mit Küchenleitungen und Pflegepersonal aus Seniorenheimen an.

Ausgangssituation

Der Qualitätszirkel begann mit fünf Teilnehmerinnen und Teilnehmern unter recht günstigen Startbedingungen: Das Unternehmen unterstützte Moderatorin und Zirkel, die Teilnehmenden verfügten bereits über Erfahrungen in der Gruppenarbeit (Stand der Qualitätszirkelarbeit 1) und waren an neuen Kooperationsformen interessiert. Sie nahmen freiwillig am Zirkel teil und wurden für die Teilnahme freigestellt. Das erste Treffen fand im Anschluss an eine Fortbildungsveranstaltung der Firma statt, sodass kein zusätzlicher Aufwand für das überregionale Treffen entstand. Für die Arbeit des Qualitätszirkels war dies offenbar nicht so günstig (Protokoll 1), da nun weniger Zeit zur Verfügung stand und es möglicherweise schwerer fiel, sich nach einer Fortbildung noch auf ein neues Konzept einzulassen. So konnte die Themensammlung nicht beendet werden. Allerdings nahm man sich gleich zwei konkrete Themen für die folgende Sitzung vor, die anhand mündlicher Fallvorstellungen besprochen werden sollten. Man vereinbarte angesichts der langen Anfahrtswege der Teilnehmerinnen und Teilnehmer vierstündige Treffen, also „Doppelsitzungen“.

Ergebnisse der Eingangsbefragung

Die von der Moderatorin formulierten Interessen deckten sich weitgehend mit denen des Modellprojekts. So interessierte sie „die Verbindung von Qualitätssicherung und Gesundheitsförderung“ in der Entwicklung eines übertragbaren Konzepts unter fachkundiger Unterstützung der Universität und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Eingangsbefragung Moderatorin). Ihre Befürchtungen entsprachen einem offenkundigen Strukturmerkmal ihres Qualitätszirkels: So sah sie die regelmäßige Teilnahme gefährdet, da die Teilnehmenden lange Anfahrtswege von bis zu sechs Stunden in Kauf zu nehmen hatten. Die Teilnehmenden äußerten keine auffälligen Befürchtungen oder Erwartungen. Hervorzuheben ist allenfalls, dass der wirtschaftlichen Bedeutung als Kriterium für die Themenwahl ein höherer Stellenwert als bei anderen Zirkeln beigemessen wurde. Von der Moderatorin wurden weniger inhaltliche Vorgaben erwartet. Hingegen fand die Äußerung, dass sich ein Moderator bzw. eine Moderatorin um den technischen Rahmen kümmern sollte, tendenziell mehr Zustimmung als in anderen Zirkeln.

Zusammensetzung der Gruppe

Da fast alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einer der Cateringküchen tätig waren, wirkte diese Gruppe vergleichsweise homogen. Dem leichten Überhang der 45- bis 55-jährigen Küchenleitungen standen die unter 35-jährigen Unternehmensmitarbeiterinnen gegenüber. Die Moderatorin war zum Zeitpunkt der Zirkelinitiierung 31 Jahre alt. Obwohl die Moderatorin von insgesamt neun Teilnehmerinnen und Teilnehmern ausging, beschränkte sich die Zahl der Teilnehmenden bis zum vierten Treffen relativ konstant auf fünf bis sechs. Zum vierten Treffen waren jedoch zusätzlich neun Gäste anwesend. Sowohl Moderatorin als auch die Teilnehmenden sprachen mehrfach den Wunsch nach weiteren Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus (KB Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Moderation 2.) Das fünfte und letzte Treffen wurde nur noch von zwei Teilnehmern und drei Gästen besucht.

Gruppendynamik

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten bereits Erfahrungen in der Gruppenarbeit und fanden sich schnell zu einer arbeitsfähigen Gruppe mit kollegialem Umgang zusammen. Bis zur dritten Sitzung schätzten Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Moderatorin die Atmosphäre sehr gut ein (KB Tn und Moderatorin 1–3), auch wenn die Moderatorin nach der zweiten Sitzung feststellte, dass sie sich etwas zurückhalten musste, um die Teilnehmenden zu aktivieren (Stand der Qualitätszirkelarbeit 2). Zum vierten Treffen wurden die Einschätzungen der Moderatorin etwas schlechter. Dieses Treffen war von neun Gästen und fünf Teilnehmenden des Qualitätszirkels besucht worden. Es wurde zwar nach Einschätzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und der Moderatorin (KB 4) gute inhaltliche Arbeit geleistet, aber die Arbeit der Gruppe gestaltete sich nicht mehr nach Qualitätszirkelprinzipien (Protokoll 4).

Die Moderatorin informierte nun wieder in exponierter Position vorwiegend über ein Ernährungskonzept, das in dem Haus des Teilnehmers geplant war, der in diesem Fall Gastgeber war. Dieser Ablauf war von der Moderatorin nicht geplant und stellte einen massiven Bruch in der Arbeitskontinuität des Qualitätszirkels dar. Zum letzten Treffen kamen nur noch zwei Teilnehmer und drei Gäste, sodass die Moderatorin sehr unzufrieden war und von einer Kontinuität der Gruppe nicht mehr gesprochen werden konnte (Protokoll 5). Dies ist umso erstaunlicher, als sich die Gruppe erstmalig für den Abend vor der Sitzung zu einem gemeinsamen Abendessen verabredet hatte (Protokoll 4). Die mangelnde Verbindlichkeit kam hier in der Abwesenheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum Ausdruck und hatte das Ende des Qualitätszirkels zur Folge.

Arbeitsweise

In den ersten beiden Sitzungen wurde ein Themenkatalog mit den Schwerpunkten „Schnittstellen zwischen der Küche und dem Pflegebereich“ und „Einarbeiten neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ erarbeitet. Schon zur zweiten Sitzung war eine mündliche Fallvorstellung geplant, die auch durchgeführt wurde. In der Gruppe wurden Verbesserungsmöglichkeiten diskutiert, die auch in der Praxis erprobt wurden. Die Erfahrungen mit Veränderungen in der Arbeitspraxis wurden von den Fallvorstellenden noch in weitere Sitzungen eingebracht.

Arbeitsweise am konkreten Beispiel

In der viereinhalbstündigen zweiten Sitzung wurden drei mit der Schnittstellenproblematik zwischen Küchen- und Pflegebereich zusammenhängende Fälle diskutiert, die alle in der folgenden Sitzung wieder aufgegriffen wurden:

- a) „*Altersstarrsinn*“: Eine Seniorin beschwert sich immer wieder über das Essensangebot im Seniorenheim und „verbreitet schlechte Stimmung gegen die Küche“ (Protokoll 2). Nach Rückfragen beim Pflegepersonal ergab sich, dass diese Frau auch mit dessen Arbeit nie zufrieden war. Der Fallvorstellende fragte sich nun, wie er sich in seiner Rolle als „Dienstleister“ verhalten solle, um „diese Frau für sich zu gewinnen, damit sie selbst und auch die Mitarbeiter zufriedener sind“ (Protokoll 2). Die Gruppe

überlegte, ob dieser Frau mehr Aufmerksamkeit (für ihren persönlichen Hintergrund) und Verantwortung (zum Beispiel im Heimrat) zukommen könne. In der folgenden Sitzung berichtete der Fallvorsteller, dass er mehr Zeit mit dieser Seniorin verbracht und dabei erfahren habe, dass ihr eine beängstigende Operation bevorstand. Zudem habe er sie regelmäßig nach ihrer Zufriedenheit befragt. Seitdem habe sich ihr Verhalten normalisiert.

- b) *„Flüssigkeitszufuhr bei den Bewohnern prüfen“*: Eine andere Teilnehmerin berichtete davon, dass bei einer im Seniorenheim verstorbenen Seniorin Flüssigkeitsmangel festgestellt wurde. Diese hatte im Speisesaal gegessen, wo Getränke ausgeschenkt wurden, aber nicht überprüft wurde, wie viel die Bewohnerinnen und Bewohner trinken. Nun ergaben sich Fragen nach der Vorgehensweise in den anderen Häusern, nach Verantwortlichkeiten und der Rolle von Pflegefachkräften. Die Vorstellende nahm sich vor, ein Dokumentationsmuster zur Überprüfung der Flüssigkeitszufuhr zu entwerfen und zu erproben. Zur folgenden Sitzung wurden die rechtlichen Fragen und die Fragen nach Zuständigkeiten geklärt. Beispielsweise stellte sich heraus, dass bei den Mahlzeiten im Speisesaal nur dann eine Pflegekraft anwesend sein musste, wenn für einzelne Bewohnerinnen und Bewohner das Essen anzureichen war. Für die ausreichende Versorgung seien Pflegefachkräfte zuständig, wobei es hilfreich sei, wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Service und Küche Auffälligkeiten an das Pflegepersonal weitergeben. Der Dokumentationsbogen war inzwischen erstellt, aber noch nicht erprobt worden. In einer späteren Sitzung wurde das Dokumentationsblatt erneut aufgegriffen. Die Fallvorstellende hatte sich nun aufgrund ihrer Erfahrungen auf die Erfassung der Flüssigkeitszufuhr bei denjenigen Bewohnerinnen und Bewohnern beschränkt, bei denen es offenkundig Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme gab.
- c) *„Berücksichtigung verschiedener Extrawünsche von Bewohnerinnen und Bewohnern“*: Ein Teilnehmer beschäftigte sich mit der Frage, wie er mit den Sonderwünschen einzelner Bewohnerinnen und Bewohner umgehen könne. Bisher habe er immer „aus dem Bauch heraus“ entschieden, wem er welchen Wunsch erfüllen konnte; er wünschte sich aber mehr Handlungssicherheit (Protokoll 2). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer diskutierten, ob man die Wünsche in den Speiseplan aufnehmen könne. Der Fallvorstellende nahm sich vor, einen Entwurf für einen Fragebogen zu machen, den er auch dem Pflegepersonal zukommen lassen wollte. Die darin geäußerten Wünsche sollten möglichst bei der Speiseplangestaltung berücksichtigt werden. Außerdem wollte er den Kontakt zu den Bewohnerinnen und Bewohnern, die nicht im Speisesaal aßen, verstärken. Auf der folgenden Sitzung berichtete der Fallvorstellende von Problemen bei der Erhebung von Sonderwünschen, die im Speisesaal durchgeführt wurde. Vom Pflegepersonal auf den Stationen sei diese nicht mitgetragen worden. Auch hätten sich viele Befragte offenbar überfordert gefühlt, auf Nachfrage Lieblings Speisen anzugeben, sodass Gerichte genannt wurden, die ohnehin auf dem Speiseplan standen. Die Gruppe regte an, Besonderheiten bezüglich des Essens durch eine für jeden Bewohner und jede Bewohnerin angelegte Kartei zu erfassen.

Die Zusammensetzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Qualitätszirkeltreffen war nicht konstant genug, um die selbst gesetzten Themen in den jeweils folgenden Sitzungen konsequent aufzugreifen, doch versuchte die Moderatorin, dies zu einem späteren Zeitpunkt nachzuholen. Da die Treffen an den Arbeitsstätten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer durchgeführt wurden, kann man auch von einer ansatzweisen teilnehmenden Beobachtung untereinander sprechen, die jedoch nicht explizit gemacht und für die Arbeit im Qualitätszirkel genutzt wurde.

Aufgrund des Verlaufs ist es unwahrscheinlich, dass unter den Teilnehmenden potenzielle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für das Qualitätszirkelkonzept gewonnen werden konnten. Eine systematische Aussage können wir darüber jedoch nicht treffen, weil es in diesem Zirkel nicht mehr zu einer Abschlussbefragung kam.

Stärken

- ▲ Die besondere Stärke lag hier in der Erfüllung der Merkmale zur Gruppendynamik und der Arbeitsweise hinsichtlich einer Fallarbeit, die umsetzbare Ergebnisse hervorbrachte.
- Für die Dauer von zwei etwa vierstündigen Sitzungen konnte eine arbeitsfähige Gruppe etabliert werden. Die Moderatorin förderte die Fallarbeit anhand des Qualitätskreislaufs.
- Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erarbeiteten konkrete umsetzbare Anregungen (zum Beispiel konnten sich nach der dritten Sitzung alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorstellen, die erhaltenen Anregungen auch umzusetzen).
- Vorerfahrungen und Erwartungen von Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie Moderatorin stimmten weitgehend überein.

Schwächen

- ▲ Die Erfüllung der Strukturmerkmale erwies sich angesichts des von Anfang an sehr kleinen Kreises der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als schwierig. Die inhaltliche Kontinuität der Gruppenarbeit war anfällig für „Störungen von außen“.
- Es gelang nicht, eine kontinuierliche Gruppenarbeit zu etablieren, die selbstbewusst mit den institutionellen Ansprüchen umzugehen verstand. Anscheinend konnte einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern und dem Unternehmen der Wert der Arbeit im Qualitätszirkel nicht vermittelt werden.
- So wurde mehrfach die Sogkraft zu stark, die Sitzungen zu einer Informations- und Fortbildungsveranstaltung des Unternehmens zu machen. Zusammensetzung und Inhalte der Treffen wirkten dann von außen gesteuert.
- Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten lange Anreisen von bis zu sechs Stunden in Kauf zu nehmen, was die verbindliche Teilnahme extrem erschwerte.

Fazit

Bereits bei der Zirkelinitiierung sind klare Abgrenzungen der Zirkelarbeit gegenüber möglichen institutionellen Zugriffen wichtig, zum Beispiel keine ungewünschten Gäste

oder Programmpunkte aufnehmen zu müssen. Die Moderatorin würde künftig mehr Wert auf die frühe und explizite Konzeptvermittlung im Qualitätszirkel legen, da sie die Erfahrung gemacht habe, dass sich „das Konzept leicht verwässern lässt“ (Stand der Qualitätszirkelarbeit 3). Sie hat die Arbeitsweise im Qualitätszirkel so weit 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 Küchenleiterinnen und -leitern sowie dem Pflegepersonal aus Seniorenheimen anzustreben. Zur Feststellung des Bedarfs hat sie Fragebogen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Unternehmens versandt, in denen auch weitere überregionale Qualitätszirkel für Küchenleiterinnen und -leiter angeboten wurden. Dieses Procedere stieß jedoch auf Zurückhaltung.

Der Qualitätskreislauf konnte insofern durchlaufen werden, als ein Problem vorgestellt wurde, in der Gruppe Verbesserungsmöglichkeiten diskutiert und diese auch in der Praxis erprobt wurden. Die Fallarbeit am Qualitätskreislauf gelang somit ansatzweise, wenngleich es an nachvollziehbaren Dokumentationen mangelte. Über mehrere Sitzungen hinweg wurde die Überprüfung möglicher Veränderungen – soweit es die jeweilige Gruppenzusammensetzung erlaubte – weitergeführt.

8.2.7 Projektzirkel 6: Interdisziplinärer Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung im ländlichen Raum

Kurzbeschreibung

In diesem institutionsübergreifenden interdisziplinären Qualitätszirkel trafen vorwiegend Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus gesundheitsfördernden Institutionen und Selbsthilfegruppen zusammen, die seit einiger Zeit im Gesundheitsplenum einer ländlichen Region zusammenarbeiteten und sich stärker vernetzen wollten. Die Moderatorin, Sozialpädagogin und Leiterin einer Beratungsstelle im Selbsthilfebereich, war seit vielen Jahren in der Gesundheitsförderung in der Region aktiv und kannte die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus bestehenden Kooperationszusammenhängen. Durch persönliche Ansprache gewann sie weitere „Anbieter und Anbieterinnen“ aus dem Bereich der psychosozialen Versorgung und der Gesundheitsförderung für die Teilnahme am Zirkel. Die Komoderatorin war ausgebildete Krankenschwester und als Sozialpädagogin in der Erwachsenenbildung tätig, seit vielen Jahren in der Gesundheitsförderung in der Region aktiv und kannte die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus bestehenden Kooperationszusammenhängen.

In regelmäßigen Abständen trafen sich somit von Juni 2000 bis Juni 2001 mittwochsabends für zwei bis zweieinhalb Stunden in den kostenlos zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten der Kreisvolkshochschule Vertreterinnen von Selbsthilfegruppen (Frauen nach Krebs, Osteoporose), Ärzte (ein niedergelassener Allgemeinarzt, ein Oberarzt

eines Krankenhauses), ein Heilpraktiker, eine Physiotherapeutin in niedergelassener Praxis, Vertreterinnen einer Krankenkasse, eines ambulanten Pflegedienstes, des Sozialamts und der katholischen Familienbildungsstätte.

Die Moderatorin wurde bei der Initiierung des Qualitätszirkels vom Gesundheitszentrum, für das sie arbeitete, unterstützt. So konnten Anschreiben über ihren Arbeitgeber versandt werden, der auch Material- und Fahrtkosten übernahm. Eine Freistellung für die Organisation und Moderation des Qualitätszirkels erhielt die Moderatorin allerdings nicht. Sowohl die Komoderatorin als auch die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer nahmen in ihrer Freizeit am Qualitätszirkel teil.

Der interdisziplinäre Qualitätszirkel hatte sich zum Ziel gesetzt, die Kooperation zwischen den teilnehmenden Institutionen durch die Darstellung der unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkte und Beratungskonzepte der Einrichtungen sowie der Beziehungen zu anderen Institutionen zu verbessern. Diese Darstellung sollte durch Bearbeitung konkreter Fallbeispiele vertieft werden. Die angesprochenen Kooperationsbeziehungen zwischen den betreffenden Institutionen wurden fortlaufend auf einer Wandzeitung visualisiert, sodass eine Vernetzungsgrafik entstand, die auch nicht am Qualitätszirkel beteiligte Institutionen mit einbezog.

Ausgangssituation

Die Initiierung des institutionsübergreifenden Qualitätszirkels erforderte zunächst großen Einsatz der Moderatorin, da sowohl potenzielle Teilnehmerinnen und Teilnehmer als auch deren Institutionen angesprochen werden mussten, um auf eine Freistellung hinzuwirken. Dabei stieß sie auch auf Ablehnung. So konnte eine Interessentin nicht am Qualitätszirkel teilnehmen, da dessen Ziel der Qualitätssicherung vom Arbeitgeber als konkurrierend eingeschätzt wurde (Stand der Qualitätszirkelarbeit 1 und 2). Die Komoderatorin, die weniger bekannt mit der Zirkelgruppe war, engagierte sich in ihrer Freizeit für den Qualitätszirkel. Da beide den Anspruch auf gleichberechtigte Ausübung der Moderationsaufgaben hatten, waren die Anforderungen an die Komoderatorin vergleichsweise hoch, sodass sie zunehmend das Bedürfnis hatte, an den Seminar- und Gesprächsangeboten im Rahmen des Modellprojekts teilzuhaben.⁴⁷

Ergebnisse der Eingangsbefragung

Da die Moderatorin umfangreiche Erfahrungen in der Arbeit mit unterschiedlichen Gruppen gesammelt hatte, bezogen sich ihre Befürchtungen gerade auf die Vermittlung eines neuen Konzepts in einer heterogenen Gruppe („Wir könnten das Ziel aus dem Auge verlieren“, Eingangsbefragung Moderatorin). Besonders die Notwendigkeit der Diskussion auf dokumentierter Basis schien ihr schwer vermittelbar. So sah sie hohe Anforder-

⁴⁷ Eine Teilnahme an den Begleitseminaren war für Komoderatorinnen und Komoderatoren ab dem 5. Begleitseminar (April 2001) möglich.

rungen auf die Moderation zukommen und formulierte entsprechend hohe Erwartungen an die Projektgruppe. Neben der kontinuierlichen Reflexion auf den Begleitseminaren sollte sie bei Problemen unterstützen, beraten und zusätzlichen Gesprächsbedarf befriedigen.

Die Erwartungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an die Arbeit im Qualitätszirkel waren insbesondere auf den „verbesserten Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen“ ausgerichtet, auch wenn diesem als Motivation der Teilnahme weniger Bedeutung zukam. Weniger als in anderen Zirkeln ging es den Teilnehmenden hier um fachbezogene Handlungssicherheit. Auch die Bedeutung des Fallbezugs wurde weniger hoch eingeschätzt. Stärker hingegen war die Meinung vertreten, dass Qualitätssicherungsprogramme eine Bedrohung für die Gesundheitsförderung darstellen könnten.

Zusammensetzung der Gruppe

Aufgrund der oben genannten unterschiedlichen institutionellen und beruflichen Hintergründe der Teilnehmenden wirkte die Gruppenzusammensetzung heterogen. Der Qualitätszirkel hat sich bis zur vierten Sitzung in größeren Abständen getroffen und fand dann einen vierwöchigen Rhythmus. Von den insgesamt zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmern waren durchschnittlich sieben bis acht anwesend, die Fluktuation war gering. Die Moderation förderte die Verbindlichkeit der Teilnahme bereits in der ersten Sitzung, indem den abwesenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern durch leere Stühle ein Platz eingeräumt wurde und eine Vorstellung anhand eines vorbereiteten Steckbriefs durch die Moderatorinnen erfolgte.

Gruppendynamik

Die gute, von Offenheit und gegenseitiger Wertschätzung geprägte Gruppenatmosphäre wurde von allen Beteiligten immer wieder hervorgehoben. Aufgrund der unterschiedlichen Erwartungen und Ansprüche von Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie Moderatorinnen kamen aber auch phasenweise Spannungen auf. Waren die Teilnehmenden zufrieden damit, einander und andere Arbeitsfelder kennen zu lernen, so versuchten die Moderatorinnen bereits von der ersten Sitzung an, die Fallarbeit in der Gruppe umzusetzen und stießen dabei auf Widerstand. Die Moderatorinnen äußerten sich verschiedentlich enttäuscht darüber, dass das Konzept den Teilnehmerinnen und Teilnehmern nur schwer vermittelbar sei (Protokoll 7, Stand der Qualitätszirkelarbeit 3 und 4, BS 3, 5 und 6). Das hohe Engagement der Moderatorinnen, die beispielsweise die Sitzungen anhand von Audioaufzeichnungen gemeinsam reflektierten und protokollierten, kontrastierte zu der von ihnen als eher passiv beschriebenen Haltung der Teilnehmenden. Diese fühlten sich immerhin für die Protokollführung mitverantwortlich, auch wenn diese Aufgabe letztendlich meistens doch von den Moderatorinnen übernommen wurde.

Auffällig in dieser Gruppe mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern unterschiedlicher Professionalisierungsgrade war, dass die Diskussion zeitweilig von ärztlichen Redebeiträgen dominiert wurde (Protokolle der tn. Beob. 2 und 4, Protokolle 6 und 7, KB Moderatorin-

nen 4 und 7). Dies war auch durch die Interventionen der Moderatorinnen nur begrenzt beeinflussbar. Auffällig war aber auch, dass die gute Gruppenatmosphäre dennoch immer wieder gelobt wurde. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer äußerten bei der Abschlussitzung den Wunsch nach Fortsetzung des Qualitätszirkels. Die Moderatorinnen waren dazu unter der Voraussetzung bereit, dass die Teilnehmenden an der Bereitstellung von Ressourcen zur Fortsetzung des Qualitätszirkels mitwirkten. Dies kam jedoch nicht zustande.

Arbeitsweise

Der Qualitätszirkel hat sich unter dem Thema „Vernetzung und Kooperation der in der Gesundheitsförderung tätigen Institutionen“ zusammengefunden. In den folgenden Sitzungen wurden die unterschiedlichen Einrichtungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und deren zugrunde liegendes Beratungskonzept den Anwesenden vorgestellt und häufig durch einen oder mehrere Fälle illustriert. Ein direkter Start in die Fallarbeit gelang in der zweiten Sitzung durch die Vorstellung seitens der Sozialarbeiterin des Sozialamtes. Sie zeigte auf, wie sie in einem Fall plötzlich eingetretener Pflegebedürftigkeit vorging und welche Institutionen daran beteiligt waren.⁴⁸ Die in der Darstellung vorkommenden Beteiligten wurden in einer Vernetzungsgrafik dargestellt, die im Verlauf der Qualitätszirkelarbeit kontinuierlich erweitert wurde (vgl. Handbuch).

Der aus der Erinnerung oder anhand von Notizen vorgetragene Fall löste in der Regel allgemeinere Diskussionen aus, wodurch der Einblick in die konkrete Arbeitswirklichkeit nicht vertieft werden konnte, um Ansatzpunkte für umsetzbare Veränderungen zu finden. Zudem nahm die Darstellung der eigenen Institution großen Raum ein – schließlich ging es den Teilnehmerinnen und Teilnehmern um gegenseitiges Kennenlernen. Dabei bestand zumindest in der Anfangsphase des institutionsübergreifenden Zirkels die Schwierigkeit, dass die Vorstellenden in die Rolle von Repräsentantinnen und Repräsentanten gerieten, die sich – und somit ihre Einrichtung – nicht gleich der Kritik anderer aussetzen mochten. Die Fälle besaßen zumeist keine aktuelle Handlungsrelevanz für die Vorstellenden, sondern dienten der Veranschaulichung ihres Arbeitsbereiches in der Gesundheitsförderung. Die bei der Zwischenbilanz und beim Abschlusstreffen festgestellten Veränderungen konnten daher nur recht allgemein bleiben.

Arbeitsweise am konkreten Beispiel

Beim fünften Treffen brachte der Oberarzt des Krankenhauses drei Fälle ein. Er bemerkte, dass es sich zunächst schwierig für ihn gestaltete, einen geeigneten Fall zu finden, da er seine Kooperationsbeziehungen, besonders zur Mitarbeiterin einer Krankenkasse, sehr positiv einschätzte. Auch der Kontakt zu den Hausärztinnen und -ärzten bei der Übergabe von Patientinnen und Patienten sei gegeben, wobei der Oberarzt einen Anruf wünschenswerter fände als die oft spät eintreffenden und unleserlichen Ärztinnen- bzw. Arzt-

⁴⁸ In einer späteren Sitzung wurde der Verlauf dieses Falles erneut kurz aufgegriffen.

briefe. Nun stellte er gleich drei Fallbeispiele vor, von denen der erste die Problematik zu langer Aufenthaltsdauer im Krankenhaus betraf, der zweite die Bemühungen um die Einweisung in die angebrachte Klinik andeutet und der dritte die (begrenzten) gesundheitsförderlichen Maßnahmen, die einem 60-jährigen Herzpatienten, der starker Raucher war, durch das Krankenhaus vermittelt werden konnten. Die Fälle wurden nicht weiter vertieft oder später wieder aufgegriffen, sondern gaben Impulse zur anschließenden Diskussion über Verantwortlichkeit für Gesundheitsförderung, die gern abgegeben werde. Die angesprochenen Vernetzungen des Krankenhauses wurden nun auf der Wandzeitung festgehalten: zu Krankenkassen, Pflegekassen, MDK, Hausärztinnen und -ärzten, Rehakliniken/Fachkliniken/Uniklinik, Angehörigen, Pflegediensten/Sozialstationen, Sozialamt, Gesundheitsamt, Altenheim, Gesundheitssport. Auch Ideen für ein „gesundheitsförderndes Krankenhaus“ wurden in der Gruppe gesammelt und visualisiert. Das konkrete Handeln des Vorstellenden geriet dabei in den Hintergrund. Eine Wendung in Richtung Reflexion der eigenen Tätigkeit ergab sich bei der Vorstellung der Selbsthilfegruppenvertreterinnen, die Struktur und Arbeitsweise ihrer Gruppen und einen kurzen Fall präsentierten. In der Diskussion wurden unterschiedliche Belastungssituationen der Selbsthilfegruppenleiterinnen angesprochen; die Gruppe machte viele Vorschläge zur Entlastung der Vorstellenden. Diese Sitzung wurde sehr gut bewertet (KB Tn und Moderator 9). Die Komoderatorin, die bei diesem Treffen allein moderierte, sah in der Diskussion eine gute Grundlage für eine vertiefende Arbeit in einem nächsten Treffen (KB Moderator 9), was auch dem Eindruck der teilnehmenden Beobachterinnen und Beobachter entsprach (Protokolle tn Beob. 4). Die folgende Sitzung sollte allerdings die letzte Sitzung des Qualitätszirkels sein, sodass kein weiteres Thema gewählt wurde.

Mit unterschiedlichen Herangehensweisen wurde eine Fülle von Themen bearbeitet: Hilfen in besonderen Lebenslagen und Hilfen bei Pflegebedürftigkeit durch das Sozialamt, Wege zu einem gesundheitsfördernden Krankenhaus, Beratungskonzepte zur Aktivierung eigenverantwortlichen gesundheitsförderlichen Verhaltens, Konzepte einer naturheilkundlichen Behandlung – Kooperation zwischen Schulmedizin und Naturheilkunde, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeunterstützung als Teil der Gesundheitsförderung im Themenschwerpunkt Krebs und Osteoporose. Somit konnten Informationen über unterschiedliche Beratungsangebote und -konzepte einzelner Institutionen ausgetauscht werden. Beratungskonzepte mit dem Schwerpunkt der Aktivierung des eigenverantwortlichen Umgangs mit Gesundheit und Unterstützung von gesundheitlichen Ressourcen der Klientinnen und Klienten sind aus unterschiedlichen Perspektiven vorgestellt worden. Die Vernetzungsgrafik veranschaulichte bestehende und potenzielle Kooperationswege zwischen den einzelnen Institutionen. Durch Rückfragen griffen die Moderatorinnen Falldarstellungen vorhergehender Sitzungen auf.

8

Ergebnisse der Abschlussbefragung

Die ausgeprägte Zufriedenheit mit der Gruppenatmosphäre kam hier erneut in der besonders positiven Bewertung durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum Ausdruck. Mehr als in anderen Zirkeln bestand hier die Erwartung an die Moderation, dass sie die

Gruppe führen sollte, was ein Hinweis auf die erfahrenen Unsicherheiten in der Arbeitsweise sein kann. Sehr deutlich wurde nun das Teilnahmemotiv „Neugier“ ausgesprochen. Die „Weitergabe eigener Erfahrungen“, „fachbezogene Handlungssicherheit“ und die „Verbesserung des Kontaktes zu Kolleginnen und Kollegen“ entsprachen weniger den Erwartungen als in anderen Zirkeln. Die Aussage „Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung ist notwendig“ fand hier etwas weniger Zustimmung.

Stärken

- ▲ Die besonderen Stärken lagen in der Erfüllung der Strukturmerkmale und der Merkmale zur Gruppendynamik.
- Die Gruppenarbeit erfolgte kontinuierlich. Beständig waren auch das freundliche Engagement der Anwesenden und eine angenehme Gruppenatmosphäre.
- Da seitens der Moderatorinnen sorgsam darauf geachtet wurde, dass alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu Wort kamen, konnte die in diesem Zirkel vorhandene Perspektivenvielfalt immer wieder zum Ausdruck kommen.
- Die Moderatorin arbeitete intensiv mit der Komoderatorin zusammen, die auch die Moderation einer Sitzung allein übernahm, als die Moderatorin verhindert war.

Schwächen

- ▲ Schwächen zeigten sich in der Arbeitsweise.
- Falldarstellungen dienten eher zur Illustration und boten wenige Möglichkeiten, das Alltagshandeln kritisch im Hinblick auf Veränderungspotenziale zu diskutieren. Sie wurden auch kaum wieder aufgegriffen, sodass keine Prüfung der Diskussionsergebnisse möglich war.
- Die unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern lange vorherrschende Beschränkung auf Informationsaustausch erlaubte erst zu einem späten Zeitpunkt die konsequente Nutzung der Möglichkeiten einer konkreten themenbezogenen Zirkelarbeit.
- Diskussionen drifteten immer wieder weg von der konkreten Situation und verharrten auf einer allgemeinen gesundheitspolitischen Ebene.
- Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer verstanden sich oft als Vertreterinnen und Vertreter ihrer jeweiligen Institution und verwandten Fallbeispiele für deren Darstellung, statt umgekehrt ihre Institution als den Kontext vorzustellen, in dem ihre eigene konkrete Tätigkeit zu verstehen und zu diskutieren war. Fallbezogene Qualitätsförderung und Supervision trat damit zurück gegenüber der repräsentativen Funktion der Fallvorstellung.

Fazit

Diese Gruppe hat sich relativ schnell zusammengefunden und über den gesamten Zeitraum hinweg in verbindlicher Atmosphäre mit vergleichsweise hoher Kontinuität getagt. Die Moderatorinnen haben fallbezogene Arbeit von Anfang an in den Vordergrund gestellt, sodass sich immerhin sechs der zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit der Vorstellung ihres Arbeitsbereiches einbringen konnten. Vier weitere motivierte Teilnehmer kamen nicht zum Zug, was darauf hindeutet, dass die Laufzeit von einem Jahr für

einen interdisziplinären und berufsübergreifenden Qualitätszirkel nicht ausreicht. Das Interesse an einer Fortführung des Zirkels war bei den Teilnehmenden und den Moderatorinnen ausgeprägt, konnte jedoch aufgrund fehlender Finanzierung nicht realisiert werden. Es konnten aber potenzielle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für das Qualitätszirkelkonzept gewonnen werden: Der Abschlussbefragung zufolge war eine Teilnehmerin sowohl an der eigenständigen Initiierung eines Qualitätszirkels und einer Ausbildung für Moderatorinnen/Moderatoren interessiert, zwei weitere äußerten entweder Interesse an einer Schulung oder fassten die Initiierung eines Qualitätszirkels ins Auge.

Trotz hohen Engagements der Moderatorinnen und intensiver Unterstützung und Beratung seitens der Projektgruppe fand dieser Zirkel im Rahmen des Projekts noch nicht zu einer kontinuierlichen Umsetzung der zirkelspezifischen Arbeitsweise. Dazu mag die etwas diffuse Erwartungshaltung der Teilnehmenden („Neugier“) beigetragen haben; letztendlich überwog jedoch eine Schwierigkeit bei der Fallarbeit, die alle in erster Linie kooperationsfördernde institutionsübergreifende Zirkel betrifft: Die zeitaufwändige Vorstellung der beteiligten Einrichtungen bleibt unerlässlich, droht aber das jeweilige konkrete Handeln in den Hintergrund treten zu lassen. Die Fallvorstellung sollte daher auf einen gemeinsamen Schwerpunkt zugeschnitten werden, wie es in diesem Zirkel phasenweise mit dem gemeinsamen Unterthema „Beratungskonzepte im Sinne der Gesundheitsförderung“ gelang. Das Handeln der Institution insgesamt zum Fall zu machen birgt demgegenüber die Gefahr, dass der Vorstellende systematisch überfordert wird, weil die angeregten Veränderungen nicht von ihm selbst beeinflussbar sind. Dies zeigte die rege Diskussion über das „Gesundheitsfördernde Krankenhaus“ anlässlich der Fallvorstellung des Oberarztes.

8.2.8 Projektzirkel 7: Rückenschule für Kinder

Kurzbeschreibung

Dieser institutionsinterne Qualitätszirkel ging aus einer bestehenden Arbeitsgruppe im „Kinder- und Jugendärztlichen Dienst/Gesundheitsförderung“ eines Gesundheitsamtes hervor. Der Moderator war Sozialwissenschaftler und arbeitete als Sachgebietsleiter für den Bereich der Gesundheitsförderung in diesem Haus. Die Institution förderte sein Vorhaben: Sie erlaubte allen Beteiligten die Durchführung in der Arbeitszeit und stellte einen Gruppenraum und Getränke für die Sitzungen zur Verfügung. Eine Mitarbeiterin hatte die Aufgabe, im Qualitätszirkel Protokoll zu führen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieses institutionsinternen Zirkels hatten den Aufgabenbereich, in Kindergärten und Schulen Rückenschulen für Kinder anzubieten. Im Qualitätszirkel wurde diese Arbeit reflektiert und gemeinsam weiterentwickelt, insbesondere hinsichtlich der Kooperation mit Erzieherinnen und Erziehern sowie Lehrerinnen und Lehrern der jeweiligen Einrichtungen und des Umgangs mit störenden Kindern.



Charakteristisch für diesen Zirkel war der Einsatz von Videodokumentationen, die zum Teil von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern selbst angefertigt wurden. Der Qualitätszirkel traf sich von Juni 2000 bis Juli 2001 im Turnus von vier bis acht Wochen von 14 bis 16 Uhr insgesamt achtmal. Der Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer war in beruflicher und hierarchischer Hinsicht nicht ganz homogen zusammengesetzt: Er umfasste den Vorgesetzten – neben dem Moderator der einzige männliche Teilnehmer – und die Rückenschulfachkräfte, zumeist Arzthelferinnen und Kinderkrankenschwestern.

Nach der achten Sitzung endete der Qualitätszirkel mit dem ausdrücklichen Wunsch, nach einem bestimmten Zeitraum die Qualitätszirkelarbeit zu den noch verbliebenen Themen fortzusetzen. Der Moderator plante die Initiierung eines weiteren Qualitätszirkels im Gesundheitsamt.

Ausgangssituation

Der Moderator gewann eine bereits bestehende institutionsinterne Arbeitsgruppe für die Arbeitsweise eines Qualitätszirkels. Dabei wurde er von seinem Abteilungsleiter unterstützt, der an dem Qualitätszirkel teilnahm. Die Rückenschulfachkräfte nahmen nur bedingt freiwillig teil (Stand der Qualitätszirkelarbeit 1). Der Moderator vermittelte bereits beim ersten Treffen den hohen Wert der Videodokumentation der Alltagspraxis. Zur Illustration der Methode führte er ein „Startervideo“ der Projektgruppe aus der Ernährungsberatung vor. Er stieß dabei noch auf deutliche Vorbehalte in der Gruppe (Stand der Qualitätszirkelarbeit 1), es fanden sich aber bereits zwei Teilnehmerinnen, die diese Methode einsetzen wollten. Beim zweiten Treffen konnte eine Teilnehmerin bereits eine Videoaufzeichnung aus ihrer Alltagspraxis zur Diskussion stellen. Das Vorgehen machte Mut, löste aber auch Verunsicherungen aus (Protokoll 2). Nach Einschätzung des Moderators bot diese Videodokumentation wenig Ansatzpunkte zur Diskussion von Problemen (Protokoll 2), ermöglichte jedoch ein positives Feedback und trug dazu bei, Hemmungen abzubauen, Kontrollängste zu mindern und die Gruppenarbeit zu fördern. Von dieser Sitzung an dokumentierte der Moderator seinerseits nach Absprache mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Qualitätszirkeltreffen per Video, wodurch die Scheu vor der Videodokumentation gemildert werden konnte.

Ergebnisse der Eingangsbefragung

Die Motivation des Moderators zur Teilnahme am Pilotprojekt gründete sich auf sein theoretisches Interesse an der Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und auf den Wunsch nach persönlicher Weiterbildung. Dementsprechend erwartete er von der Projektteilnahme den Austausch mit den anderen Projektmoderatorinnen und -moderatoren. Von der Arbeit im Qualitätszirkel erwartete er vor allem inhaltliche Ergebnisse. Emotionale Entlastung und Kooperationsförderung standen offenbar eher im Hintergrund. Die Gewinnung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer war zwar einerseits dadurch erleichtert, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Hause tätig waren, doch mussten sie erst noch für die Mitarbeit im Qualitätszirkel „begeistert“ werden. Zugleich fürchtete er auch, dass „die Teilnehmer, die es eigentlich nötig hätten, sich wenig oder

gar nicht inhaltlich beteiligen würden“, worin ein gewisses Kontrollbedürfnis und der hohe Anspruch des Moderators an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum Ausdruck kommt.

Deutlich mehr als in anderen Zirkeln sahen hier die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Hindernisse der Qualitätszirkelarbeit in der möglichen „Verunsicherung“, darin „Kritik von Kollegen zu tolerieren“ und den Mut aufzubringen, „selbst Kritik zu formulieren“. Der Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen und Kollegen spielte hier eine geringe Rolle. Tendenziell waren auch berufspolitische Überlegungen und der Anschluss an die Forschung von geringerem Interesse. Ein Teilnehmer erwartete sogar mehr Nachteile als Vorteile. Insgesamt herrschte eine skeptischere Einstellung gegenüber Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung.

Zusammensetzung der Gruppe

Der Zirkel begann mit acht Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Die Zahl der Teilnehmenden reduzierte sich in der Anfangsphase des Qualitätszirkels und erreichte mit fünf Teilnehmerinnen und Teilnehmern beim dritten Treffen ihren Tiefpunkt. Nach einem personellen Wechsel stabilisierte sich die Gruppe auf sieben Personen: neben dem Vorsitzenden ausnahmslos Frauen. In der Regel war zudem eine am Qualitätszirkel uneteiligte Protokollantin anwesend.

Gruppendynamik

Erst im Verlaufe des Qualitätszirkels gelang es, eine gute Arbeitsatmosphäre herzustellen. Die Ängste der Teilnehmenden wurden vom Moderator, der zuvor nicht an dem Arbeitskreis teilgenommen hatte, durchaus wahrgenommen. Zur Auflockerung der anfangs gespannten Gruppenatmosphäre haben sicherlich auch die vielfältigen interaktiven Bewegungs- und Entspannungsübungen beigetragen, die der Moderator, ein Referent und auch eine Teilnehmerin in die Gruppe einbrachten.⁴⁹ Der Moderator kennzeichnete die Gruppe nach der vierten Sitzung als „festen Kreis mit festem Arbeits-

49 Folgende Übungen wurden in diesem Zirkel durchgeführt:

- Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer stellen sich im Kreis auf und versuchen, gemeinsam die chinesischen Elemente Erde, Feuer, Wasser, Holz und Metall darzustellen.
- Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer stehen im Kreis, strecken die Hände seitlich aus, sodass sich die Handflächen berühren. Sie nehmen sich und den Nachbarn bzw. die Nachbarin wahr, mal aktiv, mal passiv. Zum Abschluss kommen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem kräftigen „Ha!“ in die Mitte.
- Gesichtsmassage.
- Bewegungsabfolge nach Musik, die immer schneller wird.
- Partnermassageübung aus der Rückenschule.
- Bewegungsspiel mit Seilen unterschiedlicher Farbe: Je zwei Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer spannen mit den Händen ein Seil zwischen sich. Während alle Teilnehmenden ihr Seil festhalten, bildet die Gruppe gemeinsam einen Kreis. Dabei überkreuzen sich alle Seile in der Mitte. Die Gruppe erhält den Auftrag, das Gebilde aus Seilen zu verknöten, während der einzelne Teilnehmer bzw. die einzelne Teilnehmerin das Seilende stets fest in der Hand halten soll. Nachdem in der Mitte ein fester Knoten entstanden ist, darf ein Teilnehmender darauf Platz nehmen, während die Gruppe ihn an den Seilen hoch hält (Protokoll aus der Sitzung mit einem Motopädagogen).
- Bewegungsabfolge nach Musik, die immer schneller wird.

programm“, der personelle Wechsel hatte sich förderlich auf das kooperative Miteinander ausgewirkt (Stand der Qualitätszirkelarbeit 4). Die Gruppenatmosphäre erreichte nach dem vierten Treffen die besten Bewertungen durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer (KB Teilnehmerinnen und Teilnehmer 4). Dieses Zufriedenheitsniveau konnte mit geringen Abweichungen bis zum Schluss gehalten werden.

Arbeitsweise

Bei der in der ersten Sitzung erstellten Themensammlung kristallisierten sich die Bezugsgruppen „Lehrerinnen und Lehrer“, „Eltern“, „Kinder“ und „Inhalte der Rückenschule“ heraus. Es wurde beschlossen, sich zunächst die Bereiche „Kinder“ (Motivation, Umgang mit unruhigen Kindern) und „Lehrerinnen und Lehrer“ (Einbezug von Lehrkräften sowie Erzieherinnen und Erziehern, Kooperation) vorzunehmen, da diese auch gut dokumentierbar zu sein schienen. Die Themen wurden zunächst nicht stringent bearbeitet, sondern offenbar auch spontan zu Beginn der Sitzungen festgelegt. So ging es in der zweiten Sitzung um die Frage „Was ist Qualität in der Rückenschule?“. Dazu wurden in Kleingruppen Ideen erarbeitet. Der Aspekt „sportmedizinische Fachkenntnisse“ wurde vom Leiter der Abteilung als Anregung genutzt, eine Fortbildung für die Gruppe mit einem Sportpädagogen zu organisieren. Die Themenwahl orientierte sich zunächst an aktuellen Erfahrungen und Problemen der Teilnehmenden in den Rückenschulprogrammen. Beim vierten Treffen wählte die Gruppe das Thema „Einbeziehung von Lehrerinnen und Lehrern“, zu dem eine Videodokumentation vorlag, die eine Teilnehmerin in einem Kindergarten aufgenommen hatte. Moderator und Gruppe einigten sich nun auf ein Arbeitsprogramm für die folgenden drei Sitzungen. Auch als bei der siebten Sitzung ein Referent anwesend war, verließ die Gruppe ihre Arbeitsweise nicht. Der Referent stellte ebenfalls eine Videodokumentation seiner Arbeit vor, was ihn möglicherweise ein Stück weit zum Teilnehmer gemacht hat.

Arbeitsweise am konkreten Beispiel

Der zirka 15-minütige Videoausschnitt aus einer Rückenschule im Kindergarten wurde mit dem Fokus auf die Erzieherin angeschaut und diskutiert. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer brachten eigene Erfahrungen in die Diskussion ein, die auf den Bereich Schule ausgedehnt wurde. Als Ergebnis der Diskussion wurde festgehalten, dass Erzieherinnen integriert werden sollten, unabhängig davon wie sportlich sie sind. Zudem sollten die Rückenschulfachkräfte ihnen gegenüber deutlich äußern, was sie selbst erreichen wollten und welche Rolle die Erzieherinnen dabei spielten. Beispielsweise könnte man vorab ein Zeichen vereinbaren für Situationen, in denen ein Eingreifen der Erzieherinnen erwünscht sei (Protokoll 4).

Beim folgenden Treffen wurde – wie verabredet – die Kooperation mit Lehrkräften auf der Basis einer videodokumentierten Sequenz aus einer Rückenschule thematisiert. Die vorstellende Teilnehmerin erläuterte, dass die Lehrerin am Rand saß und protokollierte. Vor der Übung hatte die Lehrerin abgelehnt, die Paarübung „Wetter“ an sich zeigen zu lassen, mit der Begründung mitschreiben zu wollen. Aus der Fallvorstellung ergab sich

die Fragestellung: „Wie können wir eine aktive Beteiligung der Lehrer erreichen?“ Die Gruppe sammelte Ideen zur Motivierung von Lehrerinnen und Lehrern auf Flipchart, zum Beispiel: „vorab direkt mit den betreffenden Lehrern sprechen (nicht über den Rektor)“, „Zielsetzung im Vorbereitungsgespräch klären“, „schriftliches Material zur Verfügung stellen“, „sie in ein Spiel einbeziehen“, „Rolle des Lehrers klären“, „den praktischen Nutzen verdeutlichen“ (Protokoll 5). Letzterer Aspekt wurde wiederum ausdifferenziert und auf Flipchart festgehalten.

Die fallbezogene Arbeit zur Beziehungsgestaltung mit Lehrerinnen und Lehrern mündete in einem Schulungskonzept für Lehrkräfte, das die teilnehmende Leiterin der Rückenschulfachkräfte und der Abteilungsleiter gemeinsam vorbereiteten und im Qualitätszirkel zur Diskussion stellten. Das Konzept wurde anhand von Folien vorgetragen. Der Gefahr einer ausschließlich theoretischen Diskussion wirkte der Moderator durch geschickte Fragen entgegen, die den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Inhalte und Zielrichtung des Schulungskonzepts verdeutlichten. Der Moderator war dadurch inhaltlich stark in die Diskussion involviert, was aber dem Verständnis der Teilnehmenden genutzt hat (Protokoll der teilnehmenden Beobachtung).

Ergebnisse der Abschlussbefragung

Der Qualitätszirkel hat – nach der Überwindung gruppenspezifischer Schwierigkeiten – die hohen Ansprüche des Moderators an den inhaltlichen Ertrag der Arbeit erfüllen können. Im Gegensatz zur eher negativen Erwartungshaltung, die anfangs in diesem Zirkel bestand, wurden in der Abschlussbefragung viele positive Effekte genannt: „mehr Freude an der Arbeit“, „mehr fachbezogene Handlungssicherheit“, „mehr Einblicke in die eigene Tätigkeit“, „Verbesserung der Beratung der Klienten“, „Weitergabe eigener Erfahrungen“. Die Zufriedenheit mit dem sachlichen Ertrag war extrem hoch, was sich auch in der guten Gesamtbeurteilung widerspiegelte. Tendenziell spielte der „Erfahrungsaustausch mit Kollegen“ als Motivation der Teilnahme hier eine geringe Rolle. Hinsichtlich der Erwartungen an den Moderator war lediglich auffällig, dass von ihm weniger erwartet wurde, sich um den technischen Rahmen zu kümmern. Hindernisse der Zirkelarbeit sahen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach wie vor in „Verunsicherung“ und „Mut, selbst Kritik zu formulieren“. „Kritik von Kollegen zu tolerieren“ wurde hingegen nicht mehr auffallend häufig als Befürchtung geäußert.

Stärken

- ▲ Die besonderen Stärken lagen in der Erfüllung der Merkmale zur Arbeitsweise.
- Der Moderator konnte frühzeitig vermitteln, dass eine Dokumentation der Arbeitsrealität für den Erfolg der Arbeit im Qualitätszirkel notwendig war. Trotz anfänglicher Schwierigkeiten machte die Gruppe gute Erfahrungen mit Videodokumentationen.
- Die Themenwahl war relativ flexibel an akuten Problemäußerungen ausgerichtet und orientierte sich gleichwohl am anfangs vereinbarten Programm.
- Da in dieser Gruppe die Arbeitsrealität der Rückenschulfachkräfte dokumentiert und diskutiert wurde, lag ein Ergebnis sicherlich in der Stärkung der Position der Teil-

nehmerinnen und Teilnehmer. Im Qualitätszirkel zeigten sich die Stärken ihrer Arbeit und lagen somit auch ihrem teilnehmenden Vorgesetzten offen.

- Die Gruppe hatte einen gemeinsamen inhaltlichen Nenner und gelangte zu konkreten umsetzbaren Ergebnissen.
- Die Schwierigkeit, das Thema „unruhige Kinder“ zu dokumentieren, wurde so gedeutet, dass dieses zwar zahlenmäßig bei der Durchführung von Rückenschulen von geringerer Bedeutung als angenommen war, aber dennoch als subjektives Problem im Sinne einer Gefahr empfunden wurde. So konnte das Thema im Qualitätszirkel von seinem affektiven Gehalt etwas gelöst und einer sachlichen Bearbeitung zugänglich gemacht werden.

Schwächen

- ▲ Anfänglich bestanden kleinere Schwächen in der Erfüllung struktureller und gruppendynamischer Merkmale. Langfristig gesehen wurden darin jedoch zugleich weitere Stärken deutlich: Mithilfe des Qualitätszirkels traten gruppendynamische Probleme offen zutage und konnten einer Lösung zugeführt werden, die auch im beruflichen Alltag der Teilnehmerinnen und Teilnehmer relevant waren. Ohne den Qualitätszirkel wäre dies nach Einschätzung des Moderators nicht möglich gewesen (persönliche Mitteilung).
- Das „Gleiche-unter-Gleichen-Prinzip“ der Zirkelarbeit ließ sich in diesem Zirkel kaum verwirklichen. Er hatte eine Tendenz zur Beibehaltung der hierarchisch bedingten Arbeitsteilung. Diese kam insbesondere in der Anwesenheit einer Protokollantin zum Ausdruck.

Möglichkeiten der Unterstützung

- ▲ Der Moderator hätte sich zum Zeitpunkt der Gewinnung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewünscht, die Vorteile der Mitarbeit im Qualitätszirkel noch ansprechender darstellen zu können (Stand der Qualitätszirkelarbeit 1). Hier könnten zusätzliche Materialien und Argumente helfen.
- Auch äußerte er mehrfach den Wunsch nach Komoderation für seinen Zirkel, die u. a. den Rollenkonflikt als Moderator und Experte entschärfen könnte, indem sie den Moderator für die Zeit inhaltlicher Beiträge von der Moderation entlastet hätte.

Fazit

Die Konzeptumsetzung ist in diesem Qualitätszirkel phasenweise gut gelungen. Trotz gruppendynamischer Probleme hat sich die Gruppe zu einem arbeitsfähigen Team entwickelt, in dem vertrauensvoll miteinander umgegangen werden konnte. Durch den starken Druck seitens des Moderators und möglicherweise auch der Konstellation mit dem teilnehmenden Vorgesetzten im Qualitätszirkel hat die Gruppe Abstand von ihrer bisherigen Arbeitsweise als Arbeitskreis bekommen und sich auf die Dokumentation der Arbeitsrealität eingelassen. Mehrere Teilnehmerinnen haben Videodokumentationen ihrer Arbeit angefertigt und zur Diskussion gestellt. Durch die Diskussion der Arbeitsrealität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde die Entwicklung eines Fortbildungs-

konzepts für Lehrerinnen und Lehrer angestoßen und dessen Überprüfung im Qualitätszirkel vorbereitet. Eine Teilnehmerin äußerte im Rahmen der Abschlussbefragung Interesse an der Initiierung eines Qualitätszirkels und an einer Ausbildung für Moderatorinnen/Moderatoren, sodass auch in diesem Zirkel eine potenzielle Multiplikatorin gewonnen werden konnte.

Vorgesehen war auch die Diskussion der Erprobung des Fortbildungskonzepts bei Weiterführung des Qualitätszirkels, was eine Evaluation von Veränderungen der Arbeitspraxis im Sinne des Qualitätskreislaufs darstellen würde.

8.2.9 Projektzirkel 8: Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung

Kurzbeschreibung

Dieser institutionsübergreifende Qualitätszirkel wurde von der Moderatorin im Rahmen eines Projekts zum Qualitätsmanagement in der Ernährungsberatung an einer Fachhochschule initiiert. Die junge Moderatorin war freiberufliche Ernährungsberaterin und wissenschaftliche Mitarbeiterin des im Fachbereich Oecotrophologie angesiedelten Forschungsprojekts. Alle Teilnehmerinnen waren Diplom-Oecotrophologinnen und verfügten über Erfahrungen in der Ernährungsberatung bei unterschiedlichen Indikationen. Sie waren überwiegend selbstständig tätig, einige waren aber auch Angestellte der Fachhochschule, wo die monatlichen Treffen stattfanden. Der Vorgesetzte der Moderatorin wirkte als Projektleiter des Qualitätsmanagementprojekts an der Gründung des Qualitätszirkels mit und übernahm nach Ablauf der Pilotprojektzeit die Aufgaben der Moderation, wodurch dem Qualitätszirkel Bestand gegeben wurde. Die relativ jungen Teilnehmerinnen hatten sich zum Ziel gesetzt, einen Parameterkatalog zu erstellen, um den Therapieerfolg in ihrer Ernährungsberatung bestimmen zu können und somit deren Qualität zu sichern. Sie stellten verschiedene, für die Bestimmung des Therapieerfolgs relevante Einflussgrößen zusammen. So wurden u. a. medizinische Parameter für verschiedene ernährungsbedingte Erkrankungen und entsprechende Bewertungsvorgaben sowie Fragebogen zur Ermittlung des Essverhaltens und der Patientenzufriedenheit erarbeitet. Über diese leitlinienmodifizierende Arbeit hinaus boten die zweieinhalb- bis dreistündigen, zu wechselnden Zeiten angesetzten Treffen auch die Möglichkeit, sich in einem gesonderten Tagesordnungspunkt über aktuelle berufspolitische Belange auszutauschen und auf Möglichkeiten der Außendarstellung zu einigen, sodass aus einer anfänglichen Konkurrenzsituation heraus eine Gruppe mit relativ starkem Zusammenhalt entstand.

Ausgangssituation

Intensives Bemühen der Moderatorin führte vergleichsweise schnell zu einem ausreichenden Kreis von Teilnehmerinnen (Stand der Qualitätszirkelarbeit 1). Einige Teilneh-

merinnen hatten auf einer Fachtagung Interesse an der Teilnahme an einem Qualitätszirkel bekundet, andere wurden von der Moderatorin oder dem Projektleiter persönlich angesprochen. Dabei wurde versucht, die Gruppe so zu konstituieren, dass die Teilnehmerinnen aus einem weiten räumlichen Umfeld kamen, wodurch die Konkurrenzsituation der selbstständig tätigen Ernährungsberaterinnen entschärft werden sollte.

Der Qualitätszirkel war zugleich Bestandteil des Modellprojekts an der Universität Göttingen und eines Qualitätsmanagementprojekts an der Fachhochschule der Moderatorin, die auf diese Weise an zwei Projekten zugleich teilhaben konnte. Gegenüber den Teilnehmerinnen gab es somit zunächst relativ großen Klärungsbedarf. Als Folge dieser Struktur war auch die Rolle des Projektleiters der Fachhochschule im Qualitätszirkel zu Beginn unklar. Ursprünglich sollte er die Rolle des Komoderators und seine Mitarbeiterin die der Moderatorin übernehmen (Eingangsbefragung Moderatorin). Da mehrere Teilnehmerinnen ebenfalls an der Fachhochschule ihre Ausbildung durchlaufen hatten und eine dort nun auch als Angestellte tätig war, konnte man von unklaren Rollenzuschreibungen und der Gefahr eines starken Hierarchiegefälles ausgehen.

Ergebnisse der Eingangsbefragung

Eine herausragende Motivation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer stellten der „Anschluss an die Forschung“ und die Gelegenheit zur „Selbstreflexion“ dar, tendenziell maßgeblich waren auch „berufspolitische Überlegungen“. Die Erwartungen an die Reflexion der eigenen Tätigkeit waren sehr hoch (insbesondere „Änderung des Verhaltens in der täglichen Arbeit“, „Verbesserung der Beratung der Klienten“ und „mehr Einblick in die eigene Tätigkeit“). Nachteilen und Hindernissen wurde weniger Beachtung geschenkt. Auch die Einstellung gegenüber Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung war hier außergewöhnlich positiv. Auffällige Zustimmung erhielt die Aussage, dass Gesundheitsförderinnen und -förderer zur Qualitätssicherung verpflichtet werden sollten; Qualitätssicherungsprogramme wurden weniger als Bedrohung für die Gesundheitsförderung gesehen.

Zusammensetzung der Gruppe

Der Kreis der Teilnehmerinnen zählte anfangs elf Frauen, von denen dann zwischen sechs und neun anwesend waren. Der sich bald herausbildende feste Teilnehmerinnenkreis setzte sich aus selbstständigen und angestellten Ernährungsberaterinnen zusammen. Die Termine wurden frühzeitig festgelegt, wobei gerade die selbstständigen Teilnehmerinnen häufiger Schwierigkeiten bei der Terminfindung hatten. Die Teilnehmerinnen waren relativ jung: größtenteils zwischen 30 und 40 Jahre, keine über 45 Jahre alt. Die Moderatorin selbst war 24 Jahre alt.

Gruppendynamik

Die Gruppendynamik im Qualitätszirkel wurde von den besonderen Strukturbedingungen dieses Zirkels mitgeprägt. Hier ist einerseits die oben beschriebene doppelte institutionelle Einbettung zu nennen. Die Doppelstruktur spiegelte sich auch in der Teilneh-

merzusammensetzung. Eine Teilnehmerin war ebenfalls Projektmitarbeiterin an der Fachhochschule, andere waren als selbstständige Ernährungsberaterinnen tätig und standen durchaus in einem Konkurrenzverhältnis zueinander, was nach Einschätzung der Moderatorin die Arbeit im Qualitätszirkel zunächst erheblich erschwert hat (Stand der Qualitätszirkelarbeit 1, 3).

Die doppelte Projekteinbettung hätte mit unterschiedlichen Erwartungen an die Moderatorin einhergehen können. Dies war jedoch nach Angaben der Moderatorin nicht der Fall (persönliche Mitteilung). Mögliche Konflikte wurden u. a. dadurch frühzeitig gelöst, dass der Komoderator nicht mehr am Qualitätszirkel teilnahm. Die Fragestellungen des Fachhochschulprojekts haben aber u. a. über die beteiligte Projektmitarbeiterin wieder Eingang in den Qualitätszirkel gefunden (zum Beispiel durch Fragebogen zur Klientenzufriedenheit und durch Dokumentationsbögen). Nach Ausscheiden der Moderatorin aus der Fachhochschule hat der Leiter des Qualitätsmanagementprojekts die Moderation des Qualitätszirkels wieder übernommen.

Die Vorsicht und Unsicherheit der Teilnehmerinnen haben die Entwicklung des Qualitätszirkels ebenfalls maßgeblich bestimmt. So hat sich die Gruppe dem konkreten Alltagsbezug der Qualitätszirkelarbeit anfangs verschlossen. Erst im Laufe der Sitzungen gelang es, gegenseitige Offenheit und eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen. Die starke Beschäftigung mit aktuellen berufspolitischen Fragen hat möglicherweise zur Solidarisierung unter den Teilnehmerinnen beigetragen. Doch haben es diese Umstände der jungen Moderatorin erschwert, die Arbeitsprinzipien des Qualitätszirkels in diesem Kreis umzusetzen, sodass sie sich mehrmals sehr unzufrieden mit der Gruppe und auch mit ihrer eigenen Moderation zeigte. Als die Moderatorin rigorosere versuchte, die Arbeitsweise des Qualitätszirkels durchzusetzen, gefiel ihr die notwendige dirigistische Rolle nicht, wohingegen die Teilnehmerinnen diese offenbar gut annahm (Protokoll 6, KB Teilnehmerinnen 6).

Im Durchschnitt fielen die Bewertungen der Treffen durch die Teilnehmerinnen schlechter aus als in anderen Zirkeln. Dennoch äußerten alle Teilnehmerinnen zum Ende der Projektlaufzeit hin den Wunsch, den Qualitätszirkel fortzusetzen.

Arbeitsweise

Die Themenvorschläge des ersten Treffens (beispielsweise „Beratungsqualität“, „Akquise von Patienten“, „Therapieerfolg“, „Klientenzufriedenheit“, „Dokumentation der Arbeit“) wurden beim folgenden Treffen aufgegriffen, sortiert, ergänzt und mit Punkten bewertet. Es stellte sich heraus, dass gerade für die selbstständigen Beraterinnen das Thema „Wie bekomme ich Klienten?“ von großer Bedeutung war. Für die Zirkelarbeit einigte sich die Gruppe zunächst auf das Thema „Therapieerfolg: Wie kann man ihn messen? Wie können die Ergebnisse genutzt werden?“. Es wurden mögliche Indikatoren gesammelt, durch die der Therapieerfolg bestimmt oder gemessen werden kann: u. a. durch „Veränderung der medizinischen Parameter“, „Patienten-/Klienten-Zufriedenheit“, „Ver-

änderung der subjektiven Lebensqualität“ und „Rückmeldung von Ärzten/Kooperationspartnern“. Im Verlauf dieser Sammlung wurden von den Teilnehmerinnen darüber hinaus Aspekte genannt, die den Therapieerfolg positiv oder negativ beeinflussen könnten und insofern ebenfalls betrachtet werden müssen, zum Beispiel „Soziales Umfeld“, „Motivation des Patienten/Klienten“, „Methoden(-vielfalt) und Zufriedenheit des Beraters“.

Die Gruppe beschloss, eine Bestandsaufnahme anhand bereits vorliegender Dokumentationsbogen durchzuführen, die sich vorwiegend an medizinischen Parametern orientierten. Auf dieser Grundlage wurden Erkenntnisse gesammelt und Modifikationen der Bogen vorgenommen. In einem nächsten Schritt sollten diese Bogen von den Ernährungsberaterinnen eingesetzt und Veränderungen in der Alltagspraxis diskutiert werden. Hierzu ist es jedoch im Rahmen des Modellprojekts nicht mehr gekommen, obwohl die Gruppe die selbst gesetzten Unterthemen sehr zügig bearbeitete. Fallbeispiele dienten zunächst eher der Veranschaulichung.

Von der fünften Sitzung an versuchte die Moderatorin intensiv, die Gruppe zur fallbezogenen Arbeit zu bewegen. Es war offenbar schwierig, eine vertrauensvolle Gruppenatmosphäre herzustellen, in der die einzelnen Ernährungsberaterinnen ihre Arbeit ein Stück weit zur Diskussion und möglicherweise auch der Konkurrenz zur Verfügung stellen mochten. Dass dies dennoch gelang, ist auf die Beharrlichkeit der Moderatorin und die Fallvorstellung einer Teilnehmerin zurückzuführen, die in der sechsten Sitzung mit einer in die Gruppe gegebenen eigenen aktuellen Problemstellung eine Eisbrecherfunktion übernahm.⁵⁰

Arbeitsweise am konkreten Beispiel

In der achten Sitzung wagte eine Teilnehmerin, einen von ihr selbst entwickelten und bereits angewandten Fragebogen zur Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten vorzustellen. Sie bekam positive Rückmeldung von den Zirkelteilnehmerinnen, aber auch Verbesserungsvorschläge. Einige Teilnehmerinnen nahmen sich vor, künftig ähnliche Erhebungsbogen in ihrer Arbeitspraxis einzusetzen (Protokoll 8). Beim neunten und letzten (im Projektzeitrahmen durchgeführten) Treffen kam es zu einer Fallvorstellung, nachdem zwei Teilnehmerinnen ausführlich über ihre Erfahrungen in der Behandlung von Bulimie und Anorexie berichtet hatten und auf die enge Verzahnung zur Psychotherapie hinwiesen. Die Patientin war mit der Indikation „Anorexie“ zu der Fallvorstellenden in die Beratung gekommen. Als persönliches Ziel hatte sie Gewichtszunahme ange-

50 In einem Fall orthopädischer Rehabilitation lag keine einheitlich ernährungsbedingte Indikation vor. Die Vorstellende konnte in ihrer Beratungssituation keine medizinischen Parameter zur Messung ihres Therapieerfolges heranziehen. Ihre Frage im Qualitätszirkel war, wie sie weiter vorgehen und ihren Therapieerfolg messen könne. Aus dem Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen Lösungsvorschläge, wie zum Beispiel „den Patienten aktiv in die Stundengestaltung miteinzubeziehen“, „den Hintergrund für die Ernährungsberatung in der orthopädischen Reha näher zu bringen“, „mit dem untersuchenden Reha-Arzt sprechen“ und „bestimmte offene oder halbgeschlossene Fragebogen einzusetzen“ (Protokoll 6).

geben. Auf den Rat der Oecotrophologin, einen Psychotherapeuten bzw. eine Psychotherapeutin in die Behandlung einzubeziehen, reagierte die Patientin nicht. Diese füllte die Ernährungsprotokolle sehr genau aus, was die Beraterin auch bei anderen anorektischen Patientinnen und Patienten beobachten konnte, kam aber nach einigen Sitzungen nicht mehr. Als sie sich einige Monate später wieder mit dem Wunsch nach Therapie bei der Beraterin meldete, stellte diese ihr die Bedingung, zeitgleich in psychotherapeutische Behandlung zu gehen. Mit dieser Vorgehensweise stimmten die Zirkelteilnehmerinnen, die Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten dieser Indikation hatten, anscheinend alle überein. Kontrovers diskutiert wurde der selbstkritische Einwand der Vorstellenden, dass es ein Fehler von ihr gewesen sei, die Patientinnen und Patienten bei den einzelnen Sitzungen gewogen zu haben. Aus der Gruppe kam der Einwand, dass Gewichtsangaben bei dieser Indikation doch enorm wichtig seien, wohingegen die Ernährungsberaterinnen, die Erfahrungen mit dieser Indikation hatten, sich einig waren, dass diese Patientinnen und Patienten die Messwerte manipulieren würden, beispielsweise durch übermäßige Flüssigkeitsaufnahme.

Ergebnisse der Abschlussbefragung

Alle Teilnehmerinnen hielten den Qualitätszirkel für ein geeignetes Instrument der Qualitätssicherung in ihrem Arbeitsbereich. Drei Teilnehmerinnen konnten sich auch vorstellen, eine Initiative zur Gründung eines Qualitätszirkels zu unterstützen oder selber eine Moderatorenausbildung zu durchlaufen.

Nach wie vor wurden als Teilnahmemotiv „berufspolitische Überlegungen“ und der „Anschluss an die Forschung“ genannt, tendenziell häufig auch die „Selbstreflexion“; wohingegen „kollegiale Supervision“ weniger als in anderen Zirkeln im Vordergrund stand. Die Bedeutung des Fallbezugs wurde hier besonders gewürdigt. „Emotionaler Rückhalt für die tägliche Arbeit“ und „Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner“ spielten eine geringere Rolle. Betont wurde als Hindernis von Qualitätszirkelarbeit ein „Mehraufwand durch Dokumentation“. Die Gruppenatmosphäre insgesamt wurde tendenziell negativer eingeschätzt als in anderen Zirkeln.

Stärken

- ▲ Die besonderen Stärken lagen in der Erfüllung der Merkmale zur Gruppendynamik und (nach anfänglichen Schwierigkeiten) aller Merkmale zur Arbeitsweise.
- Die Themenwahl war praxisorientiert. Durch stringente Themenbearbeitung gelangte die Gruppe zu vielen inhaltlichen Ergebnissen.
- Die Gruppenarbeit besteht fort.⁵¹
- Es fand ein intensiver Gruppenprozess statt – nicht zuletzt durch die resolute Hinführung zur Fallarbeit durch die Moderatorin. Die Teilnehmerinnen mussten erst

⁵¹ Der Qualitätszirkel setzte seine Arbeit weitere zwei Jahre fort und wurde dann aufgrund fehlender Zeit von Moderatorin bzw. Moderator und Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgelöst. (Persönliche Mitteilung der früheren Moderatorin.)

erfahren, was sie davon haben, sich und ihre Dokumentationen in die Gruppe einzubringen. Die Vorteile des Erfahrungsaustausches wurden u. a. durch eine bahnbrechende Fallvorstellung erfahrbar.

- Der Qualitätszirkel bot insbesondere den „Einzelkämpferinnen“ unter den Ernährungsberaterinnen Möglichkeiten des Erfahrungsaustausches, die zunehmend genutzt wurden.⁵²

Schwächen

- ▲ Eine Schwäche zeigte dieser Zirkel in den Strukturmerkmalen hinsichtlich der relativ hohen Fluktuation der Teilnahme.
- Die Einbindung in unterschiedliche Projektrahmen erschwerte eine „Bottom-up“-Herangehensweise.
- Konkurrenzbeziehungen bewirkten eine anfängliche Zurückhaltung der Teilnehmerinnen.
- Da die Diskussion aktueller berufspolitischer Themen in diesem Qualitätszirkel eine wichtige Funktion hatte, bestand immer wieder das Problem, diesen Bereich zugleich zu berücksichtigen und zu begrenzen. Als die Themen noch am Anfang der Sitzungen besprochen wurden, drohte die inhaltliche Arbeit dadurch zu kurz zu kommen. So verlagerte man den Punkt „Aktuelles“ auf das Ende der Sitzungen.

Fazit

Die erfolgreiche gruppensdynamische Entwicklung dieses Zirkels zeigt den hohen Stellenwert der Gruppenkonstanz an. So beschlossen die Teilnehmerinnen bei der Fortsetzung des Zirkels unter anderer Moderation, zunächst keine neuen Teilnehmerinnen aufzunehmen.

Auch das regelrechte „Einüben“ des Qualitätszirkelkonzepts erwies sich als äußerst wichtig. Dabei kam die streckenweise direktive Herangehensweise der Moderatorin letztlich bei den Teilnehmerinnen gut an. Wie die Abschlussbefragung zeigte, konnten auch in dieser Gruppe potenzielle Multiplikatorinnen für das Qualitätszirkelkonzept gewonnen werden: Zwei Teilnehmerinnen konnten es sich vorstellen, eigenständig einen eigenen Qualitätszirkel zu initiieren und äußerten Interesse an einer Schulung zur Qualitätszirkelmoderatorin.

8.2.10 Projektzirkel 9: Betriebliche Gesundheitsförderung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universität

Kurzbeschreibung

Dieser institutionsübergreifende interdisziplinäre Qualitätszirkel wurde vom Moderator an einer Universität gegründet, in Kooperation mit einem freien Bildungsträger, der

wiederum schon länger mit der Weiterbildungszentrale der Universität zusammenarbeitete. Der Moderator war seinerseits im Vorstand des freien Bildungsträgers und hat zugleich freiberuflich für die Weiterbildungszentrale der Universität Kurse im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten. Außerdem verfügte er über Erfahrungen in der Moderation von betrieblichen Qualitätszirkeln und der Durchführung von Gesundheitszirkeln.

Die Kerngruppe der Teilnehmenden bildeten die Dozentinnen aus der Erwachsenenbildung, die für den freien Bildungsträger und die Weiterbildungszentrale der Universität Kurse anboten. Nach und nach waren im Zirkel neben der Weiterbildungszentrale immer mehr Abteilungen der Universität vertreten: Sicherheitswesen, Betriebsmedizin, Personalvertretung, Personalleitung, Schwerbehindertenvertretung, Personalentwicklung und der Suchtbeauftragte. Ein weiterer Teilnehmer arbeitete für eine Krankenkasse aus der Region. Auf der Grundlage von einem umfangreichen Themensammler kam es so zu einem interdisziplinären Informations- und Erfahrungsaustausch. Dabei ging es konkret um Gesundheitsförderung am PC-Arbeitsplatz, um Umgang mit diskontinuierlicher Teilnahme an Kursen, Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Kursen der betrieblichen Weiterbildung, Zuständigkeitsprobleme in der Verwaltung, Beratung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Suchtproblemen und deren Vorgesetzten sowie um ungenutzte Synergieressourcen zwischen Arbeitsmedizin und Weiterbildung. Da der Qualitätszirkel in den Sog einer betriebswirtschaftlich orientierten Organisationsumstellung an der Universität geriet, von der Anbieter von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und auch die anderen Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer stark betroffen waren, rückten Erörterungen der bevorstehenden Umstellungen und der Betroffenheit aus unterschiedlichen Sichtweisen in den Vordergrund.

Die Zirkeltreffen fanden am frühen Nachmittag in wechselnden Räumlichkeiten der Universität statt, die ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Teilnahme freistellte. Der Zirkel begann im Juni 2000 und endete im Juni 2001 nach neun Treffen, die in unterschiedlichen Abständen montagnachmittags von 13:30 bis 15:00 Uhr stattfanden. Ein Präsentationstreffen vor Vertreterinnen und Vertretern der Leitungsebene der Universität fand drei Monate später statt.

Die weitere Perspektive der Zirkelarbeit verlief zweigleisig: Zum einen war der Qualitätszirkel als prozessbegleitendes Instrument der Organisationsentwicklung an der Universität sowie eine Neugründung eines universitären Qualitätszirkels weiterhin in der Diskussion. Zum anderen hat der Moderator beim freien Bildungsträger einen Qualitätszirkel zum Thema „Gemeindebezogene Gesundheitsförderung“ initiiert, an dem er als supervidierender Teilnehmer mitwirkte.

52 Eine Teilnehmerin begründete dies „durch Kontrolle und Problembesprechung der eigenen Tätigkeit in der Gruppe; gemeinsames Erarbeiten von Lösungen“.

Ausgangssituation

Durch die bestehenden Verbindungen des Moderators zur Weiterbildungszentrale der Universität und zu Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des freien Bildungsträgers gelang es dem Moderator relativ gut, Teilnehmerinnen und Teilnehmer für den Qualitätszirkel zu gewinnen, wobei die Resonanz an der Universität anfänglich hinter den Erwartungen des Moderators zurückblieb. Nach unterstützenden Schreiben seitens der Leitung der Universität und des Klinikums fanden sich weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Universität im Qualitätszirkel ein. Die formale Unterstützung durch die Universität schlug sich in der Anerkennung des Qualitätszirkels als eine Maßnahme der Weiterbildungszentrale nieder, sodass die Angestellten in ihrer Arbeitszeit am Qualitätszirkel teilnehmen konnten. Auch das Protokoll der Sitzungen konnte über sie versandt werden. Die Dozentinnen des freien Bildungsträgers nahmen in ihrer Freizeit am Qualitätszirkel teil.

Ergebnisse der Eingangsbefragung

Der Moderator wollte durch die Projektteilnahme auch seine berufliche Qualifikation weiterentwickeln und bisherige und zukünftige Erfahrungen in der Gruppenarbeit mithilfe des Qualitätszirkels reflektieren. Seine Befürchtungen bezüglich eines höheren Zeitaufwandes (mehr als zehn Stunden Aufwand für jede Sitzung des Qualitätszirkels) waren möglicherweise seinen Erfahrungen in betrieblichen Qualitätszirkeln und Gesundheitszirkeln geschuldet.

Die Befürchtungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer unterschieden sich nicht auffällig von denen anderer Zirkel. Ihre Motivation zur Teilnahme am Qualitätszirkel war in hohem Maße von „berufspolitischen Überlegungen“ und „allgemeiner Neugier“ gespeist. Deutlich weniger als andere Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer erwarteten sie von der Zirkelarbeit, zu einer „größeren Bewusstheit der eigenen Grenzen“ zu gelangen. Auch fürchteten sie sich weniger vor „Verunsicherung“.

Zusammensetzung der Gruppe

Der Qualitätszirkel begann mit fünf Personen, die mehrheitlich in der Erwachsenenbildung tätig waren. In den folgenden Sitzungen stieg die Personenzahl kontinuierlich an, sodass der Zirkel zum Ende hin eine Gesamtteilnehmerzahl von 18 Frauen und Männern (Protokoll 1–9) aufwies, die jedoch nie alle zugleich anwesend waren. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer erschienen eher unverbindlich als Vertreterinnen und Vertreter ihrer Abteilungen oder einer Krankenkasse. Die freiberuflichen Dozentinnen und die Leiterin der Weiterbildungszentrale, die auch organisatorische Aufgaben übernommen hatte, waren hingegen beinahe bei jeder Sitzung anwesend. Da bis zum siebten Treffen immer wieder neue Personen hinzukamen oder andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer der entsprechenden Abteilungen ablösten, stellte der Moderator mehrmals das Modellprojekt vor. Auch konnte er nicht von der Themensammlung der ersten Sitzung ausgehen, sondern erweiterte den Themensammler entsprechend der Erweiterung des Personenkreises. Die Alters- und Geschlechtsverteilung entsprach mit geringen Abweichungen der Gesamtgruppe.

Gruppendynamik

Die Gruppendynamik wurde in erheblichem Maße von der Veränderung der Struktur der Teilnehmerinnen und Teilnehmer geprägt. Nur ein kleiner harter Kern machte den gesamten Zyklus des Qualitätszirkels mit. Diese Teilnehmenden mussten aber ihrerseits erkennen, dass die anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht dieselbe Verbindlichkeit empfanden wie sie selbst (KB 3, Stand der Qualitätszirkelarbeit 4). Der Moderator sah in den wachsenden Zahlen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eher ein positives Echo aus der Universität, auch wenn er die Gruppenarbeit durch die diskontinuierliche Teilnahme gestört sah (Stand der Qualitätszirkelarbeit 3–5). Zudem merkte er nach der siebten Sitzung kritisch an, dass er nicht vorab informiert wurde, wenn neue Personen hinzukamen (Protokoll 7).

Mit der Veränderung der Struktur der Teilnehmerinnen und Teilnehmer kam es zu einer Verlagerung der Schwerpunkte von freiberuflichen Dozentinnen und Dozenten des freien Bildungsträgers hin zu den Angestellten der Universität und damit auch zu einer Verlagerung der inhaltlichen Schwerpunkte. Die Erwartungen des Moderators veränderten sich in Richtung der Organisationsentwicklung an der Universität (Protokoll tn Beob. 2). Die Erwartungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren generell relativ gering ausgeprägt und offenbar eher auf den sachlichen Ertrag der Gruppenarbeit ausgerichtet, dessen Bewertung sich gerade in den ersten Sitzungen in den Gesamtbeurteilungen stärker niederschlugen (KB Tn 1).

Arbeitsweise

Die zu Beginn der Zirkelarbeit zusammengestellte Liste der zu besprechenden Themen entsprach der Vielfalt der Interessen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Protokoll 2). Die Themensammlung wurde später in differenzierter Form erstellt, die näher an der Arbeitswirklichkeit der Teilnehmenden orientiert war und deren Bearbeitung eher Ergebnisse erwarten ließ (Protokoll 2). Die Themensammlung wurde mit dem Hinzukommen weiterer Teilnehmerinnen und Teilnehmer entsprechend erweitert. Bemerkenswert ist die umfangreiche Protokollierung durch den Moderator, der dafür immer wieder Stichworte auf Kärtchen festhielt. Erst in der achten Sitzung kam bei ihm der Wunsch nach einem „protokollierenden Beisitzer“ auf (Protokoll 8).

Zum Einstieg in die inhaltliche Arbeit wurde das Thema „Arbeitsplatz PC“ gewählt und anhand der konkreten Alltagserfahrungen der Anwesenden diskutiert. Über die Sitzung hinaus wurden dazu Informationen in die Runde gegeben. Zum vierten Treffen versuchte der Moderator, die arbeitsalltagsbezogene Fallarbeit in den Fokus der Arbeit im Qualitätszirkel zu stellen, worauf einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Zurückhaltung reagierten. Aus der Erinnerung heraus wurden zwar viele Fallbeispiele eingebracht, die Diskussionen führten jedoch zu Ergebnissen bezüglich allgemeinerer Fragen, wie folgender Einblick in einen Sitzungsablauf zeigt, in dem es zunächst um Teilnahmekontinuität in Weiterbildungskursen geht.

Arbeitsweise am konkreten Beispiel

Eine Teilnehmerin brachte ihr Übersichtswissen ein: Weiterbildungen in den Bereichen „Fachkompetenz“ und „Methodenkompetenz“ erfreuten sich reger Nachfrage und hoher Verbindlichkeit, während in den Bereichen „Soziale Kompetenz“ und „Gesundheit/Medizin“ eher unterschiedliche Nachfrage mit insgesamt geringer Verbindlichkeit herrschte. Die Teilnehmerin nahm sich vor, die Kursabbrecherinnen und -abbrecher systematisch zu erfassen. Eine weitere Teilnehmerin berichtete von ihrem Angebot „Vorbeugung Kopfschmerz/Migräne“, das eine durchgehend hohe Teilnahmequote aufweise, wobei auffällig viele Frauen dieses Angebot wahrnahmen. In der Diskussion stellte sich heraus, dass die Geschlechterverteilung im Zielgruppenbereich des Weiterbildungsangebotes nicht bekannt war, wodurch sich ein Teilnehmer angeregt fühlte, diese herauszufinden. Es wurde Bedarf an geschlechtsspezifischen Konzepten gesehen. Zum Thema Verbindlichkeit erfolgten mehrere Vorschläge von „Eigenbeteiligung an den Kosten“ bis hin zu „Evaluationsbogen durch den genehmigenden Vorgesetzten“. Mit der Bemerkung „Mit der Einführung von SAP wird sowieso alles anders, weil dann die Abteilungsleiter Budgets bekommen, die sie selbstständig führen.“ wurde ein neues Thema angeschnitten, das die folgenden Sitzungen dominieren sollte und Ausdruck einer Organisationsveränderung war, die alle betraf. Nun tauchten Fragen auf wie: „Was ist SAP⁵³?“, „Welche Bedeutung hat diese kaufmännische Umorganisation für Maßnahmen der Weiterbildung und Personalentwicklung?“ und „Welchen Platz hat hier noch Gesundheitsförderung?“ In einer späteren Sitzung ließ ein Expertenvortrag zur Einführung von SAP die Gruppenarbeit in „Erörterungsmuster“ (so der Moderator) zurückfallen; kritische Aspekte wurden kaum beleuchtet. Die neunte Sitzung eröffnete der Moderator mit einem Referat über den Stellenwert betrieblicher Gesundheitsförderung als Bestandteil der beruflichen Bildung in großen Organisationen. Er antwortete damit in gewisser Weise dem Expertenvortrag der vorangegangenen Sitzung mit der eigenen Expertenschaft als betrieblicher Gesundheitsförderer.

Der Qualitätszirkel einigte sich auf die Durchführung eines Präsentationstreffens. Neben den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Qualitätszirkels und dem Moderator waren die Projektleiterinnen und -leiter des Pilotprojekts und einige Vertreterinnen und Vertreter der Leitungsebene anwesend. Hier wurden einige Ergebnisse des Qualitätszirkels aus den Falldiskussionen der mittleren Phase der Zirkelarbeit dargestellt.

Ergebnisse der Abschlussbefragung

„Einblicke in die eigene Tätigkeit“ sind erwartungsgemäß im geringeren Maße vom Qualitätszirkel ausgegangen; „kollegiale Supervision“ spielte eine untergeordnete,

53 SAP ist eine Abkürzung für „Systems, Applications, Products in Data Processing“. Es handelt sich hierbei um eine Software, die Prozesse in Unternehmen und über Unternehmensgrenzen hinweg integrieren soll. Ziel von SAP ist die leichtere kaufmännische Vergleichbarkeit von Abteilungen. Durch die Einführung eines innerbetrieblichen kaufmännischen Rechnungswesens sollen Möglichkeiten zur Verrechnung von Leistungen geschaffen werden, die die Abteilungen wechselseitig erbringen.

„berufspolitische Überlegungen“ hingegen eine eher stärkere Rolle. Dennoch hielten fast alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Qualitätszirkel für ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung in ihrem Arbeitsbereich: Immerhin sieben von zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmern dieses Zirkels konnten sich vorstellen als Moderator bzw. Moderatorin oder Initiatorin bzw. Initiator das Qualitätszirkelkonzept weiterzutragen, also wurde anscheinend die potenzielle Bedeutung dieses Konzepts in einem neuen Feld vermittelt. Einige betonten die Vorteile ähnlicher Tätigkeitsbereiche der Teilnehmenden für die Arbeit im Qualitätszirkel, andere sahen gerade „den Austausch mit verschiedenen Fachkräften und deren Blickwinkel als äußerst bereichernd“.

Stärken

- ▲ Stärken bestanden in einzelnen Strukturmerkmalen wie der Protokollführung.
- Die Gruppe erfuhr zunehmend Beachtung. Anscheinend bestand auch ein starker Kooperationsbedarf, der durch bisherige Arbeitsformen nicht befriedigt werden konnte.
- Der Zirkel bot moderierte Austausch- und Vernetzungsmöglichkeiten angesichts der erheblichen Irritationen in einer organisatorischen Umbruchphase, der sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgeliefert sahen.
- Die beiden „Zweige“ des Projektzirkels wirkten fort: An der Universität wurde die weitere Einrichtung von Qualitätszirkeln ins Gespräch gebracht, beim freien Bildungsträger wurde bereits ein institutionsübergreifender interdisziplinärer Qualitätszirkel zum Thema „Gemeindebezogene Gesundheitsförderung“ initiiert.

Schwächen

- ▲ Schwächen der Konzeptumsetzung bestanden in der Erfüllung struktureller, gruppendynamischer Merkmale und in der Arbeitsweise.
- Die diskontinuierliche Teilnahme und die unterschiedlichen Positionen und Perspektiven der Teilnehmerinnen und Teilnehmer standen einer vertrauensvollen Fallarbeit ggf. im Weg.
- Die Verknüpfung von Themen und Fallarbeit ist nur bedingt gelungen: Bei einigen Sitzungen haben die Fälle die Themen bestimmt; bei anderen Sitzungen sind die Themen ohne dokumentierte Fälle aus der Alltagspraxis diskutiert worden.
- Die Dokumentation des Alltagshandelns und die daraus potenziell resultierenden Verbesserungen des Weiterbildungsangebotes rückten eher in den Hintergrund, da der Stellenwert der Weiterbildung durch die Veränderungsprozesse tendenziell in Frage gestellt wurde. Um das akute Informationsbedürfnis zu stillen, wurde über einen längeren Zeitraum hinweg die Qualitätszirkelarbeitsweise verlassen.
- Die Interessenschwerpunkte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren unterschiedlich: Die Dozentinnen und Dozenten des freien Bildungssträgers waren eher als Anbieterinnen und Anbieter an der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung an der Institution interessiert. Die „Nachfrager“ dieses Angebotes nahmen zwar ebenfalls am Qualitätszirkel teil, verliehen diesem aber im Zuge der Umstrukturierung der Universität (symbolisiert in der SAP-Einführung) einen anderen Sinn. Auch der Moderator verstand den Qualitätszirkel zunehmend als mögliches Instrument der

Organisationsentwicklung und löste sich somit – der Tendenz in der Gruppe folgend – von den Interessen einiger Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Qualitätszirkels. In den Qualitätskreislauf stieg der Zirkel nur ansatzweise auf der Ebene der Fallarbeit ein.

Fazit

Der Kern der fast kontinuierlich anwesenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Erwachsenenbildung trug die Phase der fallbezogenen Arbeit. Ihre Bereitschaft, sich auf die Arbeitsweise im Qualitätszirkel einzulassen und von der Interdisziplinarität zu profitieren, schien relativ groß zu sein.⁵⁴ Der Abschlussbefragung zufolge kamen mehr als zwei Drittel der Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren des Konzepts in Frage, haben sie doch entweder Interesse an einer eigenständigen Zirkelinitiierung oder an einer Schulung zum Qualitätszirkelmoderator bzw. zur -moderatorin (oder an beidem) geäußert.

Die Heterogenität der weiter wachsenden Gruppe, die Unverbindlichkeit der neuen Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie die Interessenkonflikte in der Gruppe ließen dies offenbar nicht zu. Die institutionelle Umbruchphase wirkte sich stark auf die Inhalte der Zirkelarbeit aus.

Die Schwierigkeiten dieser Zirkelarbeit zeigen, wie wichtig es ist, den Gruppenfindungsprozess in der Anfangsphase formal abzuschließen und somit einen verbindlichen Teilnehmerkreis zu sichern, eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen und auf eine stringente Themenwahl und -bearbeitung hinzuwirken.

8.2.11 Projektzirkel 10: Interdisziplinärer Qualitätszirkel regionaler Gesundheitsförderung

Kurzbeschreibung

In diesem institutionsübergreifenden interdisziplinären Qualitätszirkel trafen sich in unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsförderung eines Kurortes tätige Personen, die dort zumeist leitende Funktionen ausübten: die Leiterin einer Kontakt- und Informationsstelle im Selbsthilfebereich (KISS), eine Leiterin einer bundesweit tätigen Selbsthilfeorganisation, eine Altenheimleiterin, die Leiterin eines ambulanten Pflegedienstes, die Leiterin einer Kindertagesstätte, eine Vorsitzende eines Sportvereins und pensionierte

⁵⁴ So stellten Teilnehmerinnen aus dem Bildungsbereich in der Abschlussbefragung fest: „Speziell für die Dozententätigkeit bieten sich Qualitätszirkel an, da diese Angebote ständig optimiert werden können und sollen.“

Und: „Der Austausch mit verschiedenen Fachkräften und deren Blickwinkel ist äußerst bereichernd und erhöht die Umsetzbarkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Realität. Erweiterung des eigenen Horizonts und dadurch Verbesserung der eigenen Arbeit; raus aus den eigenen Nischen.“

Schulleiterin, eine Dozentin für Sportwissenschaften, eine Hebamme, ein Apotheker und ein Pastor. Der Moderator arbeitete als niedergelassener Allgemeinarzt im Kurzentrum und hatte langjährige Erfahrungen in Balintgruppen und ärztlichen Qualitätszirkeln sammeln können. In seiner Berufspraxis hatte er die Erfahrung machen müssen, dass gerade die Zusammenarbeit von verschiedenen, an der Versorgung von Patienten beteiligten Institutionen nur mangelhaft funktionierte und sah nun im Instrument Qualitätszirkel eine Chance zur Verbesserung der Kooperation und Vernetzung. So bildete die Schnittstellenproblematik im Gesundheitswesen das Rahmenthema dieses Qualitätszirkels, das die Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch die Vorstellung unterschiedlicher Arbeitsfelder anhand von konkreten Fällen ausmalten. Von den Darstellungen und Diskussionen gingen konkrete Impulse aus, beispielsweise zur Initiierung einer Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige, für die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und örtlichem Krankenhaus und zur Gründung eines Hospizvereins.

Der Qualitätszirkel traf sich im Projektzeitraum von Juni 2000 bis Juni 2001 insgesamt neunmal mittwochs um 16:30 Uhr für zirka zweieinhalb Stunden am späten Nachmittag. Das Kurzentrum, in dem der Moderator seine Praxis betrieb, stellte Räumlichkeiten und Tagungstechnik. Einmal traf sich die Gruppe in den Räumlichkeiten einer Kindertagesstätte, die eine Teilnehmerin präsentierte. Da die Teilnehmerinnen und Teilnehmer leitende Positionen in ihren Institutionen hatten, war ihre Freistellung relativ unproblematisch, auch wenn ihr Zeitbudget dadurch nicht entlastet war.

Ausgangssituation

Die Gewinnung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erwies sich als nicht ganz einfach. Die Anfrage bei Institutionen führte eher zu unverbindlichen Absichtserklärungen, während die persönliche Ansprache von potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern schneller Erfolg hatte (Stand der Qualitätszirkelarbeit 1). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kannten sich untereinander teilweise noch gar nicht.

Ergebnisse der Eingangsbefragung

Der Moderator befürchtete zwar, dass ihm die Moderation des Qualitätszirkels „über den Kopf wachsen könnte“, aber er hoffte hier auf entsprechende Unterstützung aus der Projektgruppe. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer äußerten zunächst Erwartungen, die denen anderer Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer entsprachen. Dem „Erfahrungsaustausch mit Kollegen“ wurde als Motivation wenig Bedeutung beigemessen. Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung wurde tendenziell als weniger notwendig eingestuft. Vom Moderator wurde eher nicht erwartet, dass er Konflikte in der Gruppe schlichten sollte.

Zusammensetzung der Gruppe

Der Qualitätszirkel war hinsichtlich der Arbeitsbereiche der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sehr heterogen zusammengesetzt. Gemeinsam war ihnen hingegen, dass sie darin leitend tätig und hochqualifiziert waren, was der Moderator explizit bemerkte

(Protokoll 1). Die Altersstruktur unterschied sich von der anderer Projektzirkel dahingehend, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer durchschnittlich etwas älter waren (Eingangsbefragung). Die Zahlen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer schwankten zwischen fünf und neun Personen, die aus einer Gruppe von anfänglich elf Frauen und Männern stammten. Eine Teilnehmerin verließ die Gruppe nach dem dritten Treffen.

Gruppendynamik

Der Moderator sah sich von Beginn an unter dem Druck, ein guter Moderator (oder Supervisor?) zu sein und das Qualitätszirkelkonzept zu vermitteln. Dieser Druck dürfte durch die hohe Qualifikation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die alle gewohnt waren, leitende Funktionen auszuüben, noch verstärkt worden sein. So nahm ein Teilnehmer die Moderation ein Stück weit in die Hand, indem er gegen Ende der Zirkeltreffen ein Resümee ziehen wollte, statt mit einer angekündigten Fallvorstellung die inhaltliche Arbeit fortzusetzen. Dieses Resümee schloss dann die gesamte Zirkelarbeit in der neunten Sitzung etwas unvermittelt ab. Auch angesichts der ausgeprägten Heterogenität der Struktur der Teilnehmerinnen und Teilnehmer war es keine leichte Aufgabe für den Moderator, dieser Gruppe zu einer befriedigenden Arbeit zu verhelfen.

In der Abschlussbefragung sah er die Aufgaben des Moderators eher in der gruppendynamischen Strukturierung, während die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hohe Erwartungen hinsichtlich inhaltlicher Vorgaben hatten (Abschlussbefragung der Tn). Insofern haben die Teilnehmenden und der Moderator tendenziell aneinander vorbei agiert. Die Gruppenatmosphäre wurde aber davon nur wenig beeinträchtigt. Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Moderator bewerteten diese fast durchweg am besten. In der dritten Sitzung sind zwar leichte Konkurrenzen unter den Teilnehmenden deutlich geworden, die aber der produktiven Arbeit auch in dieser Sitzung nicht im Wege gestanden haben (Protokoll tn Beob.).

Arbeitsweise

Der Qualitätszirkel fand sich unter dem sehr weit gefassten Thema „Gesundheitsförderung in einem Kurort“ zusammen. Der Struktur der Teilnehmerinnen und Teilnehmer folgend wurde dieses Thema auf die Schnittstellenproblematik eingengt. Da alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus sehr unterschiedlichen Arbeitsfeldern stammten, aber als jeweilige Leiterinnen und Leiter ihrer Einrichtung deren Kooperationsbeziehungen strukturierten, war diese Themenwahl durchaus nachvollziehbar. In den folgenden Sitzungen skizzierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Institution und deren Arbeitsbereiche, wobei die Fallvorstellungen vorwiegend der Illustration des Arbeitsfeldes oder der problematischen Kooperationsbeziehungen zu anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens dienten. Von den Vorstellungen gingen zumeist Impulse aus, die zu mehr Zusammenarbeit und Vernetzung führen sollten. Da der Qualitätszirkel etwas abrupt mit dem neunten Treffen endete, wurden die Umsetzungen der Veränderungsvorschläge nicht weiter evaluiert.

Arbeitsweise am konkreten Beispiel

Als die Leiterin einer Selbsthilfegruppe ihre umfangreichen Aktivitäten schilderte und ihren Wunsch nach Entlastung von der Büroarbeit sowie Verbesserung der Kooperation mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten äußerte, erfuhr sie aus dem Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer Verständnis und unterstützende Hinweise. Inhaltlich wurde die Fallvorstellung jedoch nicht vertieft oder zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgegriffen. Stattdessen wurde die Fallvorstellung der nächsten Sitzung bestimmend für das Thema, das die Gruppe verfolgte. Von der anfänglichen Moderationsmethode, die vorstellenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach der Fallvorstellung und Klärung von Fragen vorübergehend aus der Gesprächsrunde auszuschließen und sie dann erst zu den Anmerkungen und Anregungen der anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer Stellung nehmen zu lassen, wurde im Laufe der Sitzungen wieder Abstand genommen.

Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten sich zur Vorstellung Notizen gemacht. Eine KISS-Leiterin versuchte, einen Ausschnitt ihrer Arbeitspraxis über ein Rollenspiel zu vermitteln: In diesem Rollenspiel spielte die Teilnehmerin sich selbst, ein Teilnehmer übernahm die Rolle eines Behördenvertreters. Beide stellten eine Situation nach, in der die Selbsthilfberaterin versuchte, Hilfe für einen suizidalen Klienten bei einer Behörde zu bekommen. Der „Behördenvertreter“ wehrte aber dieses Hilfesuch ab und erklärte sich für nicht zuständig. Dies entsprach dem tatsächlichen Verlauf. Allerdings war im Realkontakt am nächsten Tag ein weiteres Telefonat erfolgt, in dem die Selbsthilfberaterin so viel Druck ausübte, dass die Behörde doch zu einer Hilfeleistung bereit war. Im Rollenspiel gelang es, nach Einschätzung des Moderators, die Situation für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nachvollziehbar zu machen, jedoch lieferte die vorstellende Teilnehmerin die Lösung der Situation gleich mit (Protokoll 5).

Die als Leiterin der KISS aktive Teilnehmerin bat in einer Qualitätszirkelsitzung darum, ihr Projekt vorstellen zu dürfen, das sich in einer Vorbereitungsphase befand. Da dieses Projekt zum Ziel hatte, die Zusammenarbeit zwischen einem Krankenhaus und dem Selbsthilfebereich zu stärken, konnte so das Thema „Schnittstellenproblematik“ an einem konkreten Fall diskutiert werden. Gezielte Fragen aus dem Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben der Vorstellenden die Möglichkeit, sich intensiv auf einen Vorbesprechungstermin mit der Klinikverwaltung vorzubereiten. Die Gruppe nahm sich vor, dieses Projekt auch in Zukunft zu begleiten und zu fördern.

Ergebnisse der Abschlussbefragung

Von diesem Qualitätszirkel gingen offenkundig Impulse zur Verbesserung der Versorgung in der Region aus. Andererseits war der Moderator relativ unzufrieden mit seinem Qualitätszirkel und seiner Moderation (BS 2–6). Diese Einschätzung trug möglicherweise dazu bei, dass er die Erfolge und Chancen der Arbeit des eigenen Qualitätszirkels etwas zu wenig wahrgenommen hat, so auch die Signale zur Fortsetzung des Qualitätszirkels seitens der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Protokoll 9, Abschlussbefragung Moderator, BS 6). Von den Teilnehmenden wurde durchaus der Wunsch geäußert, den Quali-

tätszirkel fortzusetzen. Auch hielten alle Teilnehmerinnen und 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 diesem Qualitätszirkel gelungen, spezifische Vorteile der Qualitätszirkelarbeit zu vermitteln. Weniger als in anderen Zirkeln gaben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, dass die Zirkelarbeit ihr Verständnis von Gesundheitsförderung erweitert habe. Vom Moderator erwarteten sie in besonderem Maße inhaltliche Vorgaben. Letztendlich waren sie weniger zufrieden mit der Unterstützung durch den Moderator und tendenziell mit dem sachlichen Ertrag ihrer Zirkelarbeit insgesamt.

Stärken

- ▲ Die besonderen Stärken lagen in der Erfüllung der Strukturmerkmale und der Merkmale zur Gruppendynamik.
- Trotz der heterogenen Zusammensetzung des Zirkels bestand Offenheit für eine supervisorische Arbeitsweise in der Gruppe.
- Der pragmatische Anspruch engagierter Teilnehmerinnen und Teilnehmer führte zu handfesten Ergebnissen.
- Der Vernetzungsgedanke als roter Faden der Zirkelarbeit blieb bestehen.

Schwächen

- ▲ Schwächen zeigte dieser Zirkel in der Arbeitsweise.
- Fallarbeit und Themenbezug waren nicht stringent, sondern ergaben sich von Treffen zu Treffen.
- Das Ende der Zirkelarbeit wirkte wie vorzeitig herbeigeführt.
- Nicht alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben ihren Arbeitsbereich vorgestellt. Vorgestellte Fälle wurden kaum wieder aufgegriffen, sodass die Ergebnisse der Fallvorstellungen nicht mehr von der Gruppe begleitet werden konnten.

Fazit

Die Zirkelarbeit wurde hier durch die Ausgangslage erschwert, dass die Erwartungen und Ansprüche von Gruppe und Moderator in unterschiedliche Richtungen gingen. Die Erfahrungen dieses Zirkels weisen auf den hohen Stellenwert von Coachingmöglichkeiten für den Moderator hin. So geriet er ein wenig in die Sogkraft anderer Gruppenarbeitsformen, die ihm bzw. den Teilnehmerinnen und Teilnehmern vertraut waren, wie die der einmaligen kollegialen Supervision.

Eine intensivere Begleitung durch die Projektgruppe (zum Beispiel durch wiederholte teilnehmende Beobachtung und Nachgespräche) oder durch häufigeres Coaching mit anderen Moderatorinnen und Moderatoren hätte hier möglicherweise helfen können, stringenter nach Qualitätszirkelprinzipien vorzugehen und im Zirkel bereits mit einer gemeinsamen Problemdefinition in den Qualitätskreislauf einzusteigen.

Hervorzuheben bleibt, dass die Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer nicht nur Interesse an der Arbeitsweise gewonnen haben, sondern der Abschlussbefragung zufolge mehrheitlich potenzielle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren des Qualitätszirkelkonzepts sind: Drei von ihnen konnten sich die Initiierung eines eigenen Qualitätszirkels vorstellen, zwei äußerten gar Interesse an einer Schulung zum Qualitätszirkelmoderator bzw. zur Qualitätszirkelmoderatorin.

8.2.12 Projektzirkel 11: Für Dozentinnen und Dozenten im Bereich gesundheitsfördernder Erwachsenenbildung

Kurzbeschreibung

Dieser institutionsübergreifende Qualitätszirkel wurde von der Moderatorin in einem Gesundheitshaus initiiert, wo sie als Ernährungsberaterin und Erwachsenenbildnerin tätig war. Auch die Komoderatorin verfügte über langjährige Erfahrungen in der Erwachsenenbildung. Sie kam als Projektmoderatorin ohne eigenen Zirkel ab der dritten Sitzung hinzu. Die Gruppe wurde durch Kontakte zu Bildungseinrichtungen neu zusammengestellt und setzte sich aus anfangs zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit unterschiedlichen Herkunftsberufen und Tätigkeitsfeldern im Bereich der Erwachsenenbildung wie Ernährung, Bewegung und Entspannung zusammen. Einer der Teilnehmer war kein Dozent, sondern Angestellter und in seinem Referat zuständig für Kurse in der Gesundheitsförderung, also auch für die Einstellung von Dozentinnen und Dozenten. Nachdem sich die Gruppe zunächst intensiv mit Regeln der Zusammenarbeit im Qualitätszirkel bis hin zu Regeln für die Themenbearbeitung und Rückmeldung nach einer Fallvorstellung befasst und sich über Reichweite und Anwendung unterschiedlicher Definitionen von Qualität ausgetauscht hatte, wurden exemplarisch Formen des Umgangs mit unterschiedlichen Belastungssituationen vorgestellt und diskutiert. Die Moderatorinnen legten Wert auf kreativitätsfördernde Herangehensweisen und brachten auch spielerische Elemente in die Zirkelarbeit ein, die zugleich gemeinsam erprobt und reflektiert wurden.

Das Gesundheitshaus unterstützte den Qualitätszirkel, indem es Räumlichkeiten und Verpflegung zur Verfügung stellte, alle anfallenden Kosten übernahm und die Moderatorin für die gesamte Qualitätszirkelarbeit freistellte. Da der Zirkel erst zirka vier Monate später als die anderen Projektzirkel begann, traf er sich anfangs in zweiwöchigen und später in vierwöchigen Abständen, sodass es im Zeitraum von Oktober 2000 bis Juli 2001 zu zehn Treffen kam. Diese fanden dienstagabends zwischen 18.00 und 20.30 Uhr statt.

Ausgangssituation

Zunächst versuchte die Moderatorin, über einen Serienbrief an zirka 400 Erwachsenenbildnerinnen und -bildner einen Teilnehmerinnen- und Teilnehmerkreis zu gewinnen,

in dem sie zu einer Informationsveranstaltung einlud. Diese Vorgehensweise hatte den Nachteil, dass sie schlecht einschätzen konnte, wie viele Interessentinnen und Interessenten zur ersten Informationsveranstaltung kommen würden. Nachdem nur vier Teilnehmer gekommen waren, sprach die Moderatorin mit mehr Erfolg mögliche Teilnehmerinnen und Teilnehmer persönlich an. Die Männer und Frauen kamen aus unterschiedlichen Orten und hatten Anfahrtswege von bis zu 50 Kilometer zu überwinden.

Ergebnisse der Eingangsbefragung

Die Erwartungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wichen nicht von denen in anderen Gruppen ab, außer dass sie tendenziell weniger auf eine „Verbesserung der Beratung der Klienten“ abzielten. Mehr als in anderen Zirkeln wurde von der Moderation erwartet, dass sie sich um den technischen Rahmen kümmern sollte. Deutlich weniger hoch als in anderen Gruppen wurde die Bedeutung des Fallbezugs eingeschätzt. Auch spielte die Machbarkeit als Kriterium für die Themenwahl hier eine untergeordnete Rolle, was sicherlich begünstigte, dass man sich zunächst theoretisch mit Themen der Qualitätssicherung auseinandersetzte.

Zusammensetzung der Gruppe

Der Qualitätszirkel setzte sich aus Erwachsenenbildnerinnen und -bildnern unterschiedlicher Herkunftsberufe und Tätigkeitsfelder zusammen. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren freiberuflich tätig und kamen in ihrer Freizeit. Da ihre Arbeitszeiten sehr unregelmäßig waren, gestaltete sich die Terminplanung relativ schwierig. Einige Personen waren institutionell eingebunden und wurden teilweise vom Arbeitgeber für die Zeit der Zirkelteilnahme freigestellt. Ein Teilnehmer war Angestellter der Stadt und zuständig für Kurse in der Gesundheitsförderung, also potenzieller Arbeitgeber für andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Die Zahl der Teilnehmenden verringerte sich sukzessiv von anfangs zehn auf acht Personen zur dritten Sitzung, dann auf sechs und schließlich auf vier Personen bei den letzten Sitzungen. Obwohl viel Wert auf Verbindlichkeit, also auch auf Absagen bei Nichterscheinen, gelegt wurde, hatten sich beim zehnten Treffen drei Personen nicht abgemeldet, was zu Unmut in der Gruppe führte (Protokoll 10).

Gruppendynamik

Die Gruppendynamik in diesem Qualitätszirkel wurde in hohem Maße von der Struktur der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie dem Selbstverständnis der Moderatorin geprägt. Da die Teilnehmerinnen und Teilnehmer alle selber als Moderatorinnen bzw. Moderatoren oder Dozentinnen bzw. Dozenten in der Erwachsenenbildung tätig waren, erwarteten sie auch von der Mitarbeit im Qualitätszirkel einen Kompetenzzuwachs für diesen Bereich der eigenen Arbeit (Protokoll 1). Auch maßten sie der Aushandlung von Gruppenregeln relativ große Bedeutung bei. So wurden vorab in Kleingruppen Regeln für die Rückmeldungen bei Fallvorstellungen erarbeitet, mit denen sich alle einverstanden erklärten (Protokoll 3, vgl. Abschnitt Arbeitsweise). Kontrovers wurde die Rolle der Moderatorin diskutiert, als diese die Verantwortung für die inhaltlichen Ergebnisse bei

der Gruppe verortete und einen eher „begleitenden“ Moderationsstil einnahm, wie sie ihn aus anderen Gruppenzusammenhängen kannte. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten hingegen die Erwartung, inhaltliche Vorgaben durch die Moderation zu bekommen (Eingangsbefragung Tn).

Die Teilnahme eines potenziellen Arbeitgebers hat die Gleichrangigkeit unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eventuell gestört. Dennoch hat sich eine wohlwollende und unterstützende Gruppenatmosphäre entwickelt. So duzten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie die Moderatorinnen ab der zweiten Sitzung; auch waren die Bewertungen der „Atmosphäre“ in den Kurzbeurteilungen zusammen mit denen der „Moderation“ regelmäßig am höchsten. Die erst zur dritten Sitzung hinzugekommene Komoderatorin wurde freundlich aufgenommen (Protokoll 3).

Arbeitsweise

Der Qualitätszirkel hat sich unter dem sehr weit gefassten Thema „Qualität in der gesundheitsfördernden Erwachsenenbildung“ zusammengefunden. Die Themensammlung der ersten Sitzung führte zu folgenden Themen, die hier entsprechend der Rangordnung nach der Punktabfrage aufgeführt sind: „Was ist Qualität?“, „Qualitätssicherung in der Erwachsenenbildung“, „Erfolgskontrollen in der Prävention“, „Werbung und Darstellung meiner Arbeit“, „Motivation von Erwachsenen/Bewusstseinsveränderungen“, „Selbstbewertung und Selbstreflexion“, „Was wollen unsere Kunden?“

Hier erfolgte eine Einigung auf das allgemeine Thema „Qualität“, das in dieser Form der Bearbeitung im Sinne der Qualitätszirkel eher unzugänglich gegenübersteht. Die Gruppe sammelte Ideen und Materialien zum Qualitätsbegriff und tauschte sich über unterschiedliche Definitionen von Qualität aus. Um sich der praktischen Arbeit an Fallvorstellungen zuzuwenden, wurden dann in den nächsten beiden Sitzungen in Kleingruppenarbeit Regeln für die Zusammenarbeit und für die Rückmeldungen in der Gruppe nach einer Fallvorstellung erarbeitet.⁵⁵ Die folgende erste Fallvorstellung litt dann unter dem Umstand, dass Regeln der Fallvorstellung nicht berücksichtigt wurden: Sie war sehr lang und diente vorrangig der Vermittlung von umfangreichen Informationen über ein erfolgreich durchgeführtes Projekt. Dies gab nach Einschätzung der Moderatorinnen den Widerständen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gegen Falldarstellungen sachliche Nahrung (Moderatorinnen BS 4). Dennoch fanden im Verlauf der Zirkelarbeit drei Fallvorstellungen statt, die eine gute Grundlage für die Arbeit im Qualitätszirkel bildeten, jedoch relativ unverbunden neben anderen Sitzungsinhalten standen. Sie waren teilweise sehr gut schriftlich vorbereitet und auch durch Fragen an die Gruppe strukturiert worden.

⁵⁵ Demnach sollte Kritik „in der Gruppe bleiben“, „sachbezogen“ sein, „sensibel“ vorgebracht werden, „offen und ehrlich sein“, in „Ich-Botschaften gesendet“ und nicht verallgemeinert formuliert werden. Verletzungen sollten auf jeden Fall angesprochen werden.

Arbeitsweise am konkreten Beispiel

Die erste Fallvorstellung hatte möglicherweise eine Eisbrecherfunktion. Die Moderatorin stellte hier ihre eigene Arbeit zur Diskussion. Als Ernährungsberaterin hatte sie eine Veranstaltung zum Thema BSE im Kindergarten mit zahlreichen Eltern und dem gesamten Kindergartenteam durchgeführt und diese als sehr unbefriedigend erlebt. An die Gruppe richtete sie die Fragestellung, wie sie eine solche Unzufriedenheit in Zukunft vermeiden bzw. wie sie mit Unzufriedenheit umgehen könne. Die Gruppe gab eine Reihe von Rückmeldungen wie zum Beispiel „Vorgespräche führen“, „Diskussionsrunden kleiner wählen“ und „am eigenen Anspruch arbeiten“ (Protokoll 4).

Eine weitere Fallvorstellung erfolgte durch eine Teilnehmerin, die arbeitslose Frauen zu Fleischereifachverkäuferinnen ausbildete. Zunächst stellte sie im Qualitätszirkel die Bildungsmaßnahme vor, dann die sehr heterogene Gruppe und speziell drei Auszubildende mit unterschiedlicher Nationalität, Bildung und Motivation. Sie schilderte ihr Vorgehen im Unterricht, formulierte ihre Erwartungen an die Gruppe der Auszubildenden und an sich selbst sowie ihre Probleme, deren Arbeitshaltung zu akzeptieren und nicht die ganze Verantwortung für ihr Ausbildungsergebnis selbst zu übernehmen. Die Rückmeldungen der Zirkelgruppe bezogen sich auf die vier Aspekte Anspruch, Fortbildung, Methoden und Motivation. Beispielsweise wurde der Vorstellenden geraten, die Stärke einer dominierenden Teilnehmerin für sich und die Gruppe zu nutzen, nicht gegen Gruppenwiderstände anzuarbeiten und sich die Unterstützung durch eine Sozialpädagogin und Supervision einzuholen. Bei einer weiteren Falldarstellung stand im Mittelpunkt, dass ein ausgeschriebener Wochenend-Yoga-Kurs nicht zustande gekommen war. Der Fallvorstellende präsentierte zunächst ausführlich seine Institution und die Rahmenbedingungen für Kursangebote. Daraufhin wurde zur Diskussion gestellt, was in der Vorbereitung des Kursangebotes positiv auffiel (zum Beispiel Übersichtlichkeit und die gemeinsame Entwicklung mit der Dozentin) und was weniger günstig schien (zum Beispiel sehr komprimiertes Wochenendangebot und der Ausschreibungstext). Als die Moderation eine so genannte „Kopfstandtechnik“ anwandte, also die Fragestellung dahingehend umdrehte, was passieren müsse, damit auf keinen Fall ein Kurs zustande käme, wurden zahlreiche Punkte gesammelt, wie zum Beispiel „keiner darf davon erfahren“, „nur ja nicht kurzfristig noch mal erinnern“ und „Preisänderungen vorbehalten“.

Kennzeichnend für die Arbeitsweise dieses Zirkels ist somit der Einsatz unterschiedlicher Methoden der Erwachsenenbildung, auf die sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dank ihrer Interessen als Erwachsenenbildnerinnen bzw. -bildner sehr flexibel einließen, die aber zum Teil von der Arbeitsweise eines Qualitätszirkels wegführten, indem sie beispielsweise sehr schnell auf die Ebene der Lösungen führten, ohne zunächst die Regeln des hinter dem Problem stehenden Handelns zu verstehen. In den jeweils den Fallvorstellungen folgenden Sitzungen wurde nicht an die positiv bewertete Arbeitsweise der Fallvorstellung angeknüpft, was mit dem theoretischen Interesse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Protokoll 6) und dem anfangs gewählten allgemeinen Thema „Was ist Qualität?“ zusammenhängen dürfte. Hier gab möglicherweise der bisher unklare Zweck

der Fallvorstellung in der Arbeit eines Qualitätszirkels den Widerständen der Teilnehmenden Nahrung. Die wechselnde Zusammensetzung des Kreises der Teilnehmerinnen und Teilnehmer kann zu dieser eher diskontinuierlichen Arbeit des Qualitätszirkels beigetragen haben, aber auch zugleich Ausdruck dieser Unklarheit sein. Die Moderatorin interpretierte ihre Rolle im Sinne einer Begleiterin einer relativ autonomen Gruppe, sodass Verabredungen von Regeln der gemeinsamen Arbeit einen relativ großen Raum im Qualitätszirkel einnahmen. Arbeitsweise und Ziel der gemeinsamen Arbeit war den Teilnehmerinnen und Teilnehmern möglicherweise nicht so klar vermittelt worden. So ufernte die erste Fallvorstellung aus und machte die Bedeutung der Fallarbeit nicht erfahrbar.

Ergebnisse der Abschlussbefragung

Die „kollegiale Supervision“ spielte nun eine bedeutendere Rolle als Teilnahmemotiv. Von geringerer Bedeutung waren hier Effekte auf die Verbesserung „der Beratung von Klienten“ sowie „des Kontaktes zu Kollegen“. Außergewöhnlich hoch sind die Erwartungen an die Moderation, dass sie sich um den technischen Rahmen zu kümmern habe. In diesem Zirkel werden hohe Kosten als Hindernis der Zirkelteilnahme gesehen, was möglicherweise mit den langen Anfahrtswegen und möglichen Einnahmeausfällen der vorwiegend freiberuflich tätigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer zusammenhängt.

Stärken

- ▲ Die besonderen Stärken lagen in der Erfüllung der Merkmale zur Gruppendynamik eines Qualitätszirkels.
- Der Qualitätszirkel erfuhr eine kontinuierliche Unterstützung durch die Institution „Gesundheitshaus“.
- Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren in Gruppenarbeit erfahren und kreativ. Sie ließen sich flexibel auf Kleingruppenarbeit und ein breites Spektrum an Auflockerungselementen ein.
- Die Komoderatorin wurde sehr gut in die Gruppe integriert. Sie übernahm beispielsweise die Moderation einer Sitzung, als die Moderatorin verhindert war.

Schwächen

- ▲ Schwächen weisen die Arbeitsweise und die Erfüllung der Strukturmerkmale hinsichtlich der Teilnehmerkontinuität auf.
- Die Nähe zu Informations- und Fortbildungsveranstaltungen prägte die Arbeitsweise des Zirkels stark, die zeitweise auch Merkmale kollegialer Beratung trug.
- Die Zirkelarbeit war diskontinuierlich. Die übergreifenden Anknüpfungspunkte beschränkten sich auf begriffliche Fragestellungen.
- Der Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer fluktuierte und verringerte sich fortlaufend: Durch den geringen Zeitabstand von zunächst zwei Wochen wurde eine kontinuierliche Teilnahme erschwert.
- Die Erwartungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer stimmten teilweise nicht mit denen der Moderatorinnen überein.

Fazit

Der Qualitätszirkel hatte aufgrund des verspäteten Beginns Probleme, eine kontinuierliche Gruppenarbeit in einer verbindlichen Gruppe herzustellen. In dem Maße, in dem konkrete Diskussionen möglich wurden, gab dieser Zirkel zahlreiche Anregungen für eine lebhaftere, kreative Gruppenarbeit im Bereich der Erwachsenenbildung.⁵⁶ Die Arbeitsweise nach Qualitätszirkelprinzipien gewann dabei aber nicht für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein klares Profil. Um über die Fallebene hinaus einen Einstieg in den Qualitätskreislauf zu erlangen, hätten bereits Themenwahl und Problemdefinition konkreter und die Fallarbeit zum verbindlichen Bestandteil der Gruppenarbeit erklärt werden müssen. Der Abschlussbefragung zufolge können aber immerhin drei der fünf Antwortenden als potenzielle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für das Qualitätszirkelkonzept angesehen werden: Sie interessierten sich entweder für die eigenständige Initiierung eines Qualitätszirkels oder eine Ausbildung zum Qualitätszirkelmoderator bzw. zur -moderatorin oder in einem Fall für beides.

8.2.13 Projektzirkel 12: Qualitätszirkel zur Verbesserung der psychosozialen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnose „Sucht und Psychose“

Kurzbeschreibung

Dieser interdisziplinäre, institutionsübergreifende Qualitätszirkel wurde von der Moderatorin aus einem Unterarbeitskreis einer regionalen psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) gebildet, die sich speziell mit dem Thema „Sucht und Psychose“ befasste. Zur Zeit der Zirkelinitiierung war die Moderatorin Fachärztin im sozialpsychiatrischen Dienst, wo ihr die Probleme der Kooperation unterschiedlicher, an der Betreuung psychisch kranker Menschen beteiligter Institutionen immer offenkundiger geworden waren. Zu Beginn des Qualitätszirkels waren 18 Institutionen des psychiatrischen, suchtspezifischen und Wohnsitzlosen-Versorgungssystems der Region vertreten: Tagesstätten, Werkstätten für Behinderte, betreutes Wohnen, Beratungs- und Kontaktstellen, Betreuungsbehörde, Sozialpsychiatrischer Dienst, Psychiatriekoordinator der Stadt, psychiatrische Kliniken, Tageskliniken und Institutsambulanzen sowie Vertreterinnen und Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen, Anonymen Alkoholiker und der Selbsthilfegruppe Angehörige psychisch Kranker. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gehörten unterschiedlichen Berufsgruppen und hierarchischen Positionen an. So nahmen neben Betroffenen, Sozialarbeiterinnen, Psychologinnen, Suchtberatern und Verwaltungsan-

⁵⁶ Hierbei nahmen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer jedoch eher eine passive Haltung ein: „Im Moment arbeite ich in der Erwachsenenbildung. Für diesen Bereich konnte ich einiges aufnehmen, zum Beispiel Moderationstechniken, Spiele etc.“

gestellten auch zwei Oberärzte und zwei Assistenzärzte teil. Gemeinsames allgemeines Ziel war die Verbesserung der gemeindenahen Versorgung von Patienten mit der Doppel-erkrankung „Sucht und Psychose“. Hier stand im Vordergrund, die Vernetzung und Kooperation der betreffenden Institutionen zu fördern und für einen besseren Informationsstand über das Krankheitsbild zu sorgen.

Der Zirkel traf sich im Konferenzraum der Psychiatrie der Universitätsklinik an wechselnden Wochentagen in der Zeit von 16 bis 18 Uhr. Zumeist wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von ihren Institutionen insofern unterstützt, als sie die Hälfte der Sitzungszeit als Arbeitszeit angerechnet bekamen. Die Moderatorin war zunächst für die Teilnahme freigestellt, nach einem Stellen- und Ortswechsel führte sie die Zirkelarbeiten in ihrer Freizeit durch.

Da die Gruppe sich schon vor Beginn der Projektzirkellaufzeit gebildet hatte, gab es drei Vortreffen. Im Zeitraum von Juni 2000 bis August 2001 traf sich der Qualitätszirkel elfmal, darüber hinaus gab es ein Nachtreffen. Auf den Ergebnissen des Qualitätszirkels aufbauend wurde ein Arbeitskreis erneut als Untergruppe der PSAG gebildet, um die Überlegungen zur Bedarfsanalyse weiterzuführen und das Vorhaben zu konkretisieren, eine Selbsthilfegruppe zu gründen.

Ausgangssituation

Da der Qualitätszirkel aus einer Arbeitsgruppe gebildet wurde und sich einige der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bereits aus dem Unterarbeitskreis der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft kannten, gestaltete sich die Gewinnung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer recht einfach. Die Resonanz für die Moderatorin war durchweg positiv (Stand der Qualitätszirkelarbeit 1). Da der Qualitätszirkel von den beteiligten Institutionen als Arbeitskreis anerkannt war, wurde der zeitliche Aufwand der Teilnahme zwischen Angestellten und Arbeitgebern hälftig geteilt (Stand der Qualitätszirkelarbeit 2). Für die Moderatorin entwickelte sich die institutionelle Unterstützung anders: Während sie zu Beginn die Teilnahme am Modellprojekt und die Moderation des Qualitätszirkels noch vollständig im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit wahrnehmen konnte (Stand der Qualitätszirkelarbeit 1), veränderte sich die Haltung des Arbeitgebers bereits nach der zweiten Sitzung. Die Moderatorin musste ebenfalls den halben Zeitaufwand durch ihre Freizeit ausgleichen (Stand der Qualitätszirkelarbeit 2). Auch nach der dritten Sitzung beschrieb die Moderatorin die Unterstützung des Arbeitgebers als „schwierig“. Für den Besuch der Begleitseminare musste sie Urlaub nehmen. In dieser Zeit wechselte die Moderatorin den Arbeitsplatz und zog in einen zirka 200 Kilometer entfernten Ort. Der neue Arbeitgeber unterstützte zwar ihr Engagement im Modellprojekt, doch steigerte sich mit dem Arbeitsplatzwechsel der Aufwand für die Moderation erheblich.

Ergebnisse der Eingangsbefragung

Die Moderatorin erwartete spannende „Konflikte und Konkurrenzsituationen“ (Eingangsbefragung der Moderatorin), da zwei durchaus konkurrierende psychiatrische Kliniken



im Qualitätszirkel vertreten waren. Sie erhoffte sich von der Projektgruppe kompetente Unterstützung in Form eines geeigneten Handwerkszeugs, durch Supervision und Hilfeleistung bei der Evaluation und Dokumentation (Eingangsbefragung Moderatorin).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erwarteten eindeutig mehr Vor- als Nachteile von der Teilnahme am Qualitätszirkel, insbesondere durch den Erhalt von Informationen über Kooperations- und Ansprechpartnerinnen bzw. -partner. Auffällig wenig spielten hier als Teilnahmemotiv „Neugier“, „berufspolitische Überlegungen“ und „Anschluss an die Forschung“ eine Rolle. Der Fallarbeit wurde eher große Bedeutung beigemessen. Von der Moderatorin erwarteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mehr als in anderen Zirkeln, dass sie „Meinungsunterschiede aufzeigen bzw. verdeutlichen“ sollte.

Zusammensetzung der Gruppe

Wie bereits oben aufgeführt setzten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus unterschiedlichen Institutionen und Berufsgruppen zusammen. Nach Einschätzung der Moderatorin bestand zwischen den Teilnehmenden ein deutliches Hierarchiegefälle.

Die Gruppe war mehrheitlich in einem ähnlichen Alter wie die Moderatorin (zwischen 35 und 40 Jahre). Die Zahlen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer schwankten zwischen sechs und elf Personen, die aus einer Gruppe von ursprünglich 16 stammten. In acht Sitzungen waren allerdings auch zwischen acht und elf Personen anwesend, sodass sich die Fluktuation in Grenzen hielt. Die Protokollführung wurde in der Regel von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern übernommen. Der teilnehmende Oberarzt der Universitätspsychiatrie reservierte jeweils den Raum und die technischen Geräte und sorgte für Getränke und Gebäck.

Gruppendynamik

Sowohl hierarchische als auch thematische Konfliktlinien prägten die Gruppendynamik dieses Qualitätszirkels. Im Qualitätszirkel waren Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus unterschiedlichen Institutionen vertreten, wobei die Institutionen ihrerseits eine unterschiedliche Stellung in der Versorgungspyramide einnahmen. Auch hinsichtlich ihrer Stellung innerhalb ihrer Institution und ihres professionellen Hintergrunds hatten die Teilnehmenden unterschiedliche hierarchische Positionen inne. Die Moderatorin war ihrerseits noch kurze Zeit zuvor Mitarbeiterin eines ärztlichen Teilnehmers aus einer psychiatrischen Klinik gewesen. Nach dem Ende der Facharztausbildung arbeitete sie beim sozialpsychiatrischen Dienst und wechselte im Verlauf des Qualitätszirkels auf den Chefposten einer psychiatrischen Tagesklinik. Dieser Stellenwechsel entlastete sie hinsichtlich bestehender Rollenkonflikte zwischen ihrer Moderatorenrolle und ihrer Expertenrolle als Vertreterin einer Institution (BS 3).

Neben hierarchischen Konfliktlinien gab es auch inhaltliche, da Konzepte und Arbeitsweisen der verschiedenen Einrichtungen sehr voneinander differierten und es kein endgültiges Wissen vom richtigen Umgang mit Menschen mit Doppeldiagnose Sucht und

Psychose gibt, was nicht verhinderte, dass verschiedene Akteure genau das für sich beanspruchten. Insofern bestand eine Leistung des Qualitätszirkels darin, dass es offenbar dennoch gelang, inhaltlich zusammenzuarbeiten und die Kooperation unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern und ihren Institutionen zu fördern. Die Moderatorin hatte die Konfliktlage offenbar von Beginn an entsprechend eingeschätzt und auch inhaltlich eine wichtige Rolle übernommen. So fasste sie häufig kontroverse Diskussionen zusammen und brachte sie auf einen gemeinsamen Nenner, was sich auch in einem neuen Thema für die nächste Sitzung ausdrückte (zum Beispiel Protokolle 6–8).

Auch wies sie wiederholt auf die Gruppenregeln hin, um das Einhalten von Vertraulichkeit und Verbindlichkeit der Teilnahme zu bewirken. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren durchaus in der Lage als Gruppe zu handeln (einigten sich beispielsweise schon in Abwesenheit der Moderatorin darauf, wer protokollieren sollte), in der Diskussion waren sie jedoch sehr auf die Moderatorin ausgerichtet (Protokoll tn. Beob.). Diese hatte aufgrund ihrer Mehrfachkompetenz die Fäden in der Hand, ohne sie an sich reißen zu wollen. Mit ihrer starken Präsenz vermochte die Moderatorin aber das in der Gruppe bestehende Kompetenzgefälle nicht dauerhaft zu begrenzen. Eine Fortsetzung des Qualitätszirkels ohne die Moderatorin schien den Teilnehmerinnen und Teilnehmern undenkbar.

Arbeitsweise

Vor dem eigentlichen Start des Qualitätszirkels im Rahmen des Projekts hatte sich die Gruppe bereits an drei Terminen getroffen, in denen die Moderatorin Konzept und Arbeitsweise des Qualitätszirkels anhand selbst erstellter Folien darstellte, die Mitglieder der Gruppen sich für die Teilnahme entschieden und sich auf Rahmenthema und Zielsetzung einigten. So konnte man in der ersten Sitzung mit der Vorstellung der Institutionen beginnen, die sich noch über mehrere Sitzungen hinzog und bestimmte Schwerpunkte enthalten sollte: Aus allen Vorstellungen sollte hervorgehen, wie viele Betroffene mit Doppeldiagnose „Sucht und Psychose“ die jeweilige Institution betreute, welche speziellen Konzepte und Hausordnungen es dort gab und wo intern oder in der Zusammenarbeit mit anderen Schwierigkeiten lagen.

In der dritten Sitzung beschloss die Gruppe, die eher formalen und praxisfern erscheinenden Vorstellungen um konkrete Fallbeispiele zu ergänzen, auch um den „Laien“ mehr Anknüpfungspunkte für die Diskussion zu bieten. Die Themen ergaben sich in der Regel aus den vorhergehenden Treffen. So wurden die Fallbeispiele schriftlich – als Tischvorlagen oder Overheadfolien – vorbereitet, teilweise mit Fragestellungen des Vorstellenden an die Gruppe versehen, einige dienten aber nur der Veranschaulichung von Zusammenhängen, wie zum Beispiel der Verzahnung des komplementären Systems mit dem stationären System. Eine Fallvorstellung war konstruiert, um den eingeladenen Vertretern eines Kostenträgers die Schwierigkeiten der Finanzierung adäquater Behandlung zu verdeutlichen, was aber nicht erfolgreich verlief.

Arbeitsweise am konkreten Beispiel

Für die siebte Sitzung hatten zwei Teilnehmerinnen (vom betreuten Wohnen und der Tagesstätte) eine Fallvorstellung vorbereitet, in deren Mittelpunkt ein gemeinsamer Klient stand, der unter einer paranoiden Psychose litt und zudem alkohol- und drogenabhängig war. Die Angaben bezogen sich auf den Zeitraum seiner Aufnahme in die Wohngruppe im Herbst 1999 bis zum Frühjahr 2001, wo er noch die freien Angebote der Tagesstätte nutzte und eine Tätigkeit im Servicecenter begann. Sie zeigten auf, welche Institutionen in dieser Zeit an seiner Versorgung und Behandlungskarriere beteiligt waren und wie die Kooperation untereinander verlief: In der Falldiskussion wurde die gute Kooperation von Tagesstätte, betreutem Wohnen und Servicecenter als günstig für den Verlauf hervorgehoben; ferner die Verzahnung der hausärztlichen und psychiatrischen Betreuung, die Kooperation mit der Betreuungsbehörde und der „nahtlose Übergang von Tagesstätte in Servicecenter“. Klare Grenzziehungen durch die Vermittlung der verbesserten Betreuungsregeln im betreuten Wohnen und die intensive „Familienarbeit“ wurden lobend erwähnt. Auch die Unterstützung bei der Aufnahme einer ambulanten Verhaltenstherapie wurde positiv bewertet (als Ausdruck davon, dass die Angstsymptomatik des Klienten ernst genommen wurde).

Als ungünstig schätzte die Gruppe das „hochschwellige“ Angebot der beteiligten stationären Einrichtungen ein, insofern dieses u. a. lange Wartezeiten zur Folge hatte. Negativ bewertet wurden zudem der hohe Anteil an „Therapie-statt-Strafe-Patienten“, die Gruppenzusammenstellung mit nur „Therapiebeginnern“, ein „hoher Therapiedruck mit Gruppensetting und wenig Freizeit“ und unklare Vorabinformationen über Behandlungsbedingungen. Die Fallbesprechung warf die Frage auf, ob die therapeutischen Kompetenzen im komplementären Bereich auch wirklich anerkannt und genutzt würden, wenn Klientinnen und Klienten in den stationären Bereich abgegeben werden. Handlungsbedarf wurde in der Vermeidung oder Überbrückung von Wartezeiten auf Therapieplätze gesehen.

Ergebnisse der Abschlussbefragung

Hier wurde anscheinend die hohe Erwartung an die Zirkelarbeit erfüllt, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer „Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner“ erhielten. Auch wurde die „Aufwertung gegenüber anderen Berufsgruppen“ vermehrt als Effekt genannt. Insgesamt waren die Teilnehmenden weniger zufrieden mit dem sachlichen Ertrag der Gruppenarbeit und der Gruppenatmosphäre. Von der Moderatorin wurde weniger erwartet, dass sie sich um den technischen Rahmen kümmern sollte, was in diesem Fall vorwiegend von einem Teilnehmer übernommen wurde.

Stärken

- ▲ Die besonderen Stärken lagen in der Erfüllung der Strukturmerkmale.
- Eine stabile Kerngruppe nahm kontinuierlich an den Treffen teil.
- Die Protokollführung lag in den Händen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, was ihre Mitverantwortung für die Zirkelarbeit stärkte.

- Die im psychosozialen Bereich engagierten Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren praxisorientiert. Die Teilnahme von Betroffenen verstärkte noch die Nähe zu den Bedürfnissen der Zielgruppe.
- Kooperation und Vernetzung waren Leit motive, die die Moderatorin konsequent verfolgte.

Schwächen

- ▲ Schwächen zeigte dieser Qualitätszirkel in den gruppendynamischen Grundlagen der Gruppenarbeit.
- Teilweise kam es zu Konkurrenzsituationen und Profilierungsbestreben unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Der Redeanteil ärztlicher Teilnehmer war sehr hoch.
- Zwar war das Rahmenthema konkret, aber wiederholt erschwerten inhaltliche Differenzen über die Definition der Doppeldiagnose die Gruppenarbeit.
- Die Moderatorin geriet in einen Rollenkonflikt, da sie zugleich Moderatorin, Expertin und Ansprechpartnerin für die Teilnehmer aus dem „Laiensystem“ war.

Fazit

Der Qualitätszirkel geriet durch den Stellenwechsel der Moderatorin in eine Krise. Ihr enormer Einsatz machte es jedoch möglich, dass noch nach der mittleren Phase weiter gearbeitet werden konnte.

Eine Komoderation hätte die Moderatorin entlasten können, wenn diese sich als Expertin in die Diskussion einbringen wollte. Zugleich wäre die Gruppe weniger auf sie fixiert gewesen. Leider gelang es nicht, aus dem Kreis der Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer heraus potenzielle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für das Qualitätszirkelkonzept zu gewinnen, die die Moderatorin hätten unterstützen und auch die Fortsetzung der Gruppenarbeit sicherstellen können.

Bis hin zum Aspekt „Planung und Umsetzung von Veränderungen“ waren hier alle Elemente des Qualitätskreislaufs vorhanden. Die Fallvorstellungen dienten allerdings vorwiegend der Illustration und als Impulsgeber für die Diskussion um eine bessere Gestaltung von Kooperationsbeziehungen.

8.2.14 Nicht fortgeführte Qualitätszirkelinitiativen

Trotz mehrfacher Versuche gelang es zwei Moderatorinnen nicht, in dem von ihnen gewünschten institutionellen Rahmen einen Qualitätszirkel zu initiieren.

Die eine Moderatorin beschäftigte sich zum Zeitpunkt des Projektbeginns als Angestellte an einer Fachhochschule mit den Themen Stressmanagement und Entspannung, die sie

sich auch als Rahmenthemen für ihren Qualitätszirkel vorstellen konnte. Diesen beabsichtigte sie entweder mit Dozentinnen und Dozenten des Fachbereichs zu gründen oder aber in interdisziplinärer Zusammensetzung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Fachhochschule, des Gesundheitsamtes, einer Krankenkasse bzw. mit Fachkräften aus den Bereichen Sozialpädagogik und Psychologie.

Bei Beginn des Projekts schätzte die Moderatorin Kooperationsbereitschaft und Interesse der potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer als hoch ein und fühlte sich von der Fachhochschule und ihren Kolleginnen sowie Kollegen gut unterstützt. Nach der ersten Informationsveranstaltung erhielt sie jedoch erst wenige verbindliche Teilnahmezusagen, sodass sie eine zweite Informationsveranstaltung durchführte. Die Situation änderte sich dadurch aber nicht grundlegend, und die Moderatorin war in großer Sorge, nicht genügend Teilnehmerinnen und Teilnehmer für den Qualitätszirkel finden zu können. Mit dem für sie völlig überraschenden Verlust des Arbeitsplatzes wurde der Moderatorin schließlich gänzlich der Boden unter den Füßen weggezogen. Sie hatte nun keinerlei institutionelle Unterstützung mehr. Zwar gelang es ihr relativ schnell einen neuen Arbeitsplatz an einem Berufsbildungszentrum zu finden, wo sie auch sofort einen Qualitätszirkel zu initiieren versuchte. Als „Neue“ verfügte sie jedoch noch nicht über den Rückhalt im Betrieb, um Schlüsselpersonen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu gewinnen. Ihre Bemühungen – beispielsweise mit einem E-Mail-Rundschreiben – blieben erneut ohne große Resonanz, zumal die Institution den Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die festgestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschränken wollte, die sich in einer deutlichen Minderzahl befanden. Aufgrund der Belastungen am neuen Arbeitsplatz gelang die zunächst beabsichtigte Qualitätszirkelgründung im Verlauf des Projekts nicht mehr. Die Moderatorin nahm weiterhin an den Begleitseminaren teil, konnte sich aber aufgrund fehlender eigener Zirkelerfahrungen nur begrenzt aktiv einbringen.

Die andere Moderatorin war Angestellte einer Stadtverwaltung und zudem seit vielen Jahren in der Erwachsenenbildung tätig. Sie plante, einen Qualitätszirkel mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stadtverwaltung zur Installierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zu errichten. Entgegen ihrer Einschätzung in der Vorphase des Projekts musste die Moderatorin bei den Versuchen zu einer Zirkelinitiierung feststellen, dass ihr die institutionelle Unterstützung fehlte. Es gelang nicht, mit dem Qualitätsbeauftragten der Stadtverwaltung zu einer Kooperation zu kommen. Die Moderatorin überlegte daraufhin, an einer anderen Institution als externe Moderatorin einen Zirkel zu gründen. Sie konnte hier das potenzielle Interesse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nur schwer einschätzen und wurde in ihren Bemühungen zusätzlich dadurch gehemmt, dass an der Institution ein Qualitätsmanagementsystem installiert werden sollte und die Passung der beiden Maßnahmen nur schwer zu vermitteln war. Diese Problematik wurde beim zweiten Begleitseminar im September 2000 ausführlich erörtert, doch leider waren auch die dort entwickelten Umsetzungsvorschläge nicht praktikabel.

Zunehmende Solidarisierungseffekte unter den Projektmoderatoren und -moderatorinnen führten dazu, dass diese Moderatorin nach dem dritten Begleitseminar als Komoderatorin in QZ 11 einsteigen konnte. Einerseits freute sich die Moderatorin über diese Möglichkeit, andererseits zeigte sie sich aber auch unzufrieden über die „Secondhand“-Situation (Stand der Qualitätszirkelarbeit 4).

Zum Abschluss des Projekts hatte auch diese Moderatorin die Gründung eines eigenen Qualitätszirkels noch im Blick, dachte aber nun eher an einen institutionsunabhängigen Qualitätszirkel „mit Freiberuflern“ (Abschlussbefragung).

**ZIELERREICHUNG BEI DER
PROJEKTDURCHFÜHRUNG**



Mit dem Modellprojekt sollten Voraussetzungen für die Implementierung von Qualitätszirkeln im Bereich der Gesundheitsförderung geschaffen werden. Dementsprechend mussten in der Gesundheitsförderung Tätige gewonnen werden, die das Konzept qualifiziert propagieren und umsetzen konnten. Weiterhin galt es, geeignete unterstützende Materialien bereitzustellen, den ggf. bestehenden Unterstützungsbedarf zu eruieren und Vorschläge für ein Implementationskonzept zu erarbeiten.

In diesem Abschnitt soll der Projektverlauf im Hinblick darauf reflektiert werden, inwieweit die angestrebten Ziele⁵⁷ erreicht werden konnten, wo und aus welchen Gründen dies misslang und in Bezug auf welche Aspekte ungeplante Ergebnisse erzielt werden konnten.

9.1 Gewinnung von Moderatorinnen und Moderatoren

Aufgrund der Erfahrungen bei der Entwicklung des Konzepts „Ärztliche Qualitätszirkel“ gingen wir davon aus, dass in zehn bis 15 gut dokumentierten Qualitätszirkeln eine ausreichende empirische Basis gewonnen werden könnte, um das Konzept ggf. für den Bereich der Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln und die Erfahrungen in einem Leitfaden darzustellen, der die angestrebte Implementierung unterstützen kann.⁵⁸ Die Pilotzirkel in der Gesundheitsförderung sollten von vornherein thematisch, regional und institutionell breit gestreut sein. Um verlässliche Aussagen über den Unterstützungsbedarf zu ermöglichen, sollten die Moderatorinnen und Moderatoren so wenig wie möglich unter der schützenden Glocke eines Modellprojekts arbeiten. Obwohl die Öffentlichkeitsarbeit bei Projektbeginn einige Hindernisse⁵⁹ zu überwinden hatte und die Auswahlmöglichkeit am Ende nur gering war, konnten 15 qualifizierte und engagierte Moderatorinnen und Moderatoren (sowie Komoderatoren und Komoderatorinnen) aus unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsförderung für die Projektarbeit gewonnen werden. Ein Repräsentativitätsanspruch war schon aufgrund der begrenzten Zahl von zehn bis 15 Moderatorinnen und Moderatoren nicht zu erheben, doch gilt es nachzuzeichnen, welche Schlüsse aufgrund der erfolgten Auswahl möglich sind und wie der Auswahlprozess selbst zustande kam.

57 Wegen der besonderen Bedeutung werden die Modifikation bzw. Präzisierung und Weiterentwicklung des Qualitätszirkelkonzepts sowie die Konzeptvermittlung in den Kapiteln 10 und 11 gesondert thematisiert.

58 Der als Vorlage dienende Leitfaden „Ärztliche Qualitätszirkel“ stützte sich auf sechs gut dokumentierte hausärztliche Qualitätszirkel, an deren Durchführung die Autoren selbst beteiligt waren, sowie auf weitere zehn (zumeist ebenfalls hausärztliche) Qualitätszirkel, über die detaillierte Informationen erhältlich waren. Die seit der Drucklegung 1993 erforderlich gewordenen Modifikationen betrafen nicht den Kern der Zirkelarbeit, sondern reflektierten die Ausweitung des Anwendungsfeldes und die gesundheitspolitischen Bedingungen, unter denen sich ärztliche Qualitätszirkel etabliert haben.

59 Die Veröffentlichung in der Fachpresse erfolgte zum Teil erst nach der Informationsveranstaltung. Auch die Ausendung des Infodienstes der BZgA erfolgte verspätet, sodass für viele Interessentinnen und Interessenten die Teilnahme an der Informationsveranstaltung – und damit am Projekt insgesamt – nicht mehr möglich war.

Institution	Interessentinnen/Interessenten (n = 148)	Informationsveranstaltungen-teiln. (n = 43)	Bewerberinnen/Bewerber (n = 18)	Teilnehmende Moderatorinnen/Moderatoren (n = 13)
Amt	25 %	26 %	28 %	38 %
Verein/Beratung	18 %	28 %	16,5 %	15 %
Krankenkasse	16 %	9 %	6 %	0 %
Bildungseinrichtung	14 %	16 %	28 %	23 %
Krankenhaus	8 %	7 %	0 %	0 %
LV Gesundheit	6 %	2 %	5,5 %	0 %
Arztpraxis	5 %	5 %	5,5 %	8 %
Unternehmen	4 %	5 %	5,5 %	8 %
Sonstige	4 %	2 %	5,5 %	8 %

Tab. 48: Veränderungen des Gewichts von Institutionen im Auswahlprozess

9.1.1 Regionale Streuung

Die Moderatorinnen und Moderatoren sowie Komoderatorinnen und Komoderatoren kamen aus sieben⁶⁰ verschiedenen Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Saarland). NRW und Niedersachsen waren etwas stärker vertreten, die neuen Bundesländer überhaupt nicht. Insofern war die *regionale Streuung* nicht zufrieden stellend: Um ggf. spezifische Erfahrungen und Bedürfnislagen gezielt eruieren zu können, hätten wir gern Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den neuen Bundesländern in das Projekt eingebunden – es gab jedoch keine Bewerberinnen und Bewerber.⁶¹

9.1.2 Berücksichtigte Institutionen

Mit dem Projekt sollte eine möglichst große Vielfalt von Arbeitsfeldern, Themen und Institutionen erreicht werden. Tabelle 48 verdeutlicht, dass im Verlauf des Auswahlprozesses Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Gesundheits-/Sozialämtern sowie von Bildungseinrichtungen zunehmend stärker und gleichzeitig Vertreterinnen und Vertreter von Krankenkassen und Krankenhäusern am Ende gar nicht mehr vertreten⁶² waren. Wegen deren besonderen strategischen Bedeutung haben wir die Teilnahme von Mode-

60 Schleswig-Holstein wäre auch noch repräsentiert gewesen, wenn nicht die ausgewählte Bewerberin kurzfristig hätte absagen müssen. Komoderator und Komoderatorin kamen aus Berlin und Niedersachsen.

61 Wir regen daher an, im Rahmen einer Implementation Qualitätszirkel in den neuen Bundesländern gezielt zu begleiten und zu unterstützen.

62 Erfahrungen aus diesen Handlungsbereichen sind dennoch in das Projekt eingeflossen, da in einigen Qualitätszirkeln Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenkassen bzw. Krankenhäusern als Teilnehmende mitwirkten.



ratorinnen und Moderatoren gerade aus dem Kreis der Krankenkassenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter befürwortet und uns sehr um diese bemüht. Dies war jedoch nicht erfolgreich; zumeist hatten die internen Qualitätsmanagementprojekte Vorrang. Die Verschiebung des Gewichts der *Institutionen* deutet darauf hin, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Ämtern, Bildungseinrichtungen und Beratungsstellen möglicherweise mit besonderer Unterstützung bei Initiierung, Durchführung und Implementation von Qualitätszirkeln rechnen können. Auch im Projektverlauf zeichneten sich die entsprechenden Qualitätszirkel durch Verlässlichkeit und kontinuierliche Arbeit aus. Die nach Projektabschluss weitergeführten bzw. neu initiierten Qualitätszirkel (QZ 2, QZ 8, QZ 9) sind ausschließlich diesen Einrichtungen zuzurechnen.

9.1.3 Handlungsfelder und Themen

In den durchgeführten Qualitätszirkeln wurden sowohl einzelpersonen- und gruppenbezogene Maßnahmen (QZ 2, QZ 6, QZ 7, QZ 8, QZ 9, QZ 10, QZ 11, QZ 12) als auch settingbezogene Maßnahmen (QZ 1, QZ 3, QZ 4, QZ 5, QZ 7, QZ 9) zum Thema. Die Tätigkeit in klassischen Handlungsfeldern von Prävention und Gesundheitsförderung wie Suchtprävention (QZ 2, QZ 9, QZ 12), gesunde Ernährung (QZ 5, QZ 8), Bewegungsförderung (QZ 7, QZ 9, QZ 10) und Stressbewältigung (QZ 9, QZ 11) waren ebenso Gegenstand der Qualitätszirkeltreffen wie die betriebliche Gesundheitsförderung (QZ 1, QZ 3, QZ 4, QZ 9) und die Förderung von Kooperation und Vernetzung (insbesondere QZ 1, QZ 4, QZ 6, QZ 9, QZ 10, QZ 12). Nur ausnahmsweise wurde die Öffentlichkeitsarbeit (QZ 2, QZ 4) und Projektarbeit (QZ 6) behandelt – ein Bereich, der von einer der beiden kurzfristig aus dem Projekt ausgeschiedenen Moderatorinnen vertreten worden wäre. Weitere settingbezogene Ansätze wurden nicht zum Thema.

Dies war den Bewerbungen zufolge so nicht zu erwarten: Eine Bewerberin hatte einen Qualitätszirkel zu gesundheitsfördernden Schulen geplant – leider musste sie kurzfristig aus dem Projekt zurücktreten –, eine andere fand nicht die nötige institutionelle Unterstützung, um ihren Qualitätszirkel mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stadt durchzuführen. Im Verlauf der Qualitätszirkel zu Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung (QZ 1, QZ 3, QZ 4, QZ 9) gab es größere Probleme bei der Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts – insbesondere im Hinblick auf Fallbezug, Dokumentation und Evaluation – sowie bei der Umsetzung erarbeiteter Ergebnisse. Diese Schwierigkeiten hängen auch damit zusammen, dass der aus dem ärztlichen Bereich bekannte Begriff von „Fall“ gerade mit Bezug auf Projektarbeit und settingbezogene Maßnahmen nicht bruchlos anwendbar ist, im Verlauf unseres Modellprojekts eine dem Gegenstand angemessene Anpassung erst geleistet werden musste und aufgrund der fehlenden Vorerfahrungen und Vorarbeiten auch die Projektgruppe die Moderatorinnen und Moderatoren nicht so unterstützen konnte, wie es wünschenswert gewesen wäre. Insgesamt gesehen konnte mit den von den ausgewählten Bewerberinnen und Bewerbern durchgeführten Qualitätszirkeln regional, institutionell und thematisch eine große Bandbreite abgedeckt werden. Die

Schwerpunkte geben Hinweise darauf, wo Qualitätszirkel besonders gut – Kooperationsförderung und Vernetzung – und wo sie eher schwieriger – Projektarbeit, Setting – umsetzbar sind.

9.1.4 Arbeit der Moderatorinnen und Moderatoren

Aufgrund der Eindrücke in den Informationsveranstaltungen und der Selbstdarstellungen in der Befragung der Bewerberinnen und Bewerber waren Projektgruppe und Projektträger übereinstimmend der Meinung, dass die Bewerberinnen und Bewerber die genannten Kriterien (Moderationserfahrung; Gruppenerfahrung; Feldkompetenz; erwartbar kontinuierliche Gruppe; ausreichende zeitliche Verfügbarkeit; Interesse und Bereitschaft zur Mitwirkung an der Implementation) erfüllen. Dies bestätigte sich im Projektverlauf, und es kam zu einer konstruktiven Zusammenarbeit. Einige kleinere Hindernisse sollen nicht verschwiegen werden:

- *Teilnahme am Projekt:* Zwei Moderatorinnen mussten aus nachvollziehbaren Gründen (kurzfristiger Wechsel der Arbeitsstelle, Erkrankung) bereits vor der Initiierung eigener Qualitätszirkel von der Teilnahme am Projekt Abstand nehmen. Aufgrund der Bewerbungssituation konnte niemand nachrücken, sodass die Lücken nicht geschlossen werden konnten.
- *Kontinuität der Gruppe:* Zwei Qualitätszirkel kamen nicht zustande, drei wurden – bezogen auf die Projektarbeit – verspätet gestartet, zwei wurden vorzeitig beendet und bei einem gab es eine starke Veränderung in der Zusammensetzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Eine nähere Analyse zeigt, dass es sich zumeist um setting-bezogene Ansätze (QZ 3, QZ 4, QZ 5, QZ 9) mit den bereits oben beschriebenen Umsetzungsproblemen handelte. Die Diskontinuitäten waren nur sehr begrenzt den Moderatorinnen bzw. Moderatoren zuzurechnen.
- *Moderationskompetenzen:* Beim fünften Begleitseminar hatten die Moderatorinnen und Moderatoren die Gelegenheit, sich im Rahmen der Kleingruppenarbeit selbst in der Moderation weiterzuüben. Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede, die auf einen spezifischen Schulungsbedarf – z. B. im Hinblick auf Visualisieren, diskussionsförderndes Nachfragen, Geben von Feedback sowie Resümieren – hinwiesen. Dies bestätigte sich in der Abschlussbefragung, in der jede bzw. jeder Dritte für sich einen Schulungsbedarf sah (vgl. hierzu Tabelle 53 auf Seite 234).
- *Vermittlung des Qualitätszirkelkonzepts:* Ein Moderator konnte auch im Projektverlauf nicht ausreichend von den Vorzügen der qualitätszirkelspezifischen Arbeitsweise überzeugt werden und setzte diese nur begrenzt um. Der von ihm strukturierte interkollegiale Erfahrungsaustausch in QZ 3 liefert insofern weniger Einsichten bezüglich der Konzeptumsetzung als Hinweise zum Abgrenzungsbedarf gegenüber anderen Formen der Gruppenarbeit und zur Notwendigkeit spezifischer Motivierung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie Moderatorinnen und Moderatoren. Beides hat sich im Handbuch „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“ niedergeschlagen.

Die Durchführungsprobleme, die die Kontinuität betrafen, waren erwartet worden. Es wurden deshalb von vornherein 15 Moderatorinnen und Moderatoren ausgewählt, um mögliche Schwierigkeiten kompensieren und sicher mindestens zehn Qualitätszirkel durchführen zu können.

Moderationskompetenzen waren demgegenüber von Projektgeber und Projektgruppe vorausgesetzt worden, während einige Moderatorinnen und Moderatoren sich offenbar im Rahmen der Begleitseminare eine entsprechende Schulung erhofften. Hier sollten für die Gestaltung künftiger Lehrgänge entsprechende Konsequenzen gezogen werden (vgl. Kapitel 10 und 11).

9.2 Aufbau von Qualitätszirkeln und Kontinuität der Gruppenarbeit

Jeder Moderator bzw. jede Moderatorin sollte einen Qualitätszirkel initiieren und in der Zeit von Juni 2000 bis Juni 2001 zirka zehn Zirkeltreffen in etwa monatlichen Abständen durchführen. Inwiefern konnte dies umgesetzt werden? Was waren förderliche Bedingungen? Was waren hinderliche Bedingungen?

9.2.1 Aufbau von Qualitätszirkeln

Lediglich zwei Moderatorinnen konnten keinen Qualitätszirkel initiieren (vgl. Kapitel 8.2). Beiden fehlte – aus unterschiedlichen Gründen – die institutionelle Unterstützung (vgl. Kapitel 8.1).

9.2.2 Kontinuität der Zirkelarbeit

Bei den meisten Qualitätszirkeln gelang es, eine kontinuierliche Gruppenarbeit zu entwickeln. Diese konnte aber nicht immer aufrechterhalten werden, und sie war – was die Möglichkeiten für Unterstützung und Analyse der Gruppenarbeit erschwerte – auch nicht immer dem Projektzeitplan entsprechend.

- Zwei Qualitätszirkel wurden – jeweils vor dem Hintergrund von innerbetrieblichen Entscheidungen – gleichsam *vorzeitig beendet* (QZ 4 und QZ 5).
- Drei Qualitätszirkel (QZ 3, QZ 4, QZ 11) *starteten verspätet*, sodass die Moderatorinnen und Moderatoren bei den ersten Begleitseminaren noch nicht über Umsetzungserfahrungen berichten konnten (vgl. Kapitel 8.1). Bei diesen Zirkeln war aber eine regelmäßige Arbeit gegeben, wenn auch nicht über den ganzen Projektzeitraum.
- Bei zwei weiteren Qualitätszirkeln (QZ 1 und QZ 12) war die *Regelmäßigkeit der Treffen* aufgrund institutioneller Veränderungen (QZ 1) bzw. des Arbeitsplatzwechsels

der Moderatorin (QZ 12) über mehrere Monate hin *unterbrochen*. Bei QZ 9 gab es erhebliche Veränderungen in der Teilnehmerzusammensetzung.⁶³

Lediglich fünf Qualitätszirkel arbeiteten in Übereinstimmung mit dem Projektzeitplan. Diese konnten daher am besten kontinuierlich durch die Begleitseminare unterstützt werden und lassen auch am besten Aussagen über die Konzeptumsetzung zu. Neben den auf Kooperationsförderung zielenden Qualitätszirkeln (QZ 2, QZ 6, QZ 10) handelte es sich um zwei weitgehend berufshomogene Gruppen (QZ 7 und QZ 8). Es scheint, dass es in auf betriebliche Gesundheitsförderung zielenden Zirkeln die größten Schwierigkeiten gab, Zirkellaufzeit und Projektlaufzeit in Übereinstimmung zu bringen.⁶⁴

9.2.3 Verstetigung der Zirkelarbeit

Qualitätszirkelarbeit zielt auf nachhaltige Qualitätsförderung und meint der Idee nach kontinuierliche begleitende Reflexion der Alltagspraxis. Dies kann bedeuten, dass sich die Gruppe nach Beendigung eines Arbeitszyklus mit einem anderen Thema neu organisiert. Insofern war Verstetigung von Zirkelarbeit, obwohl nicht explizit genannt, der Sache nach ein Ziel des Projekts.

Im Rahmen des Projekts war die Laufzeit der Qualitätszirkel freilich auf ein Jahr begrenzt. Eine zeitliche Rahmung war unter den Bedingungen der Projektdurchführung notwendig, und es ist auch unter „Alltagsbedingungen“ empfehlenswert, sich zunächst für einen begrenzten Zeitabschnitt festzulegen. Wie viel Zeit dann tatsächlich für die Bearbeitung eines umschriebenen Themas erforderlich ist, stellt sich im Verlauf heraus, wobei der Bedarf u. a. in Abhängigkeit von Thema und Zusammensetzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer variiert. Die Projektzirkel hätten in der Regel mehr Zeit – d. h. zirka eineinhalb Jahre – benötigt, sodass sich das Problem stellte, die Gruppenarbeit projektunabhängig fortzuführen.

Zwei Qualitätszirkel (QZ 2, QZ 8) setzten ihre Treffen über den Projektzeitraum hinaus fort. Auch für Teile des QZ 9 gelang eine Verstetigung der Zirkelarbeit: Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer bildeten unter Einbeziehung weiterer Interessentinnen und Interessenten einen Anschlusszirkel, der von einer Teilnehmerin des Projektzirkels moderiert wurde und in dem der Moderator als (beratender) Teilnehmer mitwirkte. Diese

63 Die bei QZ 9 beobachteten Schwierigkeiten zeigen, wie wichtig es ist, den Gruppenfindungsprozess in der Anfangsphase auch formal abzuschließen. Dies erleichtert es, einen verbindlichen Kreis von Teilnehmenden zu sichern, eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen und auf eine stringente Themenwahl und -bearbeitung hinzuwirken.

64 Insgesamt war die Konzeptumsetzung bei betriebsinternen Qualitätszirkeln erschwert. Möglicherweise vor dem Hintergrund von Kontrollängsten wurden Dokumentation und Evaluation seltener realisiert. Die im Alltag bestehenden Hierarchien waren nur begrenzt für die Zeit der Qualitätszirkeltreffen außer Kraft zu setzen. Ein Gegenbeispiel ist QZ 7, in dem Bereitschaft der Beteiligten, stützende Lenkung des Moderators und Fallarbeit eine Aufwertung der Mitarbeiterinnen ermöglichten.

Verstetigung ist zweifellos ein großer Erfolg. Bedenkt man die hohe Akzeptanz des Konzepts (vgl. Kapitel 9.3), den explizit geäußerten Fortsetzungswunsch vieler Teilnehmerinnen und Teilnehmer und die entsprechende Bereitschaft der meisten Moderatorinnen und Moderatoren, so ist allerdings auch zu fragen, was bei den anderen Gruppen der Fortführung entgegengestanden hat:

- *Feblende Moderation*: In einigen Fällen konnten die Moderatoren ihren Qualitätszirkel wegen Umzugs (QZ 12) oder Pensionierung (QZ 1) nicht fortführen, in anderen wollten sie es nicht, weil sie den Zirkel als beendet ansahen (QZ 7, QZ 10) oder ein anderes Konzept der Gruppenarbeit bevorzugten (QZ 3). Bei drei Zirkeln (QZ 3, QZ 7, QZ 12) war eine Fortführung als Qualitätszirkel einvernehmlich nur mit dem Projektmoderator bzw. der -moderatorin vorstellbar, während in den anderen beiden im Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer jeweils zwei engagierte Personen vorhanden waren, die sich grundsätzlich selbst die Moderatorenrolle zutrauten. Vielleicht hätte es der Anschubhilfe bedurft. Bedenkt man, dass in QZ 8 trotz Umzugs der Moderatorin durch den Rückgriff auf den früheren Komoderator eine Kontinuitätsicherung gewährleistet werden konnte, so liegt die Vermutung nahe, dass ein zeitnahes Angebot für eine entsprechende Schulung die Fortsetzung von QZ 1 und QZ 10 hätte unterstützen können.
- *Feblende Unterstützung von Moderation und Gruppe*: In drei Zirkeln (QZ 6, QZ 11 sowie – teilweise – QZ 9) gelang es nicht, die notwendige institutionelle Unterstützung für die Fortführung der Zirkel zu gewinnen und die Honorierung der qualifizierten Tätigkeit der Moderatorinnen und Moderatoren zu ermöglichen. Dies ist umso bedauerlicher, als gerade in diesen Zirkeln jeweils mindestens zwei Teilnehmerinnen und/oder Teilnehmer sich selbst die Moderatorenrolle auch zugetraut hätten und als informelle Unterstützung sowie potenzielle Nachfolgerinnen bzw. Nachfolger infrage gekommen wären. Die Vermutung liegt nahe, dass entsprechende Incentives (Honorierung, Angebot für Moderatorinnen- und Moderatorenschulung, Zertifikat) die Fortführung dieser Qualitätszirkel hätten fördern können.

Institutionelle Unterstützung bei der Fortführung bzw. Neuintiierung von Qualitätszirkeln setzt objektive Möglichkeit und subjektive Bereitschaft voraus. Gute Chancen gibt es offenbar, wenn an bestehende Angebotsstrukturen angeknüpft werden kann (Beispiele: Gesundheitsamt bzw. Fachhochschule). Damit die Möglichkeiten auch realisiert werden, müssen die Institutionen bzw. die hier verantwortlichen Moderatorinnen und Moderatoren existierende Arbeitsschwerpunkte weiter ausdifferenzieren bzw. einen neuen Arbeitsschwerpunkt bilden. Das dafür erforderliche Engagement und die Risikobereitschaft sind möglicherweise bei Vereinen und privaten Bildungsinitiativen (Beispiel: Impuls) – die sich mit einem erweiterten Angebot neu positionieren, um trotz struktureller Nachteile ihre Zielgruppen früher zu erreichen – eher gegeben.

9.3

Akzeptanz des Qualitätszirkelkonzepts

83 % der Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer halten der Abschlussbefragung zufolge Qualitätszirkel für ein geeignetes Instrument der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung (vgl. Tabelle 28 auf Seite 128). Hervorzuheben ist, dass dies für fast alle Qualitätszirkel ähnlich und sowohl allgemein für den Gesamtbereich der Gesundheitsförderung als auch speziell für den jeweils eigenen Arbeitsbereich gilt (vgl. Tabelle 49). 19% machen Einschränkungen:

- Die Ergebnisse müssen umsetzbar sein, d. h. die Arbeit muss entsprechend zielorientiert und pragmatisch sein und die Institutionen müssen die Realisierung auch entsprechend ermöglichen.
- Die Gruppe muss ein sie verbindendes, auf die Alltagspraxis bezogenes Thema haben.
- Es bedarf einer guten Moderation.

Diese Einschränkungen beziehen sich nicht auf das Qualitätszirkelkonzept selbst, sondern auf die jeweils konkrete Umsetzung (vgl. auch Tabelle 29 auf Seite 129).

Bei den Moderatorinnen und Moderatoren ist der Zustimmungswert noch ausgeprägter (87%). Ein Moderator machte keine Angaben, ein anderer formulierte Zweifel (vgl. Tabelle 50 auf Seite 226). Die große Mehrheit der Moderatorinnen und Moderatoren (60%)

	Ja		Ja, unter bestimmten Bedingungen		Nein		Keine Angaben		Gesamt
	n	%	n	%	n	%	n	%	
QZ 1	4	57,1	2	28,6	–	–	1	14,3	7
QZ 2	6	75,0	–	–	2	25,0	–	–	8
QZ 3	4	80,0	–	–	–	–	1	20,0	5
QZ 4	–	–	–	–	–	–	–	–	–
QZ 5	–	–	–	–	–	–	–	–	–
QZ 6	4	50,0	2	25,0	–	–	2	25,0	8
QZ 7	4	66,7	1	16,7	–	–	1	16,7	6
QZ 8	4	80,0	1	20,0	–	–	–	–	5
QZ 9	8	80,0	1	10,0	1	10,0	–	–	10
QZ 10	3	60,0	1	20,0	–	–	1	20,0	5
QZ 11	4	80,0	1	20,0	–	–	–	–	5
QZ 12	–	–	3	60,0	–	–	2	40,0	5
Gesamt	41	64,1	12	18,8	3	4,7	8	12,5	64

Tab. 49: Einschätzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Abschlussbefragung), ob der Qualitätszirkel ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung in ihrem Arbeitsbereich darstellen könnte



Qualitätszirkel – ein geeignetes Instrument in der Qualitätssicherung?	Anzahl	Prozent
<p>Ja</p> <p><i>Verbesserung der Effektivität und Arbeitszufriedenheit (n = 5)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – „...eine Ergänzung zur institutionellen und persönlichen Weiterentwicklung.“ – „... da sehr zielorientiert mit konkreten Ergebnissen, die im Alltag direkt umgesetzt werden können.“ – „... durch Erarbeitung von Standards und Hinterfragung von Alltagsroutine Verbesserung der Effektivität und Arbeitszufriedenheit.“ <p><i>Überwindung von Konkurrenz und Einzelkämpfertum (n = 4)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – „... dass gerade im Bereich Erwachsenenbildung ein großer Bedarf besteht, auf der anderen Seite aber auch die Hemmschwelle sehr groß ist (Dozenten arbeiten isoliert, Konkurrenzgefühl).“ – „... weil in strukturierter Form alle Beteiligten an der Problemlösung (möglicherweise eines Einzelnen) mitwirken.“ <p><i>Reflexion (n = 2)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – „Im Qualitätszirkel erfahre ich, wo ich in einem Tätigkeitsfeld stehe ... ob ‚meine‘ Probleme alleiniger oder kollektiver Natur sind ... Ich bekomme interdisziplinäre Lösungsanregungen.“ – „Qualitätszirkel als geeignetes Instrument, wenn die Teilnehmer an Reflexion über eigene Tätigkeit interessiert sind; Dokumentation ist relativ einfach (Statistik, Video etc.).“ <p><i>Bereiche (n = 2)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – „... die freiberufliche Tätigkeit.“ – „... Jugendgesundheitsdienst.“ 	13	86,7
<p>Eher nein/Zweifel</p> <ul style="list-style-type: none"> – „Ich finde das Instrument sehr wirkungsvoll. Es benötigt jedoch viel Zeit und intensive Arbeit, Ergebnisse sind nicht gleich sichtbar. Deshalb wird der Qualitätszirkel als Instrument sich vielleicht nicht durchsetzen.“ 	1	6,7
Keine Angabe	1	6,7
Gesamt(-anzahl der Nennungen)	15	100,0

Tab. 50: Einschätzung der Moderatorinnen und Moderatoren (Abschlussbefragung) bezüglich der Eignung von Qualitätszirkeln als Instrument zur Qualitätssicherung in ihrem Arbeitsbereich

Rechts oben: Tab. 51: Beurteilung des Instruments „Qualitätszirkel“ im Vergleich zu anderen Instrumenten in der Qualitätssicherung durch die Moderatoren (Abschlussbefragung)

Rechts unten: Tab. 52 (Fortsetzung auf Seite 228)

	Anzahl	Prozent
Positiv – „Es ist eine wichtige Methodenbereicherung.“ – „Optimales Instrument zur freiwilligen Qualitätssicherung.“ – „Als ‚Bottom-up‘-Instrument sehr gut geeignet, interdisziplinäre Innovationspotentiale zu wecken.“ – „Als ein sehr erfolgreiches Instrument, wobei nach zielgerichtetem intensivem Arbeiten die Ergebnisse konkret im Praxisalltag umgesetzt werden können. – Sehr positiv!“	9	60,0
Zu wenig Erfahrung	3	20,0
Sonstiges	1	6,7
Keine Angabe	2	13,3
Gesamt	15	100,0

Wie sieht die Zukunft des Konzepts aus?	Anzahl	Prozent
Implementation des Konzepts – „Die Voraussetzungen für eine umfangreiche Initiierung von Zirkel sind durch das Projekt geschaffen. Diese Bemühungen sollten fortgesetzt und verstärkt werden.“ – „Gerade wurde per Gesetz für Pflegeeinrichtungen die Verpflichtung zu Qualitätssicherung verabschiedet. Für eine durch Krankenkassen anerkannte Gesundheitsförderung ist das Instrument zukunftsfähig.“ – Verbreitung (z.B.: „Schneeballsystem“ initiieren) – Öffentlichkeitsarbeit – Organisation von Qualitätszirkeln (z. B.: „Eine große Organisation [BZgA] übernimmt die flächendeckende Einführung von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung, kümmert sich um Information, Finanzierung [durch Teilnehmerbeiträge] und Moderationsschulung. D.h. ich bin bei dieser Organisation angestellt und das ist eine Perspektive für mich.“) – Begleitung (z. B.: „Wesentlichen Stellenwert sollten die Qualitätszirkel aus dem Modellprojekt haben, da sie Pionierarbeit geleistet haben und idealerweise sich daraus die nächste Generation von Moderatoren rekrutieren könnte und sollte, um den ‚Ursprungsgedanken‘ der Qualitätszirkel weiterzutragen und im Sinne eines Schneeballeffektes weiterzutransportieren. Ich fände es schade, wenn die ersten Qualitätszirkel nun alle beendet werden, nur weil das Projekt zu Ende ist! Denn die Teilnehmer aus den ersten Zirkeln haben den großen Vorteil, dann die Erfahrung als Teilnehmer und später als Moderator zu haben. Diese Chance sollte gesehen werden, mit der Konsequenz, die Qualitätszirkel auch weiterhin [wenn auch nicht engmaschig] ‚locker‘ zu begleiten, zumindest das Angebot seitens der Projektgruppe zu machen, Ansprechpartner zu bleiben.“	11	55,0



Wie sieht die Zukunft des Konzepts aus?	Anzahl	Prozent
Eigener Beitrag zur Weiterverbreitung – „Ich fände es prima, wenn sich Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung weiter etablieren. Gerne engagiere ich mich im Rahmen meiner Möglichkeiten dafür und trage das Konzept weiter.“ – „Als Multiplikator und Coach tätig sein.“ – „Qualitätszirkelarbeit ist für mich wichtig. Ich werde sicherlich entweder als Teilnehmer und/oder als Moderator an Qualitätszirkeln teilnehmen.“ – „Ich werde versuchen, Kollegen meiner Institution für diese Arbeit zu gewinnen. Solange ich noch im Dienst bin, möchte ich weiter nach den Qualitätszirkelkriterien arbeiten.“ – „In unserem Haus wird Qualitätszirkelarbeit in Zukunft einen festen Platz haben (dafür gibt es schon eine Zusage!).“ – „Ich möchte diese Methode als regelmäßigen Bestandteil meiner Arbeit etablieren, auch im externen Bereich. Ich könnte mir hier den Bereich der Schulen vorstellen.“	7	35,0
Zweifel – „Für mich ist eher fraglich, ob Moderation von Qualitätszirkel eine Bedeutung für die Zukunft hat ...“ – „Aufgrund des hohen Aufwandes vermute ich, dass sich Qualitätszirkel nur in wenigen Bereichen als übliches Instrument durchsetzen werden.“	2	10,0
Keine Angabe	–	–
Gesamt(-anzahl der Nennungen)	20	100,0

Anmerkung: Die Gesamtanzahl addiert sich hier zu N = 20 auf, da die Aussagen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum Teil mehreren Kategorien zugeordnet werden konnten.

Tab. 52: Einschätzung der Moderatorinnen und Moderatoren (Abschlussbefragung): Perspektive von „Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung“ und persönliche Perspektiven

bewerten die Qualitätszirkel auch im Vergleich zu anderen Qualitätssicherungsinstrumenten ausgesprochen positiv, die anderen beantworten diese Frage – zumeist aufgrund fehlender Vergleichsmöglichkeiten – nicht (vgl. Tabelle 51 auf Seite 227).

Vor diesem Hintergrund halten die meisten Moderatorinnen und Moderatoren die Voraussetzungen für die Implementation des Konzepts für gegeben. Knapp die Hälfte äußert explizit den Wunsch, sich aktiv als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren daran zu beteiligen; lediglich in zwei Stellungnahmen werden Zweifel angemeldet (vgl. Tabelle 52 auf Seite 227/228). Einmal wird gefragt, ob die Moderation von Qualitätszirkeln eine persönliche Bedeutung für die Zukunft hat, einmal wird vermutet, dass sich Qualitätszirkel aufgrund des hohen Aufwandes nur in wenigen Bereichen als übliches

Instrument durchsetzen werden. Alle 15 (Ko-)Moderatorinnen und -Moderatoren konnten sich in der Abschlussbefragung bereits weitere Zirkelnitiierungen vorstellen, neun äußerten konkrete Ideen (vgl. Tabelle 44 auf Seite 142).

9.4 Weiterentwicklung des Konzepts

Das hier beschriebene Modellprojekt hatte sich auch zur Aufgabe gesetzt zu eruieren, ob und inwiefern das im ärztlichen Bereich erprobte Qualitätszirkelkonzept im Bereich der Gesundheitsförderung gegebenenfalls zu modifizieren ist. Konzeptvermittlung, Konzeptumsetzung und Konzepterprobung verliefen insofern parallel. Im folgenden Abschnitt werden die Projekterfahrungen im Hinblick auf eventuelle konzeptuelle Erweiterungen thematisiert. Die Konsequenzen sind im „Handbuch Qualitätszirkel in Prävention und Gesundheitsförderung“ (1. Auflage, Köln 2005) dargestellt.

9.4.1 Allgemeine Aspekte

Den vorliegenden Erfahrungen aus dem ärztlichen Bereich entsprechend, bewährte sich die Qualitätszirkelarbeit in den Projektzirkeln insbesondere als reflexionsfördernder und unterstützender kollegialer Erfahrungsaustausch. Im Hinblick auf ein systematisches Vorgehen aber besteht erhebliches Entwicklungspotenzial.⁶⁵ Dies betrifft:

- die explizite Formulierung gemeinsamer Arbeitsziele und die Evaluation der Zielerreichung (vgl. „QZ-Check“),
- die Konkretion bei der Ist-Analyse (Fallarbeit),
- das Verhältnis von gewähltem Thema und Fallarbeit.

Die deutlich gewordenen Probleme haben zu Weiterentwicklungen geführt, die zwar nicht das Konzept selbst, aber doch dessen Darstellung betreffen. So wurde das anfänglich verwandte *Schaubild des Qualitätskreislaufs* (vgl. Bahrs u. a. 2000, S. 8) modifiziert. Insbesondere wurden die häufig vernachlässigten Arbeitsschritte „Erstellen einer Problemliste“, „Festlegen vorläufiger Qualitätskriterien“ und „Falldiskussion“ gezielt aufgenommen und exemplarisch veranschaulicht.

⁶⁵ Bei dieser Bewertung ist zu berücksichtigen, dass vier der zwölf initiierten Qualitätszirkel verspätet begannen und/oder vorzeitig abgebrochen wurden, sodass ihnen zum Teil die erforderliche Entwicklungszeit fehlte und sie auch nicht entsprechend von der Projektgruppe unterstützt werden konnten. Bei zwei weiteren ergaben sich Probleme im institutionellen Umfeld, die direkt auf die Zirkelarbeit wirkten. In diesem Zusammenhang hat sich die Qualitätszirkelarbeit weniger am Qualitätskreislauf orientiert, sondern hat als Begleitung von institutionellen Veränderungsprozessen eine Rolle gespielt.

Eine weitere Präzisierung betrifft den Anwendungsbereich des Qualitätskreislaufs. Das Schema wurde von den Moderatorinnen und Moderatoren zwar als strukturierendes Prinzip gelobt, dabei aber überwiegend als übergreifende Systematik verstanden und selten auf die konkrete Ist-Analyse bezogen. Am Beispiel des unterschiedlichen Vorgehens aber lässt sich verdeutlichen, dass der Qualitätskreislauf in seiner einfachsten Form in zwei bis drei Treffen fallbezogen vollständig durchlaufen werden kann (vgl. QZ 5), während sich die Bearbeitung eines Rahmenthemas in der Regel über eine längere Zeit erstreckt, mehrere Falldiskussionen umfasst und dabei verschiedene Unteraspekte beleuchtet (vgl. QZ 7). Damit stellte sich die Frage nach dem Zusammenhang von Fallarbeit und thematischer Entwicklung, der daher ein eigener Abschnitt im Leitfaden („Erfahrungen teilen: Der Umgang mit Fällen und Themen“) gewidmet wurde.

Vor dem Hintergrund der Projekterfahrungen haben wir den *Umgang mit dem Fall* als spezifisches Merkmal von Qualitätszirkelarbeit weiter ausdifferenziert.⁶⁶ Die Dringlichkeit ergab sich aus den im Rahmen der Begleitseminare deutlich werdenden Schwierigkeiten, die konkrete Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsförderung als „fallbezogen“ zu verstehen. Im Hinblick auf Qualitätsförderung meint „Fall“ jedoch weder ein Handlungsprogramm noch eine der Sonderbehandlung bedürftige Person, sondern eine sachlich und zeitlich abgrenzbare Sequenz der Tätigkeit einer (oder mehrerer) Zirkelteilnehmerin(nen) bzw. eines (oder mehrerer) Zirkelteilnehmer(s), die unter den Gesichtspunkten von Arbeitsinhalt (Thema), Arbeitsstil (Person) und Arbeitsbedingungen (Struktur) analysiert werden können. Der Blick wird damit bewusst auf das gerichtet, was die Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer selbst mitverantworten und beeinflussen können. Dieser Fallbegriff ist so offen gehalten, dass damit jede Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsförderung thematisiert werden kann.

9.4.2 Modifikation im Hinblick auf interprofessionelle Qualitätszirkel

Vier der sechs im Wesentlichen zeitplanentsprechend arbeitenden Qualitätszirkel waren interdisziplinär zusammengesetzt und hatten sich die Verbesserung der Zusammenarbeit zum Thema gemacht. Bei diesen Qualitätszirkeln ergab sich ein besonderes Problem, den qualitativen Sprung von der Infobörse zur kritischen Reflexion der eigenen Arbeit im Sinne des Qualitätskreislaufs zu schaffen. Auffällig war die *Doppelstruktur der Fallvorstellungen*: Zunächst musste die jeweilige Institution skizziert werden, damit überhaupt der Kontext nachvollziehbar werden konnte, in dem das konkrete Handeln der Teilnehmerinnen und Teilnehmer seine Bedeutung erhielt. Nicht selten beschränkte sich das Interesse der Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer zunächst auf die Vorstellung der Institution und ihrer Angebote, während die Tätigkeit des Vorstellenden im Hinter-

⁶⁶ Der QZ-Check wurde sinnentsprechend modifiziert.

grund – und damit auch wenig beeinflusst – blieb. Wegen der Doppelstruktur der Fallvorstellungen ist bei interdisziplinären Qualitätszirkeln schon aufgrund der Komplexität grundsätzlich mit einem höheren Zeitbedarf zu rechnen.⁶⁷ Vor diesem Hintergrund war die Strukturierungsleistung von Moderatorinnen und Moderatoren sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmern besonders gefordert. Es musste ein alle verbindendes konkretes und bearbeitbares Thema gefunden, bei den Fallvorstellungen der jeweilige Bezug zum Rahmenthema hergestellt und damit auch immer wieder neu der Entwicklungsprozess nachvollziehbar gemacht werden. Eine gute Lösung fand der QZ 6: Die anlässlich der Fallvorstellungen deutlich werdenden realisierten Kooperationsbeziehungen wurden in einer Wandzeitung für alle Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer sichtbar dargestellt und vor dem Hintergrund der Diskussion, farblich abgehoben, um diejenigen Institutionen und Ansprechpartnerinnen und -partner ergänzt, die als weitere mögliche Adressaten ins Spiel gebracht worden waren. Weil die Darstellung bei jedem Treffen ergänzt wurde, konnte sukzessiv deutlich werden, wo bereits Vernetzungsschnittstellen bestehen und wo noch ungenutzte Chancen liegen. Die Entwicklung in QZ 6 war für die Projektgruppe aufgrund der bei insgesamt vier Treffen durchgeführten teilnehmenden Beobachtungen und der Protokolle der Moderatorinnen gut nachvollziehbar. Sie macht exemplarisch deutlich, wie wichtig eine verbindliche Problemstellung und eine diesem entsprechende Dokumentation ist, um im Sinne des Qualitätskreislaufs zu arbeiten. Rückblickend ist zu sagen, dass es im Hinblick auf die Evaluation der Zirkelarbeit hilfreich gewesen wäre, wenn die im Zirkel erarbeitete Vernetzungsgrafik bereits als Dokumentationsinstrument hätte eingesetzt werden können und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu verschiedenen Zeitpunkten (z. B. bei Beginn und am Ende der Zirkelarbeit) je individuell die in einem begrenzten Zeitabschnitt realisierten Kooperationen festgehalten hätten.

9.4.3 Konsequenzen bezüglich der Umsetzbarkeit des Konzepts

Die kontinuierliche Reflexion der Praxis der Qualitätszirkelarbeit, vor allem durch den intensiven Erfahrungsaustausch von Moderatorinnen und Moderatoren und Begleitforschung in den Begleitseminaren ermöglicht, hat Fragen zum Konzept aufgeworfen und Anlass zu Präzisierungen – z. B. bezüglich der Fallarbeit – gegeben, die für Vermittlung und Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts über den Gesundheitsförderungsbereich hinaus bedeutsam sein können. Konzeptuelle Veränderungen im engeren Sinne waren nicht erforderlich: Das im Projekt verwendete Qualitätszirkelkonzept hat sich als grundsätzlich im Bereich der Gesundheitsförderung anwendbar erwiesen.⁶⁸ Förderliche Bedingungen für die Umsetzung sind:

67 Auffällig ist, dass in diesen Zirkeln durchgängig ein hohes Interesse an der Fortsetzung der Arbeit bestand.

68 Die Umsetzungschancen waren deutlich kontextabhängig, was im Handbuch seinen Niederschlag in der Formulierung zielgruppenspezifischer Motivierungsstrategien gefunden hat.



- *Institutionelle Voraussetzungen:* Der Qualitätszirkel muss gewollt, zumindest aber nicht behindert werden.
- *Qualifikation der Moderatorin bzw. des Moderators:* Die Moderatorin bzw. der Moderator muss geschult sein und über Moderationserfahrungen verfügen. Der Lehrgang (vgl. Kapitel 10) vermittelt keine allgemeinen Moderationskenntnisse, sondern setzt diese voraus.
- *Persönliche Voraussetzungen:* Die Moderatorin bzw. der Moderator muss selbst vom Qualitätszirkelkonzept überzeugt sein (und am besten bereits über Qualitätszirkelerfahrung verfügen).
- *Sachliche Voraussetzungen:* Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Qualitätszirkels müssen eine sie verbindende bearbeitbare Fragestellung haben, diese kontinuierlich auf der Grundlage der kritischen Reflexion des eigenen Alltagshandelns verfolgen, Ergebnisse umsetzen und Lernprozesse feststellen können.
- *Gruppenatmosphäre:* Unter den Beteiligten – Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Moderatorin bzw. Moderator – muss eine vertrauensvolle Atmosphäre herrschen, die von Wertschätzung und Respekt geprägt ist. Das „peer review“ macht daher von der kontrafaktischen Unterstellung eines herrschaftsfreien Diskurses (im Sinne von Jürgen Habermas) Gebrauch und fördert de facto den Abbau von Hierarchien. Äußerung und Durchsetzung des besseren Arguments finden im Qualitätszirkel dort ihre Grenze, wo aufgrund real bestehender Ungleichheiten und Verletzbarkeiten Gesichtsverlust droht.
- *Gruppenregeln:* Gelingende Gruppenarbeit setzt die Einhaltung allgemeiner Regeln der Gruppenarbeit – z. B. ausreden lassen – voraus, die in der Regel bekannt sind. Effektive Qualitätszirkelarbeit erfordert darüber hinaus die Realisierung von qualitätszirkelspezifischen Regeln: Beteiligung an Dokumentation, fallbezogene Diskussion, Umsetzung von Ergebnissen und Evaluation sowie die Wahrung von Vertraulichkeit.
- *Äußerer Rahmen:* Es muss ein für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer verbindlicher und einhaltbarer Termin an einem mit vertretbarem Aufwand erreichbaren Ort bestehen.
- *Zeitraumen:* Es ist ausreichend Zeit für die Bearbeitung erforderlich; je komplexer die Problematik, umso höher ist der Zeitbedarf. Die Projekterfahrungen⁶⁹ legen es nahe, einen Arbeitszyklus mit zirka eineinhalb Jahren anzusetzen.

69 Dies hat sich auch im Rahmen des Projekts „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ bestätigt, das im Auftrag der BZgA (zuständig: B. Gaschina-Hergarten, M.A.) als Kooperationsprojekt von der Abteilung für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie der Universität Heidelberg (Projektleitung: Prof. M. Cierpka und PD Dr. A. Riehl-Emde, Projektmitarbeiter: Dipl.-Psych. A. Dewald und Dipl.-Psych. R. Kuhn) sowie der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Göttingen (Projektleitung: Dr. O. Bahrs, Projektmitarbeiterin: U. Schmidt, M. A. sowie die Leitenden des Lehrgangs Dr. M. Weiß und D. Pohl, M.A.) durchgeführt wird.

9.5

Schaffen von Voraussetzungen für die Implementation

Mit einem erfolgreichen Projektverlauf sollten die Voraussetzungen für eine Breitenimplementierung der Qualitätszirkel im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention geschaffen werden. Dementsprechend war das Konzept zu prüfen und ggf. zu adaptieren (vgl. Kapitel 9.3 und Kapitel 9.4), der Unterstützungsbedarf der Moderatorinnen und Moderatoren zu eruieren und konkrete Möglichkeiten zur Unterstützung zu entwickeln, Öffentlichkeitsarbeit zu leisten, ein Implementationskonzept zu entwerfen und weitere Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu gewinnen.

9.5.1 Unterstützung der Moderatorinnen und Moderatoren

Alle Moderatorinnen und Moderatoren waren bei Projektbeginn in einer dreitägigen Schulung auf ihre Aufgabe vorbereitet worden und hatten umfangreiche Materialien (Leitfaden „Ärztliche Qualitätszirkel“, Folien, Evaluations- und Dokumentationsinstrumente) erhalten. Bei allen Seminaren wurde die Situation der einzelnen Qualitätszirkel zum Thema gemacht, wurden offene Fragen erörtert und Vorschläge zum weiteren Vorgehen gemeinsam erarbeitet. Im Nachgang zu den Begleitseminaren wurde der verbliebene Unterstützungsbedarf mit einem Fragebogen zum Stand der Zirkelarbeit erhoben. Beim ersten Begleitseminar formulierte die Mehrheit der bereits mit einem Qualitätszirkel arbeitenden Moderatorinnen und Moderatoren konkrete Anliegen. Dabei gab es konkrete inhaltliche Wünsche bezüglich der Förderung der Kompetenzen zur Strukturierung der Gruppenarbeit und zur Wahrnehmungsschulung, darüber hinaus den Bedarf nach emotionaler Unterstützung sowie das ganz praktische Anliegen, durch ein offizielles Schreiben der Projektgruppe die Kooperationsbereitschaft der zu beteiligenden Institutionen zu fördern. Insgesamt wurden damit die Begleitseminare als der vorrangige Ort gesehen, an dem Unterstützung – Erfahrungsaustausch, Intervention, Supervision, emotionale Unterstützung – erfahren wurde. Dementsprechend haben einige Moderatorinnen und Moderatoren schon beim ersten Treffen keinen aktuellen Unterstützungsbedarf formuliert, weil sie bereits erhalten hatten, was erforderlich war. Dieser Trend setzte sich bei den weiteren Treffen fort; der am Ende der Treffen formulierte Unterstützungsbedarf ließ nach, während explizit auf den aus der gemeinsamen Arbeit resultierenden Gewinn hingewiesen wurde. Daneben gab es vereinzelt auch spezifische Wünsche (Beratung bei einem krisenhaften Verlauf; Einbeziehung von Komoderatorinnen und Komoderatoren; Zertifizierung der Zirkelteilnahme; Teilnahme eines Projektgruppenmitglieds bei einem Präsentationstreffen; Vermittlung von Metaplantechniken), bei denen individuelle Unterstützung durch die Projektgruppe gefragt war. Dem Wunsch nach Vermittlung von Metaplantechniken war allerdings unmittelbar vor Beendigung des Zirkelzyklus nicht mehr zu genügen.



Auch beim Projektende, so wurde in der Abschlussbefragung deutlich, sahen fast alle Moderatorinnen und Moderatoren für sich weiteren Unterstützungsbedarf (vgl. Tabelle 53). Die Themen entsprechen dem bereits oben Genannten. Dass erneut ein so ausgeprägter Unterstützungsbedarf geäußert wurde, mag zunächst überraschen, ist aber wohl vor allem in der Tatsache begründet, dass keine weiteren Begleitseminare mehr in Aussicht standen. Offenbar schätzten auch die nunmehr erfahrenen Moderatorinnen und Moderatoren den qualitätszirkelbegleitenden Erfahrungsaustausch, um größere Sicherheit im Umgang mit der Gruppe und bei der Konzeptumsetzung zu erhalten.

Über die im Projektverlauf erhaltene Unterstützung äußerten sich die Moderatorinnen und Moderatoren in der Abschlussbefragung recht positiv. Insbesondere die Materialien

(Weiterer) Unterstützungsbedarf	Anzahl	Prozent
Schulung – „Kurs/Schulung, speziell Moderationstechniken.“ – „Erweiterung der Moderationskompetenz bzw. mehr Übung (Komoderator).“ – „Wahrnehmungsschulungen für Stimmungen, Themen und Meinungen, die verdeckt in einer Gruppe vorhanden sind und nicht offen angesprochen werden können.“	6	35,3
Erfahrungsaustausch/Coaching/Supervision – „Erfahrungsaustausch mit anderen Moderatoren.“ – „Zukünftige Erfahrungsaustauschtreffen, in denen die praktischen Erfahrungen aus Zirkeln nach der Projektphase besprochen werden können.“ – „Supervisionsmöglichkeit auch erfahrener Moderatoren.“	5	29,4
Kontakt zur Projektgruppe – „Bleibt an uns dran.“ – „Bei Problemen (neuer Zirkel) möchte ich mich an die Projektgruppe wenden können.“	2	11,8
Zertifizierung	2	11,8
Qualitätszirkelinitiierung	1	5,8
Kein Bedarf	1	5,8
Keine Angabe	–	–
Gesamt(-anzahl der Nennungen)	17	100,0

Anmerkung: Die Gesamtanzahl addiert sich hier zu N = 17 auf, da die Aussagen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum Teil mehreren Kategorien zugeordnet werden konnten.

Tab. 53: Welchen (weiteren) Unterstützungsbedarf sehen Sie für sich persönlich als Moderatorin bzw. Moderator? – Angaben der Moderatorinnen und Moderatoren (Abschlussbefragung, N = 15)

Mit der Unterstützung bezüglich ... war ich	sehr zufrieden (1)	zufrieden (2)	eher zufrieden (3)	eher unzufrieden (4)	unzufrieden (5)	sehr unzufrieden (6)	keine Angaben	Mittelwert
Konzeptvermittlung	1	9	4	1	–	–	–	2,3
Materialien	4	10	1	–	–	–	–	1,8
Kurzevaluation	4	8	2	–	–	–	1	1,9
Teilnehmende Beobachtung	5	4	2	1	1	–	2	2,2
Begleitseminare	6	6	3	–	–	–	–	1,8
Kontakt zu Kollegen	1	9	5	–	–	–	–	2,3
Mitgestaltungschance	4	10	1	–	–	–	–	1,8

Tab. 54: Zufriedenheit der Moderatorinnen und Moderatoren bezüglich der Unterstützung (Abschlussbefragung der Moderatorinnen und Moderatoren, N = 15)

fanden breiten Anklang: Fast alle (92%) Moderatorinnen und Moderatoren äußerten sich (sehr) zufrieden (vgl. Tabelle 54). Die Folien und Erhebungsinstrumente (Kurzevaluationsbogen, QZ-Check) konnten ebenso wie die Darstellung des Konzepts selbst unter Berücksichtigung der erhaltenen Anregungen weiterentwickelt und im „Handbuch Qualitätszirkel in Prävention und Gesundheitsförderung“ zur Verfügung gestellt werden.

Ausgesprochen positive Bewertungen gab es weiterhin für die kontinuierlich ausgewerteten und kommentierten Kurzevaluationen der Zirkeltreffen und die Begleitseminare (Zustimmungsgrad: 80%), während die teilnehmenden Beobachtungen ein geteiltes Echo fanden (60% Zufriedene bei immerhin 27% Unzufriedenen).⁷⁰ Konzeptvermittlung und der ermöglichte Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen erscheinen verbesserungsfähig, während die Moderatorinnen und Moderatoren die erhaltene Mitgestaltungschance sehr positiv bewerteten. Dass sich insbesondere das Konzept der Begleitseminare bewährt hat, wird auch daran deutlich, dass diese von den Moderatorinnen und Moderatoren in der Abschlussbefragung als besonders geeignetes Instrument besonders geschätzt wurden (vgl. Kapitel 9.5.4).

9.5.2 Öffentlichkeitsarbeit

Bereits bei Projektbeginn wurde eine ausführliche Projektbroschüre entwickelt, die bei verschiedenen Veranstaltungen ausgehändigt wurde und auch direkt bei Projektgeber und Projektgruppe abrufbar war. Das Projekt wurde bei diversen Fachtagungen und Kongressen vorgestellt. Genannt seien hier die Präsentation des Projektdesigns (Bahrs u. a.

⁷⁰ Einige Moderatorinnen und Moderatoren hatten hohe (Supervisions-)Erwartungen in das Feedback durch die Projektgruppe und waren enttäuscht über die tatsächlich erhaltenen Rückmeldungen.

2000) beim Berliner Gesundheitstag 2000, die Werkstattberichte 2001 bei der International Union for Health Promotion and Education sowie der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, die Darstellungen des Projektverlaufs 2002 bei den Kongressen der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie sowie die Schlussfolgerungen bezüglich der Konzeptweiterentwicklung bei der Herbstakademie 2003 und die Vorschläge für die eine Implementation unterstützenden Maßnahmen beim 9. Kongress Armut und Gesundheit 2003. Weitere Aktivitäten und Publikationen sind im Anhang (vgl. Kapitel 12) dargestellt.

Mit Fortschreiten des Projekts veränderten sich die an die Projektgruppe gestellten Anforderungen. Die aus dem Kreis der Moderatorinnen und Moderatoren sowie Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmern aufgeworfenen Fragen von Zertifizierung und Honorierung der Qualitätszirkelarbeit verwiesen bereits auf die Implementationsphase, insofern die erforderlichen Abstimmungen mit Entscheidungsträgerinnen und -trägern in Fachgesellschaften, Ministerien, Verwaltungen etc. von grundsätzlicher Tragweite waren und den Rahmen des Projekts überschritten.

9.5.3 Gewinnung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Die meisten Projektmoderatorinnen und -moderatoren waren grundsätzlich zur Fortführung ihrer Zirkel, viele auch zur Initiierung weiterer Zirkel bereit. Die meisten konnten sich vorstellen, als Schulungsleiterin bzw. Schulungsleiter an der Ausbildung weiterer Qualitätszirkelmoderatorinnen und -moderatoren beteiligt zu sein (vgl. Tabelle 55). Häufig war dies an Bedingungen – begrenzter thematischer Bereich, angemessene

Selbst Schulungsleiterin bzw. Schulungsleiter?	Anzahl	Prozent
Ja, aber – Zeit – Bezahlung – Eingeschränkter Bereich – „Aufgaben und Vorgehensweisen bedürfen der Klärung.“ – Persönliche Situation – Noch eigene Erfahrungen machen	9	60,0
Ja	5	33,3
Teils/teils	1	6,7
Keine Angabe	–	–
Gesamt(-anzahl der Nennungen)	15	100,0

Tab. 55: Angaben der Moderatorinnen und Moderatoren (Abschlussbefragung): Bereitschaft zur Beteiligung an der Implementation als Schulungsleiterinnen bzw. Schulungsleiter

	Qualitätszirkelinitiierung – vorstellbar für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Abschlussbefragung (N = 64)					
	Ja		Nein		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Gültige N	k. Angaben
QZ 1	1	14,3	6	85,7	7	–
QZ 2	4	50,0	4	50,0	8	–
QZ 3	2	40,0	3	60,0	5	–
QZ 4	–	–	–	–	–	–
QZ 5	–	–	–	–	–	–
QZ 6	2	40,0	3	60,0	5	3
QZ 7	1	20,0	4	80,0	5	1
QZ 8	2	50,0	2	50,0	4	1
QZ 9	6	60,0	4	40,0	10	–
QZ 10	3	60,0	2	40,0	5	–
QZ 11	2	40,0	3	60,0	5	–
QZ 12	–	–	4	100,0	4	1
Gesamt	23	39,7	35	60,3	58	6

Tab. 56: Angaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Abschlussbefragung) über die Vorstellung, selbst einen Qualitätszirkel zu initiieren (Basis: alle 64 Teilnehmenden, die die Abschlussbefragung ausgefüllt haben)

Honorierung etc. – geknüpft, die ebenso wie die Definition der konkreten Aufgaben und Vorgehensweisen nicht mehr im Projekt selbst geklärt werden konnten, im Rahmen einer Implementierung aber zu berücksichtigen wären.

Darüber hinaus konnten, der Abschlussbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zufolge, im Rahmen des Projekts weitere 23 engagierte und qualifizierte Praktikerinnen und Praktiker der Gesundheitsförderung interessiert werden, die die Initiative zum Aufbau und zur Organisation weiterer Qualitätszirkel übernehmen könnten (vgl. Tabelle 56). Von diesen waren 15 zugleich an einer Schulung für Moderatorinnen und Moderatoren interessiert, vier weitere äußerten daran Interesse, ohne selbst einen Qualitätszirkel initiieren zu wollen. Dabei ist besonders hervorzuheben, dass potenzielle Moderatorinnen und Moderatoren annähernd in jedem Qualitätszirkel vorhanden sind.⁷¹ Sechs Interessentinnen und Interessenten kommen aus dem Bereich der Erwachsenenbildung, vier aus der Sozialarbeit, je zwei sind in Projektarbeit, betrieblicher Interessenvertretung oder Ernährungsberatung tätig, und je einer wirkt in der Selbsthilfe, im Pflegebereich oder als Betriebsarzt. Damit ist das Tätigkeitspektrum insgesamt geringer als im Zirkel

71 Ausnahmen sind neben QZ 4 und QZ 5, für die keine Angaben vorliegen, QZ 12 – der in Form einer Arbeitsgruppe fortgesetzt werden soll – und QZ 3, in dem sich ein Teilnehmer zwar die Initiierung eines Qualitätszirkels vorstellen kann, aber nicht selbst Moderator werden möchte.



Besonderer Unterstützungsbedarf für Qualitätszirkel im Bereich der Gesundheitsförderung	Anzahl	Prozent
Begleitung und Konzeptvermittlung – „Begleitseminare mit ausführlicher Erläuterung des Qualitätszirkelkonzepts, beispielhafte Fallvorstellung, praktische Übungen.“ – „Regelmäßige Begleitung (Erfahrungsaustausch). Bei Moderatoren, die häufiger einen Qualitätszirkel durchführen, kann diese reduziert werden.“ – „Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts in die Praxis (Das Konzept muss verinnerlicht werden und man muss von dem Erfolg überzeugt sein).“	11	57,9
Öffentlichkeitsarbeit/Marketing – „Präsentation des Instruments Qualitätszirkel als Möglichkeit der Qualitätssicherung und Erarbeitung von Standards → Wertschätzung, Finanzierung, Honorare.“ – „Überzeugungsarbeit, dass Qualitätszirkel sinnvoll sind (z. B. gegenüber Arbeitgebern, damit Teilnehmer nicht in ihrer Freizeit teilnehmen müssen).“ – „Mehr PR für Qualitätszirkel → damit Zirkel selbstverständlich werden.“	5	26,3
Finanzierung	3	15,8
Keine Angabe	–	–
Gesamt(-anzahl der Nennungen)	19	100,0

Anmerkung: Die Gesamtanzahl addiert sich hier zu N = 19 auf, da die Teilnehmeraussagen zum Teil mehreren Kategorien zugeordnet werden konnten.

Tab. 57: Einschätzung der Moderatorinnen und Moderatoren (Abschlussbefragung): Besonderer Unterstützungsbedarf für (künftige) Moderatorinnen und Moderatoren bei der Implementation von Qualitätszirkeln im Bereich der Gesundheitsförderung

selbst, entspricht aber im Großen und Ganzen der Verteilung unter den Moderatorinnen und Moderatoren. Im Vergleich zu den Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmern sind insbesondere Weiterbildnerinnen und Weiterbildner überrepräsentiert. Wer bereits beruflich eher moderierende Funktionen übernimmt, kann sich offenbar auch eher in der Rolle des Qualitätszirkelmoderators bzw. der -moderatorin sehen – und glaubt, von einer Schulung zu profitieren.

Insgesamt gesehen war damit nach Beendigung der Durchführungsphase eine beachtliche Bereitschaft vorhanden, zur Verbreitung von Qualitätszirkeln im Bereich der Gesundheitsförderung in ähnlich schneeballartiger Weise beizutragen, wie dies anfänglich im ärztlichen Bereich zu beobachten war. (Vgl. Tabelle 56 auf Seite 237.)

9.5.4 Lehrgang und Implementationskonzept

In der Abschlussbefragung wurden die Moderatorinnen und Moderatoren um Angaben darüber gebeten, welche Hilfen künftige Moderatorinnen und Moderatoren benötigen und wie diesem Unterstützungsbedarf zu entsprechen wäre. Die Antworten (vgl. Tabelle 57 und Tabelle 58) verdeutlichen, dass sich insbesondere die Begleitseminare als eine Form des die Qualitätszirkelpraxis begleitenden und reflektierenden Erfahrungsaustauschs sowie der kontinuierlichen Konzeptvermittlung bewährt haben. Schulung und Erfahrungsaustausch allein aber werden nicht als ausreichend angesehen, vielmehr bedarf es auch begleitender Öffentlichkeitsarbeit, finanzieller Incentives sowie unterstützender Strukturen, als deren Kern Projektträger, Projektgruppe und engagierte Projektbeteiligte angesehen werden. Darüber hinaus wird eine Vielzahl weiterer Institutionen genannt (vgl. Tabelle 59 auf Seite 240).

Wie kann man dem Bedarf gerecht werden?	Anzahl	Prozent
Begleitung und Konzeptvermittlung – Unterstützung durch Begleitseminare – Coaching – Teilnehmende Beobachtung – Reflexionsrunde, Supervision	11	52,4
Unterstützende Instanzen – BZgA – Projektgruppe („Es sollte eine Gruppe an der Uni Göttingen [Abt. Med. Psychologie] mit Unterstützung der BZgA für Fragen aus den Qualitätszirkeln im Bereich der Gesundheitsförderung für die nächsten Jahre zur Verfügung stehen.“) – Ausgebildete Moderatoren als Multiplikatoren	7	33,3
Öffentlichkeitsarbeit/Marketing/Finanzierung – „Durch Öffentlichkeitsarbeit und politische Arbeit.“ – „Eine starke Institution BZgA, die Öffentlichkeitsarbeit übernimmt (durch Entwicklung eines berufsständischen „Kodexes“, Marketingzirkel der Qualitätszirkel-in-der-Gesundheitsförderung-Moderatoren und gemeinsames Werbematerial).“	3	14,3
Keine Angabe	3	14,3
Gesamt(-anzahl der Nennungen)	24	100,0

Anmerkung: Die Gesamtanzahl addiert sich hier zu N = 24 auf, da die Aussagen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum Teil mehreren Kategorien zugeordnet werden konnten.

Tab. 58: Einschätzung der Moderatorinnen und Moderatoren (Abschlussbefragung), wie man dem besonderen Unterstützungsbedarf (künftiger) Moderatorinnen und Moderatoren bei der Implementation von Qualitätszirkeln im Bereich der Gesundheitsförderung gerecht werden kann



Institutionen, die die Implementation unterstützen sollten	Anzahl	Prozent
BZgA – Bisherige Kombination aus „BZgA, Projektgruppe und ausgebildeten Moderatoren“	4	14,8
Allgemein: Institutionen im Gesundheitsbereich – „Institutionen, in deren Zuständigkeitsbereich Qualitätszirkel durchgeführt werden, (und zwar) diejenigen, die auch davon profitieren.“ – „Institutionen der angehenden Moderatoren.“ – „Am besten alle Institutionen, die im Gesundheitsbereich arbeiten ...“ – „Kostenträger im Gesundheitswesen.“	4	14,8
Weitere konkrete Institutionen – Gesundheitsämter – Krankenkassen – Selbstverwaltungsorgane der Ärzte – Hochschulen, die sich thematisch mit der Gesundheitsförderung befassen – Gesundheitsakademien – Selbsthilfegruppen-Kontaktstellen – Landesvereinigung für Gesundheit – Bundesministerium für Gesundheit	17	63,0
Keine Angabe	2	7,4
Gesamt(-anzahl der Nennungen)	27	100,0

Anmerkung: Die Gesamtanzahl addiert sich hier zu N = 27 auf, da die Aussagen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum Teil mehreren Kategorien zugeordnet werden konnten.

Tab. 59: Angaben der Moderatorinnen und Moderatoren (Abschlussbefragung): Institutionen, die die Implementation von Qualitätszirkeln im Bereich der Gesundheitsförderung unterstützen sollten

Die Projekterfahrungen haben ihren Niederschlag in einem Lehrgangskonzept gefunden, das so nicht von vornherein geplant gewesen war und daher als gesonderter Baustein in Kapitel 10 dargestellt wird. Der Lehrgang wurde mittlerweile im Rahmen des Projekts „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ erfolgreich erprobt, ein Implementationskonzept im Handbuch „Qualitätszirkel in Prävention und Gesundheitsförderung“ vorgelegt.

9.6

Ergebnisse der Zirkelarbeit

Nach einem Jahr intensiver Gruppenarbeit liegt die Frage nahe, was denn eigentlich „dabei herausgekommen ist“. Mit dieser Frage sind typischerweise greifbare Ergebnisse – Programme, Verhaltens- bzw. Einstellungsänderungen bei den Professionellen oder gar bei den Nutzerinnen und Nutzern – gemeint, d. h. Aspekte, die die Ergebnisqualität auf den Ebenen 2, 3 und 4 betreffen (vgl. Tabelle 60). Diese zweifellos wichtige Frage konnte im Rahmen des Projekts nur begrenzt beantwortet werden. Angesichts des breiten Themenspektrums und der je spezifischen Kontextbedingungen zielte das Projekt

Dimension	Kriterien	Beispiele/Evaluationsergebnisse
Konzeptqualität	Gegenstandsadäquanz	Adaption des Fallbegriffs und spezifische Schulung der Moderatorinnen/Moderatoren erforderlich; dann fallbezogen je nach Problemlage mehrdimensionale Thematisierung von Arbeitsstil, Arbeitsbedingungen und Gegenstand des auf Gesundheitsförderung bezogenen Handelns möglich
	Akzeptanz bei Zielgruppe	Qualitätszirkel als geeignetes Verfahren der Qualitätssicherung (83 % der Befragten)
Strukturqualität	Erreichbarkeit (räuml., zeitlich) Ausstattung des Tagungsraums	Zu große Entfernungen (Aufwand) als Hindernis (QZ 5, QZ 11); zu kurze Abstände – z. B. bei Selbstständigen – hinderlich (QZ 11)
	Qualifikation von Moderatorin und Moderator	Moderationskompetenzen, Gruppenerfahrung und Übereinstimmung mit dem Qualitätszirkelkonzept unabdingbar, kontinuierliche zirkelbegleitende Qualifizierung
	Qualifikation von Teilnehmerinnen und Teilnehmern	Bereitschaft zu konzeptentsprechender Gruppenarbeit erforderlich; keine spezifischen weiteren allgemeinen Qualifikationsvoraussetzungen (je nach Zielsetzung des Zirkels sind homogene wie heterogene Zusammensetzungen möglich)
Prozessqualität	<i>Inhaltlich:</i> Durchlaufen des Qualitätskreislaufs	Schwächen bzgl. Problemdefinition, Erstellung von Qualitätskriterien und Überprüfung bzgl. der Umsetzung der Ergebnisse
	<i>Gruppendynamisch:</i> Vertrauen und Vertrauensschutz; Gleichrangigkeit, Verbindlichkeit, Arbeitsteilung, Konsensfindung, Zulassen abweichender Meinungen	Kriterien wurden durchgängig erfüllt, wobei dies in hierarchisch strukturierten Situationen schwieriger war
	Kontinuität der Teilnahme	Teilnahmequote von zirka 75%



Dimension	Kriterien	Beispiele/Evaluationsergebnisse
Ergebnisqualität	<i>Ebene 1:</i> Entwicklung einer arbeitsfähigen Gruppe	Zwölf neu initiierte Qualitätszirkel mit Teilnahmequote von zirka 75%
	<i>Ebene 2:</i> Erzeugung manifester Ergebnisse	Gründung von SHG; Entwicklung von Programmen und Leitlinien; Netzwerkbildung; Lehrerfortbild.
	<i>Ebene 3:</i> Einstellungs- und Verhaltensänderungen, Wissenszuwachs	Bessere Information über Kooperationspartnerinnen und -partner; zufriedener, kompetenter, sicherer, belastbarer und ihre Grenzen besser einschätzende Gesundheitsförderinnen und -förderer: Effekte erscheinen geringer, als von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern (sowie Moderatorinnen und Moderatoren) bei Projektbeginn erwartet
	<i>Ebene 4:</i> Verbesserung von Gesundheitssituation und Lebensqualität der Zielgruppe	Es liegen keine Informationen vor

Tab. 60: Dimensionen und Kriterien der Qualität von Qualitätszirkelarbeit in der Gesundheitsförderung

nicht auf vergleichende inhaltliche Auswertung, sondern es standen jene verfahrensmäßigen Aspekte der Zirkelarbeit im Vordergrund, die für alle Zirkel gleichermaßen relevant waren. Damit sind Aussagen über Konzept-, Struktur- und Prozessqualität möglich, während sich die Qualität der inhaltlichen Arbeit am ehesten über die in Kapitel 8.2 dargestellten individuellen Zirkelverläufe und die von den Moderatorinnen und Moderatoren selbst erstellten Protokolle (vgl. Ergebnisband, Kapitel 1.9 bis 1.11) erschließt.

Die Zirkelarbeit hat sich in einigen überdauernden Ergebnissen niedergeschlagen (Ergebnisqualität 2. Ordnung):

- In drei Qualitätszirkeln wurden *Leitlinien* (bzw. „*Produkte*“ oder „*Fortbildungsprogramme*“) erarbeitet (QZ 1, QZ 7, QZ 8), die zum Teil auch für die nicht unmittelbar am Qualitätszirkel Beteiligten bedeutsam wurden.
- In drei weiteren Qualitätszirkeln wurden Formen der Zusammenarbeit institutionalisiert (*Netzwerk* in QZ 4) bzw. neue *Selbsthilfegruppen* initiiert (QZ 10, QZ 12).
- Die in QZ 6 erarbeitete *Vernetzungsgrafik* ist nicht nur zur Präsentation von Diskussionsverläufen und -ergebnissen geeignet, sondern könnte auch als Dokumentations- und Evaluationsinstrument eingesetzt werden.

Hinweise auf zugerechnete Wirkungen der Qualitätszirkelarbeit (Ergebnisqualität 3. Ordnung) ergeben sich weiterhin aus den Befragungen von Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie Moderatorinnen und Moderatoren. Demnach hat die Qualitätszirkelarbeit

vor allem den Erfahrungsaustausch befördert und es ermöglicht, *praktische Tipps und Informationen über Ansprechpartner* zu erhalten.⁷² Dieses Ergebnis war bereits in ärztlichen Qualitätszirkeln immer wieder beobachtet worden. Im Rahmen dieses Modellprojekts spielte darüber hinaus insbesondere die *interdisziplinäre Vernetzung* eine große Rolle. Annähernd jeder zweite Teilnehmer und jede zweite Teilnehmerin gab einen *Zuwachs an Kompetenzen* (Wahrnehmung von Grenzen, Beratungsleistung, fachliche Sicherheit) an, etwa ebenso viele fühlten sich emotional gestärkt. Explizite *Verhaltensänderungen* erwähnten zwar nur 14% der Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer – stellt man die bekannt großen Schwierigkeiten bezüglich der Veränderung eingeschliffrer Verhaltensweisen in Rechnung, so kann dies jedoch bereits als Erfolg angesehen werden.⁷³

64% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und sogar 73,3% der Moderatorinnen und Moderatoren gaben an, dass sich durch die Zirkelarbeit ihr *Verständnis von Gesundheitsförderung erweitert* habe. Was damit im Einzelnen gemeint war, kann allerdings nur skizziert werden. Die Antworten auf die drei offenen Fragen nach dem Begriff der Gesundheitsförderung, nach umstrittenen Qualitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und nach den im Zirkel thematisierten Aspekten von Gesundheitsförderung spiegeln die Unterschiedlichkeit der Arbeitsbedingungen (vgl. Tabelle 9, Fragen 10–12) wider und lassen sich nur begrenzt vergleichend auswerten. Die Befragungsergebnisse weisen aber darauf hin, dass

- Vorbehalte gegenüber dem Begriff Gesundheitsförderung abgenommen haben;
- Prävention und Gesundheitsförderung im Projektverlauf weniger strikt gegeneinander abgegrenzt wurden, sondern als einander ergänzend gesehen und zum Teil als politisches Konzept begriffen wurden;
- Schwierigkeiten weniger in den Konzepten selbst als in begrenzenden strukturellen Rahmenbedingungen und nicht zuletzt in der Umsetzung vor Ort gesehen wurden;
- der Verbesserung der Kooperation der an der Herstellung von Gesundheit Beteiligten zunehmend Bedeutung eingeräumt wurde;
- Moderatorinnen und Moderatoren sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Probleme zwar ähnlich verorteten, doch die Moderatorinnen und Moderatoren gleichsam aus einer Metaposition heraus andere Akzente setzten und übergreifende konzeptuelle und qualitätsfördernde Gesichtspunkte stärker betonten.

Welche Einsichten die Qualitätszirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer vor Ort konkret machten, ließ sich für die Projektgruppe nicht ausreichend rekonstruieren. Wir beschränken uns daher an dieser Stelle auf einige Aspekte, die bei den Begleitseminaren bedeutsam waren:

72 Leider können wir aufgrund fehlender Informationen keine Aussagen darüber machen, welchen Nutzen die jeweiligen Institutionen aus der Qualitätszirkelarbeit ziehen konnten.

73 Richard Grol führte in seinem Vortrag über die „Power of Peers“ 2003 aus, dass bereits eine Veränderung bei 10% einen erheblichen Effekt darstelle (Grol 2003).

- Anders als etwa im Bereich der ärztlichen Tätigkeit kann in der Gesundheitsförderung bislang offenbar nicht selbstverständlich auf *Dokumentationen* zurückgegriffen werden, aus denen – wie vermittelt auch immer – auf das Alltagshandeln der in der Gesundheitsförderung Tätigen gefolgert werden könnte. Im Projekt erschwerte dies die Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts und zeigte zugleich einen konkreten Verbesserungsbedarf im Gesundheitsförderungsalltag an.
- Wenn Gesundheitsförderinnen und -förderer in Schulen tätig werden und Lehrerinnen und Lehrer als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für auf Nachhaltigkeit zielende Veränderungen gewinnen wollen, müssen *Rollenkonflikte* in Rechnung gestellt werden. Wie sich in QZ 7 zeigte, müssen auch die *Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erst motiviert und überzeugt* werden, damit sie für Information und Qualifikation erreichbar sind und dies ihrerseits weitertragen können und wollen.
- Die allgemeine Frage nach Wünschen und Alternativen kann gerade für diejenigen Betroffenen überfordernd sein, deren Entscheidungsmöglichkeiten im Alltag besonders wenig ausgeprägt sind. Gerade diese wichtige Zielgruppe wird damit durch (standardisierte) Nutzerinnen- und Nutzerbefragungen systematisch verfehlt (QZ 5). Hilfreicher wäre es hier, am erlebten Alltag anknüpfend konkrete Optionen entwickeln zu lassen oder ggf. auch aufzuzeigen. Weil sich Einstellungen besonders gut in der Rekonstruktion von Erzählungen erschließen, liegt es nahe, in Abwandlung zu der von Greenhalgh und Hurwitz (1998) proklamierten „*narrative based medicine*“ das Konzept einer „*narrative based health promotion*“ zur Diskussion zu stellen und deren Reichweite zu prüfen.⁷⁴
- Essen ist kulturell, sozial und biografisch geprägt, sodass *psychosoziale Hintergründe des Ernährungsverhaltens* regelhaft bedeutsam sind und bei der Ernährungsberatung in Rechnung gestellt werden sollten (QZ 8).

⁷⁴ Einer Studie von Morgan et al. (2002) zufolge konnte das Risikoverhalten von Farmerinnen und Farmern über in Form von Geschichten übermittelten Botschaften wesentlich effektiver beeinflusst werden als über Informationen über statistische Risiken.

**BAUSTEINE
FÜR DIE
IMPLEMENTATION**

10

Unsere Projektergebnisse weisen darauf hin, dass Qualitätszirkel zum systematischen Bestandteil eines auch in der Breite wirkenden Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung werden können. Hierfür aber ist eine umfassende und langfristige Strategie erforderlich. Die im Feld Tätigen – ob Praktikerinnen und Praktiker der Gesundheitsförderung oder Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, ob Gesundheitspolitikerinnen und -politiker oder Verantwortungsträgerinnen und -träger in Institutionen – können dazu ihren Beitrag in unterschiedlicher Weise leisten, und es ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht absehbar, wie sich dies zu einem Gesamthandeln fügt. Der in dieser offenen Situation im Folgenden skizzierte Vorschlag geht von der Überzeugung aus, dass die Breitenimplementation von Qualitätszirkeln gewagt und in die Wege geleitet werden sollte, nachdem deutlich geworden ist, dass diese Arbeitsweise auch in der Gesundheitsförderung sinnvoll und wirksam ist.

In diesem Abschnitt wird skizziert, welche Voraussetzungen gegeben sein sollten, damit die Breitenimplementation aussichtsreich ist. Vielleicht müssen diese Bedingungen nicht immer erfüllt sein und sicher wird die Realisierung erst in einem längeren Prozess erreicht werden können. Dementsprechend wird ein modulares Konzept vorgestellt, dessen schrittweise Umsetzung Chancen für eine nachhaltige Qualitätsförderung schafft.

10.1 Informieren und interessieren

„Öffentlichkeitsarbeit“ lautet das Motto in der ersten Phase der Implementierung. Die oben genannten Zielgruppen müssen über das Qualitätszirkelkonzept informiert und dafür interessiert werden, sich näher mit dieser Form der internen Qualitätsförderung zu befassen. Dabei gilt es, einerseits die Anschlussfähigkeit an bereits etablierte Arbeitsformen herauszuarbeiten und andererseits auch die spezifischen Merkmale und den damit verknüpften Nutzen der Qualitätszirkel aufzuzeigen. Dies können naheliegenderweise diejenigen am überzeugendsten, die über eigene Erfahrungen mit der Qualitätszirkelarbeit verfügen. Die Informationen können – je nach Zielgruppe und Reichweite der Aussagen – in Form von Publikationen in der Fach- und Laienpresse, in eigenen Projektdarstellungen (z. B. einer aktualisierten Projektbroschüre [Bahrs u. a. 2000]) sowie in Vortrags- und Diskussionsveranstaltungen vermittelt werden. Solche Präsentationen können im Rahmen anderer Veranstaltungen (z. B. Fachsymposien oder Kongresse) oder auch eigenständig angeboten werden. Auch gezielte Inhouse-Präsentationen sind vorstellbar und sinnvoll. Es bietet sich an, an häufig gestellte Fragen anzuknüpfen wie z. B.

- Was sind eigentlich Qualitätszirkel?
- Wie unterscheiden sich Qualitätszirkel von anderen Formen der Gruppenarbeit in der Gesundheitsförderung?

- Wie passen Qualitätszirkel und bereits bestehende oder im Aufbau befindliche Formen des Qualitätsmanagements zusammen?
- Welche Wirkungen haben Qualitätszirkel?
- Wie kann ein Qualitätszirkel initiiert werden?
- Wie kann die Qualität der Qualitätszirkelarbeit gesichert und gefördert werden?

10.2 Motivieren und Erfahrungsmöglichkeiten schaffen

Mag das Qualitätszirkelkonzept auch noch so gut beschrieben und mögen vorliegende Erfahrungen noch so prägnant veranschaulicht werden, die besondere Wirksamkeit der Gruppenarbeit im Qualitätszirkel ist über Publikationen und Informationsveranstaltungen nur begrenzt nachvollziehbar zu machen. Kern der Qualitätszirkelarbeit ist ein durch systematisches Vorgehen ermöglichter Erfahrungsprozess, der individuell gemacht wird und nicht durch Berichte ersetzbar ist. Dieser Prozess ergibt sich in der Auseinandersetzung mit den Vorstellungen anderer Gruppenmitglieder einerseits und mit eigenen Vorurteilen andererseits und wird durch die Konfrontation mit objektivierbaren Daten außerordentlich begünstigt.

Solche Erfahrungsprozesse erfordern natürlich Zeit, aber *Schnupperseminare* können auch als zunächst einmalige Veranstaltungen durchaus einen Einblick in das gewähren, was Qualitätszirkelarbeit bedeuten kann. Sehr gute Erfahrungen haben wir mit Videoseminaren gemacht, die für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gleichsam voraussetzungslos angeboten werden können und die auf der Grundlage von (aus anderen Arbeitszusammenhängen) vorliegenden Dokumentationen schon in einem Zeitraum von zwei bis drei Stunden die Arbeitsweise konkret erlebbar machen. Der Lernprozess wird wesentlich gefördert, wenn der Moderator bzw. die Moderatorin am erlebten Gruppenprozess exemplarisch die Prinzipien der Qualitätszirkelarbeit verdeutlicht, was in der Regel durch Veranschaulichungen eigener Qualitätszirkelerfahrungen besonders gut gelingt.

Schnupperseminare können im Rahmen größerer Veranstaltungen oder auch eigenständig durchgeführt werden. Besonders wirksam ist die Verknüpfung von Informationsveranstaltung und Schnupperseminar, was sowohl die Theorievermittlung als auch das eigene Erleben ermöglicht. Im Rahmen einer zweitägigen Veranstaltung des Verbands der Diplom-Oecotrophologen (VDOe) konnten beispielsweise die Ernährungsberater und -beraterinnen in einem zweistündigen Videoseminar auf Grundlage eines dokumentierten hausärztlichen Gesprächs mit einem Diabetiker sinnvoll und kontrovers über Interaktionsgestaltung, Beratungsauftrag und Qualitätsindikatoren diskutieren. Gerade angesichts der Unterschiedlichkeit ihrer Vorstellungen wuchs die Bereitschaft, auch die

eigene Arbeitspraxis näher zu beleuchten. Die sich anschließenden eigenen Fallvorstellungen waren ausgesprochen lebendig und warfen neben einer Vielzahl von Fachproblemen⁷⁵ auch die folgenden Fragen auf:

- Wie kommen wir zu einem Qualitätszirkel?
- Besteht in unserer Region bereits ein Qualitätszirkel (z. B. mit Angehörigen anderer Berufsgruppen, dem wir uns anschließen können)?
- Wie können wir selbst einen Qualitätszirkel initiieren?
- Wer könnte einen Qualitätszirkel moderieren? Wie und wo kann man die dafür erforderlichen Qualifikationen erlangen?

Hier wird deutlich, dass eine der wesentlichsten Aufgaben in der jetzt anstehenden Implementationsphase darin besteht, möglichst frühzeitig eine konzeptadäquate Qualifikations- und Angebotsstruktur zu schaffen. Um die Motivationen nicht verpuffen zu lassen und eine kontinuierliche und zielgerichtete Arbeit von Qualitätszirkeln zu ermöglichen, gilt es daher, die Gruppenbildung zu unterstützen und Moderatorinnen und Moderatoren zu schulen.⁷⁶ Wie in der eineinhalbjährigen Arbeitsphase im Rahmen des Modellprojekts „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“ deutlich wurde, handelt es sich bei der Qualifizierung zum Moderator bzw. zur Moderatorin um einen längerfristigen Lern- und Verlernprozess. Dieser ist nicht in einer Einmalveranstaltung zu haben, sondern bedarf der kontinuierlichen Reflexion der praktischen Qualitätszirkelarbeit und damit der begleitenden Unterstützung. Vor diesem Hintergrund wurde das in der Implementation der ärztlichen Qualitätszirkel bewährte Seminarkonzept (Szecsenyi et al. 1995)⁷⁷ kontinuierlich weiterentwickelt, sodass nunmehr ein im Hinblick auf die Anforderungen im Bereich der Gesundheitsförderung *modifiziertes und evaluiertes Schulungskonzept* vorliegt. Dieses soll im Folgenden skizziert werden.

10.3 Qualifizieren und Angebotsstrukturen schaffen: Der Lehrgang zum Moderator bzw. zur Moderatorin für Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung

Wer auch immer die Koordinationsfunktion übernimmt, sollte über Moderationskompetenzen einerseits und die spezifische Fähigkeit andererseits verfügen, die Gruppenarbeit im Sinne eines Qualitätszirkels zu strukturieren. Kommunikative Kompetenzen sind gefragt, um die Gruppenarbeit zu organisieren und um mit möglichen Konflikten und Problemen in der Gruppe umgehen zu können. Methodenkompetenz muss vorhanden sein, um die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Erfahrungen aus der Alltagspraxis mit geeigneten Methoden nachvollziehbar machen zu lassen. Schließlich sollte der Moderator bzw. die Moderatorin die Systematik des Qualitätskreislaufs sowohl in größerem Rahmen themenbezogen wie auch im engeren Sinne konkret und fallbezogen umsetzen

können und damit die gemeinsame und exemplarische Erarbeitung von Lösungen ermöglichen.

Diese Kompetenzen werden wahrscheinlich nur wenige, die sich in Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung engagieren wollen, von vornherein mitbringen. Da das Grundelement des Qualitätszirkels die Arbeit in und mit der Gruppe ist, können die Voraussetzungen für die Moderation am besten in einer eigenen Gruppe erworben werden. Bücher können hier nur unterstützend wirksam sein. Der 1^{1/2}-jährige *Lehrgang* ermöglicht eine praxisbegleitende Fortbildung zum *Moderator bzw. Moderatorin von Qualitätszirkeln* nach Maßgabe des Modellprojekts „*Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung*“. Die Seminare werden unter Verantwortung von zwei erfahrenen Schulungsleitern bzw. -leiterinnen durchgeführt, die selbst bereits Qualitätszirkel initiiert und moderiert haben.⁷⁸

Der Lehrgang (insgesamt zirka 90 Seminarstunden) besteht aus einer dreitägigen Einführungsveranstaltung, fünf eineinhalbtägigen Aufbauseminaren, die in vierteljährlichem Abstand praxisbegleitend durchgeführt werden und einem zweitägigen Abschlussseminar. Die Aufbauseminare bieten die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch über den Verlauf der Qualitätszirkel und die Möglichkeit, das Qualitätszirkelkonzept modellhaft selbst zu erfahren und anzuwenden. In Zusammenarbeit mit den Schulungsleitern bzw. -leiterinnen werden der jeweils individuelle Unterstützungsbedarf und entsprechende Hilfestellungen erarbeitet. Grundlegende Materialien (künftig basierend auf Inhalten des Handbuchs „*Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung*“) werden vor Lehrgangsbeginn zur Verfügung gestellt, weitere Arbeitsmaterialien werden im Zusammenhang mit den Seminaren vorgestellt und ausgehändigt.

Der Lehrgang wird von zwei erfahrenen Schulungsleitern bzw. -leiterinnen durchgeführt sowie wissenschaftlich begleitet. Die Gruppengröße sollte 15 Teilnehmerinnen und -teilnehmer nicht überschreiten.

75 Adipositasstherapie bei Kindern im Rahmen von Kurkliniken: Wie lassen sich die Betroffenen auch bei Familienheimfahrten (diätetisch) „bei der Stange halten“? Wie lässt sich die Zufriedenheit von Patientin und Patient sowie Beraterin und Berater eruieren und verbessern? „Patient lügt“ – was tun bei Diskrepanzen zwischen Messwerten und Aussagen von Patientinnen und Patienten? Wie lässt sich die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten verbessern?

76 Gerade im Hinblick auf heterogene Gruppen mit zu erwartenden Interessenkonflikten empfiehlt sich die Tandemmoderation, d. h. die Moderation im Team zweier arbeitsteilig vorgehender Gruppenleiterinnen und -leiter.

77 Das Trainingsprogramm besteht aus einem zweitägigen Einführungsseminar und einem halb- bis eintägigen Nachbereitungsseminar. Das Einführungsseminar soll die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf den Start vorbereiten und das nötige Rüstzeug mitgeben, um mit der Gruppenarbeit zu beginnen. Das Nachbereitungsseminar knüpft dann an die konkreten Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an und bietet Gelegenheit, den Umgang mit der Gruppe zu reflektieren. Dabei kann und soll das eigene Moderationsverhalten zum Thema werden. Mittlerweile haben weit über 1000 ärztliche Moderatorinnen und Moderatoren dieses Programm erfolgreich durchlaufen, das im In- und Ausland Nachahmerinnen und Nachahmer gefunden hat.

78 Ein erster Lehrgang wurde in der Zeit von 2003 bis September 2004 erfolgreich im Rahmen des von der BZgA geförderten Projekts „*Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik*“ durchgeführt, ein zweiter hat sich unmittelbar daran angeschlossen. Das Projekt wird gemeinschaftlich von den Abteilungen Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie der Universität Heidelberg und Medizinische Psychologie der Universität Göttingen durchgeführt.

Anforderungen an die Lehrgangsteilnehmerinnen und -teilnehmer:

- Praktische Tätigkeit bzw. Erfahrung im Bereich der Gesundheitsförderung,
- Moderations- und Gruppenerfahrung,
- Interesse an interner Qualitätssicherung,
- Neuintiierung und/oder kontinuierliche Moderation eines Qualitätszirkels während des Lehrgangszeitraums.

10.3.1 Das Einführungsseminar

Das dreitägige Einführungsseminar hat zum Ziel, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu befähigen, in ihrem Arbeitsbereich einen eigenen Qualitätszirkel zu initiieren und zu leiten. Dementsprechend wird das Qualitätszirkelkonzept erfahrungsnah und mit Bezug auf die jeweilige Arbeitspraxis vermittelt. Die Lehrgangsteilnehmerinnen und -teilnehmer bilden gleichsam einen Qualitätszirkel von Moderatoren und Moderatorinnen und können so am eigenen Beispiel die Entwicklung einer Kultur des Feedbacks erproben. Weiterhin soll bereits frühzeitig ein Netz wechselseitiger Kooperation und Unterstützung aufgebaut werden. Um diese Gruppenbildung zu fördern, wird den Seminarteilnehmerinnen und -teilnehmern bei Beginn Gelegenheit gegeben, in spielerischer Weise miteinander bekannt und vertraut zu werden, ihren Erfahrungshintergrund vorzustellen und darzulegen, was sie vom Lehrgang erwarten.

Wesentliche *Inhalte* des Einführungsseminars sind:

- Kreislauf der Qualitätssicherung,
- Qualitätszirkelkonzept,
- Initiierung eines Qualitätszirkels – Motivierung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie Institutionen,
- Organisatorische Aspekte: Strukturierung der ersten Treffen,
- Sach- und subjektbezogene Selbstreflexion: Die Arbeit am Fall,
- Erfahrungen nachvollziehbar machen: Dokumentationsmethoden,
- Praktische Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten für den Moderator bzw. die Moderatorin,
- Evaluation.

Kurze *Impulsreferate* führen in die Kernthemen ein, während die intensive Kleingruppenarbeit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Raum gibt, ihren jeweiligen Vorkenntnissen entsprechend diejenigen Probleme besonders zu akzentuieren, deren Klärung für sie vordringlich ist. Dementsprechend werden bei Beginn des Seminars Erwartungen und Befürchtungen erfragt und ein *Themenspeicher* gebildet, auf den bei Bedarf jederzeit zurückgegriffen werden kann.

Die *Kleingruppenarbeit* orientiert sich thematisch weitgehend an den Schritten, die zum Aufbau eines eigenen Qualitätszirkels erforderlich sind. So werden einzelne Qualitätszirkelsequenzen simuliert (z. B. „Das erste Treffen“, „Themenwahl“, „Erstellung

einer Problemliste“, „Definition von Qualitätskriterien“, „Auswahl einer geeigneten Dokumentationsmethode“). In einem Schnupperseminar wird der Qualitätskreislauf auf der Basis aufbereiteter Daten von der Problemdefinition bis zur Entwicklung von Lösungsvorschlägen fallbezogen durchlaufen. Weiterhin erhalten die Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer die Möglichkeit, die Diskussion sowohl aus der Perspektive des Teilnehmenden wie des Moderators bzw. der Moderatorin zu erleben. Sie werden darin eingeführt, wie mit einfachen Mitteln eigene Fälle nachvollziehbar gemacht und in der Gruppe so vorgestellt werden können, dass sich hilfreiche Problemlösungen erarbeiten lassen. Die Gruppenleiterinnen und -leiter können dabei als Modell dafür fungieren, wie die Rolle des Moderierenden ausgeübt werden kann. Zudem besteht die Gelegenheit, die Aufgabe der Moderation selbst zu erproben.

Im Rahmen des Einführungsseminars werden die vorliegenden Dokumentations- und Evaluationsmaterialien vorgestellt und mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern *individuelle Pläne für die Initiierung der Qualitätszirkel* („Wie informiere ich über einen geplanten Qualitätszirkel?“, „Wen ansprechen?“, „Wie ansprechen?“) und für die *Gestaltung der ersten Treffen* erarbeitet. Die im jeweiligen Handlungsfeld vorliegenden Anknüpfungsmöglichkeiten und Hemmnisse werden gezielt thematisiert sowie ggf. Unterstützungsmöglichkeiten erörtert. Die dabei entwickelten Perspektiven werden dokumentiert und im Rahmen der folgenden Begleitseminare wieder zum Thema gemacht, sodass Beschreibung, Analyse und Bewertung des Entwicklungsprozesses ermöglicht werden können.⁷⁹

Aktive Pausen, in denen Gesundheitsförderung konkret erlebbar gemacht wird, sind ein weiterer wichtiger Bestandteil des Seminarkonzepts. Hier haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch die Möglichkeit, spielerisch Elemente aus ihrer eigenen gesundheitsfördernden Arbeitspraxis vorzustellen. Das Einführungsseminar fungiert damit insgesamt als inhaltliche Vorbereitung auf die künftige Tätigkeit als Moderatorin bzw. Moderator und als Katalysator des Gruppenbildungsprozesses, der sozioemotionale Unterstützung und Möglichkeiten zur wechselseitigen Supervision (= Inter-Vision) für die Moderatorinnen und Moderatoren bietet.

10.3.2 Die Begleitseminare

Spätestens im Anschluss an das Einführungsseminar initiieren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Lehrgangs ihre Qualitätszirkel, sodass sie bei den folgenden Begleitseminaren bereits über ihre eigenen Erfahrungen verfügen und diese zum Thema machen

⁷⁹ Beim Abschlusseminar wird von Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern sowie Schulungsleiterinnen und -leitern gemeinsam und zirkelbezogen Bilanz gezogen, sodass wechselseitig ein Feedback erfolgt. Wissenschaftliche Begleitung ermöglicht eine weitergehende – auch lehrgangsübergreifende – Evaluation und ist daher anzustreben.

können. Die insgesamt fünf Begleitseminare werden in vierteljährlichem Abstand durchgeführt und dauern je eineinhalb Tage. Am Ende des Kurses wird ein zweitägiges Abschlussseminar durchgeführt, in dessen Rahmen Bilanz gezogen wird.

Der Erfahrungsaustausch ist eine notwendige und hilfreiche Unterstützung für die Moderatorinnen und Moderatoren. Das Einführungsseminar kann nicht mehr als eine Starthilfe sein, da die jeweils individuelle Entwicklung nicht vorhersehbar ist und die Moderatorinnen und Moderatoren zur beständigen Improvisation gezwungen sind. Die fallbezogene – und das heißt hier: zirkelspezifische – Diskussion der jeweiligen Entwicklungen sowie von Unterstützungsmöglichkeiten ist daher wesentlicher Bestandteil eines jeden Begleitseminars.

Die Begleitseminare bestehen aus denselben Grundelementen wie das Einführungsseminar, doch werden Fallvorstellungen und praktische Übungen dem jeweiligen Entwicklungsstand der Qualitätszirkel und ihrer Moderatorinnen und Moderatoren angepasst. Eine wichtige Funktion der Begleitseminare besteht in der *Supervision der Qualitätszirkelpraxis*. Der bei den Seminaren ermöglichte Perspektivenwechsel vom Moderator bzw. von der Moderatorin zur Teilnehmerin bzw. zum Teilnehmer schafft Abstand zur eigenen Moderation und hilft, deren Wirkung auf die eigenen Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer zu reflektieren. Die Bereitschaft zu aktiver Mitarbeit (Moderationsübungen, Präsentation eigener Fälle) ist daher zwingende Teilnahmevoraussetzung. So werden wesentliche Prinzipien des Konzepts sowie Schwierigkeiten bei dessen Umsetzung immer wieder thematisiert. Der Wert objektivierter Protokolle leuchtet am Beispiel von Ton- oder Videoaufzeichnungen der Zirkeldiskussionen unmittelbar ein, wenn hier ausgewählte Passagen im Begleitseminar zur Diskussion gestellt und Handlungsoptionen der Moderatorinnen und Moderatoren erarbeitet werden können. Im Rahmen des Modellprojekts hat sich bestätigt, dass gerade diese beständige Vertiefung des Konzepts zur Effektivierung der Gruppenarbeit beiträgt.

Dem Einführungsseminar vergleichbar wird auch bei den Begleitseminaren eine Themensammlung durchgeführt und es werden teilnehmerbezogene Schwerpunkte gesetzt. Darüber hinaus wird jeweils mindestens ein Thema akzentuiert, das dem zu erwartenden Verlaufsrhythmus der Qualitätszirkel entspricht und von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern möglicherweise nicht selbst aufs Programm gesetzt wird. Damit sind (auch) die folgenden Themenschwerpunkte zu erwarten:

1. Begleitseminar: Moderator bzw. Moderatorin und Gruppe (schwierige Teilnehmerinnen und Teilnehmer; Angst und Widerstände bei Moderatorinnen und Moderatoren sowie Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmern; mögliche Doppelrolle des Moderators bzw. der Moderatorin; Komoderation; Coaching)
2. Begleitseminar: Fall und Dokumentationsmethode. Hier sollte auch bereits teilnehmende Beobachtung als Instrument wechselseitigen Coachens entwickelt, gelernt und genutzt werden.
3. Begleitseminar: Evaluation; Verlaufsanalyse (Zwischenbilanz)

4. Begleitseminar: Umsetzbarkeit von Diskussionsergebnissen im Arbeitsalltag
5. Begleitseminar: Rückvermittlung der Arbeitsergebnisse an die Institutionen
6. Abschlussseminar: Bilanz, Darstellung und Diskussion der Ergebnisse, Vorbereitung der weiteren Implementation

10.3.3 Coaching

Teilnehmende Beobachtung ermöglicht naheliegenderweise den direktesten Einblick in die Alltagspraxis eines Qualitätszirkels und bietet daher eine gute Grundlage für ein konkretes und zielorientiertes Feedback. Sie kann gerade bei krisenhaften Prozessen sinnvoll und erforderlich werden, wenn unmittelbare Reaktion gefordert und das Warten auf das nächste Begleitseminar nicht hilfreich ist. Doch wer kommt als weiblicher bzw. männlicher Coach infrage?

Im Rahmen des Modellprojekts wurden zum Beispiel große Erwartungen an die Moderatorinnen und Moderatoren der Projektgruppe herangetragen, die darauf gar nicht vorbereitet waren, weil teilnehmende Beobachtung eigentlich ausschließlich als Forschungs- und Evaluationsinstrument gedacht war. Wo die Umstände es zuließen, wurden zunehmend Rückmeldungen gegeben und von den Moderatorinnen und Moderatoren auch gern aufgegriffen.

Im Zuge der Breitenimplementation liegt es nahe, diese Aufgabe den Schulungsleiterinnen und -leitern zu übertragen. Obgleich hochwirksam, stößt diese Form der Unterstützung aber vermutlich sehr bald auf zeitliche und finanzielle Grenzen. Als pragmatische Lösung bietet sich daher das wechselseitige Coaching an.

Tatsächlich machten Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Modellprojekts auch bereits frühzeitig auf diese Möglichkeit aufmerksam. Aber die Anregung wurde leider nicht umgesetzt – sei es, weil Aufwand und Entfernung zu groß waren, sei es, weil auch das Coaching der Schulung bedarf. Coaching soll daher im Rahmen der Begleitseminare künftig frühzeitig zum Thema gemacht und eingeübt werden.

10.3.4 Vom Moderator zum Schulungsleiter bzw. von der Moderatorin zur Schulungsleiterin

Die Lehrgangsteilnehmerinnen und -teilnehmer erhalten mit erfolgreichem Abschluss der Fortbildung das Zertifikat „Moderator/Moderatorin Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“ und können auf Anfrage als Moderatorinnen und Moderatoren weitervermittelt werden. Mit wachsender Erfahrung können die Moderatorinnen und Moderatoren ihrerseits an der Schulung von Moderatorinnen und Moderatoren beteiligt werden und damit die Implementation weiter vorantreiben.

Die Schulungsleiterinnen und -leiter kommen in regelmäßigen Abständen zu Seminaren zusammen. Hier reflektieren sie – gleichsam in einem Qualitätszirkel der Schulungsleiterinnen und -leiter – die Lehrgangserfahrungen gemeinsam mit der wissenschaftlichen Begleitgruppe und dem für das Lehrgangsreferat Verantwortlichen (als Vertreterinnen und Vertreter des Projektträgers), um ihre eigene Tätigkeit und das zugrunde liegende Schulungskonzept kontinuierlich weiterzuentwickeln (vgl. Abbildung 8). Längerfristig ist ein der Ausbildung von Balintgruppenleiterinnen und -leitern vergleichbares Modell⁸⁰ anzustreben.

10.4 Mitmachen belohnen und Anreizsysteme entwickeln

Während Pionierinnen und Pioniere sowie „early adopters“ (Gerlach 2001) sich den Qualitätszirkeln aus Überzeugung und intrinsischer Motivation verschreiben, wird die Mehrheit der Gesundheitsförderinnen und -förderer eine pragmatische Kosten-Nutzen-Rechnung anstellen. So stellten einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einem Projektzirkel bereits nach wenigen Treffen die Frage, wie die Mitarbeit an einer solchen qualitätsfördernden und der Fortbildung dienenden Maßnahme zertifiziert werden könnte. Wäre nicht eine Gleichstellung mit anderen Qualifizierungsmaßnahmen möglich? Im ärztlichen Bereich gibt es mittlerweile entsprechende Regelungen (Fortbildungspunkte), begünstigt durch die Organisationsstruktur der Körperschaften. Ähnliches umzusetzen wird im Bereich der Gesundheitsförderung sicher schwieriger sein, doch sind auch hier die Verantwortlichen von Berufsverbänden, Krankenkassen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und anderen Institutionen gefragt.

Dies gilt analog mit Bezug auf die Moderatorinnen und Moderatoren. Sicher bedeutet die Lehrgangsteilnahme immer auch einen ganz persönlichen Lernprozess. Vor allem aber ist sie eine Qualifizierung für den beruflichen Alltag, die viele – ob im Hauptberuf oder als Selbstständige – umsetzen und angemessen honoriert bekommen wollen. Gerade angesichts der Unterschiedlichkeit der Kontexte, in denen Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung realisierbar sind, ist eine allgemeinverbindliche Regelung kaum vorstellbar. Die Erfahrungen im ambulanten ärztlichen Bereich – und auch dort fällt die Aufwandsentschädigung sehr unterschiedlich aus – weisen darauf hin, dass die Honorierung der Moderatorinnen und Moderatoren im doppelten Wortsinne wirkt und die Etablierung einer Kultur der Qualitätsförderung unterstützt.

80 Das heißt eine einschlägige berufliche Vorqualifikation; längerfristige und kontinuierliche Erfahrung als Gruppenmitglied; Seminare für Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter; längerfristige und kontinuierliche Erfahrung als Koförderin bzw. Koförderer; vgl. http://www.balintgesellschaft.de/balintgruppen_gruppenleiter.htm/Balintgruppenleiterausbildungskriterien

10.5 Initiativen vernetzen und kontinuierliche Unterstützung sichern

Die Devise des Qualitätszirkels lautet: Foren für den strukturierten Erfahrungsaustausch schaffen. Der Qualitätszirkel bietet diese Möglichkeit für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer selbst, und die in Ausbildung befindlichen Moderatorinnen und Moderatoren erhalten die entsprechenden Gelegenheiten im Rahmen der Begleitseminare. Doch der Wunsch nach Unterstützung und Erfahrungsaustausch endet nicht mit dem Lehrgang – dies zeigte sich auch beim Abschlussseminar im Rahmen des Modellprojekts (vgl. Kapitel 9.5). Eine Moderatorin formulierte prägnant: „Bleibt an uns dran!“ – und bezog sich damit gleichermaßen auf die anderen Moderatorinnen und Moderatoren, die BZgA und die Projektgruppe. Es bietet sich daher an, ein dauerhaftes Unterstützungsangebot zu schaffen, das beispielsweise individuelle Beratung im Sinne von Telefonhotline und Coaching umfasst und sinnvollerweise zunächst an die Erfahrungen und Kompetenzen der Schulungsleiterinnen und -leiter anknüpft.

Weiterhin können die Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer das Bedürfnis entwickeln, ihre Arbeit als Gruppe darzustellen und mit anderen Qualitätszirkeln in Kontakt zu treten. Dementsprechend sollten Möglichkeiten für einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch geschaffen und damit feste Strukturen etabliert werden. Im Zusammenhang mit der Ausbreitung der hausärztlichen Qualitätszirkel wurde beispielsweise in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin ein „*Forum Qualität*“ eingerichtet, das regelmäßig qualitätszirkelspezifische Fragen thematisierte und in dem einzelne Gruppen ihre Arbeitsweise sowie Ergebnisse vorstellten. So konnten Erfahrungen weitergegeben und kritisch diskutiert werden. Eine solche Außendarstellung kann den Gruppenzusammenhalt fördern und ist auch aus diesem Grund zu unterstützen. Als weitere Möglichkeiten bieten sich an:

- Moderatorinnen- und Moderatorentreffen,
- themenbezogene Workshops (z. B. zu Problemen von Dokumentation und Evaluation)⁸¹,
- Internetseite.

Wie schon die *North of England Study* zeigte, sollte man damit jedoch keine unmittelbaren Effizienzerwartungen in dem Sinne verknüpfen, dass die von einem Qualitätszirkel hervorgebrachten Ergebnisse („Leitlinien“) nun allgemein übernommen werden. Der Satz „Man braucht das Rad doch nicht immer wieder neu zu erfinden!“ war in der

81 Fallbezug, Dokumentation und Evaluation sind diejenigen Merkmale des Qualitätszirkels, die für die Arbeitsweise am spezifischsten sind, bei denen am wenigsten auf Vorerfahrungen zurückgegriffen werden kann und die daher am meisten der Schulung bedürfen. Dies zeigte sich ganz analog bei der Implementierung der ärztlichen Qualitätszirkel (vgl. Bahrs u. a. 2001, S. 278ff.).

Frühphase der Etablierung hausärztlicher Qualitätszirkel in Deutschland häufig zu hören, und mancher glaubte, der Qualitätssicherungsprozess könne durch Aufteilung der Themen auf verschiedene Qualitätszirkel vereinfacht und abgekürzt werden. Wie sich schnell zeigte, ist diese Annahme unrealistisch. Denn umgesetzt werden vor allem die selbst erarbeiteten Leitlinien, und zwar deshalb, weil sie den inneren und äußeren Widerständen am besten angepasst sind: kontextsensibel im besten Sinne des Wortes.

10.6 Nachhaltigkeit sichern – Qualitätsförderung der Qualitätszirkel

Als eine strukturierte Form der Qualitätssicherung bedarf die Implementation ihrerseits der wissenschaftlichen Begleitung. In ihrer einfachsten Form wird damit eine dokumentarische Funktion erfüllt:

- Wie viele Qualitätszirkel gibt es?
- In welchen Arbeitsfeldern und Institutionen gibt es Qualitätszirkel?
- Welche Themen werden bearbeitet?
- Wie groß sind die Gruppen und wie ist die Zusammensetzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer?
- Wie ist die Teilnahmekontinuität?
- Wie ist die Zufriedenheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer?
- Welche Ergebnisse werden erzielt?

Fragen dieser Art lassen sich auf der Grundlage einer Basisdokumentation beantworten. Gerlach und Beyer haben dies in vorbildlicher Weise für den ärztlichen Bereich am Beispiel der KV-Bereiche Bremen, Westfalen-Lippe und Sachsen-Anhalt vorgeführt (Aubcke et al. 2003; Beyer u. Gerlach 1997, 1998, 1999). Kurzfristige und kontinuierliche Rückmeldungen der Ergebnisse an die Moderatorinnen und Moderatoren sichern die Kooperationsbereitschaft, vorsichtige Interpretationen können im Sinne der *formativen Evaluation* unterstützend und steuernd wirken. So können z. B. die folgenden Fragen thematisiert werden:

- In welchen Bereichen bilden sich Qualitätszirkel eher heraus als in anderen? Woran könnte das liegen?
- Gibt es bezüglich der bearbeiteten Themen systematische Leerstellen?
- In welchen Bereichen ist die Teilnahmekontinuität besonders hoch, wo besonders niedrig? Wie ist dies zu erklären?
- Sind Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer festzustellen? Sind Bezüge zu anderen Variablen erkennbar?

Es ist klar, dass zwar sowohl Qualitätszirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer wie Kostenträgerinnen und -träger ein berechtigtes Interesse an der Evaluation der Gruppen-

arbeit haben, die Interessen aber nicht gleichgerichtet sein müssen und die Kriterien für Wirksamkeit oft nicht deckungsgleich sind. Die Implementation von Qualitätszirkeln – als Bottom-up-Verfahren – wirft darum notwendig das Problem auf, wie Selbststeuerung und Kontrolle miteinander vereinbar zu machen sind. Für die wissenschaftliche Begleitung ergibt sich daraus das Problem einer doppelten Buchführung, die ihren Ausdruck beispielsweise in aussagekräftigen, aber nur intern auswertbaren Inhaltsprotokollen einerseits und für die Außendarstellung geeigneten, aber inhaltsarmen Ergebnisprotokollen andererseits gefunden hat.

Soweit es um die Arbeitsweise der Qualitätszirkel geht, liegt mit dem Qualitätszirkelcheck ein einfaches und effektives *Selbstevaluationsinstrument* vor, mit dem das Vorgehen im Qualitätszirkel so zuverlässig beurteilt werden kann, dass alle Beteiligten Hinweise auf gezielten Interventionsbedarf erhalten.⁸²

10.7 Strukturbildung

Die Breitenimplementation von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung benötigt unterstützende Strukturen, die zugleich von unten und von oben wachsen müssen. In der Bottom-up-Perspektive ist zu sagen, dass sich erfolgreiche Qualitätszirkelpraxis in der Etablierung fester Gruppen niederschlägt. Dies findet Nachahmerinnen und Nachahmer, und insofern wird die Implementation wie im ärztlichen Bereich auf einen Schneeballeffekt setzen können. Auf diese Weise wachsen schon jetzt von unten Strukturen. Solange diese sich allein auf das Engagement der Beteiligten stützen können, ist ihr Bestand jedoch gefährdet. Die Breitenimplementation von Qualitätszirkeln muss daher auch „von oben“ gefördert werden. Schulung, Zertifizierung, Honorierung und Begleitforschung benötigen gegebenenfalls einen eigenen organisatorischen Rahmen, außerdem müssen sie politisch gewollt und finanziert werden. Die Einführung eines zertifizierten Lehrgangs könnte ein erster Schritt in diese Richtung sein (vgl. Abbildung 8 auf Seite 258). Dessen mögliche Struktur soll kurz erläutert werden:

Die Implementation von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung wird durch geschulte Moderatorinnen und Moderatoren getragen, die sich für die Gruppeninitiierung und für die begleitende Dokumentation auf Materialien stützen können, die von einem Träger (wie etwa der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) und einem kooperierenden Verlag zur Verfügung gestellt werden und wissenschaftlich fundiert sind. Die

⁸² Wenn es um die Frage nach dem spezifischen Nutzen der Qualitätszirkelarbeit geht, wird langfristig die Selbstevaluation nicht ausreichen. Gezielte Langzeitstudien werden erforderlich sein.

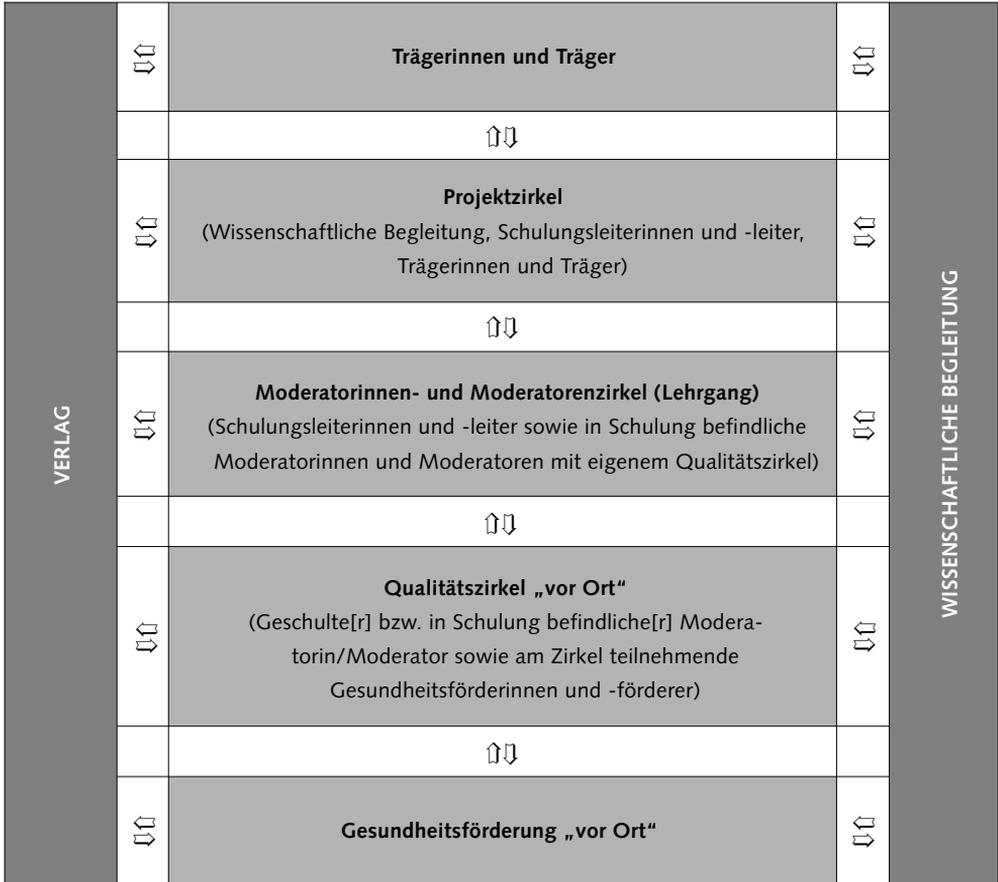


Abb. 8: Strukturvorschlag für die Implementation von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung; modifiziert nach Manfred Lehmann, BZgA, Februar 2001

begleitende Dokumentation der Qualitätszirkel wird von einer wissenschaftlichen Begleitgruppe ausgewertet, einige Qualitätszirkel können im Rahmen spezifischer Projekte auch gezielt in Studien eingebunden werden. Die Moderatorinnen und Moderatoren werden in Form eines Lehrgangs auf ihre Aufgabe vorbereitet und begleitend unterstützt, die erfolgreiche Absolvierung wird zertifiziert. Die Lehrgänge werden von erfahrenen Schulungsleiterinnen und -leitern organisiert und wissenschaftlich begleitet. Schulungsleiterinnen und -leiter, wissenschaftliche Begleitung und Träger bzw. Trägerinnen bilden einen Projektzirkel mit dem Ziel, den Prozess der Implementation systematisch zu fördern und z. B. die jeweiligen Materialien bedarfsentsprechend zu aktualisieren.

FAZIT UND AUSBLICK

11

In der öffentlichen Diskussion wird zunehmend die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung herausgestrichen. Zugleich wächst die Erwartung, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen Effizienz, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit nachzuweisen haben. Qualitätssicherung stößt im Bereich der Gesundheitsförderung jedoch auf Probleme:

- In der Gesundheitsförderung hat sich bislang kein allgemein geteiltes professionelles Selbstverständnis ausgebildet und dementsprechend auch kaum verbindliche Standards.
- Handlungsbedingungen und Tätigkeitsbereiche der Gesundheitsförderinnen und -förderer sind außerordentlich verschieden, sodass die Qualitätsbewertung systematisch die jeweiligen Kontextbedingungen mit in Betracht ziehen muss.
- In der Gesundheitsförderung tätige Einzelpersonen und kleine Institutionen haben oft aufgrund mangelnder personeller und finanzieller Ressourcen nicht die Möglichkeit, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen.

Insofern Leitlinien nur von begrenzter Reichweite sind, kommt es auf die Etablierung von Verfahren an, die vor Ort systematisch die Überprüfung und Förderung von Qualität ermöglichen. In einer vergleichbaren Ausgangssituation haben sich in den 90er-Jahren im primärärztlichen Bereich Qualitätszirkel als ein Verfahren der internen Qualitätssicherung entwickelt, das mittlerweile weithin anerkannt ist.

In dem hier beschriebenen Projekt sollte dieses Qualitätszirkelkonzept im Bereich der Gesundheitsförderung unter alltagsnahen Bedingungen erprobt werden. Zudem sollten die Voraussetzungen für dessen Breitenimplementation im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention geschaffen werden. Im ganzen Bundesgebiet sollten daher zehn bis 15 Qualitätszirkel durch Praktikerinnen und Praktiker der Gesundheitsförderung initiiert werden, wobei hinsichtlich der beteiligten Institutionen und der Themen eine möglichst große Vielfalt erwünscht war. Die Moderatorinnen und Moderatoren sollten nach einer initialen Schulung vor Ort ihren Qualitätszirkel eigenständig aufbauen und ein Jahr lang autonom arbeiten sowie ihre Erfahrungen in den kontinuierlichen Begleitseminaren gemeinschaftlich mit der Projektgruppe reflektieren.

Ogleich der erforderliche Aufwand einige potenzielle Moderatorinnen und Moderatoren abschreckte und die Rekrutierung nicht ohne Schwierigkeiten verlief, konnten doch 15 Moderatorinnen und Moderatoren sowie Komoderatorinnen und Komoderatoren aus sieben Bundesländern in das Projekt eingebunden werden. Zwölf Qualitätszirkel wurden neu initiiert, an denen insgesamt mehr als 100 Personen aus unterschiedlichsten Bereichen der Gesundheitsförderung beteiligt waren. Es gab zwar auch Anlaufprobleme – drei Qualitätszirkel starteten verspätet und zwei Qualitätszirkel mussten ihre Arbeit vorzeitig beenden, die meisten Zirkel aber arbeiteten plangemäß. Sie führten durchschnittlich gut acht Zirkeltreffen (zwischen fünf und elf) durch, bei denen durchschnittlich 75% der Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer (knapp acht pro Zirkel) anwesend waren. Die Strukturmerkmale der Gruppenarbeit wurden damit durchweg erfüllt. Gruppenatmosphäre und Moderation wurden durchgängig positiv bewertet, das solidarische Klima

wurde hervorgehoben. Die konkrete Gruppenarbeit und das Qualitätszirkelkonzept fanden bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie Moderatorinnen und Moderatoren eine hohe Resonanz: 83 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie 87 % der Moderatorinnen und Moderatoren hielten das Konzept für ein geeignetes Instrument in der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Es bestand großes Interesse daran, die Zirkel über das Projektende hinaus fortzuführen.¹⁵ Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer äußerten ein konkretes Interesse daran, an einer Schulung für Moderatorinnen und Moderatoren teilzunehmen und einen eigenen Qualitätszirkel zu initiieren, weitere zehn konnten sich eine Beteiligung an der Initiierung vorstellen. Da auch neun der 15 Zirkelmoderatorinnen und -moderatoren konkrete Vorstellungen für mögliche künftige Qualitätszirkel hatten und sich sogar in der Funktion eines Schulungsleiters bzw. einer Schulungsleiterin an der Implementation beteiligen wollen, konnten im Rahmen des Projekts mit der Gewinnung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ein Stück weit auch personelle Voraussetzungen für die Breitenimplementation geschaffen werden.

Zwei Zirkel konnten ihre Arbeit weit über das Projektende hinaus fortsetzen, ein weiterer Zirkel wurde als Anschlusszirkel unter Einbeziehung weiterer Teilnehmerinnen und Teilnehmer und unter Moderation einer Projektzirkelteilnehmerin neu gegründet. Diese Verstetigung ist zwar ein Erfolg, doch darf nicht übersehen werden, dass bei der Mehrzahl der Zirkel trotz hoher Bereitschaft dieses Vorhaben nicht gelang. Die Verstetigung scheiterte zumeist daran, dass der Aufwand für die Teilnahme nicht honoriert (Moderatorinnen und Moderatoren) bzw. als Qualifikationsnachweis für den Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin zertifiziert (Teilnehmerinnen und Teilnehmer) werden konnte. So ist festzustellen, dass die erfahrene Solidarität, Fortbildung, Selbstreflexion und der Erfahrungsaustausch angesichts knapper zeitlicher und finanzieller Ressourcen offenbar nicht als alleiniger Anreiz ausreichen, um einen Qualitätszirkel auf Dauer zu stellen. Dies ist umso bedauerlicher, als unter Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie Moderatorinnen und Moderatoren hohe Übereinstimmung darüber bestand, dass der einjährige Arbeitszyklus im Projekt zu kurz angesetzt war und die produktive Arbeit gleichsam am Ende des ersten Projektjahres gerade erst beginnen konnte.⁸³ Um Qualitätszirkel dauerhaft etablieren zu können, kommt es daher entscheidend darauf an, die Teilnahme als Qualifizierung zu honorieren und mit Incentives zu verknüpfen, wie es beispielsweise im ärztlichen Bereich mit der Vergabe von Fortbildungspunkten üblich ist.

Qualitätszirkel sind, das bestätigte sich in diesem Projekt, ein erfahrungsnahes und praxisbezogenes Instrument der kontinuierlichen Qualitätssicherung, das für 45 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer überhaupt den ersten Zugang zu Qualitätssicherungs-

⁸³ Der Aufbau einer arbeitsfähigen Gruppe dauert in der Regel Zeit. Die Herstellung einer vertrauensvollen Atmosphäre und die Einigung auf die konkreten Gruppenregeln dauerte zumeist mehrere (im Durchschnitt vier) Treffen, sodass erst nach zirka einem halben Jahr mit der fallbezogenen Arbeit begonnen werden konnte. Dementsprechend sollte der Arbeitszyklus eines Qualitätszirkels in der Gesundheitsförderung unter anderem aufgrund der Unterschiedlichkeit der Handlungssituationen auf zirka einhalb Jahre angelegt werden.

systemen darstellte. So fanden denn auch 87% der Teilnehmenden ihre Erwartungen nach Erfahrungsaustausch und 81% ihre Hoffnung auf praktische Tipps bestätigt. Indem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch die Mitarbeit im Qualitätszirkel Informationen über Kooperations- und Ansprechpartnerinnen sowie -partnern (76%) erwerben, eigene Erfahrungen weitergeben (73%), das Verständnis für Gesundheitsförderung erweitern (64%), den Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen verbessern (62%), größere Bewusstheit für die eigenen Grenzen (50%) erlangen und emotionalen Rückhalt erhalten (42%) konnten, wurden gute Voraussetzungen für die Förderung von Kooperation und Vernetzung in der regionalen Gesundheitsförderung geschaffen. Hier liegt offenbar eine große Stärke des Qualitätszirkelansatzes. Es ist vermutlich kein Zufall, dass gerade die disziplinübergreifenden kooperationsfördernden Qualitätszirkel – trotz methodischer Schwierigkeiten bei der Fallarbeit – durchgängig im gesamten Projektzeitrahmen tagten.

Die Umsetzung der qualitätszirkelspezifischen Arbeitsweise war hinsichtlich der Systematik (Problemdefinition, Festlegung von Qualitätsindikatoren, Dokumentation, Fallarbeit und Evaluation) noch nicht immer befriedigend. Es zeigte sich, dass gerade in dieser Hinsicht Moderatorinnen und Moderatoren sowie Qualitätszirkelteilnehmerinnen und -teilnehmern besondere Unterstützung benötigten.⁸⁴ Folgerichtig waren die selbst wahrgenommenen Effekte bezüglich der Verbesserung der Qualität der konkreten eigenen Tätigkeit deutlich geringer als die oben beschriebenen Wirkungen bezüglich der Kooperationsförderung. Dennoch gaben immerhin 40% der Teilnehmer verbesserte Beratungsqualität, 37% größere Handlungssicherheit, 37% einen besseren Einblick in die eigene Tätigkeit und 15% Veränderungen in der Alltagspraxis im Zusammenhang mit der Teilnahme am Qualitätszirkel an. Es wurden das Projekt überdauernde Ergebnisse erarbeitet: Handlungsprogramme, Leitlinien, Kooperationsstrukturen und Netzwerke, Selbsthilfegruppen. Qualitätszirkel sind also keineswegs „lediglich“ eine Selbsthilfegruppe für Professionelle, wie von Skeptikerinnen und Skeptikern mit Bezug auf den ärztlichen Bereich gelegentlich behauptet.

Zwar gaben „nur“ 35% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, dass sie durch die Mitarbeit im Qualitätszirkel mehr Freude an der Arbeit haben. Angesichts der realen Arbeitsverhältnisse scheint uns dies eine nennenswerte Zahl zu sein und unsere Vermutung zu bestätigen, dass Qualitätszirkel einen Beitrag zur Stärkung der salutogenen Ressourcen der Beteiligten leisten können. Wir sind davon überzeugt, dass der Kohärenzsinn

⁸⁴ Die vor dem Projekt geäußerte Erwartung, dass Qualitätszirkelarbeit aufgrund höherer Gruppenerfahrung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Bereich der Gesundheitsförderung auf weniger Widerstände stoßen würde als im ärztlichen Bereich, kann so nicht bestätigt werden. Die vorliegenden Gruppenerfahrungen förderten zwar die Gruppenbildung, erschwerten aber bisweilen die Konzeptumsetzung, weil die Abkehr von der bisherigen Gruppenarbeitsweise offenbar schwieriger war als die Einübung einer vollständig neuen. Im Bereich der Gesundheitsförderung ergibt sich damit die Notwendigkeit, die Spezifität der Qualitätszirkelarbeit in Abgrenzung zu anderen Formen der Gruppenarbeit (z. B. Supervision, Gesundheitszirkel) herauszustellen und in besonderem Maße die Bedeutsamkeit objektiver Fallvorstellungen und Verlaufsevaluationen zu betonen.

(Antonovsky 1997) der Teilnehmenden im Qualitätszirkel in Bezug auf alle drei von Antonovsky beschriebenen Dimensionen vertieft wird:

- Die *Bedeutsamkeit* wird gefördert, indem das Erfahrungswissen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ernst genommen wird und diese zu Wort kommen können.
- Die *Verstehbarkeit* wird erweitert, indem in der Pluralität der Betrachtungsweisen bekannte Situationen in neuem Licht betrachtet und neue (Aus-)Wege sichtbar gemacht werden.
- Die *Handhabbarkeit* wird verbessert, indem gedankenexperimentell unterschiedliche Lösungen durchgespielt und u.a. am Beispiel anderer alternative Entwicklungsverläufe erfahrbar gemacht werden.

Qualitätszirkel sind daher ein Verfahren der Qualitätsförderung, das auch konzeptuell der Leitphilosophie der Gesundheitsförderung nahe steht. Das hier beschriebene Projekt hat die Vermutung bestätigt, dass eine kontinuierliche Begleitung Intensität, Effektivität und Nachhaltigkeit der Moderatorinnen- und Moderatorenschulung wesentlich fördern kann. Das Qualitätszirkelkonzept kann umso erfolgreicher vermittelt und umgesetzt werden, je überzeugter und erfahrener die Moderatorinnen und Moderatoren selbst sind. Die Begleitseminare haben sich als „Qualitätszirkel der Moderatorinnen und Moderatoren“ überzeugend bewährt, sodass auf dieser Basis ein die Qualitätszirkel praxisbegleitender Lehrgang entwickelt werden konnte, der mittlerweile bereits im Rahmen des Projekts „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ erprobt wurde. In Aufarbeitung der Projektergebnisse ist neben diesem Projektbericht ein Handbuch „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention“ entstanden, das als Basis in Lehrgängen zur Verfügung stehen kann und das mit Bezug auf weitere Erfahrungen auch und vor allem in den Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung, die in diesem Modellprojekt nicht beteiligt waren, kontinuierlich weiterzuschreiben ist. Vor diesem Hintergrund bieten sich als prioritäre Zielgruppen künftiger Lehrgänge Praktikerinnen und Praktiker der Gesundheitsförderung aus folgenden Handlungsfeldern an:

- settingbezogene Ansätze,
- Koordinatorinnen und Koordinatoren gesundheitsfördernder Projekte,
- für Qualitätsförderung in der Gesundheitsförderung Verantwortliche in Krankenkassen und Krankenhäusern,
- potenzielle Moderatorinnen und Moderatoren aus den neuen Bundesländern.

Im Hinblick auf die Breitenimplementation sind natürlich auch Lehrgänge in den Bereichen sinnvoll, in denen im Rahmen des Projekts bereits positive Erfahrungen gesammelt werden konnten. Nach dem Verlauf des Projekts „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ halten wir es für nahe liegend, themenfokussierte Lehrgänge anzubieten, die sich jeweils an Praktikerinnen und Praktiker der Gesundheitsförderung richten, die in den von den Krankenkassen priorisierten Handlungsfeldern der individuellen Maßnahmen (Ernährungsberatung, Suchtprävention, Bewegungsförderung, Entspannung/Stressabbau) tätig sind oder die sich in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen für die Interessenvertretung in Bezug auf gesundheitliche Belange

engagieren (Selbsthilfegruppen, Gewerkschafterinnen und Gewerkschafter, Schwerbehindertenvertreterinnen und -vertreter, Erwachsenenbildnerinnen und -bildner).

Wenn es gelingt, eine ähnliche institutionelle Unterstützung zu gewinnen, wie sie in den 90er-Jahren im ärztlichen Bereich vorhanden war, dann besteht eine gute Chance für eine erfolgreiche Breitenimplementation von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung. Das Potenzial ist vorhanden, das Konzept geeignet, die Adressatinnen und Adressaten sind bereit: Es gilt, nun auch geeignete fördernde Strukturen zu schaffen.

ANHANG

12

12.1

Literatur

- Abholz, H. H., Dreykluft, H.-R., Meyer, B. (1992): Bericht über einen Qualitätszirkel. *Z Allg Med*, 68, S. 468–472.
- Abholz, H. H. (1994): Der ‚Leistungsknick‘. Bericht über den ungewöhnlichen Verlauf eines Qualitätszirkels. *Z Allg Med*, 90, S. 268–269.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dgvt-Verlag, Tübingen.
- AQUA (1994): „Ja, wissen Sie, ich bin wieder gesund, seelisch“. Videodokumentiertes Gespräch aus einer hausärztlichen Praxis. AQUA-Materialien 1, Göttingen.
- AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (1998): Erarbeitung einer Konzeption und Feingliederung für Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention (unveröffentlichter Bericht).
- AQUA (2000): „Och, ich ess immer ganz normal“. Videodokumentiertes Gespräch aus einer hausärztlichen Praxis, AQUA-Materialien VIII, Göttingen.
- Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung (AQUA, Hrsg.) (1994): Ärztliche Qualitätszirkel. VHS-Video, 16 Min., Göttingen.
- Aubke, W., Beyer, M., Gerlach, F. M., Szecsenyi, J., Kriedel, T. (2003): Ärztliche Qualitätszirkel – Positive Auswirkung auf Arzt-Patient-Beziehungen. *Deutsches Ärzteblatt* 100 (2), S. 65–66.
- Bahrs, O., Köhle, M., Wüstenfeld, G. B. (1990): Der Erstkontakt in der Allgemeinmedizin. Die Beziehung zwischen Hausarzt und Patient als psychosoziale Interaktion. In: *Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis*, Bd. 5, Neubig, H., Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 181–292.
- Bahrs, O., Köhle, M., Szecsenyi, J. (1992): Das Videoseminar – Ein symptomübergreifender Supervisionsansatz. Qualitätszirkel von Allgemeinärzten und Sozialwissenschaftlern. *Psycho Med*, 3 (4), S. 23–29.
- Bahrs, O. (1994): Vom Schwindel zum Schwindeln. Analyse eines Beratungsgesprächs im Hausärztlichen Qualitätszirkel. *Medizinische Kommunikation – Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*, Redder, A., Wiese, I., Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 241–276.
- Bahrs, O., Gerlach, F. M., Szecsenyi, J. (1994a): Rationalitäten in der Medizin und deren Rekonstruktion im Qualitätszirkel. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin – Rationalitäten in der Medizin*, 22, S. 96–118.
- Bahrs, O., Gerlach, F. M., Szecsenyi, J. (1994): Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2. Auflage 1995, 3. Auflage 1996.
- Bahrs, O. (1996): 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, S. 151–181.
- Bahrs, O., Hesse, E. (1996): Das Motivationsgespräch – Chancen der Selbsthilfeförderung im Rahmen der ärztlichen Sprechstunde. In: Bahrs, O., Fischer-Rosenthal, W., Szecsenyi, J.: *Vom Ablichten zum Im-Bilde-Sein: Video-Dokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen im ärztlichen Qualitätszirkel*. Königshausen & Neumann, Würzburg, S. 219–260.
- Bahrs, O., Szecsenyi, J. (1993): Patientensignale – Arztreaktionen. Analyse von Beratungsgesprächen in Allgemeinpraxen. In: Lönig, P., Rehbein, J.: *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Walter de Gruyter, Berlin/New York, S. 1–26.
- Bahrs, O. (1997): Die Wirkung von Qualitätszirkeln – Ergebnisse einer Teilnehmerbefragung; *Z Allg Med*, 73, S. 812–818.
- Bahrs, O. (2000): Modellprojekt Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung, *Impulse*, 26, S. 9–10.
- Bahrs, O., Nave-Ahmad, M. (1999): Selbsthilfegruppen im interdisziplinären Qualitätszirkel – Ein neuartiger Ansatz zur Förderung medizinischer Kommunikation. *Selbsthilfegruppenjahrbuch 1999*, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Gießen, S. 53–59.

- Bahrs, O., Lehmann, M., Nave, M., Pohl, D., Schmidt, U. (2000): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention. Projektbroschüre, Göttingen.
- Bahrs, O., Heim, S., Nave, M. (2000): Patientenzentriert und interdisziplinär. Der Interdisziplinäre Qualitätszirkel Göttingen zur Versorgung von Patienten mit psychosozialen Problemen. Dr. Mabuse 25, 128, S. 20–24.
- Bahrs, O., Schmidt, U. (2000): Video und Begleitbroschüre „Ja, und was kann ich Ihnen noch anbieten?“ Dokumentarisch aufbereitetes Beratungsgespräch einer Gesundheitsförderin; Materialien für Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung, GeMeKo e.V., Göttingen.
- 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. *Z Allg. Med.*, 77, S. 202–206.
- Bahrs, O. (2001): Qualitätszirkel als Instrument der Qualitätssicherung. In: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, S. 151–162.
- Bahrs, O., Gerlach, F. M., Szecsenyi, J., Andres, E. (2001): Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 4. Auflage.
- Bahrs, O. (2002): Qualität gemeinsam gestalten – Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung. In: *Forum Qualität* 2/3, S. 14–21.
- Bahrs, O., Heim, S. (2002): 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*, 7 (2), S. 82–85.
- Balint, M. (1968): Die Struktur der ‚Training-cum-research‘-Gruppen und deren Auswirkungen auf die Medizin. In: Dräger, K. (Hrsg.): *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 5. Huber Verlag, Bern, S. 125–146.
- Beyer, M., Gerlach, F. M. (1997): Qualitätszirkel in Bremen. Vertragsärztliche Versorgung soll verbessert werden. *Bremer Ärztejournal* 50, S. 5–6.
- Beyer, M., Gerlach, F. M. (1998): Qualitätszirkel erfahren hohe Akzeptanz. *Westfälisches Ärzteblatt* o. Jg. (11), S. 14–15.
- Beyer, M., Gerlach, F. M. (1999): Ärztliche Qualitätszirkel in Sachsen-Anhalt – Aktuelle Ergebnisse der Basisdokumentation. *Pro – Zeitschrift für den Kassenarzt in Sachsen-Anhalt* 8, S. 60–62.
- Beyer, M., Gerlach, F. M., Flies, U., Grol, R., Krol, Z., Munck, A., Olesen, F., O’Riordan, M., Seuntjens, L., Szecsenyi, J. (2003): The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries; *family practice*, 20 (4), S. 443–451.
- Bellwinkel, M., Stein, M. (1996): Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. In: *Die Betriebskrankenkasse*, 7/96, S. 342–346.
- Brucks, U., Wahl, W. B. (1992): Integration präventiven Denkens in die ärztliche Tätigkeit – Ein Werkstattbericht. In: Häußler, B., Schliehe, F., Brennecke, R., Weber-Falkensammer, H. W. (Hrsg.): *Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und Rehabilitation. Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen*, Bd. 2. Springer, Berlin/Heidelberg/Tokio/New York, S. 146–164.
- Brucks, U., Wahl, W. B. (1994): Die Entwicklung einer Leitlinie zur „Früherkennungsanamnese“ in ärztlichen Arbeitskreisen. *Z Allg Med*, 70, 19, S. 793–796.
- Brucks, U., Wahl, W. B., Schüffel, W. (1997): Epikritische Fallbetrachtung – Einführung in die Methode und Anleitung zur Dokumentation für Fallbesprechungen in Balintgruppen und ärztlichen Arbeitskreisen. Oldenswort und Marburg.
- BZgA (2001): *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden, Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 15, Köln.
- BZgA (Hrsg.) (2005): *Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren*, Köln.
- Egli, N. (2001): Qualitätssicherung in der schweizerischen Hausarztmedizin – Erfahrungen der letzten 23 Jahre. *Z Allg Med*, 77, S. 465–466.

- Ferber, L. von, Köster, I. (1994): Qualitätsbewusste Arzneimitteltherapie ist wirtschaftlich. Evaluation der Pharmakotherapiezyklen, ISAB-Schriftenreihe 28. ISAB-Verlag, Leipzig.
- Gerlach, F. M., Bahrs, O. (1994): Qualitätssicherung durch hausärztliche Qualitätszirkel. Strategien zur Etablierung. Ullstein-Mosby, Berlin, Wiesbaden.
- Gerlach, F. M., Bahrs, O., Fischer, G. C., Weiss-Plumeyer, M. (1995): Leitlinien für die hausärztliche Praxis. Entwicklung, Verbreitung, Umsetzung. *Z Allg Med*, 71, S. 950–956.
- Gerlach, F. M., Bahrs, O., Weiß-Plumeyer, M. (1995a): Fallorientiertes Arbeiten im Qualitätszirkel. *Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich.*, 89, S. 397–401.
- Gerlach, F. M., Beyer, M. (1996): Kontinuierliche Basisdokumentation und Evaluation von Qualitätszirkeln – Zwischenbericht über die Anwendung eines neuen Informationssystems. *Z Allg Med*, 72, S. 541–547.
- Gerlach, F. M. (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.
- Gerlach, F. M. (2001): Qualitätsförderung in Praxis und Klinik: eine Chance für die Medizin. Thieme, Stuttgart.
- Gerlach, F. M., Beyer, M. (2001): Wie können Qualitätszirkel evaluiert werden?; Bahrs, O., Gerlach, F. M., Szecsenyi, J., Andres, E.: Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den Arzt in Klinik und Praxis, 4. Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S. 287–298.
- Gerlach, F. M., Diehl, F. (2003): Ausblick: Entwicklung der Qualitätszirkel in Deutschland – eine kritische Bestandsaufnahme. Vortrag im Rahmen der AQUA-Tagung „10 Jahre Qualitätszirkel“; http://www.aqua-institut.de/pdf/Tagung/Gerlach_Diehl_QZEntwicklung.pdf.
- Görres, S., Luckey, K., Stappenbeck, J. (1997): Qualitätszirkel in der Alten- und Krankenpflege. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Greenhalgh, T., Hurwitz, B.: Narrative Based Medicine – Dialogue and discourse in clinical practice; BMJ Books, London 1998.
- Grol und Schellevis (1988): Qualitätskontrolle in der Allgemeinmedizin: Interkollegiale Überprüfung für Hausärzte. *Allgemeinmedizin* 17, S. 1–7.
- Grol, R., Mesker P. S. R., Schellevis, F. G. (1988): „Peer review in general practice. Methods, standards, protocols“. University Department of General Practice, Nijmegen.
- Grol, R., Mokkink, H., Schellevis, F. (1988): The effects of peer review in general practice. *J Roy Coll Gen Pract*, 38, S. 10–13.
- Grol, R., Wensing, M., Jacobs, A., Baker, R. (Hrsg.) (1993): Quality assurance in general practice. The state of the art in Europe. Nederland Huisartsen Genootschap, Utrecht.
- Grol, R. (2003): Quality Improvement in Health Care – The Power of Peers; Vortrag im Rahmen der AQUA-Tagung „10 Jahre Qualitätszirkel“; http://www.aqua-institut.de/pdf/Tagung/Grol_Power_of_Peers.pdf.
- Härter, M., Tausch, B., Niebling, W., Vauth, R., Berger, M. (1994): „Qualitätszirkel in der hausärztlichen Versorgung – ein Modellprojekt in Südbaden.“ *Z Allg Med*, 16, S. 653–656.
- Härter, M., Vauth, R., Tausch, B., Berger, M. (1996): „Ziele, Inhalt und Evaluation von Trainingsseminaren für Qualitätszirkel-Moderatoren.“ *Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich.*, 90, S. 394–398.
- Härter, M., Gross-Hardt, M., Berger, M. (1999): Leitfaden Qualitätszirkel in Psychiatrie und Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto.
- Häussler, B., Schliehe, F., Brennecke, R., Weber-Falkensammler, H. W. (1992): Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und Rehabilitation. Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen, Bd. 2. Springer, Berlin/Heidelberg/Tokio/New York, S. 165–181.
- 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, S. 107–112.
- Klingenberg, A., Szecsenyi, J. (1999): Bewertung durch Patienten. In: Szecsenyi, J., Magdeburg, K., Kluthe, B., Weber, C., Bausch, J., Schindler, H. (Hrsg.): Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten – Erfahrungen

und Ergebnisse aus zwei Jahren „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried“. Göttingen: AQUA-Materialien Band VII, AQUA, S. 82–115.

- Koch, U., Kawaski, St., Töppich, J. (2001): Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzepts in der Prävention; in: BZgA (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, Band 15, Köln, S. 87–95.
- Lampe, K., Andres, E., Bahrs, O., Gerlach, F. M., Szecsenyi, J., Weiß-Plumeyer, M. (1993): Moderatorenttraining, Arbeitsunterlagen, unveröffentlichtes Manuskript, Göttingen.
- Langmaack, B., Braune-Krickau, M. (1989): Wie die Gruppe laufen lernt. Beltz, Weinheim.
- Lehmann, H., Töppich, J. (2001): Effektivität und Effizienz als Leitziele der Qualitätssicherung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. In: BZgA (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, Band 15, Köln, S. 182–190.
- Lehmann, H., Töppich, J. (2002): Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 45, S. 234–239.
- Lehmann, M. (2001): Trägerqualität als Aspekt der Qualitätssicherung – Potenziale für Qualitätssicherung bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. In: BZgA (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, Band 15, Köln, S. 191–199.
- Morgan, S. E., Cole, H. P., Struttman, T., Piercy, L. (2002): Stories or statistics? Farmers' attitudes toward messages in an agricultural safety campaign; *J Agric Saf Health*. 2002 May; 8 (2), S. 225–239
- Niemann, D., Steinkohl, M. (1996): Werkstattbericht aus einem hausärztlichen Qualitätszirkel in Hamburg-Harburg zum Thema Schilddrüsenenerkrankungen. Falldiskussionen, vergl. Dokumentationen und Einsatz eines simulierten Patienten zur Entwicklung hausärztlicher Leitlinie. *Z Allg Med*, 72, S. 67–70.
- Sandholzer, H. (Hrsg.) (1999): Qualitätssicherung in der Psychosomatik. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 118. Nomos, Baden-Baden.
- Sartre, J. P. (1981): Was ist Literatur? Rowohlt, Reinbek.
- Scheuer, E., Buddeberg, C. (2004): Grundlagen des Sozialverhaltens. In: Buddeberg, C. (Hrsg.) (2004): Psychosoziale Medizin; 3., aktualisierte Auflage. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio, S. 71–115.
- Schick, B., Döhner, H. (1996): Berufsübergreifende Kooperation in der Primärversorgung älterer Menschen – Forschungsergebnisse mit Praxiskonsequenzen. *Gesundheitswesen*, 58, 3, S. 126–131.
- Schillemans, L., Grande, L. de, Remmen, R. (1989): Using quality circles to evaluate the efficacy of primary health care. In: Conner, R. F., Hendricks, M. (Hrsg.): *International innovations in evaluation methodology. New directions in program evaluation* 42. Jossey-Bass, San Francisco, S. 19–27.
- 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, S. 393–398.
- Sohn, W. (1992): „Qualitätssicherung durch Handlungsleitlinien für niedergelassene Allgemeinärzte“. In: Häusser, B., Schliehe, F., Brennecke, R., Weber-Falkensammer, H. W. (Hrsg.): *Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und Rehabilitation. Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen*, Bd. 2. Springer, Berlin/Heidelberg/Tokio/New York, S. 128–134.
- Steinkohl, M., Niemann, D. (1998): Leidende Patienten – harte Strahlen – weiche Daten. Osteoporose im Spiegel eines hausärztlichen Qualitätszirkels. *Z Allg Med*, 74, S. 198–201.
- Szecsenyi, J., Bär, H., Claus, E., Hecke, H., Kendoff, A., Münche, A., Rühling, A., Stöhr, G., Theil, P., Schmidberger, I., Kochen, M. M. (1992): Halsschmerzpatienten als Thema eines hausärztlichen Qualitätszirkels – Bestandsaufnahme und Erarbeitung einer Handlungsleitlinie. *Fortschr Med*, 17, S. 245–250.
- Szecsenyi, J., Andres, E., Bahrs, O., Gerlach, F. M., Weiß-Plumeyer, M. (1995): Evaluation eines Trainingsprogramms für Moderatoren von vertragsärztlichen Qualitätszirkeln. Eine Zwischenbilanz“. *Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich.*, 89, S. 419–423.
- Szecsenyi, J., Andres, E., Broge, B., Claus, E., Glaeske, G. (1996): Qualitätszirkel Pharmakotherapie – Sparen um jeden Preis? *Z Allg Med*, 72, S. 493–496.

- Szecsényi, 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.
- Tausch, B., Härter, M., Niebling, W., Dieter, G., Berger, M. (1995): „Implementierung und Evaluation von Qualitätszirkeln in der hausärztlichen Versorgung.“ Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich., 89, S. 402–405.
- Tausch, B., Härter, M. (1996): Qualitätszirkel in der hausärztlichen Versorgung – Evaluation des Modellprojektes der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden. Arcis, München.
- Tausch, B., Härter, M. (1996a). Zielanalyse von Teilnehmern und Moderatoren hausärztlicher Qualitätszirkel. Z. ärztl. Fortb., 90, S. 454–458.
- Tausch, B. (2000): Ärztliche Qualitätszirkel auf dem Prüfstand. Eine arbeits- und organisationspsychologische Analyse des ärztlichen und betrieblichen Qualitätszirkelkonzepts. Waxmann, Münster/New York, München, Berlin.
- Träder, J. M. (1994): 1 Jahr Qualitätszirkel Lübeck – Thema „Leitsymptom Husten“. Z Allg Med, 70, S. 1027–1029.
- Träder, J. M. (1996): Qualitätszirkel Lübeck: Versuch einer Bilanz. Z Allg Med, 72, S. 244–248.
- Walther, M. (1998): Qualitätszirkel im Krankenhaus. Organisieren, Moderieren, Gestalten. G. Fischer, Ulm, Stuttgart, Jena, Lübeck.
- Weisser, P., Härter, M., Tausch, B. (2000): Hausärztliche Qualitätszirkel zwischen Anspruch und Wirklichkeit – eine Interaktionsanalyse. In: Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich. 94, S. 4–10.

12.2 Publikationen und Vorträge über das Projekt

12.2.1 Publikationen

- Bahrs, O. (2000): Modellprojekt Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung. Impulse, 26, S. 9–10.
- Bahrs, O. (2000): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung: NAKOS-Info, S. 64, September 2000, S. 22.
- Bahrs, O. (2000): Modellprojekt Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung. In: Gesundheitstag 2000, Programm, 209.
- Bahrs, O., Lehmann, M., Nave, M., Pohl, D., Schmidt, U. (2001): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung – Werkstattbericht über ein Pilotprojekt. Gesundheitswesen, 63, S. 68.
- Bahrs, O., Lehmann, M., Nave, M., Pohl, D., Schmidt, U. (2001): Quality circles (Peer Review Groups) in health promotion, a model-project in Germany; International Union for Health Promotion and Education, Book of Abstracts: Health: an investment for a just society, The 50th anniversary Conference of the IUHPE, Paris, 98.
- Bahrs, O., Lehmann, M., Nave, M., Pohl, D., Schmidt, U. (2002): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung – Werkstattbericht über ein Pilotprojekt. In: Balck, F., Berth, H., Dinkel, A. (Hrsg.): Medizinpsychologie. com., State of the Art der Medizinischen Psychologie 2002, Pabst, Lengerich, S. 16f.
- Bahrs, O., Lehmann, M., Nave, M., Pohl, D., Schmidt, U. (2002): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung – Ergebnisse eines Pilotprojektes. Gesundheitswesen 2002, 64, A8.
- Bahrs, O., Lehmann, M. (2004): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung. In: Geene, R., Halkow, A. (Hrsg.): Armut und Gesundheit – Strategien der Gesundheitsförderung, Mabuse-Verlag, Frankfurt, S. 408–414.
- BZgA: Jahresbericht 1999/2000, S. 96–97.

12.2.2 Vorträge auf Fachtagungen

- Bahrs, O., Lehmann, M., Nave, M., Pohl, D., Schmidt, U.: Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung – Werkstattbericht über ein Pilotprojekt. Vortrag bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) am 22. 9. 2001 in Bielefeld.
- Bahrs, O.: Modellprojekt Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung. Vortrag beim 1. Selbsthilfe- und PatientInnen-Tag im Saarland. „Durchblick schaffen – Mehr Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ am 24. 11. 2001 in Saarbrücken.
- Bahrs, O., Lehmann, M., Nave, M., Pohl, D., Schmidt, U.: Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung – Werkstattbericht über ein Pilotprojekt. Fachtagung „Qualität im Gesundheitswesen aus der Sicht von Patientinnen und Patienten“ der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der AOK Niedersachsen, Herbst 2001 Celle, 20./21. 11. 2001.
- Bahrs, O., Lehmann, M., Nave, M., Pohl, D., Schmidt, U.: Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung – Werkstattbericht über ein Pilotprojekt, Medizinpsychologie; 14. Kongress „Psychologie in der Medizin“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP), Dresden, 23. 5.–25. 5. 2002.
- Bahrs, O.: Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung – Ergebnisse eines Pilotprojekts, BZgA, 3. Statusseminar zu wissenschaftlichen Grundlagen der Sexualaufklärung und Familienplanung, 16.–18. 6. 2002, Freiburg.
- Bahrs, O.: Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung – Ergebnisse eines Modellprojektes. Jubiläumstagung 10 Jahre Qualitätszirkel im Gesundheitswesen, 5./6. 9. 2003; http://www.aqua-institut.de/pdf/Tagung/Bahrs_GeFoe.pdf.
- Lehmann, M., Bahrs, O.: Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung. Vortrag beim 9. Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin 2003.

12

