



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences

Bachelorarbeit

im Studiengang Gesundheitswissenschaften

Qualitätsmanagement in Zahnarztpraxen

Eine qualitative Interviewstudie mit Hamburger Zahnärzten
zur kritischen Reflexion der Qualitätsmanagement-Richtlinie

Erstprüfer: Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp

Zweitprüfer: Dipl.-pol. Thomas Leppert

Vorgelegt von:

Katharina Kolbe

Tag der Abgabe: 13. Januar 2011

Sollte auch einer einst die vollendete Wahrheit finden, so wüsste er es doch nicht. Es ist alles durchsetzt von Vermutung.

Karl Raimund Popper (1902–1994),
Philosoph und Wissenschaftstheoretiker

Zusammenfassung

Mit einer zunehmenden Qualitätsorientierung wird den Herausforderungen des Gesundheitswesens und den sich verändernden Erwartungen der Patienten begegnet. Zahnarztpraxen haben seit dem 1. Januar 2011 verpflichtend ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement umzusetzen. Die Mindestanforderungen sind in der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgeschrieben. Das Ziel dieser Untersuchung ist es, herauszufinden, welche Qualitätsvorstellungen bei den befragten Zahnärzten vorliegen und welche Anforderungen der Richtlinie als angemessen und praktikabel angesehen werden.

Mittels qualitativer Leitfadeninterviews wurden die interessierenden Fragestellungen thematisiert. Die Leitfadeneentwicklung basiert auf einem Phasensystem nach Schirmer. Die Stichprobenauswahl erfolgte durch telefonischen Erstkontakt, die Interviews wurden mittels Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Das Auswertungsverfahren erfolgte durch eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.

Es wurde eine Response-Rate von ca. acht Prozent erzielt, sodass fünf Interviews mit Hamburger Zahnärzten durchgeführt wurden. Unter Qualitätsmanagement wird ein Strukturieren der Arbeitsabläufe verstanden. Als weitere Qualitätskriterien wurden Patientenzufriedenheit, Schmerzfreiheit des Patienten, das Einführen eines Fehlermanagements und die Kontrolle zahntechnischer Produkte genannt. Die Zahnärzte zeigten sich insgesamt mit der Richtlinie gut vertraut. Der Konkretisierungsgrad der QM-Richtlinie wurde unterschiedlich eingeschätzt.

Die Richtlinie strebt eine Verbesserung der Patientenversorgung sowie der Praxisorganisation an. Seitens der befragten Zahnärzte wurden die angedachte Patientenorientierung und eine stete Qualitätsverbesserung nicht als zentrales Ziel erkannt. Die Richtlinie bezieht sich auf die Arbeitsabläufe, jedoch nicht primär auf eine Erhöhung der Behandlungsqualität. Der Rollenkonflikt eines Zahnarztes, zwischen medizinischer Indikation und monetären Aspekten entscheiden zu müssen, wird in der Richtlinie nicht thematisiert. Es bedarf eines erweiterten Qualitätsbegriffes, um den Kostenaspekt in der Zahnmedizin zu berücksichtigen. Weiterhin sollten Qualitätsindikatoren wie die Eigenverantwortung des Patienten oder auch die partizipative Entscheidungsfindung mit dem Patienten in den Qualitätsbegriff integriert werden.

Abstract

The challenges in the health care sector are counteracted with an increasing orientation and focus on quality. Dental surgeries need to have implemented an in-house quality management since January 1st, 2011. The minimum requirements are specified in the quality-directive of the Federal Joint Committee. The aim of this investigation is to find out, which associations to quality do exist for the interviewed dentists and which requirements of the quality-directive are seen as appropriate and practicable.

Therefore, qualitative guided interviews will be employed as the instrument of investigation for making interested aspects the subjects of discussion. The development of guided interview is based on a system of phases by Schirmer. By telephone dental surgeries got contacted in order to get a probability sampling. The interviews were digitally recorded and transliterated afterwards. As a method of evaluation, a qualitative content analysis by Mayring was used in this investigation.

A response-rate by eight percent was achieved. Hence five interviews with dentists from Hamburg were conducted. Quality management is seen to be the structuring of working processes. Concerning further quality criteria, the dentists cited patient satisfaction, patients being free from pain, implementing a control system for nonconforming treatment and a control of dental technology products. The dentists were well-informed about the quality-directive, whereas the concretion was assessed differently.

The quality-directive aims at an improvement in patient care and in the organization of dental surgeries. On the part of the dentists, the considered patient orientation and continuous quality improvement were not named as the central aims of the directive. Furthermore, the quality-directive applies to working processes and not primarily to an improvement of quality in treatment. The dentists' role conflict, to differentiate in his decision between indication and monetary aspects, is not addressed at all. One can recognize the need for an expansion of the quality definition in dental medicine in order to consider the relatedness to costs of dental products. Still quality indicators, by way of example the empowerment of patients or a shared decision-making, need to get integrated in definitions of quality.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
Abstract	2
Inhaltsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	5
1 Einleitung.....	6
2 Qualitätsmanagement der zahnärztlichen Versorgung.....	8
2.1 Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragszahnärztlicher Versorgung	8
2.1.1 Definitionen, Ziele und Methodik.....	9
2.1.2 Grundsätzliche Anforderungen und Instrumente.....	10
2.1.3 Dokumentation und Überprüfung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen	11
2.2 Prozessorientierung im Qualitätsmanagement.....	12
2.3 Qualitätsziele und –indikatoren.....	13
3 Aktueller Forschungsstand	14
4 Fragestellungen und Zielsetzung.....	17
5 Methode	19
5.1 Stichprobenauswahl	19
5.2 Interviewmethode	21
5.2.1 Hinweise zur Forschungsethik	23
5.3 Entwicklung des Leitfadens	24
5.4 Form der Auswertung	26
5.4.1 Datenerfassung	26
5.4.2 Datenaufbereitung	26
5.4.3 Auswertungsverfahren.....	27
5.5 Gütekriterien	29

6	Ergebnisse.....	32
6.1	Ergebnisse durchgeführter Interviews.....	32
6.1.1	Kenntnisstand über die Richtlinie.....	32
6.1.2	Persönliche Vorstellungen zu Qualitätsmanagement.....	33
6.1.3	Vergleich zwischen der Richtlinie und den Vorstellungen der Zahnärzte	35
6.1.4	Qualitätsinstrumente und -indikatoren.....	38
6.1.5	Beurteilung der eigenen Qualität.....	41
6.2	Ergebnisse nicht durchgeführter Interviews	41
6.3	Hypothesenprüfung	43
7	Diskussion	46
7.1	Ergebnisdiskussion.....	47
7.1.1	Reflexion der Qualitätsvorstellungen	47
7.1.2	Reflexion des bürokratischen Charakters	48
7.1.3	Reflexion der Qualitätsinstrumente und -indikatoren.....	49
7.1.4	Weiterführende Reflexionen	51
7.2	Methodendiskussion	53
8	Ausblick.....	55
	Literaturverzeichnis.....	56
	Anhang A: Qualitätsmanagement-Richtlinie.....	59
	Anhang B: Tragende Gründe zum Beschluss der Richtlinie	64
	Anhang C: Interview-Leitfaden.....	68
	Anhang D: Ergebnismatrix durchgeführter Interviews	70
	Anhang E: Ethik-Kodex d. Deutschen Gesellschaft f. Soziologie	79
	Anhang F: Einwilligungserklärung.....	86
	Danksagung	87
	Eidesstattliche Versicherung.....	88

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Deming-Zyklus und Qualitätskreislauf der Richtlinie10

Abbildung 2 Auswertungsverfahren zusammenfassender Inhaltsanalyse28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Samplestruktur20

Tabelle 2 Phasen des Leitfadeninterviews25

Tabelle 3 Verwendung der Qualitätsinstrumente nach § 4 der Richtlinie39

1 Einleitung

Den neuen Herausforderungen des Gesundheitswesens, als auch den sich verändernden Erwartungen der Patienten, wird mit einer zunehmenden Qualitätsorientierung begegnet.

Die pauschalierten Vergütungsformen festigten die Qualitätsorientierung vor einem zunehmenden Wettbewerbsgedanken der Gesundheitsanbieter. Diese verstehen sich teilweise bereits als „Teilnehmer am Gesundheitsmarkt“ und beschäftigen sich intensiver mit Fragen der Wirtschaftlichkeit, Wettbewerbsfähigkeit und der Effizienz ihrer angebotenen Produkte bzw. Dienstleistungen. Auch die Patienten nehmen sich selbst zunehmend als „Kunden“ wahr und erwarten eine gesteigerte Qualität hinsichtlich der Leistungserbringung.

Durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherungen, welches am 01. Januar 2004 in Kraft gesetzt worden ist, wird unter anderem das Ziel verfolgt, die Qualität innerhalb des Gesundheitswesens zu erhöhen. Im Zuge dessen ist unter anderem das Sozialgesetzbuch V (SGB) in Bezug auf § 135a (2) dahingehend geändert worden, dass eine Verpflichtung für Vertragsärzte formuliert wurde, „einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“ (SGB 2010). In welcher Form dies umgesetzt werden soll, wird seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt (vgl. SGB 2010, § 137 b). Die entsprechende Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztlicher Versorgung ist zum 01. Januar 2006, die Richtlinie für die neu geregelte vertragszahnärztliche Versorgung ist am 31. Dezember 2006 in Kraft getreten (GBA 2006a).

Die in den Richtlinien genannten grundlegenden Mindestanforderungen für Zahnarztpraxen sind bis zum 31. Dezember 2010 umzusetzen, sodass vorliegendes Thema eine deutliche Aktualität aufweist. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind dazu verpflichtet, stichprobenartig den Stand der Umsetzung ab dem 01. Januar 2011 zu kontrollieren.

Diese Ausarbeitung soll eine erste Einschätzung darüber geben, ob Zahnärzte, die ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement eingeführt haben, die Inhalte und den Konkretisierungsgrad der Richtlinie als zielführend und praxisorientiert einschätzen. Es soll anhand qualitativer Leitfadeninterviews mit fünf Hamburger Zahnärzten herausgearbeitet werden, wie die Zahnärzte selbst ‚Qualitätsmanagement‘ definieren und welche Anforderungen ihnen hinsichtlich eines Qualitätsmanagements in ihren Praxen als sinnvoll und auch praktikabel erscheinen.

Zunächst werden die gesetzlichen Vorgaben und zentrale Begriffe des Qualitätsmanagements der zugrunde liegenden Richtlinie der zahnärztlichen Versorgung erläutert. Es wird der Prozessgedanke im Qualitätsmanagement dargestellt, um abschließend die Notwendigkeit des Definierens von Qualitätszielen und –indikatoren aufzuzeigen. Hierbei wird auf Primär- und Sekundärquellen zurückgegriffen. Vor diesem Hintergrund werden Hypothesen formuliert.

In einem weiteren Kapitel wird die verwendete Methodik der qualitativen Leitfadeninterviews dargestellt. Zunächst werden Vor- und Nachteile der Methodenauswahl diskutiert. Im Anschluss werden die Stichprobenauswahl, die Erstellung des Leitfadens und das Auswertungsverfahren dargestellt.

Die Ergebnisdarstellung fasst die aus den qualitativen Leitfadeninterviews gewonnenen Erkenntnisse zusammen und stellt diese in den Zusammenhang der zugrunde liegenden Richtlinie. Anschließend werden anhand der Ergebnisse die aufgestellten Hypothesen überprüft.

Im Rahmen einer Diskussion werden die Ergebnisse kritisch reflektiert und abschließend die Stärken und Schwächen der eigenen Studiendurchführung herausgearbeitet.

Ein persönlicher Ausblick stellt den Abschluss der Arbeit dar.

Anmerkung der Autorin:

In dieser Arbeit wählte die Autorin bewusst eine geschlechterneutrale Schreibweise. Zum Einen soll die Lesbarkeit vereinfacht werden. Zum Anderen dient es der Anonymisierung der Interviewpartner. Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass gedanklich beide Geschlechter gewürdigt werden.

2 Qualitätsmanagement der zahnärztlichen Versorgung

Der Qualitätsbegriff ist seit dem Altertum bekannt. In der lateinischen Sprache z.B. wird qualitas mit der Beschaffenheit (eines Gegenstandes) übersetzt. So alt wie der Begriff selbst ist auch die Diskussion um seine Inhalte, die bis heute andauert. (Kamiske & Brauer 2005, S.174)

Das folgende Kapitel dient als Beschreibung der Ziele und Inhalte der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragszahnärztlicher Versorgung. Zunächst wird auf die Erwägungsgründe und die weiteren gesetzlichen Grundlagen der Richtlinie eingegangen. Weiterhin werden die Inhalte der Richtlinie dargestellt, wobei sich die Autorin an der Struktur der veröffentlichten Richtlinie orientiert. Abschließend werden die Prozessorientierung im Qualitätsmanagement und das notwendige Definieren von Qualitätszielen und –indikatoren thematisiert.

2.1 Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragszahnärztlicher Versorgung

Die am 31. Dezember 2006 in Kraft getretene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses beinhaltet die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Im Kontext des zunehmenden Qualitätsbewusstseins innerhalb des Gesundheitswesens wurde die Forderung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements auch für Vertragszahnärzte verpflichtend. Dies ist der „Verpflichtung zur Qualitätssicherung“ zu entnehmen, die in § 135 a Abs. 2 Nr. 2 SGB V festgeschrieben ist. Die Qualitätsmanagement-Richtlinie enthält die Vorgaben zur Umsetzung und Einführung eines Qualitätsmanagements. Die Richtlinie gibt lediglich grundlegende Mindestanforderungen vor, um der Heterogenität der Zahnarztpraxen nicht zu widersprechen.

Diese Grundidee wurde ebenfalls im Rahmen der „Tragenden Gründe zum Beschluss über eine Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragszahnärztlicher Versorgung“ postuliert. Hiernach sollen die Zahnärzte „systematisch und umfassend die Qualität ihrer Arbeit hinterfragen und Anstrengungen unternehmen, die Qualität ihrer Leistungen zu verbessern“. Dies solle unter Berücksichtigung personeller und struktureller Gegebenheiten der verschiedenen Praxen geschehen. Die Bundeszahnärztekammer merkte in ihrer Stellungnahme vom 3. November 2006 an, dass die Richtlinie überflüssig sei, da die meisten Zahnärzte ohnehin freiwillige Fortbildungsmaßnahmen zum Qualitätsmanagement durchführen. Die individuellen Handlungsspielräume in Bezug auf die verschiedenen Praxen

wurden positiv zur Kenntnis genommen. Weiterhin mahnte die Bundeszahnärztekammer sowohl die Kosten, als auch einen bürokratischen Mehraufwand, bedingt durch die Richtlinienumsetzung, so gering wie möglich zu halten. (GBA 2006b, S.2)

Im Folgenden werden die Anforderungen und verwendeten Begrifflichkeiten der Qualitätsmanagement-Richtlinie näher dargestellt. Hierbei wurden die Paragraphen nach inhaltlichen Überschneidungen zusammengefasst, um den Lesefluss zu harmonisieren. Es wird das Ziel verfolgt, Parallelen zwischen den Inhalten der Richtlinie und allgemein verwendeten Begrifflichkeiten und Modellen des Qualitätsmanagements aufzuzeigen. Dies geschieht zum Einen, um dem Leser, welcher lediglich geringe Kenntnisse über die zentralen Begriffe des Qualitätsmanagements besitzt, einige Grundlagen zu vermitteln. Zum Anderen soll verdeutlicht werden, dass sich die Richtlinie an theoretischen Konzepten orientiert.

Um einen direkten Vergleich mit der am 31. Dezember 2006 in Kraft getretenen Richtlinie zu erhalten, ist diese dem Anhang zu entnehmen.

2.1.1 Definitionen, Ziele und Methodik

In § 1 Abs. 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie wird Qualitätsmanagement definiert als die „kontinuierliche und systematische Durchführung von Maßnahmen“, mit denen eine „anhaltende Qualitätsförderung und –verbesserung“ erzielt werden soll (GBA 2006a). Die Anlehnung an den im Qualitätsmanagement häufig genannten ‚kontinuierlichen Verbesserungsprozess‘ wird in einer Definition nach Kahla-Witzsch deutlich. Hiernach verfolgt ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess das Ziel, „unter Einbindung der Mitarbeiter Abläufe in einem Unternehmen oder im eigenen Arbeitsbereich systematisch zu analysieren und zu optimieren“ (Kahla-Witzsch 2009, S.154).

Bezugnehmend auf die Anwendung durch eine Zahnarztpraxis wird Qualitätsmanagement in der Richtlinie konkretisiert als das regelmäßige Überprüfen, Dokumentieren und Verändern der „Organisation, Arbeitsabläufe und Ergebnisse“ (GBA 2006a). Auch an dieser Stelle wird die Nähe der Richtlinie zur einschlägigen Literatur des Qualitätsmanagements deutlich. Die Einteilung in die Kontrolle der Organisation, Arbeitsabläufe und Ergebnisse ist angelehnt an die Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Donabedian, welche eine von vielen Versuchen darstellt, den Qualitätsbegriff strukturiert zu definieren (Lauterbach & Schrappe 2004, S.272). Auch die Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung in § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V fordern die „Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität“ (SGB 2010).

Die Richtlinie hebt in § 1 Abs. 2 die Kundenorientierung hervor, wonach die Patientenversorgung verbessert werden soll. Weiterhin soll die Praxisorganisation optimiert werden, was einen Effekt auf die „internen Kunden“ hat (Kamiske & Brauer 2005, S.134 f.). Das Ziel der Richtlinie ist es, für alle „am Prozess Beteiligten“ ein nützliches, hilfreiches und unbürokratisches Qualitätsmanagement einzuführen (GBA 2006a).

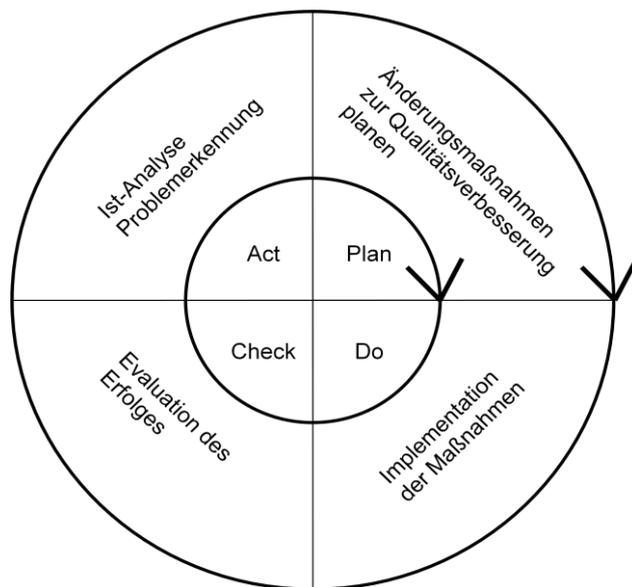


Abbildung 1 Deming-Zyklus und Qualitätskreislauf der Richtlinie (Quelle: eigene Darstellung)

Der zweite Paragraph der Qualitätsmanagement-Richtlinie versucht, die Anforderungen praxisnah zusammenzufassen. Eine Erfassung des Ist-Zustandes soll Optimierungspotentiale erkennen lassen, aus welchen Maßnahmen zur Umsetzung resultieren. In regelmäßigen Abständen sollen Kontrollen stattfinden, die den Zielerreichungsgrad einschätzen. Der in der Anlage der Richtlinie dargestellte Qualitätskreislauf ist dem Deming-Zyklus der ständigen Verbesserung sehr ähnlich, weshalb in einer eigenen Darstellung die Analogie visualisiert wird (vgl. Kamiske & Brauer 2005, S.289).

Der innere Kreis entspricht dem Deming-Zyklus, der äußere Kreis verwendet die Formulierung der Qualitätsmanagement-Richtlinie.

2.1.2 Grundsätzliche Anforderungen und Instrumente

In § 3 der Qualitätsmanagement-Richtlinie sind die Grundelemente eines einrichtungs-internen Qualitätsmanagements dargelegt. An dieser Stelle der Richtlinie können Parallelen zu den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008¹ erkannt werden.

Sowohl die Erhebungen der Ist-Zustände zu Beginn der Implementierung eines Qualitätsmanagements, als auch die nach festgelegten Zeitabständen durchgeführten Beobachtungen oder Messungen zur Prüfung der Maßnahmenumsetzungen, sind eng an die geforderte Managementbewertung innerhalb der Norm geknüpft (§ 5.6.1 DIN EN ISO). Der Prozessgedanke, der in der Richtlinie gefordert wird, ist in der Norm als grundlegender Ansatz für die Entwicklung eines Qualitätsmanagements definiert. Sowohl die Benen-

¹ Im Folgenden: DIN EN ISO

nung von Verantwortlichkeiten, als auch die Bedeutung der Kompetenz des Personals sind in der Norm enthalten (§§ 5.5.1, 6.2.2 DIN EN ISO). Die Durchführung von Änderungs- bzw. Korrekturmaßnahmen zur Beseitigung der Ursachen von Fehlern wird in der Norm an mehreren Stellen gefordert (vgl. DIN 2009, S.8 ff.).

Die in der Richtlinie aufgeführten anwendbaren Instrumente werden im Folgenden kurz angesprochen.

Für den Bereich der Arbeitsprozesse bzw. der Praxisorganisation sind Checklisten für organisatorische Arbeitsabläufe oder das Einführen eines Praxisbuchs als Beispiele genannt. Weiterhin ist ein Fehlermanagement einzuführen, sodass eine offene und transparente Fehlerkultur die Güte der Leistungserbringung offenlegen kann (vgl. Kahla-Witzsch 2009, S.59). Die Richtlinie benennt die Notwendigkeit eines Notfallmanagements. Hierbei ist es wichtig, Verantwortlichkeiten innerhalb einer Prozesskette festzulegen. Die Anforderungen in Bezug auf Diagnose- und Behandlungsprozesse entsprechen den Grundsätzen, die gesetzlich bereits festgeschrieben sind. Es soll an dieser Stelle nicht näher hierauf eingegangen werden, da diese grundlegenden Anforderungen bereits vor Inkrafttreten der Richtlinie erfüllt sein mussten. Die Bereiche der Mitarbeiter- und Patientenorientierung werden in der Qualitätsmanagement-Richtlinie in § 4 Abs. 2.3 und Abs. 2.4 näher konkretisiert. Als letztgenanntes Instrument des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements wird die Kooperation mit Partnern im Gesundheitswesen genannt. Es bedarf eines intern funktionierenden Qualitätsmanagements, um die Schnittstellen zu Kooperationspartnern im Gesundheitswesen erkennen und aufeinander abstimmen zu können (vgl. Hellmann & Eble 2009, S.194).

2.1.3 Dokumentation und Überprüfung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

Die erläuterten Forderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie unterliegen einer Dokumentationspflicht, um eine Nachvollziehbarkeit und verbesserte Kontrolle zu gewährleisten. Es sind Qualitätsziele und verwendete Instrumente der Richtlinie in regelmäßigen Abständen zu dokumentieren. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen führen ab dem 1. Januar 2011 stichprobenartige Kontrollen durch, indem sie von zwei Prozent aller Vertragszahnärzte eine schriftliche Dokumentation über das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement einfordern.

2.2 Prozessorientierung im Qualitätsmanagement

Die Prozessorientierung innerhalb des Qualitätsmanagements kann als eine Grundhaltung verstanden werden, bei welcher das „gesamte betriebliche Handeln als Kombination von Prozessen bzw. Prozeßketten [sic] betrachtet wird“ (Kamiske & Brauer 2005, S.159). Unter einem Prozess ist „eine Folge von wiederholt ablaufenden Aktivitäten mit meßbarer [sic] Eingabe, meßbarer [sic] Wertschöpfung und meßbarer [sic] Ausgabe zu verstehen“ (Kamiske & Brauer 2005, S.159). Hiermit ist das systematische Zusammenwirken von Menschen, Material und Methoden zu verstehen, welches die Absicht der Zielerreichung verfolgt und einen repetitiven Charakter besitzt. Der Prozess unterscheidet sich folglich deutlich von einer Projektorientierung, welche sich durch individuelle und einmalige Vorhaben und Zielsetzungen kennzeichnet (vgl. Kamiske & Brauer 2005, S.159 f.). Die Prozessorientierung steht in engem Zusammenhang zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess innerhalb des Qualitätsmanagements, da langfristig und sich ständig wiederholende Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit und den Zielerreichungsgrad kontrolliert werden, um weitere Maßnahmen zur Verbesserung abzuleiten.

Die Absicht, eine Zahnarztpraxis prozessorientiert führen zu wollen, kann eine Basis sein, um den Anforderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie gerecht zu werden. Das Ziel, den Praxisablauf prozessorientiert zu gestalten, kann mit der Analyse des Ist-Zustandes in der Praxis beginnen. Arbeitsabläufe werden definiert und den verantwortlichen Mitarbeitern zugeschrieben. Basierend hierauf können Ziele vereinbart werden, sodass der Prozess optimiert wird. Eine Zielkontrolle nach einem festgelegten Zeitraum rundet den kontinuierlichen Verbesserungsprozess ab.

2.3 Qualitätsziele und –indikatoren

Das Definieren von Qualitätszielen ist Ausgangspunkt eines jeden funktionierenden Qualitätsmanagements. Qualitätsziele sind messbare Forderungen an die von der Organisation selbst festgelegte Qualität. Um eine verbesserte Zielkontrolle zu erreichen, empfiehlt es sich, die Ziele in ihrer Festlegung möglichst zu konkretisieren. Hierbei ist die SMART-Regel für allgemeine Zieldefinitionen hilfreich. Diese Regeln stehen für:

- ✓ Spezifisch (Das Ziel muss bezüglich des Geltungsbereichs klar abgegrenzt sein.)
- ✓ Messbar (Das Ziel muss möglichst zu quantifizieren sein.)
- ✓ Akzeptiert (Von den Beteiligten müssen die Zieldefinitionen unterstützt werden.)
- ✓ Realistisch (Die Ressourcenplanung muss geeignet gewählt werden.) und
- ✓ Terminiert (Es muss genau festgelegt sein, wann das Ziel erreicht sein soll.) (Wegmann & Winklbauer 2006, S.76 f.)

Vorhandene Qualitätsziele können anhand von Qualitätsindikatoren konkretisiert und definiert werden. Diese lassen sich als Einheit durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse abbilden und können diagnoseabhängig oder diagnoseunabhängig festgelegt werden (Versorgungsleitlinien.de 2009). Eine Recherche, auf Basis der durch den GBA systematisch definierten Qualitätsindikatoren für die zahnärztliche Versorgung, blieb erfolglos. Die Frage nach verwendeten Qualitätsindikatoren wird in den Leitfadeninterviews thematisiert, auf deren Methodik an späterer Stelle eingegangen wird.

3 Aktueller Forschungsstand

Es wurde im vorangegangenen Kapitel deutlich, dass die Anforderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie den grundlegenden Anforderungen an ein allgemein gültiges Qualitätsmanagement entsprechen. Konkrete Vorgaben bezüglich der Umsetzung dieser Anforderungen werden nur zurückhaltend vorgegeben. Weiterhin bleibt offen, ob und welche Sanktionen für ein Nicht-Erfüllen der Richtlinie vorgesehen sind.

Obwohl die Frage nach der bisherigen Umsetzung der Richtlinie durch die Zahnarztpraxen eine deutliche Aktualität und Relevanz für eine breite Berufsgruppe darstellt, konnten nur wenige Studien zu dieser Thematik gefunden werden. Die Fragestellungen und die gewonnenen Ergebnisse der vorhandenen Untersuchungen werden im Folgenden dargestellt.

Im Jahr 2010 wurde eine Studie der Stiftung Gesundheit, welche durch die Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse durchgeführt wurde, veröffentlicht, die „Qualitätsmanagement und Patientensicherheit in der ärztlichen Praxis 2010“ thematisierte. Dieser Studie gingen ähnliche Studien seit 2007 jährlich voraus, sodass in der Studie des Jahres 2010 vergleichende Daten zum Vorjahr enthalten sind, die auf derselben Studiendurchführung basieren. Mittels eines Online-Fragebogens wurden niedergelassene Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und auch Zahnärzte befragt (n=421). Hierunter gehörten 19,3 Prozent der Teilnehmenden der Berufsgruppe der Zahnärzte an. Sinnvoll ist die gemeinsame Abfrage von Allgemeinmediziner, Zahnärzten und anderen Medizinischen Praxen aus dem Grunde, da auch die Allgemeinmediziner ein Qualitätsmanagement einzuführen haben. Dennoch ist es notwendig, die Berufsgruppe der Zahnärzte von den Allgemeinmediziner abzugrenzen. Bei der Berufsgruppe der Allgemeinmediziner sollte bereits bis zum Ende des Jahres 2009 ein Qualitätsmanagement implementiert sein. An dieser Stelle ist die Schwäche der Erhebung in Bezug auf die Ergebnisinterpretation zu erkennen, da unterschiedliche Zielkriterien hinsichtlich der Implementierung bei einer Stichprobe vorhanden sind. (Obermann 2010)

Ein Grund für die Darstellung der Studienergebnisse trotz dieser Schwäche ergibt sich aus einem Mangel an alternativ durchgeführten Studien und Umfragen zum Thema Qualitätsmanagement in (Zahn-)Arztpraxen.

Es werden im Folgenden zentrale Ergebnisse der Jahre 2009 und 2010 der o.g. Studie aufgeführt.

Laut der Studie haben 42 Prozent der Zahnarztpraxen mit der Implementierung eines Qualitätsmanagements begonnen und 41 Prozent die Implementierungsphase ohne eine Zertifizierung abgeschlossen. Im Vergleich zu den Zahnarztpraxen, bei denen eine verpflichtende Implementierung noch bevorsteht, haben ca. 53 Prozent der anderen ärztlichen Fachrichtungen die bereits verpflichtete Implementierung nach eigenen Angaben erfüllt. Zusätzlich sind ca. 22 Prozent der ärztlichen Fachrichtungen, bei Zahnärzten sind es bereits 17 Prozent, nach einem Qualitätsmanagementsystem zertifiziert. Es wurde erfragt, ob sich die Arbeitsabläufe in der Praxis mit der abgeschlossenen Implementierung des Qualitätsmanagements insgesamt verändert haben. Dies wird zu ca. 24 Prozent mit einer deutlichen Verbesserung, aber auch ohne eine deutliche Verbesserung (ca. 24 Prozent) angegeben. Auch die Frage nach einer möglichen Verringerung der Störanfälligkeit der Praxisabläufe wird kontrovers beantwortet. Hierbei wählen 40 Prozent aller Befragten eine positive und 36 Prozent eine ablehnende Antwort. Dies könnte auf eine negative Einstellung der Befragten bezüglich eines verpflichtend zu implementierenden Qualitätsmanagement hindeuten. Auf die Frage, welchen Einfluss ein Qualitätsmanagement auf die Fehlerreduktion und Patientensicherheit habe, antworteten im Jahr 2010 36 Prozent der Befragten damit, dass das Qualitätsmanagement keinen Einfluss darauf habe. Im Vorjahr 2009 gaben lediglich 27 Prozent der Befragten diese negative Einschätzung. 17 Prozent der Befragten gaben in 2010 an, das Qualitätsmanagement verkompliziere die Patientensicherheit. Lediglich zwölf Prozent der Befragten erkennen einen sehr positiven Zusammenhang der Patientensicherheit zum Qualitätsmanagement. Dies sind sieben Prozent weniger sehr positive Einschätzungen, als in 2009. (Obermann 2010, S.14 ff.)

Ein Artikel von Prof. Dr. Bettina Fischer, erschienen in der Fachzeitschrift „Zahnarzt Wirtschaft Praxis“, fasst die Ergebnisse einer Studie zusammen. Die Ergebnisse sollen kurz dargestellt werden, obwohl keinerlei Einschätzung über die Stärken und Schwächen der Methode vorgenommen werden kann, da die Studien nicht als frei verfügbare Texte vorhanden sind.

Im Jahr 2008 wurde eine Studie der Wiesbadener Hochschule abgeschlossen, welche zeigte, dass sich über 30 Prozent der befragten Zahnarztpraxen noch nicht mit der Implementierung eines Qualitätsmanagements beschäftigt hatten. 51 Prozent der Praxen befanden sich zu dem Zeitpunkt in der Einführungsphase. Die Vorteile eines Qualitätsmanagements werden von 35 Prozent der Befragten in einer Verbesserung der Dokumentation und von 29 Prozent in einer Standardisierung der Abläufe gesehen. Eine Imagestei-

gerung erwarten zwölf Prozent der Befragten. Die Nachteile werden insbesondere in einem hohen bürokratischen Aufwand gesehen, was 45 Prozent der Befragten bestätigten. Der zeitliche Aufwand (26 Prozent) und erhöhte Kosten (21 Prozent) wurden ebenfalls als Nachteile angesehen. Als Hinweis auf die Ergebnisinterpretation wurde von Fischer betont, dass die Ergebnisse, die in den Befragungen zur Qualitätsmanagement-Richtlinie erzielt werden, zu positiv erscheinen könnten. Der Grund hierfür könnte in einer sehr uneinheitlichen Definition von Qualität bei den Befragten liegen. Die Interpretation des Begriffs erfolge individuell und „reicht vom Anlegen eines Dokumentationsordners über die Installation einer entsprechenden Software, bis hin zu einer kontinuierlichen ... Durchführung von Maßnahmen“. (Fischer 2008)

4 Fragestellungen und Zielsetzung

Bislang liegen lediglich vereinzelte Untersuchungen darüber vor, inwieweit die Qualitätsmanagement-Richtlinie in der vertragszahnärztlichen Versorgung von den betroffenen Zahnarztpraxen umgesetzt wurde. Es konnte keine Studie gefunden werden, die persönliche Einschätzungen und Erfahrungen der Zahnärzte hinsichtlich der Richtlinie thematisiert.

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, die vorhandene Datenlage weiter auszubauen. Hierbei sollen keine quantitativen Ergebnisse erzielt werden. Vielmehr stehen subjektive Einschätzungen betroffener Zahnärzte selbst im Vordergrund. Es sollen „weiche“ Faktoren erhoben werden, die einen Einfluss darauf haben, wie und in welcher Form ein Qualitätsmanagement verstanden und eingeführt wird. Aus diesem Grund wurde eine Interviewstudie gewählt, auf deren Methodik später eingegangen werden soll.

Die vorliegende Ausarbeitung erhebt mittels qualitativer Interviews mit Hamburger Zahnärzten, welcher Qualitätsbegriff bei den Zahnärzten vorherrscht, in welcher Form die Qualitätsmanagement-Richtlinie von ihnen interpretiert wird und bisher umgesetzt worden ist. Weiterhin werden mögliche Qualitätsindikatoren zur Qualitätskontrolle erfragt, um zu erörtern, mit welchen Instrumenten die Zahnärzte selbst Optimierungspotentiale in ihrer eigenen Praxis ermitteln. Abschließend werden Statements zu dem Praxisbezug der Richtlinie und der Sinnhaftigkeit eines gesetzlich verpflichteten Qualitätsmanagements aus Sicht der Zahnärzte erbeten.

Auf Basis der soeben dargelegten Ergebnisse der Studien werden folgende Hypothesen abgeleitet:

Hypothese I

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Fortschritt eines eingeführten Qualitätsmanagements und der Akzeptanz der Inhalte der Qualitätsmanagement-Richtlinie.

Resultierend aus der Tatsache, dass das Einführen eines Qualitätsmanagements auf einer gesetzlichen Verpflichtung beruht, wird an dieser Stelle davon ausgegangen, dass diejenigen Befragten, die lediglich die Verpflichtung und weniger die Sinnhaftigkeit einer Implementierung sehen, die Qualitätsmanagement-Richtlinie weniger intensiv umsetzen. Hieraus können Rückschlüsse darüber gezogen werden, ob eine rechtliche Verpflichtung ein adäquater Anreiz ist, die Vorteile eines Qualitätsmanagements auszuschöpfen.

Hypothese II

Je tiefergehender ein Qualitätsmanagement eingeführt wurde, desto stärker lehnt sich die erfragte Definition „Qualitätsmanagement“ an die in der Richtlinie aufgeführte Definition an.

Das Erfassen der Vorstellungen der Befragten im Hinblick auf zentrale Begriffe des Untersuchungsinhaltes ist für den Prozess der Interviewdurchführung von hoher Bedeutung. Es wird davon ausgegangen, dass die individuellen Definitionen der Befragten abhängig sind von dem Grad der Einführung eines Qualitätsmanagements. Diese Annahme beruht auf der Vorstellung, dass der Qualitätsbegriff in seinen verschiedenen Dimensionen erst nach längerer Anwendung und nach einer tieferen Auseinandersetzung mit der Thematik insgesamt erfasst werden kann. Aus dieser Überlegung resultiert ebenfalls die letzte Hypothese, welche einen Zusammenhang zwischen einer intensiven Anwendung der in der Qualitätsmanagement-Richtlinie empfohlenen Instrumente und einer darüber hinaus gehenden Verwendung zusätzlicher Instrumente, Qualitätsziele oder –indikatoren sieht:

Hypothese III:

Ein hoher Erfüllungsgrad der Anforderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie hinsichtlich anzuwendender Instrumente geht positiv mit zusätzlichen und individuell verwendeten Instrumenten einher (wie z.B. das Definieren von Qualitätsindikatoren oder –zielen).

Im folgenden Kapitel wird die Methodik der qualitativen Interviewstudie erläutert. Anschließend werden die ermittelten Ergebnisse der Interviews dargestellt und in einem weiteren Kapitel diskutiert.

5 Methode

Nachdem im vorangegangenen Kapitel sowohl der Forschungsgegenstand, als auch die zentralen Forschungsfragen in Form von Hypothesen dargestellt wurden, wird in diesem Kapitel die verwendete Interviewmethode erläutert. Zunächst wird die Auswahl der Stichprobe dargestellt. Nach der eingehenden Begründung der Methodenwahl und einem kurzen Exkurs zur Forschungsethik wird die Entwicklung des Leitfadens erläutert. Es wird festgelegt, worauf bei der Durchführung der Interviews geachtet werden muss und wie die Ergebnisse auszuwerten sind. Abschließend werden die Gütekriterien der verwendeten Methoden eingeschätzt.

5.1 Stichprobenauswahl

Den Untersuchungsrahmen der vorliegenden Studie bilden fünf mit Zahnärzten geführte Interviews in Hamburg.

Es wurde ursprünglich der Versuch unternommen, ein mehrstufiges selektives Sampling der Zahnärzte durchzuführen, um eine Stichprobe zu erhalten, welche möglichst breitgefächert hinsichtlich Ausprägungen wie Geschlecht, Alter, Praxisgröße und des sozioökonomischen Status⁴ der potentiellen Patienten des Einzugsgebietes der Praxis ist (vgl. Schirmer 2009, S.111 f.; vgl. Keller/Kluge 1999, S. 47 f.). Diese Kriterien sollten herangezogen werden, da davon ausgegangen wird, dass diese „Typik ... von Eigenschaften in der Grundgesamtheit“ der Hamburger Zahnärzte Berücksichtigung finden muss (Mayer 2009, S.38).

Aufgrund einer geringen Response-Rate (Näheres hierzu im Kapitel ‚Ergebnisse‘), konnte kein selektives Sampling im Vorfeld der Interviews durchgeführt werden. Die Auswahl der Studienteilnehmer wurde wie folgt durchgeführt:

Im Rahmen der Stichprobenauswahl wurden Zahnarztpraxen zufällig per Telefon kontaktiert² und zunächst die Möglichkeit einer Studienteilnahme erfragt. Hierbei stellte sich die Untersucherin namentlich vor, erläuterte den Rahmen der Studiendurchführung und bat um einen halb- bis dreiviertelstündigen Interviewtermin mit entsprechend angefragtem Zahnarzt. Dem Zahnarzt wurde telefonisch das Interviewthema ‚Qualitätsmanagement-Richtlinie‘ benannt. Weiterhin wurde auf eine garantierte Anonymität und die Einhaltung

² Es wurde die Internetseite ‚www.gelbseiten.de‘ als Grundlage für die Stichprobenauswahl per Telefon genutzt.

des Ethik-Kodex³ hingewiesen. Bei einem Ablehnen eines Interviewtermins wurden die Gründe erfragt, die an späterer Stelle genannt werden. Im Falle einer Zusage wurde ein zeitnaher Termin vereinbart, der in den Räumlichkeiten der Zahnarztpraxen stattfand.

Zum Ende des Interviews wurden die der Tabelle zu entnehmenden interessierenden Charakteristika und Ausprägungen des befragten Zahnarztes erfragt und systematisch notiert. Hieraus wurde eine Samplestruktur der fünf interviewten Zahnärzte gebildet, so dass deutlich wird, welche Ausprägungen bei den Interviewten insgesamt abgedeckt werden konnten. Die Samplestruktur ist der Tabelle zu entnehmen⁴. Bei der Stichprobenauswahl wurde keine kriteriengesteuerte Auswahl dahingehend vorgenommen, dass eine Repräsentativität der Stichprobe für Hamburger Zahnärzte erzielt wird. Vielmehr sollen die Ausprägungen dazu führen, dass im Rahmen der Interviews eine möglichst breite Spanne an Erfahrungen, Ansichten und Diskussionspunkten erzielt wird. Es sollen hierdurch Erkenntnisse innerhalb der Interviews erzielt werden, die „über den untersuchten Fall hinausreichen“, um dem Ziel, eine inhaltliche Repräsentativität zu erreichen, möglichst nahe zu kommen (Mayer 2009, S.38). Bei der Samplestruktur erfolgt die Auswahl in der Form, dass die Ergebnisse auch auf andere Fälle übertragbar und in diesem Sinne generalisierbar sind (vgl. Mayer 2009, S.38).

Tabelle 1 Samplestruktur (Quelle: eigene Darstellung)

Interviewnummer	1	2	3	4	5
Geschlecht	m	w	w	m	m
Alter	41-50	41-50	31-40	51-68	41-50
Anzahl Mitarbeiter	10	8	8	20	20
Einführen von QM	2009	2009	2009	2011	2010
Externer QM-Berater	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
Hamburger ZÄK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Zertifizierung	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
soziale Lage der Praxis	gemischt	gut	gut	eher schlecht	eher schlecht

Es wird jedoch keine Verallgemeinerung der Ergebnisse für alle Hamburger Zahnärzte angestrebt. Die Frage der Verallgemeinerung stellt „ein grundsätzliches Problem qualitativer Forschung“ dar (Helfferrich 2005, S.152 f.). Die Interpretationen qualitativer Interviews beziehen sich auf die Rekonstruktion typischer Muster, nicht aber auf Verteilungsaussagen, wie es in der standardisierten Forschung das Ziel ist (Helfferrich 2005, S.152).

³ Siehe Anhang

⁴ Die Samplestruktur nimmt einen Teil der Ergebnisse vorweg, um an dieser Stelle einen besseres Hintergrundverständnis zu ermöglichen.

Da die vorliegende Studie nicht das Ziel verfolgt, eine Verallgemeinerung der erzielten Ergebnisse anzustreben, wird lediglich ein Anspruch des Status' einer ersten Illustration erhoben (vgl. Helfferich 2005, S.152). Eng an das Kriterium der Verallgemeinerung ist in der quantitativen Forschung das Kriterium der Repräsentativität der Stichprobe geknüpft (vgl. Mayer 2009, S.38). Hierbei soll die ausgewählte Stichprobe in ihren Ausprägungen der Zusammensetzung nach der Grundgesamtheit entsprechen. In der qualitativen Forschung steht hingegen die inhaltliche Repräsentation im Vordergrund, welche durch das mehrstufige selektive Sampling in vorliegender Studie im Sinne einer ersten Einschätzung des untersuchten Felds erreicht werden soll (vgl. Mayer 2009, S.38).

5.2 Interviewmethode

Für die genauere Analyse der aufgestellten Hypothesen werden fünf leitfadengestützte Experteninterviews mit Hamburger Zahnärzten geführt.

Bei der Wahl der Zahnärzte soll davon ausgegangen werden, dass die Befragten eine subjektive Ansicht über ihren bisherigen Umgang mit der Qualitätsmanagement-Richtlinie und ihre persönlichen Erfahrungen darlegen. Die jeweilige Subjektivität leitet sich hierbei aus der zu Grunde liegenden Professionalisierung ab, sodass die erzielten Ergebnisse der Interviews anschließend auf einen Ausschnitt der Berufsgruppe der Zahnärzte übertragen werden sollen (vgl. Flick 2007, S.168 f.). Es bedarf einer „maximalen Offenheit“, um die subjektiven Einstellungen zu dem interessierenden Forschungsgegenstand ganzheitlich erfassen zu können (Helfferich 2005, S.159). Diese Offenheit kann in einem leitfadengestützten Interview erzielt werden, da dem Befragten ein offener Erzählraum gegeben wird (Helfferich 2005, S.159). Im Rahmen eines Fragebogens oder einer telefonischen Befragung kann die notwendige Offenheit eingeschränkt sein, weshalb die genannten Hypothesen anhand von qualitativen Interviews näher beleuchtet werden sollen.

Es wurde ein leitfadengestütztes Experteninterview als zugrunde liegende Interviewmethode gewählt, da der Befragte „weniger als (ganze) Person denn in seiner Eigenschaft als Experte für ein bestimmtes Handlungsfeld“ angesehen wird (Flick 2007, S.214). In der qualitativen Forschung, wie es in vorliegender Studie Anwendung findet, steht nicht die statistische Repräsentativität der Stichprobenauswahl oder der erzielten Ergebnisse der Studie im Vordergrund. Vielmehr ist „die Relevanz der untersuchten Subjekte ... d.h. die inhaltliche Repräsentativität“ von Interesse (Mayer 2009, S.38). Als Experten werden die befragten Zahnärzte angesehen, da sie nach Bogner und Menz über „technisches, Prozess- und Deutungswissen“ verfügen, „das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht“ (Flick 2007, S.215). Weiterhin müssen die interviewten

Zahnärzte einen relevanten Bezug zur Forschungsfrage aufweisen. Beide Bedingungen werden als erfüllt angesehen, da ein zugelassener und praktizierender Zahnarzt sowohl über das notwendige Fachwissen, als auch über das notwendige Wissen über aktuelle gesetzliche Anforderungen verfügt.

Das von Schütze ursprünglich vorgeschlagene Verfahren der Befragung von Experten in Form eines narrativen Interviews wird in vorliegender Studie nicht verwendet. Es wird davon ausgegangen, dass die Befragten unter Zeitdruck stehen, das Interview demnach in einem zuvor festgelegten Zeitrahmen ablaufen soll (vgl. Flick 2007, S.215). Das Einhalten eines Zeitrahmens kann durch das Verwenden eines Leitfadens umgesetzt werden, so dass ausschließlich der thematisch begrenzte Rahmen der Forschungsfragen bzw. Hypothesen abgedeckt wird, indem auf die zentralen Themen hingeleitet werden kann. Die Entwicklung eines Leitfadens durch den Interviewer schließt weiterhin aus, dass er sich als inkompetent im Bereich der abzufragenden thematischen Bereiche ausweist (vgl. Flick 2006, S.218 f.). Ein weiterer Grund, weshalb ein Leitfaden zur Unterstützung der Interviews Verwendung findet, ist der, dass er die Vergleichbarkeit der Interviews sicherstellen kann (vgl. Nohl 2008, S.20 f.). Dadurch können die Antworten im Rahmen der Auswertung den jeweiligen Kategorien zugeordnet werden.

Es muss jedoch beachtet werden, dass die Verwendung eines Leitfadens nicht der Standardisierung der Erhebung dient, da der Interviewer je nach Antworten des Befragten die ursprünglichen Fragestellungen innerhalb des Leitfadens der Gesprächssituation anpassen kann (vgl. Nohl 2008, S.21). In der Regel werden leitfadengestützte Interviews sehr „offen und flexibel“ und nur „so strukturiert wie ... notwendig“ gehandhabt (Helfferich 2005, S.161). Jedes Interview ist als Interaktionsprozess zwischen Befragtem und befragender Person zu verstehen, in dessen Rahmen in unterschiedlichen Maßen Interaktion und Kooperation unvermeidlich vorherrschend sind. Dadurch verläuft jedes Interview individuell und auch beeinflusst (vgl. Helfferich 2005, S.10).

Es wird in den hier durchgeführten Interviews versucht, das Interview so nah wie möglich am Leitfaden zu orientieren, um die Vergleichbarkeit zwischen den geführten Interviews aufrechtzuerhalten. Sollte es sich im Interviewverlauf jedoch als angemessen erweisen, die Reihenfolge der Fragenkomplexe zu variieren, wird das Interview flexibel durchgeführt. Im Interviewverlauf wird dennoch sichergestellt, dass trotz einer Änderung im Ablauf, alle interessierenden Fragenkomplexe beantwortet werden. Im Falle eines frühzeitigen Beantwortens einer an späterer Stelle aufgeführten Frage innerhalb des Leitfadens, wird die im Leitfaden aufgeführte Frage dennoch gestellt. Die Untersucherin geht davon aus, dass sich möglicherweise weitere Erkenntnisse oder Diskussionspunkte ergeben,

sollten sich die sich situativ ergebenden Fragen inhaltlich ähneln. Weiterhin wahrte die Untersucherin eine neutrale, den Gesprächsverlauf jedoch positiv unterstützende, Einstellung gegenüber dem Befragten. Der Untersucher kommentierte oder bewertete die Aussagen der Interviewpartner nicht.

Die Inhalte der Interviews werden seitens des Untersuchers schriftlich im Verlauf des Interviews festgehalten. Zusätzlich werden die Interviews mittels Tonband aufgezeichnet, welches im Anschluss jedoch nicht vollständig transkribiert wird. Das Tonband dient lediglich der Sicherung der Gesprächsinhalte, welche der Untersucher während des Interviews zunächst nicht schriftlich fixieren konnte. Die Inhalte der Interviews werden anschließend paraphrasiert und nach Mayring ausgewertet, was an späterer Stelle erläutert wird.

5.2.1 Hinweise zur Forschungsethik

„Qualitativ Interviewende müssen sich mit ethischen Fragen der Forschung auseinandersetzen. ... Ethische Prinzipien sind z.B. in dem Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie verankert. Rechtlichen Schutz bietet das Datenschutzgesetz“ (Helfferrich 2005, S.169).

Die vorliegende Studie orientiert sich an dem o.g. Ethik-Kodex und berücksichtigt insbesondere die „informierte Einwilligung“ und die „Nicht-Schädigung“ der Befragten (Helfferrich 2005, S.169). Hiermit ist zum Einen eine grundlegende Information der Befragten durch den Interviewer über alles, „was mit ihren Äußerungen geschieht“ gemeint, ebenso wie die Freiwilligkeit der Teilnahme (Helfferrich 2005, S.169). Zum Anderen dürfen die Befragten durch die Teilnahme an der Studie keine „Nachteile erfahren oder Gefahren ausgesetzt werden“ (Helfferrich 2005, S.169). Der Ethik-Kodex ist dem Anhang zu entnehmen.

Bereits bei der ersten Kontaktaufnahme der Zahnärzte wurde die Freiwilligkeit der Teilnahme betont. Zu Beginn eines Interviews wurde auf die anonymisierte Verwendung der in den Interviews erzielten Informationen hingewiesen, die keinen Rückschluss auf die interviewte Person oder die Zahnarztpraxis vornehmen lässt. Weiterhin wurden die Befragten darüber aufgeklärt, dass sie jederzeit die Teilnahme beenden und eine Löschung der erhobenen Daten einfordern können. Dies wurde schriftlich in einer Einwilligungserklärung festgehalten, welche auf einer frei verfügbaren Vorlage einer Einwilligungserklärung der Ethikkommission der Charité in Berlin beruht und der Anlage zu entnehmen ist (Ethikkommission der Charité 2010).

Im Rahmen der Anonymisierung wurden Altersklassen gebildet, sodass keine genauen Rückschlüsse auf den befragten Zahnarzt und die entsprechende Praxis möglich ist. Auch

der erfragte Stadtteil wird in vorliegender Studie nicht ausgewiesen, sondern lediglich zwischen sozioökonomisch ‚starken‘ und ‚schwachen‘ Stadtteilen unterschieden. Die Informationen sind der bereits dargestellten Samplestruktur zu entnehmen.

Die Kontaktdaten der befragten Zahnärzte und auch die Tonbandaufnahmen sind ausschließlich der Untersucherin zugänglich und werden unter Verschluss gehalten.

5.3 Entwicklung des Leitfadens

Die vorliegende Studie greift auf die Verwendung eines Leitfadens zurück, um die teilstrukturierten Interviews in ihrem Ablauf zu unterstützen und sicherzustellen, dass alle relevanten Themenkomplexe abgedeckt werden. Ein Leitfaden soll so übersichtlich sein, dass der Interviewer „zu jeder Zeit während des Interviews überblickt, ob noch Fragestellungen offen sind oder ob ein ... angesprochenes Thema zu den Leitfaden-Themen gehört und wie es einzuordnen ist“ (Schirmer 2009, S.186). Die Leitfadenkonzeption unterstützt den Interviewer dabei, sich mit den zu erfragenden Themen intensiv auseinanderzusetzen und als kompetenter Gesprächspartner entgegenzutreten.

Schirmer empfiehlt, ein Leitfadeninterview in drei Phasen einzuteilen (vgl. Schirmer 2009, S.187 f.). Dieses Konzept wurde in dem hier verwendeten Leitfaden im Rahmen der Konzeption berücksichtigt.

In der ersten Phase, welche die „offene Phase“ darstellt, wird der Befragte durch eine Einstiegsfrage dazu aufgefordert, zunächst von sich aus über einen erfragten Themenkomplex frei zu erzählen (Schirmer 2009, S.187 f.). Auch Helfferich sieht in der öffnenden, erzählgenerierenden Einstiegsfrage den „höchsten Rang“ (Helfferich 2005, S.160). Daher wird in vorliegender Studie mit der Frage begonnen, inwiefern dem Zahnarzt das interessierende Thema, also die Qualitätsmanagement-Richtlinie, bereits vertraut ist. Es wird davon ausgegangen, dass der Befragte beginnt, von seinen Erfahrungen und möglicherweise ersten Einstellungen zu berichten.

In der zweiten Phase nach Schirmer kann der Interviewer „inhaltlich lenken“, d.h. an adäquaten Stellen nachhaken (Schirmer 2009, S.187). In dem hier verwendeten Leitfaden führt der zweite Fragenkomplex in die zweite von Schirmer genannte Phase. Die persönliche Vorstellung des befragten Zahnarztes hinsichtlich eines Qualitätsmanagements wird genauer erfragt.

Die dritte Phase beinhaltet gezielte Fragen, welche in der Studie wichtig sind, bis zu dem Zeitpunkt jedoch noch nicht genannt wurden (Schirmer 2009, S.187). Der hier verwendete Leitfaden geht ab dem dritten Fragekomplex, einem Vergleich zwischen den Vorstellun-

gen und den Inhalten bezüglich der Qualitätsmanagement-Richtlinie seitens der Zahnärzte, in die dritte Phase nach Schirmer über. Weiterhin werden in dieser Phase verwendete Qualitätsinstrumente und –indikatoren erfragt, welche bei den Befragten im Praxisalltag Verwendung finden.

Tabelle 2 Phasen des Leitfadeninterviews (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Schirmer 2009)

Phase nach Schirmer	Intention des Leitfadens	Interviewfragen des Leitfadens
1. Phase, offene Phase	Erzählgenerierende, öffnende Fragen; Ziel: Erfahrungen und Einstellungen ermitteln	Inwiefern ist Ihnen die Qualitätsmanagement-Richtlinie bereits vertraut?
2. Phase	Inhaltliches Lenken; Ziel: Fokussierung auf interessierende Aspekte	Was verstehen Sie persönlich unter „Qualitätsmanagement“? Was sind Ihre persönlichen Einschätzungen darüber, was ein QM für Ihre Praxis leisten können muss? Woran erkennen Sie Qualität?
3. Phase	Konkretisierung; Ziel: Schwerpunktlegung auf spezielle Fragestellungen	Welche Ihrer persönlichen Erwartungen an ein QM werden durch die Vorgaben der Richtlinie befriedigt und welche nicht? Wie schätzen Sie den Konkretisierungsgrad der Richtlinie ein? Welche der in der Richtlinie genannten Instrumente finden in Ihrer Praxis Verwendung? Wie schätzen Sie die praktische Umsetzbarkeit der Instrumente der Richtlinie ein? Verwenden Sie andere Instrumente, um Ihr QM auf die Wirksamkeit hin zu überprüfen, die nicht in der Richtlinie genannt sind? Wenn ja, welche?
Abschließende Frage	Abschluss des Interviews; Ziel: Reflexion des Befragten hinsichtlich des eigenen Qualitätsverständnisses	Wie beurteilen Sie Ihre eigene Qualität?

Bei der Leitfadenzonzeption wurde ebenfalls der „Grad der inhaltlichen Steuerung“ berücksichtigt, welcher von Helfferich als Möglichkeit der Fragenkonzeption dargestellt wird. Hierbei sind neben „inhaltsbezogenen Fragen auch Steuerungsfragen oder Aufrechterhaltungsfragen“ in den Leitfaden zu integrieren (Helfferich 2005, S.161). Aus diesem Grund wechseln sich Fragen zu einer persönlichen Stellungnahme hinsichtlich der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Befragten mit Fragen der eigenen Umsetzung der in der Richtlinie geforderten Anforderungen ab. Nachdem innerhalb des Interviews eine Reflexion des Befragten bezüglich des umzusetzenden Qualitätsmanagements stattgefunden hat, wird in einer abschließenden Frage um eine Beurteilung der eigenen Qualität gebeten. Hierbei kann ein Abgleich zwischen der zu Beginn des Interviews genannten persönlichen Vorstellung eines Qualitätsmanagements und der zum Abschluss des Interviews genannten persönlichen Einschätzung des eigenen umgesetzten Qualitätsmanagements nachvollzogen werden. Den Abschluss des Interviews bildet das Erfragen einiger zentraler Charakteristika, die für die Samplestruktur benötigt werden.

Der in vorliegender Studie verwendete Leitfaden wurde nach einem ersten Pretest inhaltlich überarbeitet, sodass eine Reflexion und Überprüfung des Instruments in Bezug auf die Praxistauglichkeit gegeben ist. Im Rahmen des Pretests wurden zwei Fragen in eine andere Reihenfolge gebracht. Eine weitere Frage wurde umformuliert, sodass diese kürzer und prägnanter formuliert war. Der Leitfaden ist dem Anhang zu entnehmen.

5.4 Form der Auswertung

Die Auswertung des im Rahmen der Interviews gewonnenen Materials erfolgt nach Mayring in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse. Im Folgenden werden zunächst die Datenerfassung, -aufbereitung und anschließend das Auswertungsverfahren dargestellt.

5.4.1 Datenerfassung

Die Datenerfassung erfolgte mittels schriftlicher Aufzeichnung der Untersucherin über die gegebenen Antworten des befragten Zahnarztes. Der Leitfaden diente einer ersten Strukturierung des Interviews, sodass gegebene Antworten den Kategorien, welche zunächst in Form von Fragen gegeben waren, entsprechend zugeordnet notiert wurden. Um innerhalb der geführten Interviews zunächst den Gesprächsablauf berücksichtigen zu können, wurden die Interviews mittels Tonband aufgezeichnet. Bei situativ bedingten Frageänderungen konnte so adäquat auf den Gesprächspartner reagiert werden, ohne von Transkriptionen des Gesprächs abgelenkt gewesen zu sein.

5.4.2 Datenaufbereitung

Die Aufbereitung des Materials wurde durch eine Kombination des sog. selektiven und zusammenfassenden Protokolls durchgeführt (vgl. Mayring 2002, S.94 ff.). Im Rahmen eines selektiven Protokolls, welches während des Interviews in Form der Transkription durch die Untersucherin verfasst wurde, wurden nur diejenigen interessierenden Aussagen in ein Protokoll aufgenommen, die der Beantwortung der Hypothesen oder Fragestellungen dienen. Entscheidend bei der Verwendung dieser Aufbereitungsmethode ist es, zuvor eindeutige Kategorien gebildet zu haben, anhand derer anschließend entschieden werden kann, was zu protokollieren ist und was selektiert werden darf (vgl. Mayring 2002, S.97 ff.). Der zu protokollierende Inhalt muss für eine der im Leitfaden aufgeführten Fragestellungen relevant sein und der Einschätzung der Hypothesen dienen. Auf ein schriftliches Fixieren der Kriterien anhand von Beispielen, welche Aussagetypen innerhalb eines Interviews zu protokollieren seien, wird in vorliegender Arbeit, entgegen des Vorschlags Mayrings (vgl. Mayring 2002, S.97), verzichtet. Den Grund hierfür sieht die Untersucherin darin, dass die Studie durch eine Untersucherin allein durchgeführt wurde und daher

durchgängig die gleichen Kriterien und Einschätzungen der Datenaufbereitung und –auswertung zu Grunde gelegt werden. Um der von Mayring erläuterten Gefahr entgegenzuwirken, den für die Interpretation notwendigen Kontext der Aussagen durch die Verwendung eines selektiven Protokolls zu verlieren, dienen die Tonbandaufnahmen als Sicherheit, den Interviewverlauf jederzeit abrufen zu können.

Weiterhin sind die Tonbandaufnahmen die Grundlage für das Erstellen des zusammenfassenden Protokolls. Auch diese Methode verfolgt das Ziel, die Materialfülle bereits bei der Aufbereitung zu reduzieren (vgl. Mayring 2002, S.94). Hierbei wird bereits vom Tonband aus eine Zusammenfassung vorgenommen, welche jedoch methodisch kontrolliert nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring stattfindet. Datenaufbereitung und -auswertung überschneiden sich hierbei bereits sehr stark, weshalb die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse als Auswertungsmethode im Folgenden näher dargestellt werden soll.

5.4.3 Auswertungsverfahren

Die vorgenommene Zusammenfassung, die sich aus dem Material des Tonbandes ergibt, reduziert die vorhandene Materialfülle frühzeitig und stellt ein sog. zusammenfassendes Protokoll dar. Als hier gewählte Technik der Reduktion des Tonbandmaterials wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet, sodass eine systematische und methodisch kontrollierte Auswertung des Materials vorgenommen wird. Dies ist für die Durchführung leitfadengestützter Experteninterviews angemessen. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse lautet der Grundgedanke, „das Allgemeinniveau des Materials erst zu vereinheitlichen und dann schrittweise höher zu setzen“. (Mayring 2002, S.94 f.)

Die auf den Untersuchungsgegenstand orientierte Analysetechnik wird festgelegt, bevor eine erste Analyse durchgeführt wird. Hierbei wird ein Ablaufmodell aufgestellt, durch welches die einzelnen Interpretationsschritte der Analyse definiert werden. Dieses systematische Vorgehen vor der durchzuführenden Analyse stellt sicher, dass das angewandte Ablaufmodell „für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar“ wird (Mayring 2008, S.53). Die vorliegende Studie verwendet die Analysetechnik der Zusammenfassung, welche folgendes Ziel verfolgt:

Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, daß [sic] die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist (Mayring 2008, S.58).

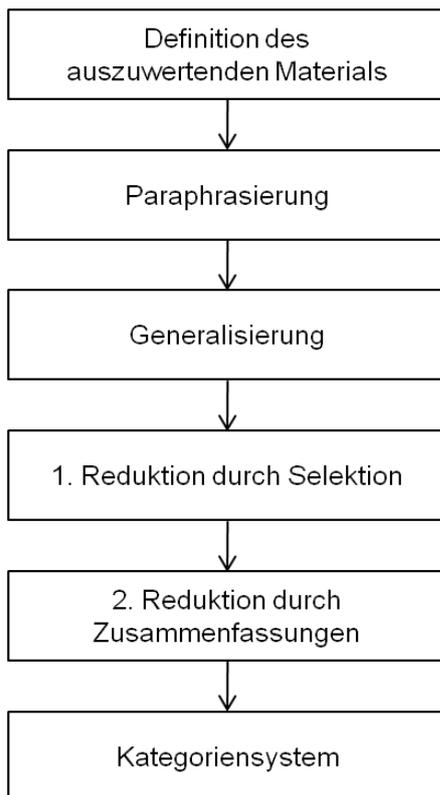


Abbildung 2 Auswertungsverfahren zusammenfassender Inhaltsanalyse (Quelle: eigene Darstellung nach Mayring 2008)

Weitere von Mayring aufgeführte Analysetechniken sind die Explikation- und die Strukturierung. Die Explikation findet in dieser Studie keine Anwendung, da das erhobene Material die alleinigen zu analysierenden Inhalte darstellen soll und kein zusätzliches Material zu fraglichen Textteilen herangezogen werden soll. Die Strukturierung wird nicht angewendet, da keine Schwerpunkte innerhalb der Materialauswertung vorgenommen werden sollen, sondern die gesamten relevanten Inhalte gleichwertig zu analysieren sind. Im Folgenden wird das Auswertungsverfahren der zusammenfassenden Inhaltsanalyse erläutert und grafisch dargestellt. (Mayring 2008, S.58)

In einem ersten Schritt wird das der Analyse zu Grunde liegende Material definiert, welches durch die Fragestellungen innerhalb des Leitfadens und die hierauf gegebenen Antworten bereits festgelegt wurde. Die verschiedenen Stufen innerhalb des Leitfadens bilden zunächst die Analyseeinheiten. Der nächste Schritt ist

die Paraphrasierung, bei welcher nur die auf den Inhalt bezogenen Textbestandteile knapp formuliert werden. Die Paraphrasierungen bewegen sich noch auf einem zu geringen Abstraktionsniveau. Eine höhere Abstraktion soll erreicht werden, indem die Paraphrasen verallgemeinert werden. Dieser Schritt wird als Generalisierung bezeichnet. In einem weiteren Schritt können Paraphrasen, die der Generalisierung inhaltlich sehr ähnlich sind, gestrichen werden. Unwichtige Paraphrasen werden ebenfalls in dieser Stufe weggelassen, was als erste Reduktion bezeichnet wird. Hiernach findet eine zweite Reduktion statt, bei welcher sich aufeinander beziehende Paraphrasen zusammengefasst oder durch eine neue Aussage wiedergegeben werden. Nachdem ca. 50 Prozent des auszuwertenden Materials bis zu diesem Schritt zusammengefasst wurden, müssen die nun gebildeten Kategoriensysteme dahingehend geprüft werden, ob diese repräsentativ für die untersuchten Textstellen sind. Auf eine weitere Zusammenfassung, wie Mayer sie in einem sechsten Schritt empfiehlt, wird aufgrund einer relativ geringen Textmaterialmenge verzichtet. Nach der vollständigen Auswertung des Materials wird eine erneute Rücküberprüfung aller gebildeten Kategorien vorgenommen. (Mayring 2008, S.60 f.)

Das Material wird nach den Fragen des Leitfadens geordnet, um eine systematische Beschreibung und Interpretation ermöglichen zu können. Es wird ein Kategoriensystem verwendet, um das gewonnene Material auf einer generalisierten Ebene darstellen zu können (vgl. Schirmer 2009, S.265 ff.).

Im Rahmen der Ergebnisdarstellung werden die Interviewergebnisse thematisch an die Phasen des Leitfadens angelehnt. Anschließend wird auf benannte Gründe eingegangen, die bei Zahnärzten zu einer Ablehnung eines Interviews geführt haben.

In der Diskussion werden sowohl die Ergebnisse, als auch die verwendete Methode kritisch reflektiert. Zunächst werden die Gütekriterien der vorliegenden Ausarbeitung näher beleuchtet, unter besonderer Berücksichtigung der gewählten Studiendurchführung, welche auf qualitativen Methoden beruht.

5.5 Gütekriterien

Es bedarf genereller Kriterien, um die Qualität der Methode der Konzeption eines Instrumentariums zur wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung bestimmen zu können. Diese Kriterien sollen dazu dienen, den „Grad der Wissenschaftlichkeit“ einer angewandten Forschungsmethode einschätzen zu können (Lamnek 2005, S.142).

Im Rahmen der quantitativ-standardisierten Forschung werden die Gütekriterien der Reliabilität, Validität und Objektivität herangezogen, um die Qualität der Methode einschätzen zu können. Unter Reliabilität wird die Stabilität der Ergebnisse bei wiederholtem Einsatz eines bestimmten Instruments bei derselben Person verstanden. Sie kann durch die Ermittlung der inneren Konsistenz, auch ‚split-half‘ genannt, geprüft werden, bei dem das Material in zwei Teile geteilt wird. Je ähnlicher die Ergebnisse der beiden Untersuchungsteile sind, desto höher ist die erzielte Reliabilität der Methode. Die Validität prüft, ob die Ausprägung gemessen wird, die gemessen werden sollte. Dieses Kriterium kann kontrolliert werden, indem ein Vergleich mit einem Außenkriterium herangezogen wird. Hierbei werden Untersuchungsergebnisse, die in einem engen Zusammenhang mit der eigenen Fragestellung stehen und deren Gültigkeit nicht widerlegt werden konnte, als Vergleichsmaßstab herangezogen. Objektivität wird erzielt, wenn die Ergebnisse möglichst unabhängig vom Untersucherverhalten und der Erhebungssituation erhoben und interpretiert werden (Mayring 2002, S.141; Mayring 2008, S.109; Helfferich 2005, S.138).

Die soeben genannten Gütekriterien beziehen sich folglich darauf, dass ein Instrument unabhängig von den Erhebenden und dem jeweiligen Kontext bei denselben zu untersuchenden Personen dieselben Messdaten erbringt (Helfferich 2005, S.138).

Nun sind die Daten bei qualitativen Interviews ... immer kontextabhängig und die Versionen bei einer Wiederholung eines Interviews nie identisch – die Gütekriterien der standardisierten Verfahren greifen damit nicht (Helfferich 2005, S.138).

Dies soll jedoch nicht zu der Schlussfolgerung Girtlers führen, dass die qualitative Sozialforschung unwissenschaftlich arbeite, da die o.g. Gütekriterien nicht überprüft und eingeschätzt werden können (Lamnek 2005, S.145 mit e. Zitat von Girtler, 1984). Im Rahmen der qualitativen Forschung steht die „Suche nach Regeln für eine intersubjektiv nachvollziehbare Datenanalyse, Hypothesen- und Theoriebildung sowie deren Überprüfung und Darstellung“ im Vordergrund (Lamnek 2005, S.146).

Die qualitative Forschung muss ihre verwendeten Begriffe von quantitativen Methoden lösen. Einerseits, da die dort verwendeten Gütekriterien nicht auf qualitatives Forschen anwendbar sind. Andererseits jedoch, da nicht nur eine Verwendung quantitativ-standardisierter Begrifflichkeiten die Wissenschaftlichkeit unter Beweis stellt. Diese kann für die qualitative Forschung nur unter Beweis gestellt werden, wenn eigene adäquate Gütekriterien oder Prüfinstrumente definiert werden sollen.

Mayring definiert sechs Gütekriterien, welche für die qualitative Sozialforschung verwendet werden können, die im Folgenden kurz dargestellt und auf die Umsetzbarkeit in vorliegender Ausarbeitung eingeschätzt werden.

In der qualitativen Forschung bedarf es einer genauen *Verfahrensdokumentation*, da die verwendeten Methoden „meist speziell für diesen Gegenstand entwickelt“ wurden. Daher ist eine detaillierte Dokumentation notwendig, um eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit leisten zu können. Ein weiteres Gütekriterium ist die *argumentative Interpretationsabsicherung*. Interpretative Teile einer wissenschaftlichen Ausarbeitung qualitativer Art müssen argumentativ begründet und erklärt werden. Besonders wichtig ist es, alternative Erklärungen zu überprüfen, sodass Negativdeutungen eine wichtige Rolle zukommt. Die *Regelgeleitetheit* fordert ein systematisches Bearbeiten des Materials. Durchzuführende Analyseschritte sind im Vorhinein systematisch zu definieren. Das Gütekriterium der *Nähe zum Gegenstand* wird dadurch erreicht, dass man „möglichst nahe an der Alltagswelt der beforschten Subjekte anknüpft“ und deren Interessen und Relevanzsysteme berücksichtigt. Die Gültigkeit der Ergebnisse kann durch eine *kommunikative Validierung* erzielt werden, im Rahmen derer die Analyseergebnisse und Interpretationen anschließend mit dem untersuchten oder befragten Subjekt diskutiert werden. Das letztgenannte Gütekriterium für qualitative Forschung ist die *Triangulation*. Die Qualität der qualitativen Forschung

kann erhöht werden, indem die erzielten Ergebnisse mit anderen Analyseschritten oder –methoden verglichen werden. Hierbei können auch quantitative Forschungsmethoden als Vergleichsmaßstab herangezogen werden. (Mayring 2002, S.144 ff.)

Vorliegende Ausarbeitung versucht, die genannten Gütekriterien aufzugreifen und praxisnah umzusetzen. Besonderes Augenmerk wurde auf eine verständliche und vollständige Verfahrensdokumentation der durchgeführten Untersuchungsschritte gelegt. Die Interpretation der erzielten Ergebnisse wird keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben. Vielmehr geht es darum, die formulierten Hypothesen zu diskutieren und eine Basis für weiterführende Forschung dahingehend zu schaffen, dass weitere Hypothesen oder Forschungsfragen formuliert werden. Um die Regelgeleitetheit einzuhalten, wurden bereits bewährte Methoden angewendet. Dennoch wurden einzelne Forschungsschritte dem speziellen Forschungsgegenstand angepasst, sodass von einer bewährten Methode in Teilen abgesehen werden musste. Eine größtmögliche Nähe zum Gegenstand wurde erreicht, indem die Interviews zum Einen in den Räumlichkeiten der Zahnärzte durchgeführt wurden. Zum Anderen wurde eine partnerschaftliche Interviewform gewählt, in welcher die Individualität und Anonymität der Befragten durch Wahrung des Ethik-Kodex gewährleistet wurden. Eine kommunikative Validierung im Nachhinein der Erhebung wurde aus Zeitgründen nicht durchgeführt. Die Triangulation wird im Rahmen der Ergebnisdiskussion stattfinden, sodass die erzielten Ergebnisse mit den Ergebnissen aus den bereits dargestellten Studien verglichen werden.

6 Ergebnisse

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln der Hintergrund und die Intention der Methodenwahl beschrieben wurden, werden im Folgenden die erzielten Ergebnisse der qualitativen Interviews präsentiert. Hierbei werden keine Zitate der Interviews verwendet, um den Lesefluss zu harmonisieren. Weiterhin verfolgt die vorliegende Ausarbeitung das Ziel, einen höheren Abstraktionsgrad in der Darstellung zu erzielen. Abschließend werden die Ergebnisse dargestellt, welche telefonisch von denjenigen Zahnärzten erzielt wurden, die keine Interviewteilnahme wünschten.

6.1 Ergebnisse durchgeführter Interviews

Die Ergebnisdarstellung folgt der Systematik des Interview-Leitfadens. Hierbei werden zunächst die ermittelten Paraphrasen der Interviews dargestellt, um anschließend zusammenfassend die Ergebnisse der zweiten Reduktion darstellen zu können. Sowohl die schrittweise Ergebnisauswertung nach Mayring, als auch die Ergebnisdarstellung sind dem Anhang zu entnehmen.

6.1.1 Kenntnisstand über die Richtlinie

Die befragten Zahnärzte zeigten sich insgesamt mit der Richtlinie gut vertraut. Zwei Zahnärzte gaben an, bereits im Jahr 2009 mit der Umsetzung der Qualitätsmanagement-Richtlinie begonnen zu haben. Sowohl die Schulungen, als auch die relevanten Dokumentationen, die nach der Richtlinie vorzuweisen sind, wurden von diesen Zahnärzten durch Unterstützung der Hamburger Zahnärztekammer umgesetzt. Ein Zahnarzt hierunter schätzt die Umsetzung der Richtlinie in der eigenen Praxis ein, dass zunächst ein Grundstein gelegt sei. Der zweite Zahnarzt schätzt die eigene Umsetzung bereits als gut ein und belegt dies damit, dass ein Leitbild für die Praxisführung formuliert wurde.

Ein weiterer Zahnarzt wurde im Jahr 2009 bereits erfolgreich nach der ISO-Norm zertifiziert. Dieser gibt an, eine Zertifizierung angestrebt zu haben, um einem Franchisevertrag zu entsprechen, den seine Praxis eingegangen hat. Im Rahmen dessen, war ebenfalls eine Zertifizierung nach der DIN EN ISO 9001:2008 vorgeschrieben, sodass der Zahnarzt keine Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Zertifizierungsmöglichkeiten hatte. Ein Zusammenhang der Zertifizierungswahl mit der Qualitätsmanagement-Richtlinie wird folglich an dieser Stelle ausgeschlossen. Dieser Zahnarzt gibt an, mit der Richtlinie gut vertraut zu sein und ebenfalls die Unterstützung der Hamburger Zahnärztekammer, auch für den Zertifizierungsprozess, in Anspruch genommen zu haben. Der befragte Zahnarzt gab

an, die Qualitätsmanagement-Zertifizierung als Marketinginstrument für seine Praxis intensiv zu nutzen, da aus seiner Sicht die Patienten positiv darauf reagieren.

Eine negative Antwort hinsichtlich des Kenntnisstandes über die Inhalte der Qualitätsmanagement-Richtlinie wurde durch einen Zahnarzt angegeben. Dieser schätzte ein, dass er sich mit Qualitätsmanagement sehr wohl auskenne, mit der Richtlinie jedoch nicht vertraut sei. Der Zwang von außen, die Anforderungen an ein Qualitätsmanagement in einer umfangreichen Dokumentation umsetzen zu sollen, wurde von dem befragten Zahnarzt als sehr negativ eingeschätzt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich drei Zahnärzte bereits mit den Inhalten der Richtlinie auseinandergesetzt und hierbei externe Unterstützung, die Hamburger Zahnärztekammer, in Anspruch genommen haben. Zwei Zahnärzte sind mit den Konzepten des Qualitätsmanagements vertraut. Hierunter setzt einer die Anforderungen der Richtlinie um, der zweite Zahnarzt nimmt eine abwartende Haltung hinsichtlich der Richtlinienumsetzung ein. Es lassen sich folgende Kategorien auf Basis der zweiten Reduktion ermitteln, die den Kenntnisstand der Zahnärzte bezüglich der Inhalte der Richtlinie darstellen:

- Die Richtlinie ist dem Zahnarzt vertraut durch die Inanspruchnahme externer Unterstützung (Hamburger Zahnärztekammer, Berater etc.).
- Die Richtlinie ist dem Zahnarzt vertraut durch sein Wissen über Qualitätsmanagement.
- Die Richtlinie selbst ist dem Zahnarzt nicht vertraut, es liegt jedoch grundlegendes Wissen über Qualitätsmanagement im Allgemeinen vor.

6.1.2 Persönliche Vorstellungen zu Qualitätsmanagement

Als einleitende Frage zu den persönlichen Vorstellungen zu Qualitätsmanagement wurden die Zahnärzte gefragt, was sie persönlich unter diesem Begriff verstehen.

Die bei allen Befragten wiederkehrende Antwort war, dass Qualitätsmanagement die Arbeitsabläufe der Praxis strukturiere. Die Abläufe müssten wiederholt richtig und identisch von allen Beteiligten durchgeführt werden, sodass sich die erbrachte Leistung auf gleichem Niveau befinde. Ein Zahnarzt sah hierin einen bürokratischen Aufwand, der von den anderen Zahnärzten nicht bestätigt werden konnte.

Von einer erhöhten Sicherheit für das Personal war in einem Interview die Rede. Der Befragte sieht in einem Qualitätsmanagement-Handbuch ein Instrument, anhand dessen die Mitarbeiter die Prozessschritte nachschlagen und nachvollziehen können. Ein Abweichen

vom beschriebenen Prozess wird als Fehler erkannt und systematisch reduziert. Der Zahnarzt sieht in dieser Methode eine Motivierung für die Mitarbeiter, für die die Abläufe transparenter seien. Diese Transparenz führe seiner Meinung nach zu einer erhöhten Sicherheit, die letztendlich auch dem Patienten zu Gute komme. Weiterhin wird die Patientenzufriedenheit benannt, um Qualitätsmanagement zu definieren. Hierunter fällt, laut Angabe des Zahnarztes beispielsweise, Einverständnisbögen an die Patienten auszugeben, um eine erhöhte Compliance zu erhalten. Auch dadurch werde die Patientenzufriedenheit gesteigert.

Zwei Zahnärzte verstehen unter Qualitätsmanagement eine systematische Fehlervermeidung und bringen dies mit einer offenen Fehlerkultur in Verbindung. Von einer langfristigen Qualitätserhöhung ist im Rahmen eines Interviews die Rede. Dieser Zahnarzt versteht unter Qualitätsmanagement das Optimieren der Abläufe für die Patienten, um die Qualität, wie sie von den Patienten wahrgenommen wird, zu erhöhen. Ein weiterer Zahnarzt sieht in der Intention von Qualitätsmanagement ebenfalls eine Qualitätserhöhung. Diese könne in seiner Praxis jedoch nicht durch das Umsetzen der Richtlinie erreicht werden, da bereits vorher auf hohem Qualitätsniveau gearbeitet wurde. Die Richtlinie, so der Zahnarzt, beziehe sich lediglich auf die Arbeitsabläufe, jedoch nicht auf die Behandlungsqualität, die aus Patientensicht eigentlich im Vordergrund stünde.

Zusammenfassend können drei Kategorien ermittelt werden, die die persönlichen Vorstellungen der befragten Zahnärzte zusammenfassen:

- Qualitätsmanagement wird definiert durch die Struktur und Standardisierung in Abläufen, Dokumentation und Sicherheit.
- Qualitätsmanagement wird definiert durch die Struktur und Standardisierung in Abläufen und eine Dokumentation. Es wird zugleich als bürokratische Belastung angesehen.
- Qualitätsmanagement wird getrennt definiert: Das Qualitätsmanagement in Bezug auf Richtlinie wird wahrgenommen, dass es eine Struktur in die Abläufe für die Praxismitarbeiter bringen soll. Das Qualitätsmanagement in Bezug auf zahnmedizinische Leistung ist die Behandlung durch den Zahnarzt und sein individuelles Qualitätsverständnis.

Eine weitere Frage bezüglich der persönlichen Einschätzungen darüber, was ein Qualitätsmanagement in der Praxis für die Zahnärzte leisten sollte, wurde recht einheitlich beantwortet. Ein Qualitätsmanagement muss für alle befragten Zahnärzte die Arbeitsabläufe strukturieren und Verantwortlichkeiten benennen. Ein befragter Zahnarzt gab an, dass ein

Qualitätsmanagement darüber hinaus alle Behandlungsschritte nachweisbar machen und eine schnellere und bessere Behandlung für den Patienten zum Ziel haben sollte.

Es können folglich zwei Kategorien ermittelt werden, die die Vorstellungen darüber abbilden, was ein Qualitätsmanagement für eine Zahnarztpraxis leisten sollte:

- Ein Qualitätsmanagement muss Struktur in die Arbeitsabläufe bringen und Vorteile für die Patienten spürbar machen.
- Ein Qualitätsmanagement muss Struktur in die Arbeitsabläufe bringen, wobei die Vorteile für die eigenen Mitarbeiter im Vordergrund stehen.

Woran die Zahnärzte Qualität erkennen, wurde hingegen mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen beantwortet. Die Qualität der eigenen Leistungserbringung wird von einem Zahnarzt dadurch erkannt, dass dieser einen eigenen, hohen Anspruch an sich definiert, regelmäßige Fortbildungen besucht und sich an aktueller Literatur orientiert. Drei Zahnärzte erkennen Qualität an zahntechnischen Produkten, die bei den Patienten Verwendung finden. Als Qualitätsausprägungen werden hierbei Ästhetik und eine hohe Passgenauigkeit benannt. Zwei Zahnärzte nennen die Schmerzfreiheit und eine geringe Komplikationsrate für die Patienten, woran Qualität erkannt werden kann. Der Umgang mit Patienten am Empfang oder am Telefon wird von einem Befragten angegeben.

Zusammenfassend werden drei Kategorien aggregiert, die die Qualitätsmerkmale darstellen, die als solche durch die Zahnärzte genannt werden:

- Qualität wird erkannt durch die Patientenzufriedenheit, Schmerzfreiheit, zahnmedizinische und zahntechnische Ergebnisse und regelmäßige Kontrollen der medizinischen Behandlungen.
- Qualität wird erkannt und definiert durch eine hohe Anzahl an Fortbildungen, an denen der Zahnarzt teilnimmt.
- Qualität wird erkannt durch reibungslose Praxisabläufe, die durch das Team erreicht werden.

6.1.3 Vergleich zwischen der Richtlinie und den Vorstellungen der Zahnärzte

In einer ersten Frage, die sich konkret auf die Inhalte der Richtlinie bezog, wurde erfragt, welche der persönlichen Erwartungen an ein Qualitätsmanagement durch die Vorgaben der Richtlinie befriedigt und welche Erwartungen enttäuscht wurden.

Drei Zahnärzte schätzen die Inhalte der Richtlinie in Bezug auf ein Qualitätsmanagement als zu bürokratisch und aufwendig ein. Hierunter erklärt ein Zahnarzt genauer, dass das

Ausarbeiten der Anforderungen unter Berücksichtigung des Nutzens, den die Anforderungen langfristig erfüllen sollten, ein zu hoher Arbeitsaufwand sei. Dieser Aufwand wurde von diesem Zahnarzt als so hoch eingeschätzt, dass er anschließend den Weg in die Zertifizierung wählte. Konkret ist er der Ansicht, dass die Anforderungen an Arbeitsanweisungen und Checklisten zu hoch seien, da dies in jeder Praxis in der Regel bereits intern definiert sei. Als positiv wird die langfristige Arbeitserleichterung und Zeitersparnis eingeschätzt. Die Kontrollen durch eine neutrale Instanz werden ebenfalls als positiv erkannt.

Zwei weitere Zahnärzte, die die Richtlinie als zu bürokratisch einschätzten, gaben an, keine Erwartungen an die Richtlinie gehabt zu haben. Die Richtlinie wird als übertrieben bzw. überflüssig eingeschätzt, da Selbstverständlichkeiten zu dokumentieren seien. Insbesondere die Anforderungen hinsichtlich der Hygiene in der Zahnarztpraxis seien übertrieben, da dies jede Praxis, auch ohne die Qualitätsmanagement Richtlinie, umsetzen muss. Die Richtlinie sei lediglich in Bezug auf die Mitarbeiterorientierung akzeptabel, da hierbei die Arbeitsabläufe für die Mitarbeiter transparenter würden.

Die Mitarbeiterorientierung wurde von einem weiteren Zahnarzt ebenfalls als positiv eingeschätzt. Dieser gab an, dass die Arbeitsabläufe intern bisher nicht systematisch definiert wurden und die Richtlinie ihm eine bessere Grundlage gebe, den Mitarbeitern die Notwendigkeit für ein Definieren von Prozessen zu verdeutlichen. Der befragte Zahnarzt erhalte dadurch etwas, worauf er sich berufen könne.

Ein weiterer Zahnarzt beantwortet die Frage nach dem Erfüllen der eigenen Qualitätsmanagement Vorstellungen eher allgemein. Bei ihm liege eine starke Diskrepanz zwischen dem Qualitätsmanagement, wie es in der Richtlinie beschrieben wird, und seines eigenen Qualitätsverständnisses vor.

Auf Basis der zweiten Reduktion können vier Kategorien ermittelt werden, die die Erwartungen an die Qualitätsmanagement-Richtlinie widerspiegeln:

- Es wurde eine zeitliche und bürokratische Belastung erwartet. Nach der Umsetzung der Grundlagen wurde der langfristige Versuch unternommen, Vorteile aus der verpflichtenden Umsetzung und der Kontrolle durch eine neutrale Instanz zu ziehen.
- Es lagen keine Erwartungen vor. Die Anforderungen der Richtlinie werden als Selbstverständlichkeiten angesehen, verknüpft mit einer bürokratischen Belastung.
- Es wurde erwartet, dass die internen Praxisabläufe durch die Richtlinie zu optimieren sind.

- Die ursprünglichen Erwartungen wurden nicht erfüllt, da der großen Diskrepanz zwischen dem Qualitätsmanagement der Richtlinie und den Qualitätsmanagement-Vorstellungen des Zahnarztes nicht gerecht wurde.

In einer weiteren Frage wurden die befragten Zahnärzte aufgefordert, den Konkretisierungsgrad der Richtlinie in Bezug auf die Anforderungen des Praxisalltages einzuschätzen.

Der soeben genannte Zahnarzt betonte erneut die Diskrepanz zwischen den Qualitätsmanagement Vorstellungen der Richtlinie und seinem eigenen Qualitätsverständnis. Zugleich räumte er jedoch ein, dass die Richtlinie in Bezug auf die Mitarbeiterabläufe praktisch anwendbar und gut umsetzbar sei. Dieser erkannte jedoch keine Anforderungen an die medizinische bzw. Behandlungsqualität in der Richtlinie. Er erläutert dies dahingehend, dass keine konkrete Hilfestellung für Zahnärzte in der Richtlinie gegeben werde, die die Behandlung am Patienten aus medizinischer Sicht optimieren würden. Die Inhalte der Richtlinie beziehen sich aus seiner Sicht ausschließlich auf Abläufe, die sein Team betreffen und die keinen direkten Einfluss auf die zahnmedizinische Behandlung hätten.

Zwei befragte Zahnärzte schätzten den Konkretisierungsgrad der Richtlinie hinsichtlich der praktischen Umsetzbarkeit allein deshalb als positiv ein, weil sie Unterstützung durch die Hamburger Zahnärztekammer erfahren haben. Durch diese Unterstützung wurde ein Qualitätsmanagement Handbuch erstellt, welches die Richtlinie praxisrelevant ausfülle. Ein Zahnarzt aus dieser Gruppe gab an, dass die Richtlinie auch ohne die Zahnärztekammer als praxisnah eingestuft würde, der andere Zahnarzt gab an, dass es ohne die Kammer wahrscheinlich zu einer anderen Umsetzung gekommen wäre. Auf Nachfragen wurde dies damit erklärt, dass der Zahnarzt andere Schwerpunkte in der Umsetzung gewählt und möglicherweise in einem höheren Umfang seine Praxisabläufe dokumentiert hätte.

Als nicht konkret wird die Richtlinie von einem Zahnarzt erlebt, der aus seiner Sicht Selbstverständlichkeiten zu dokumentieren habe. Er erlebt die Richtlinie jedoch als förderlich für die Corporate Identity seines Praxisteam.

Die Richtlinie wird von einem Zahnarzt als überflüssig und nicht praxisnah eingeschätzt, da seine eigenen Qualitätsvorstellungen praxisorientierter seien. Als einzig positiv wird die Mitarbeiterorientierung angesehen. Ansonsten ist die Richtlinie seiner Ansicht nach kosten- und zeitintensiv und wird als „Unsinnverbreiter“ erlebt. Es müsse zu viel dokumentiert werden. Dieser Zahnarzt verlässt sich stark auf die Hamburger Zahnärztekammer und erfüllt das Notwendigste der Richtlinie, da er der Auffassung ist, dass ein Zahnarzt ein

Qualitätsmanagement besser umsetzen könne, als es in einer gesetzlichen Vorgabe vordiktiert würde. Seine Erwartungen wurden verfehlt, da die Richtlinie keine Standardisierung von zahnmedizinischen Leistungen zu definieren versuche. Weiterhin würde die Richtlinie nicht dem Dilemma gerecht, in welchem sich die Zahnärzte befänden. Die ethische Diskrepanz zwischen dem Zahnarzt als Mediziner und „Verkäufer“, also die medizinische Indikation gegenüber monetären Aspekten, würde in der Richtlinie keineswegs thematisiert.

Bezogen auf den Konkretisierungsgrad der Qualitätsmanagement-Richtlinie können vier Kategorien aus den Interviews abgeleitet und im Folgenden dargestellt werden:

- Die Richtlinie ist nicht konkret und erfährt z.T. erst eine Konkretisierung durch eine externe Unterstützung (Hamburger Zahnärztekammer).
- Die Richtlinie wird als ‚in Ordnung‘ angesehen. Diese Einschätzung beruht jedoch auf der vorhandenen und in Anspruch genommenen externen Unterstützung (Hamburger Zahnärztekammer).
- Die Richtlinie ist nicht konkret, da aktuelle Probleme der Zahnarztpraxen nicht thematisiert werden.
- Die Richtlinie ist nicht konkret in Bezug auf das Einrichten eines Qualitätsmanagements, jedoch konkret in Bezug auf die Abläufe für die Mitarbeiter.

6.1.4 Qualitätsinstrumente und -indikatoren

Ein Fragenkomplex des Leitfadens thematisierte die Qualitätsinstrumente, die bei den befragten Zahnärzten praktisch umgesetzt werden. Begonnen wurde der Fragenkomplex mit einer Checkliste, in welcher die in der Qualitätsmanagement-Richtlinie aufgelisteten Instrumente auf ihre Anwendung abgefragt wurden. Die Ergebnisse sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 3 Verwendung der Qualitätsinstrumente nach § 4 der Richtlinie (Quelle: eigene Darstellung)

Instrumente nach § 4	Interview 1	Interview 2	Interview 3	Interview 4	Interview 5
Checklisten für Abläufe	ja	ja	ja	ja	ja
Praxishandbuch	ja	ja	ja	ja	ja
Fehlermanagement	ja	ja	ja	ja	ja
Notfallmanagement	ja	ja	ja	ja	ja
Fortbildungen	2 x jährl.	2x jährl.	2x jährl.	2x jährl.	2x jährl.
Schnittstelle zahntechn./ zahnärztl. Leistungen	1 Labor	1 Labor	1 Labor	1 Labor	1 Labor
Teambesprechungen	12x jährl.	4x jährl.	4x jährl.	"regelmäßig"	12x jährl.
Patienteninformation	ja	ja	ja	ja	ja
Patientenmitwirkung	Informed Consent, Recall-System (Prophylaxe)	Recall-System (Prophylaxe)	Recall-System (Prophylaxe)	Recall-System (Prophylaxe)	Recall-System (Prophylaxe)
Öffnungszeiten, Termine	ja	ja	ja	ja	ja
Beschwerdemanagement	ja	ja	ja	nein	nein
Kooperationen mit Partnern des Gesundheitswesens	ja	ja	ja	ja	ja

Im Anschluss an das Abfragen der Verwendung in der Richtlinie aufgeführter Instrumente wurde die Einschätzung hinsichtlich der praktischen Umsetzbarkeit der Instrumente erbeten.

Drei der befragten Zahnärzte gaben an, dass die Umsetzung der in der Richtlinie aufgeführten Instrumente lediglich deshalb unproblematisch sei, da sie eine gute Unterstützung durch die Hamburger Zahnärztekammer erhielten. Ansonsten würde die Umsetzung als zeitintensiv und aufwendig eingeschätzt werden. Ein Zahnarzt begründet diese Einschätzung dahingehend, dass die Richtlinie nicht ausreichend umgrenzt sei. Weiterhin würden die Begehungen durch die Kammer befürwortet, sodass die Umsetzung der Instrumente, sowie die Praxisabläufe durch eine neutrale Instanz bewertet und weiter optimiert werden könnten.

Um die Instrumente praktisch umsetzen zu können, habe es einer langen Einarbeitung bedurft, erläutert ein Zahnarzt. Der Prozess der Optimierung der Instrumente sei in seiner Praxis langfristig angelegt, sodass ein intern benannter Qualitätsmanagement-Beauftragter regelmäßig interne Audits durchführe und dabei die praxisnahe Umsetzung der Instrumente bewerten könne.

Lediglich ein Zahnarzt gibt an, die Instrumente als gut umsetzbar einschätzen zu können. Sie seien zwar bürokratisch, jedoch für ein Qualitätsmanagement in einer Zahnarztpraxis angemessen.

Zusammenfassend können folgende drei Kategorien generiert werden:

- Die Umsetzung der Instrumente wird als zeitliche und bürokratische Belastung empfunden, da es eine Dokumentation von Selbstverständlichem sei. Zum Teil werde eine externe Unterstützung durch die Hamburger Zahnärztekammer eingeholt.
- Es wird eine externe Unterstützung durch die Hamburger Zahnärztekammer eingeholt, um die Instrumente praktisch anzuwenden.
- Die Umsetzung der Instrumente wird als unproblematisch empfunden.

Da die tragenden Gründe zum Beschluss der Richtlinie vorsehen, dass auf die individuellen Bedürfnisse der Zahnarztpraxen eingegangen werden soll, wurde in einem nächsten Schritt weitere Verwendung findende Instrumente bei den Zahnärzten erfragt. Diese wurden in ‚medizinische‘ und ‚nicht-medizinische‘ Instrumente unterteilt.

Alle befragten Zahnärzte orientieren sich an medizinischen Leitlinien, die über die Qualitätsmanagement-Richtlinie hinausgehen. Drei Zahnärzte verwenden die zahntechnischen Reklamationen als Qualitätsindikator. Hierunter verwendet ein Zahnarzt den PSI Parodontal-Index und den BPI Blutungs-Index als Indikatoren für die Qualität der eigenen langfristig erbrachten Leistung. Weiterhin werden von diesem die Schmerzfreiheit der Patienten und eine Überprüfung der Röntgenaufnahmen als Qualitätsindikatoren hinzugezogen. Der zweite Zahnarzt dokumentiert die Behandlung eigenständig und umfassend, um bei einem folgenden Termin die eigene zahnmedizinische Behandlung kontrollieren zu können.

Als weitere nicht-medizinische Qualitätsindikatoren führt eine Zahnarztpraxis systematische Patientenzufriedenheitsbefragungen durch. Dies ist die zertifizierte Praxis und die systematische Befragung wird mittels anonymem Fragebogen mehrmals jährlich in dem Warteraum der Praxis freiwillig angeboten. Zwei weitere Zahnärzte geben an, dass die Patientenzufriedenheit ein wichtiger Indikator für die eigene Leistungserbringung sei. Diese werde jedoch nicht systematisch, sondern lediglich im Rahmen persönlicher Gespräche ermittelt.

Ein Zahnarzt führt monatliche Mitarbeiterzufriedenheitsbefragungen im Rahmen von Teammeetings durch. Diese Teammeetings erfüllen auch den Zweck von Qualitätszirkeln. Qualitätszirkel werden lediglich von einem weiteren Zahnarzt durchgeführt, der eine Zertifizierung abgeschlossen hat. Dieser und ein weiterer Zahnarzt definieren Qualitätsziele, die nach festgelegten Zeitabständen auf eine erfolgreiche Umsetzung hin kontrolliert werden. Die zertifizierte Zahnarztpraxis zieht weiterhin Umsatzzahlen heran, um die Qualität der Praxis zu beurteilen.

6.1.5 Beurteilung der eigenen Qualität

Als abschließende Frage innerhalb der Leitfadeninterviews wurde eine Einschätzung der eigenen Qualität erbeten. Insgesamt ist auffallend, dass sich die Zahnärzte durchweg eine gute Qualität zuschreiben. Alle Zahnärzte gaben weiterführende Erklärungen, worauf sie ihre eigene Einschätzung begründen.

Drei Zahnärzte begründen ihre persönliche Einschätzung aufgrund von regelmäßigen Teilnahmen an aktuellen Fortbildungen. Zwei Zahnärzte berufen sich auf ihre langjährige Erfahrung und nennen in dem Zuge ebenso langjährige Patientenbindungen und positive Rückmeldungen. Hierunter betont ein Zahnarzt die Bedeutung der Geschicklichkeit bei der Durchführung zahnmedizinischer Behandlungen, die man jedoch erlernen könne. Dieses Erlernen beruhe allerdings sowohl auf Erfahrungswerten, als auch an der Teilnahme regelmäßiger Fortbildungen, um auf dem aktuellen Wissensstand zu sein.

Einen hohen Anspruch an sich selbst und seine Mitarbeiter zu haben, geben zwei Zahnärzte an. Ein Zahnarzt hierunter zieht weiterhin Kontrollen von Kollegen hinzu, um komplexe Behandlungen auf einem hohen Qualitätsstandard durchzuführen und verfolgt dadurch ein ‚Vier-Augen-Prinzip‘, bei welchem Behandlungsfehler vermieden werden sollen.

Zwei Zahnärzte geben an, sich ihrer Stärken und Schwächen bewusst zu sein und sich daher auf die Stärken konzentrieren zu wollen. Dadurch habe man sich als Praxis auf einen Schwerpunkt konzentriert.

Die Einschätzung der eigenen Qualität der Leistung als Zahnarzt können durch folgende drei Kategorien abgebildet werden:

- Die eigene Qualität wird als ‚ganz gut‘ eingeschätzt. Langjährige Erfahrung, Fortbildungen, z.T. Kontrollen der zahnmedizinischen Behandlungen und das Fokussieren auf die eigenen Stärken werden als eigene Qualitätsmerkmale benannt.
- Es liege ein ‚hoher Anspruch‘ vor, an dem die eigene zahnmedizinische Behandlung selbst gemessen wird. Es wurde keine persönliche Einschätzung geäußert.
- Es liege ein ‚hoher Anspruch‘ vor, an dem ein zweiter Zahnarzt die zahnmedizinische Behandlung durch Kontrollen misst.

6.2 Ergebnisse nicht durchgeführter Interviews

Die Kontaktaufnahme zu den potentiellen Interviewpartnern wurde bereits erläutert. Es wurden mehr als 60 Zahnärzte über die gelben Seiten telefonisch kontaktiert und um einen Interviewtermin gebeten. Hierbei stellte die Autorin ihren eigenen Hintergrund und

das Studienziel vor und versicherte die Wahrung der Anonymität der Interviewteilnehmer. Allerdings fielen lediglich fünf Anfragen positiv aus, deren Ergebnisse aus den Interviews soeben dargelegt wurden. Bei den ca. 60 Zahnarztpraxen (Response-Rate ca. acht Prozent), welche Absagen mitteilten, wurden die Gründe erfragt, weshalb eine Teilnahme abgelehnt wurde.

Die Gründe der Absagen wurden seitens der Autorin nicht quantitativ erfasst, sondern sollen im Folgenden kurz aufgelistet werden:

- Ein allgemeiner Zeitmangel der Praxis.
- Ein Zeitmangel, welcher insbesondere im vierten Quartal bzw. in der Vorweihnachtszeit aufträte.
- Kein Interesse an Qualitätsmanagement.
- Bisher noch kein Auseinandersetzen mit der Richtlinie.
- Allgemeines Ablehnen einer Teilnahme an Befragungen.

Weiterhin wurde am Telefon der subjektive Eindruck gewonnen, dass die Zahnarztpraxen, die Zahnärzte selbst, ebenso wie ihr angestelltes Personal, der Qualitätsmanagement-Richtlinie eher ablehnend, desinteressiert und negativ gegenüberstehen. Dieser Eindruck entstand aus den Reaktionen der Gesprächspartner, nachdem der thematische Inhalt des Interviews genannt wurde.

Es waren ursprünglich noch zwei weitere Interviews geplant, welche mit zwei in einer Praxis ansässigen Zahnärzten zeitgleich durchgeführt werden sollten. Kurzfristig teilte die Zahnarztpraxis telefonisch mit, dass die Zahnärzte selbst keine Zeit für das Durchführen des Interviews hätten. Es wurde angeboten, das Interview mit zwei Qualitätsmanagementbeauftragten durchzuführen. Am Tag des Interviews musste einer der beiden Qualitätsmanagementbeauftragten aufgrund von Zeitmangel den Termin absagen. Das Interview mit dem verbleibenden Qualitätsmanagementbeauftragten wurde am Empfang der Zahnarztpraxis begonnen, jedoch nach der dritten Frage durch den Praxisinhaber unterbrochen und abgesagt. Als Grund für die Absage wurde angegeben, dass ein Notfall dazwischengekommen sei. Ein Ausweichtermin konnte nicht vereinbart werden, da dieser erst nach weiteren zwei Monaten stattgefunden hätte. Folglich konnte dieses Teilinterview nicht in die Ergebnisse einfließen.

6.3 Hypothesenprüfung

Zu Beginn der Ausarbeitung wurden drei Hypothesen formuliert, welche im Folgenden geprüft werden sollen.

Um die erste Hypothese einschätzen zu können wurde im Rahmen der Interviews erfragt, wann mit der Umsetzung der Richtlinie begonnen wurde. Hierdurch sollte ermittelt werden, ob ein Zusammenhang zwischen dem Fortschreiten eines Qualitätsmanagements innerhalb der Zahnarztpraxis und der Akzeptanz der Inhalte der Richtlinie bestehe.

Die in den durchgeführten Interviews erzielten Ergebnisse führten bei der Autorin zu der Erkenntnis, dass die Akzeptanz der Richtlinie grundsätzlich unabhängig von dem Zeitpunkt der Einführung eines Qualitätsmanagements ist. Ein Zahnarzt hat noch nicht mit der Umsetzung der Richtlinie begonnen und äußerte sich in offener Art sehr kritisch. Drei der befragten Zahnärzte begannen hingegen bereits im Jahr 2009 mit der Umsetzung der Richtlinie und äußerten sich dennoch kritisch hinsichtlich der vorgeschriebenen Anforderungen. Die Hypothese ist folglich in der Formulierung zu verwerfen. Durch die gesetzliche Vorgabe der Umsetzung der Richtlinie sehen sich die Zahnärzte gezwungen, die grundsätzlichen Anforderungen zu erfüllen. Ansätze eines Qualitätsmanagements, die zusätzlich zu den Anforderungen der Richtlinie umgesetzt werden, sind nicht auf die Akzeptanz oder Nicht-Akzeptanz der Richtlinie zurückzuführen. Zusätzlich verwendete Ansätze eines Qualitätsmanagements lassen sich auf das Ziel einer positiven Praxisführung zurückführen, wobei alternative extrinsische Anreize hierfür vorliegen. Alternative extrinsische Anreize können sein, dass auf Patientenwünsche reagiert wird, dass eine Zertifizierung angestrebt wird, die wiederum aus einer Anforderung eines Franchise-Vertrages resultiert oder dass die Marktposition der Praxis gestärkt werden soll, was unabhängig von einer gesetzlichen Vorgabe geschieht.

Es kann abgeleitet werden, dass eine rechtliche Verpflichtung einen extrinsischen Anreiz darstellt, die Grundanforderungen erfüllen zu müssen. Dennoch ist dies für die befragten Zahnärzte nicht Anreiz genug, um weitere Vorteile eines Qualitätsmanagements ausschöpfen zu wollen. Vielmehr wird die gesetzliche Vorgabe als bürokratische Belastung und eine weitere Vorschrift angesehen, die den Arbeitsalltag eher erschwert, als erleichtert.

Die zweite Hypothese vermutete einen Zusammenhang zwischen der Einführung eines Qualitätsmanagements und der Anlehnung der Definitionen der Zahnärzte bezüglich des Begriffs ‚Qualitätsmanagement‘ in Richtung der Definition, die innerhalb der Richtlinie Verwendung findet.

Insgesamt wurde im Rahmen der durchgeführten Interviews festgestellt, dass eine recht einheitliche Vorstellung zum Qualitätsbegriff vorlag. Drei der befragten Zahnärzte gaben an, dass sie unter Qualitätsmanagement das Strukturieren von Arbeitsabläufen und Benennen von verantwortlichen Mitarbeitern verstehen. Auch bei zwei weiteren befragten Zahnärzten konnte die Systematik der Arbeitsabläufe als eigene Vorstellung zum Qualitätsmanagement erkannt werden, obgleich dies als Antwort auf andere Fragen des Leitfadens gegeben wurde. Ein Zahnarzt nennt explizit als Antwort auf die Frage nach dem persönlichen Qualitätsmanagement-Verständnis die Patientenzufriedenheit als Qualitätskriterium. Drei Zahnärzte geben an, dass sie ein Fehlermanagement mit dem Qualitätsbegriff in Verbindung bringen.

Es lässt sich feststellen, dass die Systematik der Arbeitsabläufe so, wie sie in der Qualitätsmanagement-Richtlinie benannt wurde, von den Zahnärzten nachvollzogen und auch übernommen wurde. Dennoch wurde von keinem befragten Zahnarzt angegeben, dass das Ziel des Qualitätsmanagements eine langfristige „kontinuierliche und systematische Durchführung von Maßnahmen“ ist, „mit denen eine anhaltende Qualitätsförderung und –verbesserung erreicht werden soll“ (GBA 2006a, S.2). Weiterhin wurde seitens der befragten Zahnärzte nicht die angedachte Patientenorientierung der Richtlinie in den Vordergrund gestellt, sodass eine Verbesserung der Patientenversorgung sowie der Praxisorganisation erreicht werden sollte. Lediglich ein Zahnarzt gab ausdrücklich an, dass die Patientenzufriedenheit für ihn ein zentraler Bestandteil des Qualitätsmanagements sei. Dieser Zahnarzt hat sein Qualitätsmanagement-System bereits zertifizieren lassen.

Die aufgestellte Hypothese kann dahingehend nicht abgelehnt werden, da der Zahnarzt der zertifizierten Praxis ein umfassenderes Qualitätsverständnis vorweist, als die anderen befragten Zahnärzte. Die Zahnärzte, welche im Jahr 2009 mit der Umsetzung der Richtlinie begonnen haben, lehnten sich näher an den Qualitätsbegriff an, wie er in der Richtlinie definiert ist. Zwei Zahnärzte, welche erst später bzw. erst zum Zeitpunkt der Verpflichtung der Richtlinie mit der Umsetzung begonnen haben, gaben eine von der Richtlinie abweichende Qualitätsvorstellung an, die auf einem Fehlermanagement beruht. Es bedarf weiterer Forschungsergebnisse, um die aufgeführte Hypothese bestätigen zu können.

Die letzte aufgeführte Hypothese untersuchte, ob ein positiver Zusammenhang zwischen dem Erfüllungsgrad der Richtlinie und den zusätzlich verwendeten Qualitätsindikatoren oder –zielen bestehe.

Die befragten Zahnärzte gaben an, nach medizinischen Leitlinien zu arbeiten. Drei Zahnärzte gaben an, die zahntechnischen Produkte auf ihre Qualität hin zu prüfen bzw. Quali-

tätsziele an zahntechnischem Material und seiner Verweildauer zu definieren. Weitere verwendete medizinische und auch nicht-medizinische Qualitätsindikatoren wurden oben bereits dargestellt. Ein zertifizierter Zahnarzt gab die quantitativ umfangreichste Auflistung über angewendete Qualitätsindikatoren bei seiner Arbeit. Ein befragter Zahnarzt, der ein Qualitätsmanagement zu Beginn des Jahres 2010 umgesetzt hat, verwendet lediglich Leitlinien und aktuelle Fachliteratur. Er führt weder Zufriedenheitsbefragungen durch, noch Qualitätszirkel. Diese Tendenz könnte die aufgestellte Hypothese bekräftigen. Die Hypothese wird jedoch falsifiziert, da der befragte Zahnarzt, der zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht mit der Umsetzung der Richtlinie begonnen hat, eigene Qualitätsziele festlegt. Weiterhin nannten zwei Zahnärzte, die im Jahr 2009 mit der Umsetzung der Richtlinie begonnen haben, lediglich die Qualitätsindikatoren der Orientierung an Leitlinien und an der Qualität zahntechnischer Produkte. Sie führen keine systematischen Zufriedenheitsbefragungen durch. Es kann kein Zusammenhang zwischen der Umsetzung der Richtlinie und verwendeter zusätzlicher Qualitätsindikatoren oder –zielen festgestellt werden.

Nach Prüfung der drei Hypothesen kann geschlussfolgert werden, dass der Grad der Umsetzung der Qualitätsmanagement-Richtlinie keinen oder lediglich einen geringen Einfluss auf das vorhandene Qualitätsverständnis hat. Es wurden nur Teile der Inhalte der Richtlinie in die persönlichen Definitionen von Qualitätsmanagement integriert. Daher wurde die Idee eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses des Qualitätsmanagements in den Interviews nicht erkannt. Auf den Qualitätsbegriff aufbauende Qualitätsindikatoren und –ziele wurden in einem nur geringen Maß umgesetzt, was ebenfalls unabhängig von dem Grad der Umsetzung der Richtlinie praktiziert bzw. nicht praktiziert wird. Die Richtlinie wird tendenziell, ebenfalls unabhängig von der Einführung eines Qualitätsmanagements, kritisch und eher skeptisch betrachtet, da die Richtlinie als bürokratisch aufwendig erlebt wird. Das Ziel der Richtlinie, den Zahnarztpraxen „nützlich, hilfreich und unbürokratisch“ zu begegnen, könnte aufgrund vorliegender Interviewergebnisse bei den befragten Zahnärzten als verfehlt gelten (GBA 2006a, S.2).

7 Diskussion

Die vorliegende Ausarbeitung gab einen Überblick über die Ziele und Inhalte der Qualitätsmanagement-Richtlinie, deren Umsetzung seit dem 1. Januar 2011 verpflichtend ist. Es wurden Ergebnisse anderer Studien dargestellt, die den Stand der Umsetzung und die Akzeptanz der Richtlinie thematisierten. Hierbei wurde festgestellt, dass der Forschungsstand hinsichtlich der Akzeptanz bisher in einem geringen Umfang und ausschließlich mittels quantitativer Erhebungen eingeschätzt wurde. Das Ziel dieser Arbeit war es, qualitative Interviews mit einigen Hamburger Zahnärzten zu führen und dadurch die Erfahrungen zu ermitteln, die die Zahnärzte bisher in ihrer Praxis gesammelt haben. Es wurde ebenfalls die Akzeptanz der Richtlinie bei den Zahnärzten erfragt, sowie konkret auf die inhaltliche Umsetzung und Umsetzbarkeit eingegangen.

Zu Beginn wurden drei Hypothesen aufgestellt, die einen Zusammenhang zwischen dem Qualitätsbegriff und –verständnis, sowie der Akzeptanz der Richtlinie und dem jeweiligen Stand der praktischen Umsetzung bei den Zahnarztpraxen vermuteten. Mittels Leitfadeninterviews wurden diese Hypothesen anhand von fünf Fragekomplexen bei den interviewten Zahnärzten zu falsifizieren versucht. Die Ergebnisse der Interviews sowie die Hypothesenprüfungen wurden bereits im vorangegangenen Kapitel beschrieben. Weiterhin wurde dargelegt, aus welchen Gründen ein Interviewtermin abgelehnt wurde.

Im Folgenden werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Ziele der Qualitätsmanagement-Richtlinie kritisch reflektiert. Hierfür wird ebenfalls die „Agenda Qualitätsförderung“ der Bundeszahnärztekammer vom 15.07.2004 herangezogen, um auf die Entwicklungen des Qualitätsgedankens in der Zahnmedizin einzugehen, der vor Inkrafttreten der Richtlinie formuliert wurde (Bundeszahnärztekammer 2004). Die Ergebnisse werden jedoch nicht mit denen der quantitativen Erhebungen verglichen, die zu Beginn der Ausarbeitung als bisheriger Forschungsstand dargelegt wurde, da die vorliegende Studie eine andere Zielsetzung verfolgt. Dadurch ist keine Vergleichbarkeit gegeben.

Anschließend wird im Rahmen einer Methodenkritik die hier verwendete Methode der qualitativen Leitfadeninterviews kritisch reflektiert. Es werden Empfehlungen formuliert, wie die Umsetzung eines Qualitätsmanagements in Zahnarztpraxen in weiteren Schritten empirisch untersucht werden könnte.

Ein kurzer Ausblick wird ein abschließendes Resümee darüber ziehen, wie der Qualitätsgedanke in der Zahnmedizin in Zukunft praxisnaher gestaltet werden könnte. Es wird ebenfalls eine persönliche Einschätzung der Autorin darüber formuliert, welche Heraus-

forderungen der Zahnmedizin bei der Einführung gesetzlicher Vorgaben Berücksichtigung finden müssten.

7.1 Ergebnisdiskussion

Mit dem Inkrafttreten der Qualitätsmanagement-Richtlinie der vertragszahnärztlichen Versorgung am 31. Dezember 2006 wurde das Ziel verfolgt, ein nützliches, hilfreiches und unbürokratisches Qualitätsmanagement in den Zahnarztpraxen einzuführen.

7.1.1 Reflexion der Qualitätsvorstellungen

Die Definition von Qualitätsmanagement, wie sie in der Richtlinie aufgeführt ist, wird durch die befragten Zahnärzte nicht in der Form wiedergegeben. Der langfristig ausgerichtete und auch repetitive Charakter eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, die eigene Qualität betreffend, wurde nicht in die persönliche Qualitätsdefinition integriert. Lediglich die auf die Zahnärzte konkretisierte Definition der Kontrolle von Arbeitsabläufen und Ergebnissen wurde teilweise als Qualitätsverständnis erkannt. Das Ziel, wie es in den tragenden Gründen zum Beschluss der Richtlinie aufgeführt wurde, die Leistungserbringer zu einer systematischen und umfassenden Verbesserung der eigenen Qualität zu führen, konnte daher nicht erfüllt werden. Das Qualitätsverständnis befindet sich, abgeleitet aus den Erkenntnissen der Interviews, auf einem Grundlagenniveau, wobei die Richtlinie als z.T. praxisfern angesehen wird. Es konnte nicht festgestellt werden, dass sich die persönliche Qualitätsdefinition mit dem zunehmenden Auseinandersetzen mit der Richtlinie auf das Maß erweitert, wie es in der Richtlinie anvisiert wurde. Insbesondere wurde seitens der Zahnärzte betont, dass das Qualitätsmanagement den Mitarbeitern dienen solle. Der Nutzen für den Patienten wurde hierbei zwar ebenfalls genannt, jedoch nicht als zentrales Qualitätsziel angegeben.

Die individuellen Qualitätsdefinitionen, die in den Interviews geäußert wurden, fokussierten sich zunächst auf die ‚Schwächen‘, wie sie in den einzelnen Praxen vorlagen, sodass die Vorstellungen von einem Fehlermanagement bis hin zu dem Definieren von Prozessen reichte. Dennoch konnte über den gesamten Interviewzeitraum der einzelnen Interviews eine komplexere Qualitätsvorstellung erkannt werden, die den Zahnärzten zum Teil entweder nicht bewusst war, oder in der Interviewsituation nicht abgerufen wurde.

Es werden die folgenden drei Dimensionen von Qualität in der Zahnmedizin erkannt:

- eine patientenorientierte Qualitätsdimension, bei welcher die Ergebnisqualität, also das Behandlungsergebnis im Vordergrund steht,
- die Prozessorientierung, die durch das Team um den Zahnarzt dadurch erreicht wird, dass die Abläufe strukturiert und systematisch funktionieren und
- die medizinische Qualität, die als Strukturqualität benannt wurde, und für die der Zahnarzt alleinig verantwortlich ist.

Diese drei Qualitätsausprägungen wurden mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen von den befragten Zahnärzten erkannt und in ähnlicher Form benannt.

Vor Einführung der Qualitätsmanagement-Richtlinie wurde dieses Konzept des Qualitätsmanagements in der ‚Agenda Qualitätsförderung‘ der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung verdeutlicht. In der Agenda wird nicht der Begriff „Qualitätsmanagement“, sondern „Qualitätsförderung“ verwendet, um einerseits die „zukunftsorientierte Entwicklung der Qualität in der Zahnmedizin zu unterstützen“ und andererseits die „präventionsorientierte Zahnheilkunde“ zu unterstreichen (Bundeszahnärztekammer 2004, S.2). Es kann vermutet werden, dass sich die Qualitätsvorstellung der interviewten Zahnärzte aus der Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ergibt, wie sie durch die Bundeszahnärztekammer und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen kommuniziert werden. Eine begriffliche Differenzierung ergibt sich in dieser Form nicht aus der Qualitätsmanagement-Richtlinie, die demgegenüber die Begriffsunterscheidung „Organisation, Arbeitsabläufe und Ergebnisse“ verwendet (GBA 2006a, S.2).

7.1.2 Reflexion des bürokratischen Charakters

Das Ziel der Qualitätsmanagement-Richtlinie, dass die Regelungen für die Beteiligten nicht hinderlich, sondern vielmehr förderlich sein sollen, wurde im Rahmen der Interviews als nicht erfüllt angesehen. Die Grundelemente und verwendeten Instrumente sind von den Zahnärzten zu dokumentieren, sodass eine Überprüfung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ermöglicht wird. Die in den Interviews vermittelte Einstellung, dass die Richtlinie als bürokratisch aufwändig eingeschätzt wird, wurde bereits am 3. November 2006 durch die Bundeszahnärztekammer erwartet. Diese sah die Richtlinie als „überflüssig“ an, da freiwillige Fortbildungsmaßnahmen für die Zahnärzte bereits zu dem Zeitpunkt angeboten wurden (GBA 2006b, S.2). Es wurde dazu aufgefordert, bei der Umsetzung der Richtlinie für die Praxen die Kosten und die Bürokratie so gering wie möglich zu halten. Da die Richtlinie in den Interviews jedoch als bürokratisch eingeschätzt wurde, könnte empfohlen werden, Arbeitserleichterungen für die praktische Arbeit der Zahnärzte

zu erarbeiten. Die Autorin vermutet ein unklares Herausstellen der Qualitätsmanagement-Richtlinie, dass die aufgeführten Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements nur exemplarisch in der Praxis umzusetzen sind. Dieser Hinweis ist den tragenden Gründen zum Beschluss der Richtlinie, nicht jedoch der Richtlinie selbst, zu entnehmen. Eine einheitliche Unterstützung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Bundesländer könnte an dieser Stelle die Umsetzung des Qualitätsmanagements für die Zahnärzte konkretisieren. Dadurch könnte weiterhin das Ziel erreicht werden, sich an die personellen, strukturellen und damit individuellen Anforderungen der unterschiedlichen Praxen in den Vorgaben anzupassen.

Ein weiterer Grund für die in den Interviews geäußerte und subjektive Wahrnehmung eines bürokratischen Aufwands könnte darin gesehen werden, dass der verpflichtende Charakter der Richtlinie als negativ aufgefasst wird. Die Autorin lernte die Zahnärzte in den Interviews als sehr individuelle Persönlichkeiten kennen, die eine klare Vorstellung eines optimalen Praxisablaufes haben. Eine gesetzliche Verpflichtung wird als eine weitere überflüssige Vorgabe unter vielen angesehen. Dadurch werden die Inhalte der Qualitätsmanagement-Richtlinie mit ihren langfristig positiven Auswirkungen auf den Praxisablauf, die durch die Umsetzung der Richtlinie entfaltet werden sollten, nicht umgesetzt. Auch im Rahmen der Agenda Qualitätsförderung wurde vermutet, dass direkte Einflussnahmen des Gesetzgebers in Form von Vorgaben und Kontrollen nicht zielführend für eine inhaltlich akzeptierte und zielführende Umsetzung ist (Bundeszahnärztekammer 2004, S.8).

7.1.3 Reflexion der Qualitätsinstrumente und -indikatoren

Die in der Qualitätsmanagement-Richtlinie aufgeführten Qualitätsinstrumente werden zu einem großen Teil von den interviewten Zahnärzten verwendet. Es wurde bereits oben erwähnt, dass die aufgeführten Instrumente lediglich exemplarisch umzusetzen sind. Ob den Zahnärzten nicht bekannt ist, dass die Instrumente lediglich exemplarische Vorschläge für eine Anwendung sind oder ob die Instrumente als derart praxisnah und praktikabel angesehen werden, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

Zu Beginn der vorliegenden Ausarbeitung wurden die Bedeutung und die Notwendigkeit des Definierens von Qualitätsindikatoren erläutert. Es wurde im Rahmen der Interviews deutlich, dass die befragten Zahnärzte keine raschen und systematisierten Antworten auf die Frage nach Indikatoren geben konnten. Möglicherweise konnten in der Interviewsituation nicht alle Indikatoren abgerufen werden, die in der Praxis bereits angewendet werden. Zum Teil wurden eher allgemeine Indikatoren, wie die Anwendung von Leitlinien oder das Besuchen von Fortbildungen genannt. Zu einem anderen Teil wurden jedoch konkre-

tere physiologische oder zahntechnische Indikatoren erwähnt, die durch den Zahnarzt zur Qualitätskontrolle herangezogen werden.

Auf Basis evidenzbasierter (Zahn-)Medizin werden Pilotleitlinien entwickelt, die aktuelles Wissen neuer Forschungsergebnisse aggregieren und systematisiert abbilden. Die Bundeszahnärztekammer, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde koordinieren gemeinsam die große Anzahl an Leitlinien, die sich zum Teil widersprechen (Bundeszahnärztekammer 2004, S.7). Bei der Anwendung der Leitlinien müssen jedoch zwei weitere Komponenten einbezogen werden, um eine Leitlinie adäquat erfüllen zu können. Zum Einen hat der behandelnde Zahnarzt anhand seines klinischen Erfahrungshorizontes die Behandlungsempfehlungen der Leitlinie auf die praktische Anwendbarkeit im individuellen Behandlungsfall einzuschätzen. Zum Anderen muss diese Entscheidung individuell auf die Patienten angepasst und im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung⁵ mit dem Patienten abgestimmt werden. Die Zahnärzte geben an, dass eine Orientierung an Leitlinien als ein Qualitätskriterium erkannt werde, auf Basis derer eine Einschätzung des Qualitätsniveaus auf wissenschaftlichen Forschungserkenntnissen stattfinden könne.

Die Agenda Qualitätsförderung betont ebenfalls die Notwendigkeit, klinische Indikatoren für die zahnmedizinische Behandlung weiterzuentwickeln und systematisiert festzulegen (Bundeszahnärztekammer 2004, S.7). Die in der Agenda genannten Indikatoren anatomischer, histologischer und physiologischer Art wurden zum Teil in den Interviews genannt. Weitere Indikatoren im Bereich der Zahnerhaltungskunde, der zahnärztlichen Chirurgie, der Prothetik oder der Kieferorthopädie genügen dem Anspruch valider und reliabler Beurteilungskriterien für die Einschätzung eines Qualitätsniveaus nur teilweise (Bundeszahnärztekammer 2004, S.7).

Wie zu Beginn der Arbeit bereits angedeutet wurde, herrscht auf dem Gebiet des Definierens von Qualitätsindikatoren nach wie vor ein hoher Forschungsbedarf. Bedingt durch die Tatsache, dass es an einer systematisierten Übersicht geeigneter Qualitätsindikatoren für verschiedene Bereiche in der Zahnmedizin mangelt, konnten keine ausführlicheren Ergebnisse im Rahmen der Interviews erwartet werden. Die Bundeszahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung empfehlen, das Handbuch „Qualitätsleitlinien in der Zahnmedizin“⁶ der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft aus dem Jahr 2000 heranzuziehen, um eine Basis klinischer Qualitätseinschätzungen zu erhalten.

⁵ „shared decision making“

⁶ Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO, ISBN: 978-3-9521498-1-2

Die Autorin ist der Auffassung, dass die ‚qualitative Einschätzung von Qualität‘ nicht unterschätzt werden sollte. Bedingt durch die Tatsache, dass es trotz evidenzbasierter (Zahn-)Medizin und der Anwendung von Leitlinien schwierig ist, ein standardisiertes ‚Produkt‘ zu generieren, sollten ebenfalls nicht-messbare Qualitätsindikatoren hinzugezogen werden. Diese Notwendigkeit wird bereits bei der praktischen und individuellen Umsetzung der Leitlinien deutlich, die kein standardisiertes Produkt generieren können. Nach Auffassung der Autorin sind die Patienten-Compliance und eine verstärkte Eigenverantwortung des Patienten, das Empowerment, als Qualitätsindikatoren für die zahnmedizinische Leistungserbringung hinzuzuziehen. Insbesondere vor dem Hintergrund des Qualitätsgedankens, bei welchem der Patient im Mittelpunkt der zahnmedizinischen Bemühungen steht, sollten diese Faktoren in die Einschätzung des eigenen Qualitätsniveaus einbezogen werden. Vor dem Gedanken der Qualitäts- und Gesundheitsförderung in der Zahnmedizin sind diese Faktoren von besonderer Bedeutung, da eine gute Aufklärung den Patienten zu einer optimalen Unterstützung des zahnmedizinischen Behandlungsprozesses befähigt. Eine erste Möglichkeit im Sinne eines Qualitätsmanagements könnte darin gesehen werden, die Patientenzufriedenheit systematisch zu erheben und dadurch die subjektive Praxiswahrnehmung in quantitativer Art abzubilden. Jedoch sollte die Patientenzufriedenheit, die durch persönliche Gespräche ermittelt wird, nicht unterschätzt oder gar außen vor gelassen werden.

7.1.4 Weiterführende Reflexionen

Ein Zahnarzt kritisierte die Qualitätsmanagement-Richtlinie scharf, da nicht versucht würde, dem Dilemma entgegenzutreten, dass ein Zahnarzt verschiedene Rollenanforderungen zu erfüllen habe. In erster Linie habe sich ein Zahnarzt auf die medizinische Indikation zu berufen, da er als oberstem Gebot die Mundgesundheit des Patienten sicherstellen muss. In zweiter Linie verstehe er sich selbst jedoch als ‚Verkäufer‘, der zu unterschiedlichen Preisen eine Behandlung in unterschiedlicher Qualität durchführen kann. Hierbei sind zusätzlich Aspekte der Ästhetik zu berücksichtigen, die ebenfalls eng mit einem monetären Aspekt verknüpft sind.

Folglich sind mindestens zwei sich zum Teil widersprechende Rollenverständnisse vorhanden, die in der Qualitätsmanagement-Richtlinie nicht thematisiert werden. Dieser Rollenkonflikt hängt aus seiner Auffassung stark mit dem Qualitätsbegriff zusammen. Als Zahnarzt sieht er sich verpflichtet, dem Patienten die bestmögliche und qualitativ hochwertigste Behandlung anzubieten. Die Behandlungswahl seitens des Patienten ist wiederum an Kostenaspekte gebunden.

Es muss geschlussfolgert werden, dass die Qualitätsmanagement-Richtlinie den Kostenaspekt in Bezug auf eine qualitativ hochwertige Behandlung im Sinne des Patienten reflektieren und thematisieren muss.

Die Autorin leitet aus den erläuterten Reflexionen bezüglich der durchgeführten Interviews folgende eigene Qualitätsdefinition ab, die sich ihrer Ansicht nach für weitere Diskussionen in der zahnmedizinischen Qualitätsentwicklung eignet:

Qualität ist die Erreichung einer bestimmten Eigenschaft mit bestimmten Mitteln.

Anmerkung 1: Die zu erzielende Eigenschaft wird durch eine zahnmedizinische Behandlung erreicht, die mittels einer partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Zahnarzt und Patienten festgelegt wird.

Anmerkung 2: Als ‚Mittel‘ können die vorhandene technische Ausstattung, das individuelle Wissen des Zahnarztes oder die Kaufkraft des Patienten verstanden werden.

7.2 Methodendiskussion

Die vorliegende Studie verwendete zur Untersuchung der Hypothesen ein leitfadengestütztes Experteninterview. Diese Methode der qualitativen Sozialforschung wurde bewusst gewählt, da subjektive Einschätzungen von Zahnärzten in Bezug auf die Qualitätsmanagement-Richtlinie ermittelt werden sollten.

Die Rekrutierung von Interviewpartnern stellte sich im Verlauf der Umsetzung als schwierig heraus. Mittels telefonischer Anfragen wurde um Interviewtermine gebeten. Bei einem telefonischen Erstkontakt wurde bereits das Interviewthema genannt und auf Anonymität hingewiesen. Dennoch konnte lediglich eine Response-Rate von ca. acht Prozent erzielt werden. Mehr als 60 kontaktierte Zahnärzte lehnten aus unterschiedlichen Gründen einen Interviewtermin ab. Problematisch bei dieser Umsetzung war die Tatsache, dass in der Regel ein Zahnarztthelfer den telefonischen Erstkontakt beantwortete und häufig jegliche Art von Befragungen oder Interviews ablehnte. Nach dem Einräumen der Autorin, dass es sich um eine studentische Abschlussarbeit handele, erklärten sich zwölf Zahnarztthelfer dazu bereit, einen Zahnarzt persönlich zu fragen bzw. das Telefonat an diesen weiterzuleiten. Für weitergehende Forschungsvorhaben in diesem Feld sollte versucht werden, mittels Fax, E-Mail oder Briefen um einen Interviewtermin zu beten. Hierbei könnte einige Zeit nach Eintreffen des Faxes, der E-Mail oder des Briefes ein telefonischer Anruf folgen, der an das Schreiben erinnert und in dem um einen konkreten Termin gebeten wird. Sollte die Auswahl der Rekrutierung von Interviewpartnern auf einen telefonischen Erstkontakt fallen, ist eine größere Anzahl an potentiellen Interviewpartnern zu recherchieren.

Es wurde ein Experteninterview gewählt, um aus der jeweiligen Subjektivität im Rahmen der Interviews, die sich aus der zu Grunde liegenden Professionalisierung ableitet, die erzielten Ergebnisse anschließend auf einen Teil der Berufsgruppe der Zahnärzte übertragen zu können (vgl. Flick 2007, S.168 f.). Mayer versteht hierunter das Ziel einer inhaltlichen Repräsentativität der Interviewform, durch welche eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu erzielen sei (vgl. Mayer 2009, S.38). Dieses Ziel der Generalisierbarkeit auf die gesamte Berufsgruppe der Zahnärzte konnte jedoch nicht vollumfänglich erreicht werden. Einerseits konnte kein mehrstufiges Sampling durchgeführt werden, wie es geplant war. Andererseits wurden im Rahmen der Interviews zum Teil sehr individuelle Einschätzungen und Antworten gegeben. Dadurch kann davon ausgegangen werden, dass diese möglicherweise die Meinung eines Ausschnitts der Berufsgruppe wiedergeben. Die mit fünf Interviews geringe Anzahl an durchgeführten Befragungen kann jedoch nicht garantieren, dass das gesamte Spektrum der individuellen Einschätzungen anderer Zahnärzte abgebildet wird.

Die in der qualitativen Forschung angestrebte „maximale Offenheit“, die notwendig ist, um subjektive Einstellungen zu einem interessierenden Forschungsgegenstand zu erfassen, wurde durch die leitfadengestützte Interviewform erzielt (Helfferich 2005, S.159). Der Leitfaden stellte sich als eine geeignete Wahl der Interviewmethode heraus, da die Befragten in der Regel unter Zeitdruck standen und die vorgegebene Strukturierung einen schnellen Ablauf des Interviews sicherstellen konnte (vgl. Flick 2006, S.215).

Es wurde ein Pretest durchgeführt, nach welchem eine Frage umformuliert und die Reihenfolge zweier Fragen geändert wurde. Da dies lediglich geringen inhaltlichen Änderungen entspricht, die erzielten Antworten sehr umfassende waren und eine sehr geringe Anzahl an Interviewpartnern erzielt wurde, wurde der Pretest in die Ergebnisse einbezogen.

In den Interviews wurde festgestellt, dass eine Aufnahme der Interviews mittels Tonband eine zum Teil abschreckende Auswirkung auf die Interviewpartner hatte. Auch die Einwilligungserklärung, die vor Beginn des Interviews unterschrieben werden sollte, sorgte zum Teil für Irritationen. Es könnte unterstützend wirken, ein Informationsschreiben an die Interviewpartner auszuhändigen, welches die gesamten Kontaktdaten der interviewenden Person, die Inhalte des Interviews und Hinweise auf den Umgang mit personenbezogenen Daten und der Sicherstellung der Anonymität enthält.

Die in der vorliegenden Ausarbeitung gewählte Auswertungsform, die qualitative Inhaltsanalyse, nach Mayring, erwies sich als sehr praktikabel. Nach einer Transkription der Interviews schloss sich ein logisches und zeitlich angemessen durchführbares Auswerten der Textteile an. Auf eine weitere Zusammenfassung konnte aufgrund des geringen Datenumfanges verzichtet werden, ohne die Ergebnisse zu verzerren. (Mayring 2008)

8 Ausblick

Aus den erzielten Ergebnissen kann abgeleitet werden, dass die Diskussionen über ein Qualitätsmanagement in der Zahnmedizin sind in naher Zukunft noch nicht abgeschlossen sein werden.

Zu stark divergieren die postulierten Ziele des Gesetzgebers von den Zielen, die in der Praxis umgesetzt werden. Es bedarf dringend einer weiterführenden Diskussion über zentral verwendete Begriffe, wie ‚Qualität‘, ‚Qualitätsmanagement‘ und insbesondere ‚Qualitätsindikatoren‘. Eine an ein technisches Managementsystem angelehnte Definition darf in der Medizin nicht als non plus ultra bestehen bleiben. Dringend ist ein Austausch der beteiligten Akteure zu empfehlen, um die Definitionen zu erweitern und zugleich auf die zahnmedizinischen Anforderungen und Entwicklungen zu spezifizieren.

Die Qualitätsmanagement-Richtlinie könnte als erster Meilenstein anerkannt werden, den Qualitätsgedanken in der Zahnmedizin alltäglich und selbstverständlich zu machen. Sie bezieht jedoch keine Anforderungen oder Hilfestellungen an ein ‚ethisches Qualitätshandeln‘ im Sinne des Patienten ein. Sie gibt ebenfalls keine Empfehlungen darüber, in welcher Form die praktizierenden Zahnärzte ihre eigene ‚Qualität‘ prüfen können. Gemeinsam mit den Zahnärzten und unter Zuhilfenahme internationaler Erfahrungswerte müssen Qualitätsindikatoren definiert werden, die für den Umgang mit Patienten ebenso vorhanden sein sollen, wie für den Behandlungsablauf und das Behandlungsergebnis.

Ebenfalls muss dem Dilemma „medizinisch notwendig“ und „ärztlich empfehlenswert“ adäquat begegnet werden. Die Entscheidung über eine angemessene Behandlung richtet sich nicht mehr nach dem, was aus ästhetischen oder ethischen Gründen durch den Zahnarzt empfohlen wird, sondern orientiert sich an dem medizinisch Notwendigen, was ökonomisch vertretbar ist.

Erst wenn die grundlegenden Anforderungen, Begriffe und Zielen von allen Beteiligten festgelegt wurden, kann ein Qualitätsmanagement vor dem Hintergrund angemessener ethischer und ökonomischer Entscheidungen in der Form umgesetzt werden, wie es die weiteren Meilensteine verlangen.

Literaturverzeichnis

- Bundeszahnärztekammer, 2004. Agenda Qualitätsförderung. Available at: <http://www.kzbv.de/edv/agenda.pdf> [Zugegriffen Januar 9, 2011].
- DIN, 2009. *Qualitätsmanagement: QM-Systeme und -Verfahren* 6. Aufl., Beuth.
- Ethikkommission der Charité, 2010. Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung. Available at: http://www.charite.de/ethikkommission/checkliste_0.html [Zugegriffen Januar 9, 2011].
- Fischer, P.D.B., 2008. Praxisstudie zur Akzeptanz des Qualitätsmanagements. *Zahnarzt Wirtschaft Praxis*, 12/2008, S.16-18.
- Flick, U., 2006. *Qualitative Evaluationsforschung: Konzepte - Methoden - Umsetzung: Konzepte - Methoden - Umsetzungen*, Reinbek bei Hamburg: rororo.
- Flick, U., 2007. *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* 3. Aufl., Reinbek bei Hamburg: rororo.
- GBA, 2006a. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung). Available at: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-17/RL_QM-Zahn-2006-11-17.pdf [Zugegriffen Januar 9, 2011].
- GBA, 2006b. Tragende Gründe zum Beschluss über eine Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung. Available at: http://www.g-ba.de/downloads/40-268-140/2006-11-17-QM_Zahn_TrG.pdf [Zugegriffen Januar 9, 2011].
- Helfferrich, C., 2005. *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* 2. Aufl., Wiesbaden: Vs Verlag.
- Hellmann, W. & Eble, S., 2009. *Gesundheitsnetzwerke initiieren: Kooperationen erfolgreich planen* 1. Aufl., MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsges.

- Kahla-Witzsch, H.A., 2009. *Praxiswissen Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Hilfen zur Vorbereitung und Umsetzung* 2. Aufl., Kohlhammer.
- Kamiske, G.F. & Brauer, J., 2005. *Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements* 5. Aufl., Hanser Wirtschaft.
- Lamnek, S., 2005. *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch* 4. Aufl., Basel: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Lauterbach, K.W. & Schrappe, M., 2004. *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung* 2. Aufl., Stuttgart: Schattauer, F.K. Verlag.
- Mayer, H.O., 2009. *Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung* 5. Aufl., Oldenbourg.
- Mayring, P., 2002. *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* 5. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz.
- Mayring, P., 2008. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* 10. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz.
- Nohl, A., 2008. *Interview und dokumentarische Methode: Anleitungen für die Forschungspraxis* 2. Aufl., Wiesbaden: Vs Verlag.
- Obermann, P.D.D.K., 2010. *Qualitätsmanagement und Patientensicherheit in der ärztlichen Praxis 2010. Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Eine Studie der Stiftung Gesundheit durchgeführt von der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse. Available at: http://www.stiftung-gesundheit.de/PDF/studien/Studie_QM_2010.pdf [Zugegriffen Januar 9, 2011].*
- Schirmer, D., 2009. *Empirische Methoden der Sozialforschung: Grundlagen und Techniken* 1. Aufl., Stuttgart: UTB.

SGB, 2010. *Sozialgesetzbuch: Bücher I-XII. Allg. Teil, Grundsicherung, Arbeitsförderung, Gem. Vorschriften, Kranken-, Renten-, Unfallvers., Kinder-/Jugendhilfe, ... PflegeVers., Sozialhilfe* 39. Aufl., Deutscher Taschenbuch Verlag.

Versorgungsleitlinien.de, 2009. Qualitätsindikator — Versorgungsleitlinien.de. *Qualitätsindikator* - *Versorgungsleitlinien.de*. Available at: <http://www.versorgungsleitlinien.de/glossar/glossar/indikator> [Zugegriffen Januar 9, 2011].

Wegmann, C. & Winklbauer, H., 2006. *Projektmanagement für Unternehmensberatungen: Mit Beispielen aus dem Inhouse Consulting von Deutsche Post World Net* 1. Aufl., Gabler.

Anhang A: Qualitätsmanagement-Richtlinie

Anhang B: Tragende Gründe zum Beschluss der Richtlinie

Anhang C: Interview-Leitfaden

1. Inwiefern ist Ihnen die Qualitätsmanagement Richtlinie bereits vertraut?

2. Persönliche Vorstellung zum „Qualitätsmanagement“

2.1. Was verstehen Sie persönlich unter „Qualitätsmanagement“?

2.2. Was sind Ihre persönlichen Einschätzungen darüber, was ein QM für Ihre Praxis leisten können muss?

2.3. Woran erkennen Sie Qualität?

3. Soll-Ist Vergleich zwischen eigenen Vorstellungen und Richtlinie

3.1. Welche Ihrer persönlichen Erwartungen an ein QM werden durch die Vorgaben der Richtlinie befriedigt und welche nicht?

3.2. Die Richtlinie nennt die grundlegenden Anforderungen an ein QM und nennt Methoden und Instrumente für eine praxisnahe Umsetzung. Wie schätzen Sie den Konkretisierungsgrad der Richtlinie ein, diese Anforderungen im Praxisalltag erfüllen zu können?

4. Instrumente/Q Ziele/Q Indikatoren

4.1. Welche der in der Richtlinie genannten Instrumente (§ 4 Abs. 2) finden in Ihrer Praxis Verwendung?

- Checklisten f. organisatorische Abläufe
- Praxishandbuch
- Fehlermanagement
- Notfallmanagement
- Fachliche Fortbildungen
- Schnittstellenorganisation zahntechnische/zahnärztliche Leistungen
- Weiterbildungsmaßnahmen Team
- Teambesprechungen
- Patienteninformation, -aufklärung, -beratung
- Förderung Patientenmitwirkung, -selbsthilfe
- Öffnungszeiten, Erreichbarkeit, Terminvergabe
- Beschwerdemanagement
- Kooperationen mit Partnern des Gesundheitswesens

4.2. Wie schätzen Sie die praktische Umsetzbarkeit der Instrumente der Richtlinie (§ 4 Abs. 2) ein?

4.3. Verwenden Sie andere Instrumente, um Ihr Qualitätsmanagement auf die Wirksamkeit hin zu überprüfen, die nicht in der Richtlinie genannt sind? Wenn ja, welche?

Medizinische

- Leitlinien

Nicht-Medizinische

- Patientenzufriedenheit
- Mitarbeiterzufriedenheit
- Q-Zirkel
- Q-Ziele

5. Beurteilung der eigenen Qualität

5.1. Wie beurteilen Sie Ihre eigene Qualität?

6. Rahmendaten

Männlich / Weiblich

Alter: 31 – 40 41-50 51-68

Anzahl Mitarbeiter: _____

Beginn des Einführens des QM: _____

Externer QM-Berater: ja nein

Verwendung der QM-Vorlagen der Zahnärztekammer Hamburg:

Ja nein

Zertifiziert: ja nein

Stadtteil: _____

Anhang D: Ergebnismatrix durchgeführter Interviews

Auswertung nach Mayring bis zur 1. Reduktion

Interviewnr.	Themenkomplex	Paraphrasen	Generalisierung	1. Reduktion (Kategorien)
1	1	seit 2 Jahren gut vertraut, Beschäftigung mit Thema	mit Thema vertraut	mit Thema vertraut K 1.1.1 Inanspruchnahme externer Unterstützung (Hamburger ZÄK, Berater)
		ZÄK	externe Unterstützung (Hamburger ZÄK)	
		Franchisevertrag, QM und Zertifizierung Pflicht für eine Aufnahme ins System	Zertifizierung wg. speziellen vertraglichen Bedingungen	
		Teamsitzungen, Coachings durch Berater	externe Unterstützung (QM-Berater)	
		QMB in Praxis	QMB benannt	
		Zertifizierung seit 2009	Zertifizierung wg. speziellen vertraglichen Bedingungen	
		ISO wg. Franchise, Entscheidung für QM NICHT wg. Richtlinie	Zertifizierung wg. speziellen vertraglichen Bedingungen	
		QM als Marketinginstrument	Marketinginstrument	
		regelmäßiger Ablauf von Leistungen	strukturierte Arbeitsabläufe	
		2.1	2.1	
Wissen aller MA, welche Schritte durchgeführt werden müssen	strukturierte Arbeitsabläufe			
Handbuch dient zum Nachsehen des Standards	Handbuch als Dokumentation über Arbeitsabläufe			
gleiches Niveau für alle	Standardisierung			
Fehler beheben/beseitigen können	Fehlermanagement			
Motivierung für MA, wenn bekannt ist, welcher Schritt gemacht werden muss	Motivierung für MA			
Sicherheit für das Personal	Sicherheit für MA			
kommt Patienten zu Gute	Positiv für Patienten			
bewusste Wahrnehmung des QM	bewusste Wahrnehmung des QM			
Patientenzufriedenheit	Patientenzufriedenheit			
2.2	2.2	Einverständnisbogen	Positiv für Patienten	
Abläufe müssen stimmen	strukturierte Arbeitsabläufe	K 2.2.1 Strukturieren und Klären der Arbeitsabläufe und Verantwortlichkeiten; zeitliche und qualitativ verbesserte Prozess- und Ergebnisqualität aus Patientensicht		
konkrete Verantwortungsbereiche	definierte Verantwortungen			
alles nachweisbar	Nachweisbarkeit			
schnellere und bessere Behandlung	Behandlungsoptimierung			
gute Behandlung für Patienten	Positiv für Patienten			
2.3	2.3		Orientierung für MA und ZA, was gut und was schlecht läuft	Ergebniskontrolle
schwierig in Zahnmedizin	schwierig in Zahnmedizin		K 2.3.1 Qualität definiert vom Zahnarzt hinsichtlich Patientenzufriedenheit/ Schmerzfreiheit/ zahnmedizinischem Ergebnis, Dauer des Erhalts von Zahnersatz	
Zahntechnikqualität wird erkannt	leicht bei zahntechnischen Produkten			
Praxisablauf funktioniert so, dass ZA weiß, was das Team macht	strukturierte Arbeitsabläufe			
Blindes Vertrauen auf die MA	Standardisierung, Sicherheit			
am Ende des Tages sagen können, dass alles geklappt hat	strukturierte Arbeitsabläufe, Sicherheit			
Schmerzfreiheit des Patienten	Schmerzfreiheit			
Qualität über Patient definiert	Ergebnisqualität am Patienten beurteilt			
Aber Patient kann Qualität nicht selbst beurteilen	Qualität definiert durch Zahnarzt			
Langzeitwirkung, wie lange Zähne in Ordnung bleiben	Dauer des Erhaltes von Zahnersatz/ zahntechnischen Produkten			
3.1	3.1	Ausarbeiten der Anforderungen der Richtlinie sehr viel Arbeit unter Berücksichtigung des Nutzens		Hoher Aufwand
bisschen übertrieben	Übertrieben			
so viel Aufwand, dass gleich Zertifizierung durchgeführt wurde	Hoher Aufwand, kurzer Weg zur Zertifizierung			
neutrale Stelle kann kontrollieren	Kontrolle durch neutrale Instanz			
Wenn es vorgeschrieben ist, soll man auch die Vorteile daraus ziehen	Verpflichtend, daher Vorteile daraus ziehen			
Arbeits- und Zeiterleichterung für neue Mitarbeiter	Arbeitserleichterung			
Hygiene ist sehr wichtig, hier dürfen keine Fehler passieren	strukturierte Arbeitsabläufe, Sicherheit			
Wieder eine Richtlinie	bürokratische Belastung			
Nicht unbedingt notwendig in der Richtlinie sind Arbeitsanweisungen und Checklisten, weil bestimmte Dinge bereits vorher geklärt waren	Dokumentation von Selbstverständlichem			
3.2	3.2	Richtlinie nicht konkret	Richtlinie nicht konkret	K 3.2.1 Richtlinie nicht konkret
fördert Corporate Identity	Motivierung für MA			
Selbstverständlichkeiten werden dokumentiert, die ggf. verbessert werden könnten	Dokumentation von Selbstverständlichem			

	4.1	Checkliste		
	4.2	lange Einarbeitung, die Instrumente praktisch umsetzen zu können	Hoher Aufwand	K 4.2.1 Hohe zeitliche/ bürokratische Belastung, Dokumentation von Selbstverständlichem
		langwierig	Hoher Aufwand	
		Interne Audits durch QMB	Kontrolle durch internen QMB	
	4.3	Leitlinien	Leitlinien	K 4.3.1 Fachliteratur, Parodontose, PSI, betriebswirtschaftliche Zahlen, radiologische Kontrollen
		Fachliteratur	Literatur	
		Dauer, die eine Füllung hält	Dauer des Erhaltes von Zahnersatz/ zahntechnischen Produkten	
		Schmerzfreiheit des Patienten	Schmerzfreiheit	
		Parodontose	Parodontose	
		Blutungsindiz (PSI)	PSI	
		Umsatzzahlen	betriebswirtschaftliche Zahlen	
		Überprüfung der Röntgenzahlen	Kontrolle durch Radiologie	
		Ziele zu Beginn des Jahres	Ergebniskontrolle	
		Betriebswirtschaftliche Auswertungen	betriebswirtschaftliche Zahlen	
		Woran liegt die Nicht-Zielerreichung	Zielkontrolle	
	5	Erfahrung	Erfahrung	K 5.1.1 "ganz gut", definiert anhand ausgeprägter Erfahrung und Fortbildungen
		Geschicklichkeit	Geschicklichkeit	
		kann man lernen	Erfahrung	
		Fortbildungen	Fortbildungen	
		Stärken und Schwächen bewusst	Erfahrung	
		Stärken fördern	Erfahrung	
		Schwächen unterlassen/überweisen	Erfahrung	
		insgesamt "ganz gut"	"ganz gut"	
Interviewnr.	Themenkomplex	Paraphrasen	Generalisierung	1. Reduktion (Kategorien)
2	1.1	geschult durch ZÄK	externe Unterstützung (Hamburger ZÄK)	K 1.1.2 Inanspruchnahme externer Unterstützung (Hamburger ZÄK, Berater)
		Infomaterial der ZÄK	externe Unterstützung (Hamburger ZÄK)	
		Handbuch, Leitfaden der ZÄK	externe Unterstützung (Hamburger ZÄK)	
		Grundstein gelegt	"Grundstein gelegt"	Grundstein gelegt, seit 2009
		seit 2009	seit 2009	
	2.1	Erreichen einer Qualitätserhöhung	Qualitätserhöhung	K 2.1.2 Qualitätserhöhung, strukturierte Arbeitsabläufe, Dokumentation von Selbstverständlichem, bürokratische Belastung
		Optimierte Abläufe für Patienten	strukturierte Arbeitsabläufe	
		Selbstverständlichkeiten werden bewusst	Dokumentation von Selbstverständlichem	
		Bürokratisch aufwendig	bürokratische Belastung	
		es ist nur der Ablauf betroffen	strukturierte Arbeitsabläufe	
	2.2	Aufgaben, die man abarbeiten musste	bürokratische Belastung	K 2.2.2 QM muss Struktur in die Arbeitsabläufe der Praxis bringen, insbesondere für die MA; Einschätzung sehr bürokratisch
		Definierte Abläufe	strukturierte Arbeitsabläufe	
		MA nach Abläufen orientiert	strukturierte Arbeitsabläufe	
		sehr bürokratisch	bürokratische Belastung	
	2.3	Eigener Anspruch im Vordergrund	Qualität definiert durch Zahnarzt	K 2.3.2 Qualität definiert vom Zahnarzt durch Fortbildungen
		Fortbildungen	Fortbildungen	
		Literatur	Literatur	
	3.1	eigentlich keine Erwartungen	keine Erwartungen	K 3.1.2 keine Erwartungen an Richtlinie gehabt; Einschätzung: übertriebene Anforderungen, Anforderungen sind teilw. Selbstverständlichkeiten
		Abläufe und MA-orientierung ok	strukturierte Arbeitsabläufe	
		Übertrieben (Hygiene Richtlinie)	Übertriebene Anforderungen, Selbstverständlichkeiten	
	3.2	Gutes QM-Buch der ZÄK, die die Richtlinie praxisrelevant ausfüllt	externe Unterstützung (Hamburger ZÄK)	K 3.2.2 Richtlinie nicht konkret, Konkretisierung durch ZÄK erfahren
		dadurch praktikabel		
		gute Unterstützung	externe Unterstützung (Hamburger ZÄK)	
		Richtlinie allein auch ok	Richtlinie in Ordnung	
	4.1	Checkliste		
	4.2	Unproblematisch, nur wegen ZÄK	Unproblematisch nur durch Vorgaben und Unterstützung durch ZÄK	K 4.2.2 Konkretisierung der Richtlinie durch ZÄK
		Praxisbegehungen durch ZÄK, sodass Abläufe optimiert werden können	Unterstützung durch ZÄK, Ergebniskontrolle	
		externer Berater zu Beginn	externe Unterstützung (QM-Berater)	
		1-2 Stunden Zeitaufwand pro Woche	1-2 Stunden Zeitaufwand pro Woche	
	4.3	Leitlinien	Leitlinien	K 4.3.2 Leitlinien, kein systematisches Erheben der Patientenzufriedenheit, Ermitteln der Patientenzufriedenheit durch persönliche Gespräche, Dauer des Erhaltes zahntechnischer/-medizinischer Leistungen
		keine Zufriedenheitsbefragungen	keine Patientenzufriedenheit systematisch erhoben	
		Patientenzufriedenheit ist Indikator	Patientenzufriedenheit	
		Reklamationen zahntechnischer Produkte	Dauer des Erhaltes von Zahnersatz/ zahntechnischen Produkten	
	5.1	ziemlich hohen Anspruch an sich selbst	Qualität definiert durch Zahnarzt	K 5.1.2 hoher vom Zahnarzt definierter Qualitätsanspruch
		fordert von sich und MA sehr viel	Qualität definiert durch Zahnarzt	
		QM ist gute Handhabe für MA	strukturierte Arbeitsabläufe	

Interviewnr.	Themenkomplex	Paraphrasen	Generalisierung	1. Reduktion (Kategorien)
3	1.1	gut	"gut"	"gut" mit Thema vertraut
		geschult von ZÄK	externe Unterstützung (Hamburger ZÄK)	K 1.1.3 Inanspruchnahme externer Unterstützung (Hamburger ZÄK)
		CD mit Vorlagen von ZÄK	externe Unterstützung (Hamburger ZÄK)	
		sehr gut strukturiert	strukturierte Arbeitsabläufe	
		Leitfaden formuliert	Leitfaden	
		Beginn vor zwei Jahren	seit 2009	
2.1	2.1	Abläufe der angestellten MA werden optimiert	strukturierte Arbeitsabläufe	
		Struktur in Abläufe bringen	strukturierte Arbeitsabläufe	
		Qualität nicht unbedingt verbessert, da vorher schon auf hohem Niveau gearbeitet wurde	Qualität definiert durch Zahnarzt; keine Qualitätserhöhung, da vorher schon hohe Qualität	
		Wird nicht unbedingt die Behandlungsqualität erhöht, sondern hauptsächlich Abläufe	keine Erhöhung der Ergebnisqualität; Erhöhung der Prozessqualität	
		Bürokratisch aufwendig	bürokratische Belastung	
		Bürokratischer Aufwand wurde erwartet	bürokratische Belastung	
2.2	2.2	Klare Struktur mit bekannten Verantwortungen	strukturierte Arbeitsabläufe	K 2.2.3 Strukturieren und Klären der Arbeitsabläufe und Verantwortlichkeiten; Einschätzung sehr bürokratisch
		Hohe Passgenauigkeit	Passgenauigkeit	
		Ästhetik	Ästhetik	
		Qualitätsanspruch an sich selbst	Qualität definiert durch Zahnarzt	
		Qualität der MA	Erhöhung der Prozessqualität	
		Umgang mit Patienten (Telefon, Empfang)	Umgang mit Patienten	
3.1	3.1	keine Erwartungen gehabt	keine Erwartungen	K 3.1.3 keine Erwartungen an Richtlinie gehabt; Anforderungen sind teilw. Selbstverständlichkeiten, bürokratische Belastung
		Dinge, die man sowieso schon macht in Bezug auf geregelte Abläufe ok	Selbstverständlichkeiten	
		anderes u viel und zu bürokratisch	strukturierte Arbeitsabläufe	
		was in der Richtlinie steht "hat man sowieso zu haben"	bürokratische Belastung	
		Unterstützung durch die ZÄK ist gut	Dokumentation und Einhalten von Selbstverständlichkeiten	
		ansonsten keine allzu großen Probleme	externe Unterstützung (Hamburger ZÄK)	
4.1	4.1	ohne Unterstützung der ZÄK wäre es vielleicht zu anderen Ergebnissen in der Praxis gekommen	externe Unterstützung (Hamburger ZÄK); ohne Unterstützung möglicherweise anderes Qualitätsmanagement	K 3.2.3 Richtlinie in Ordnung, Konkretisierung durch ZÄK erfahren
		Checkliste		
		Früher gab es Leitlinien	Leitlinien	
		Richtlinie allein nicht umgrenzt genug	Richtlinie nicht konkret	
		ohne ZÄK zu weit gefasst	externe Unterstützung (Hamburger ZÄK); ohne Unterstützung möglicherweise anderes Qualitätsmanagement	
		eigentlich ständig Zeitaufwand für QM	hoher und ständiger Zeitaufwand für QM	
4.3	4.3	Leitlinien	Leitlinien	K 4.3.3 Leitlinien, Dauer des Erhalts zahntechnischer/-medizinischer Leistungen, Patientenzufriedenheit (nicht systematisch erhoben), MA-Zufriedenheit, Q-Zirkel
		zahntechnische Reklamationen (quantitativ)	Dauer des Erhaltes von Zahnersatz/ zahntechnischen Produkten	
		keine Patientenzufriedenheit	keine Patientenzufriedenheit	
		Mitarbeiterzufriedenheit	Mitarbeiterzufriedenheit	
		monatliche Q-Zirkel	monatliche Q-Zirkel	
		hoher Qualitätsanspruch in gesamter Praxis	Qualität definiert durch Zahnarzt	
5.1	5.1	gegenseitige Kontrolle von größeren Arbeiten durch zwei ZÄ	Kooperation von ZÄ untereinander	K 5.1.3 hoher vom Zahnarzt definierter Qualitätsanspruch, kontrolliert durch zweiten Zahnarzt
		durch QM klarere Abläufe für die MA	strukturierte Arbeitsabläufe	

Interviewnr.	Themenkomplex	Paraphrasen	Generalisierung	1. Reduktion (Kategorien)
4	1.1	QM ist bekannt	QM ist bekannt	K 1.1.4 QM bekannt, aber nicht durch Richtlinie
		Richtlinie nicht vertraut	nicht gut mit Richtlinie vertraut	
		QM-Zwang von außen	Zwang durch gesetzliche Vorgabe	
	2.1	Arbeit so gut wie es geht machen	Prozessoptimierung	K 2.1.4 Prozessoptimierung; Fehlervermeidung
		Fehlervermeidung	Fehlervermeidung	
	2.2	Arbeit systematisch verbessern	kontinuierliche Verbesserung	K 2.2.4 kontinuierliche Verbesserung der Ergebnisqualität aus Patientensicht; Team verantwortlich für Richtlinie, ZA für Behandlung am Patienten
		Ergebnis für Patienten verbessern	Erhöhung der Ergebnisqualität für Patient	
		Systematisches Arbeiten	strukturierte Arbeitsabläufe	
		Team kümmert sich um die Richtlinie, Zahnarzt selbst um Qualität am Patienten bei der Behandlung	Team verantwortlich für Richtlinie, ZA verantwortlich für Ergebnisqualität	
	2.3	Ergebnisqualität ist patientenorientiert	Erhöhung der Ergebnisqualität für Patient	K 2.3.4 Fokus auf Prozessqualität, die durch das Team erreicht wird; Erhöhen der Ergebnisqualität der medizinischen Behandlung; Strukturqualität bestimmen anhand medizinischer Parameter; regelmäßige Kontrollen
		Prozessqualität ist der Weg dahin, was durch das Team unterstützt wird	Prozessqualität erreicht durch das Team	
		Arbeitsvorbereitung ist Qualitätsmerkmal	Prozessqualität erreicht durch das Team	
		Strukturqualität sind medizinische Parameter	Strukturqualität in Form medizinischer Parameter	
		diese drei Ausprägungen werden geprüft und kontrolliert	Kontrollen	
	3.1	Team wird von außen (durch gesetzliche Verpflichtung) angeleitet, Prozesse durchzuführen und Verantwortungen zu definieren	Zwang durch gesetzliche Vorgabe; strukturierte Arbeitsabläufe	K 3.1.4 Richtlinie gut, um interne Abläufe besser bestimmen zu können
		Diese Anforderungen konnten von der Praxis bisher nicht durchgesetzt werden	Richtlinie als Unterstützung für interne Abläufe	
		Arzt hat dadurch etwas, worauf er sich berufen kann, wenn Zusammenarbeit nicht immer klappt	Richtlinie als Unterstützung für interne Abläufe	
	3.2	Wieder eine gesetzliche Vorgabe mehr	bürokratische Belastung	K 3.2.4 Richtlinie überflüssig, da es nicht an Zahnarztpraxis orientiert ist; Diskrepanz zwischen internem QM und QM der Richtlinie; keine versuchte Standardisierung von Abläufen, die sich konkret auf Zahnarztpraxis beziehen; keine Thematisierung des Dilemmas "Arzt vs. Verkäufer"; keine Thematisierung des Dilemmas "medizinische und ethische Pflicht vs. finanzielle Möglichkeiten" einer Behandlung; bürokratische Belastung; Kosten-/Zeitaufwand
		Überflüssig, da eigenes QM praxisorientierter ist	Diskrepanz zwischen QM in Richtlinie und eigene QM-Vorstellung; eigenes QM praxisrelevanter	
		andererseits in Bezug auf Team gut, da es gezwungen ist, die Tätigkeiten nach außen hin zu klären	Richtlinie als Unterstützung für interne Abläufe	
		Kostentreiber, Zeitschlucker, "Unsinnverbreiter"	bürokratische Belastung, hoher Kosten- und Zeitaufwand	
		zu viel Dokumentation, zu viel Bürokratie	bürokratische Belastung	
		Klares Verlassen auf die Hamburger ZÄK	externe Unterstützung durch Hamburger ZÄK	
		jeder ZA ist Einzelkämpfer und kann QM besser, als Vordiktirtes	Diskrepanz zwischen QM in Richtlinie und eigene QM-Vorstellung	
		Erwartungen wurden verfehlt, weil kein Ziel der versuchten Standardisierung vorgenommen wurde	kein Ziel einer versuchten Standardisierung	
		Diskrepanz zwischen Arzt und "Verkäufer"; medizinische Indikation vs. Ästhetische/monetäre Aspekte	Dilemma Arzt vs. "Verkäufer"	
		Zwei Einstellungen in einer Person, das Dilemma wird in der Richtlinie nicht berücksichtigt	Dilemma Arzt vs. "Verkäufer"	
		Medizinisch und ethisch MUSS das Beste angeboten werden, was aber oft für den Patienten nicht bezahlbar ist	Zusammenhang zwischen Qualität und finanziellen Möglichkeiten des Patienten	
	4.1	Checkliste		
	4.2	Gute Umsetzbarkeit der Instrumente	Unproblematische Umsetzung der Instrumente	K 4.2.4 Unproblematische Umsetzbarkeit der Instrumente
		dennoch bürokratisch	bürokratische Belastung	
	4.3	Leitlinien	Leitlinien	K 4.3.4 Leitlinien, Dokumentation, Kontrollen, Patientenzufriedenheit (nicht systematisch erhoben); keine Mitarbeiterzufriedenheit, keine Q-Zirkel, persönliche Q-Ziele
		Dokumentationen	Dokumentation	
		Kontrollen nach bestimmten Zeitabständen hinsichtlich Mundgesundheit des Patienten	Kontrollen	
		keine systematische Patientenzufriedenheitserhebung	keine Patientenzufriedenheit systematisch erhoben	
		Patientenzufriedenheit persönlich bei Behandlungen	Patientenzufriedenheit durch persönliche Rückmeldungen	
		keine systematische Mitarbeiterzufriedenheit	keine Mitarbeiterzufriedenheit	
		keine Q-Zirkel	keine Q-Zirkel	
		persönliches Definieren von Q-Zielen	persönliche Q-Ziele	
	5.1	"gut, extrem fortgebildet, extrem viel Erfahrung"	"gut, extrem fortgebildet, extrem viel Erfahrung"	K 5.1.4 "gut" begründet durch Fortbildung, Erfahrung, Kontrollen
		großer Betrieb, viele Patienten, dadurch viel Training	Erfahrung	
		Kundenbindung über Jahrzehnte, entsprechend positive Rückmeldungen	Patientenzufriedenheit durch persönliche Rückmeldungen	
		OP Berichte werden selbst geschrieben, nach einem Jahr zur Kontrolle wiederholt angesehen	Dokumentation, Wirksamkeitskontrollen	
		Langzeituntersuchungen, klinische und radiologische	Kontrolle durch Radiologie	

Interviewnr.	Themenkomplex	Paraphrasen	Generalisierung	1. Reduktion (Kategorien)
5	1.1	QM wird umgesetzt	QM wird umgesetzt	K 1.1.5 Richtlinie und QM werden umgesetzt
		Richtlinie auch schon	QM wird umgesetzt	
	2.1	Fehlermanagement	Fehlermanagement	K 2.1.5 Fehlermanagement
		Fehler vermeiden und ausbessern	Fehlermanagement	
	2.2	klare Verantwortlichkeiten und Abläufe	strukturierte Arbeitsabläufe	K 2.2.5 Strukturierte Arbeitsabläufe, Erhöhung der Ergebnisqualität aus Patientensicht
		Ergebnis muss für den Patienten positiv empfunden werden	Erhöhung der Ergebnisqualität für Patient	
		ein QM Beauftragter in Praxis	QMB benannt	K 2.3.5 Schmerzfreiheit, Erhöhen der Ergebnisqualität der medizinischen Behandlung, Kontrollen
	2.3	positive Behandlung aus Patientensicht	Erhöhung der Ergebnisqualität für Patient	
		Schmerzfreiheit	Schmerzfreiheit	
		lang haltender Zahnersatz	Dauer des Erhaltes von Zahnersatz/ zahntechnischen Produkten	K 3.1.5 Diskrepanz zwischen QM in Richtlinie und eigenen QM-Vorstellungen des ZA
	3.1	keine Probleme/ Komplikationen zwischen geplanten Terminen	Kontrollen	
		Diskrepanz zwischen QM in der Richtlinie und eigenem Verständnis von QM	Diskrepanz zwischen QM in Richtlinie und eigene QM-Vorstellung	K 3.2.5 Diskrepanz zwischen QM in Richtlinie und eigenen QM-Vorstellungen des ZA; in Bezug auf Abläufe der MA eine gute Unterstützung
	3.2	Starke Differenz in QM-Vorstellungen	Diskrepanz zwischen QM in Richtlinie und eigene QM-Vorstellung	
		Konkret in Bezug auf das, was Team machen soll, aber nicht auf die medizinische Qualität bzw. Behandlungsqualität	Richtlinie als Unterstützung für interne Abläufe	K 4.2.5 externe Unterstützung durch ZÄK, bürokratischer Aufwand
	4.1	Checkliste		
	4.2	Durch Unterstützung der ZÄK ok, sonst sehr aufwändig	externe Unterstützung durch Hamburger ZÄK; bürokratische Belastung	K 4.3.5 Leitlinien, Literatur, Patientenzufriedenheit (nicht systematisch erhoben); keine Mitarbeiterzufriedenheit, keine Q-Zirkel, keine Q-Ziele
	4.3	Leitlinien	Leitlinien	
		Literatur	Literatur	K 5.1.5 "gut" begründet durch Patientenrückmeldungen, Fortbildungen und Schwerpunktlegung auf eigenen Stärken
		keine systematische Erhebung der Patientenzufriedenheit	keine Patientenzufriedenheit systematisch erhoben	
		keine systematische Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit	keine Mitarbeiterzufriedenheit	
		keine Q-Zirkel	keine Q-Zirkel	
		keine Q-Ziele	keine Q-Ziele	K 5.1.5 "gut" begründet durch Patientenrückmeldungen, Fortbildungen und Schwerpunktlegung auf eigenen Stärken
	5.1	"gut"	"gut"	
		positives Patientenfeedback	Patientenzufriedenheit durch persönliche Rückmeldungen	
		regelmäßige Fortbildungen	Fortbildungen	K 5.1.5 "gut" begründet durch Patientenrückmeldungen, Fortbildungen und Schwerpunktlegung auf eigenen Stärken
		Schwerpunktsetzung der Praxis auf das, was man am besten kann	Schwerpunkt auf Stärken	

Auswertung nach Mayring bis zur 2. Reduktion

Interviewnr.	Themenkomplex	Kategorien der 1. Reduktion	2. Reduktion (Kategorien)
1	1.1	K 1.1.1 Inanspruchnahme externer Unterstützung (Hamburger ZÄK, Berater)	K'1.1 Richtlinie vertraut durch Inanspruchnahme externer Unterstützung (Hamburger ZÄK, Berater etc.)
2		K 1.1.2 Inanspruchnahme externer Unterstützung (Hamburger ZÄK, Berater)	
3		K 1.1.3 Inanspruchnahme externer Unterstützung (Hamburger ZÄK)	
4		K 1.1.4 QM bekannt, aber nicht durch Richtlinie	
5		K 1.1.5 Richtlinie und QM werden umgesetzt	
1	2.1	K 2.1.1 strukturierte Arbeitsabläufe, Standardisierung, Dokumentation/ Nachvollziehbarkeit/ Sicherheit, Patientenzufriedenheit, Fehlermanagement	K'2.1.1 Qualitätsmanagement definiert durch Struktur und Standardisierung in Abläufen, Dokumentation und Sicherheit
2		K 2.1.2 Qualitätserhöhung, strukturierte Arbeitsabläufe, Dokumentation von Selbstverständlichem, bürokratische Belastung	K'2.1.2 Qualitätsmanagement definiert durch Struktur und Standardisierung in Abläufen, Dokumentation und bürokratische Belastung
3		K 2.1.3 strukturierte Arbeitsabläufe für die MA, Erhöhen der Prozessqualität, nicht der Ergebnisqualität; Qualität definiert nach Zahnarzt	K'2.1.3 Qualitätsmanagement getrennt definiert: QM in Bezug auf Richtlinie ist Struktur in Abläufen für Praxismitarbeiter; QM in Bezug auf zahnmedizinische Leistung ist Behandlung durch Zahnarzt und individuelles Qualitätsverständnis
4		K 2.1.4 Prozessoptimierung; Fehlervermeidung	K'2.1.1
5		K 2.1.5 Fehlermanagement	
1	2.2	K 2.2.1 Strukturieren und Klären der Arbeitsabläufe und Verantwortlichkeiten; zeitliche und qualitativ verbesserte Prozess- und Ergebnisqualität aus Patientensicht	K'2.2.1 Qualitätsmanagement muss Struktur bringen; Vorteile für Patienten spürbar machen
2		K 2.2.2 QM muss Struktur in die Arbeitsabläufe der Praxis bringen, insbesondere für die MA; Einschätzung sehr bürokratisch	K'2.2.2 Qualitätsmanagement muss Struktur bringen; Vorteile für Mitarbeiter im Vordergrund
3		K 2.2.3 Strukturieren und Klären der Arbeitsabläufe und Verantwortlichkeiten; Einschätzung sehr bürokratisch	K'2.2.1
4		K 2.2.4 kontinuierliche Verbesserung der Ergebnisqualität aus Patientensicht; Team verantwortlich für Richtlinie, ZA für Behandlung am Patienten	
5		K 2.2.5 Strukturierte Arbeitsabläufe, Erhöhung der Ergebnisqualität aus Patientensicht	

1	2.3	K 2.3.1 Qualität definiert vom Zahnarzt hinsichtlich Patientenzufriedenheit/ Schmerzfreiheit/ zahnmedizinischem Ergebnis, Dauer des Erhalts von Zahnersatz	K'2.3.1 Qualität erkannt durch Patientenzufriedenheit, Schmerzfreiheit, zahnmed./zahntechn. Ergebnis, regelmäßige Kontrollen
2		K 2.3.2 Qualität definiert vom Zahnarzt durch Fortbildungen	K'2.3.2 Qualität erkannt und definiert von Zahnarzt durch hohe Anzahl an Fortbildungen
3		K 2.3.3 Qualität definiert vom Zahnarzt durch Passgenauigkeit/Ästhetik der Behandlung; Umgang mit Patienten	K'2.3.1.
4		K 2.3.4 Fokus auf Prozessqualität, die durch das Team erreicht wird; Erhöhen der Ergebnisqualität der medizinischen Behandlung; Strukturqualität bestimmen anhand medizinischer Parameter; regelmäßige Kontrollen	K'2.3.3 Qualität erkannt durch reibungslose Praxisabläufe, die durch Team erreicht werden
5		K 2.3.5 Schmerzfreiheit, Erhöhen der Ergebnisqualität der medizinischen Behandlung, Kontrollen	K'2.3.1
1	3.1	K 3.1.1 Zunächst: Hohe zeitliche/ bürokratische Belastung/ übertrieben; Anschließend: Wenn es schon verpflichtend ist, wenigstens Vorteile daraus ziehen, langfristige Arbeitserleichterung, Kontrolle durch neutrale Instanz	K'3.1.1 Erwartung: zeitliche und bürokratische Belastung, langfristiger Versuch, Vorteile aus Verpflichtung zu ziehen und durch neutrale Instanz kontrolliert zu werden
2		K 3.1.2 keine Erwartungen an Richtlinie gehabt; Einschätzung: übertriebene Anforderungen, Anforderungen sind teilw. Selbstverständlichkeiten	K'3.1.2 keine Erwartungen, Anforderungen der Richtlinie werden als Selbstverständlichkeiten angesehen mit bürokratischer Belastung
3		K 3.1.3 keine Erwartungen an Richtlinie gehabt; Anforderungen sind teilw. Selbstverständlichkeiten, bürokratische Belastung	
4		K 3.1.4 Richtlinie gut, um interne Abläufe besser bestimmen zu können	K'3.1.3 Erwartung, interne Abläufe durch Richtlinie zu optimieren
5		K 3.1.5 Diskrepanz zwischen QM in Richtlinie und eigenen QM-Vorstellungen des ZA	K'3.1.4 Erwartungen nicht erfüllt wg. großer Diskrepanz zwischen QM der Richtlinie und QM-Vorstellungen des ZA

1	3.2	K 3.2.1 Richtlinie nicht konkret	K'3.2.1 Richtlinie nicht konkret, z.T. Konkretisierung durch externe Unterstützung (Hamburger ZÄK)
2		K 3.2.2 Richtlinie nicht konkret, Konkretisierung durch ZÄK erfahren	
3		K 3.2.3 Richtlinie in Ordnung, Konkretisierung durch ZÄK erfahren	K'3.2.2 Richtlinie in Ordnung, externe Unterstützung
4		K 3.2.4 Richtlinie überflüssig, da es nicht an Zahnarztpraxis orientiert ist; Diskrepanz zwischen internem QM und QM der Richtlinie; keine versuchte Standardisierung von Abläufen, die sich konkret auf Zahnarztpraxis beziehen; keine Thematisierung des Dilemmas "Arzt vs. Verkäufer"; keine Thematisierung des Dilemmas "medizinische und ethische Pflicht vs. finanzielle Möglichkeiten" einer Behandlung; bürokratische Belastung; Kosten-/Zeitaufwand	K'3.2.3 Richtlinie nicht konkret, da aktuelle Probleme der Zahnarztpraxen nicht thematisiert werden
5		K 3.2.5 Diskrepanz zwischen QM in Richtlinie und eigenen QM-Vorstellungen des ZA; in Bezug auf Abläufe der MA eine gute Unterstützung	K'3.2.4 Richtlinie nicht konkret in Bezug auf Qualitätsmanagement, Richtlinie konkret in Bezug auf Abläufe für die Mitarbeiter
1	4.2	K 4.2.1 Hohe zeitliche/bürokratische Belastung, Dokumentation von Selbstverständlichem	K'4.2.1 zeitliche/bürokratische Belastung, Dokumentation von Selbstverständlichem, z.T. externe Unterstützung
2		K 4.2.2 Konkretisierung der Richtlinie durch ZÄK	K'4.2.2 Unterstützung in Umsetzung durch Hamburger ZÄK
3		K 4.2.3 Hohe zeitliche Belastung, Konkretisierung durch ZÄK	K'4.2.1
4		K 4.2.4 Unproblematische Umsetzbarkeit der Instrumente	K'4.2.3 Unproblematische Umsetzung der Instrumente
5		K 4.2.5 externe Unterstützung durch ZÄK, bürokratischer Aufwand	K'4.2.1

1	4.3	K 4.3.1 Fachliteratur, Parodontose, PSI, betriebswirtschaftliche Zahlen, radiologische Kontrollen	
2		K 4.3.2 Leitlinien, kein systematisches Erheben der Patientenzufriedenheit, Ermitteln der Patientenzufriedenheit durch persönliche Gespräche, Dauer des Erhaltes zahntechnischer/-medizinischer Leistungen	
3		K 4.3.3 Leitlinien, Dauer des Erhalts zahntechnischer/-medizinischer Leistungen, Patientenzufriedenheit (nicht systematisch erhoben), MA-Zufriedenheit, Q-Zirkel	
4		K 4.3.4 Leitlinien, Dokumentation, Kontrollen, Patientenzufriedenheit (nicht systematisch erhoben); keine Mitarbeiterzufriedenheit, keine Q-Zirkel, persönliche Q-Ziele	
5		K 4.3.5 Leitlinien, Literatur, Patientenzufriedenheit (nicht systematisch erhoben); keine Mitarbeiterzufriedenheit, keine Q-Zirkel, keine Q-Ziele	
1	5.1	K 5.1.1 "ganz gut", definiert anhand ausgeprägter Erfahrung und Fortbildungen	K'5.1.1 ganz gut, Erfahrung, Fortbildungen, z.T. Kontrollen, Fokussieren auf Stärken
2		K 5.1.2 hoher vom Zahnarzt definierter Qualitätsanspruch	K'5.1.2 hoher Anspruch, keine persönliche Einschätzung
3		K 5.1.3 hoher vom Zahnarzt definierter Qualitätsanspruch, kontrolliert durch zweiten Zahnarzt	K'5.1.3 hoher Anspruch, Kontrolle durch zweiten Zahnarzt
4		K 5.1.4 "gut" begründet durch Fortbildung, Erfahrung, Kontrollen	K'5.1.1
5		K 5.1.5 "gut" begründet durch Patientenrückmeldungen, Fortbildungen und Schwerpunktlegung auf eigenen Stärken	

Anhang E: Ethik-Kodex d. Deutschen Gesellschaft f. Soziologie

Präambel

Die Erarbeitung und Verbreitung soziologischen Wissens sind soziale Prozesse, die in jedem Stadium ethische Erwägungen und Entscheidungen erfordern. Dieser Bestandteile soziologischer Wissensproduktion, -verwendung und -weitergabe sollten sich Soziologinnen und Soziologen stets bewußt sein.

Der Ethik-Kodex lebt von seiner ständigen Diskussion und seiner Anwendung durch die Angehörigen der soziologischen Profession. Er soll dazu beitragen, die Soziologie in Deutschland weiter zu professionalisieren. Der Kodex formuliert einen Konsens über ethisches Handeln innerhalb der professionellen und organisierten Soziologie in Deutschland. Er benennt die Grundlagen, auf denen die Arbeit der Ethik-Kommission beruht.

Dieser Kodex soll dazu dienen, Soziologinnen und Soziologen für ethische Probleme ihrer Arbeit zu sensibilisieren und sie zu ermutigen, ihr eigenes berufliches Handeln kritisch zu prüfen. Insbesondere sind die universitär tätigen Soziologinnen und Soziologen aufgefordert, dem wissenschaftlichen Nachwuchs und den Studierenden die Elemente berufsethischen Handelns zu vermitteln und sie zu einer entsprechenden Praxis anzuhalten.

Zugleich schützt dieser Ethik-Kodex vor Anforderungen und Erwartungen, die in verschiedenen Situationen von Untersuchten, Studierenden, Mitarbeitern, Kollegen sowie privaten und öffentlichen Auftraggebern an soziologische Forschung und Praxis gestellt werden und in ethische Konflikte führen könnten.

Personen, die unter Berufung auf diesen Kodex Beanstandungen bei der Ethik-Kommission vorbringen, dürfen wegen der Ausübung dieses Rechts keine Benachteiligungen erfahren.

Um die in der Präambel genannten Ziele zu erreichen, bestätigen und unterstützen die Mitglieder der "Deutschen Gesellschaft für Soziologie" und des "Berufsverbandes Deutscher Soziologen" den folgenden Ethik-Kodex.

I. Forschung

A. Integrität und Objektivität

Soziologinnen und Soziologen streben in Ausübung ihres Berufes nach wissenschaftlicher Integrität und Objektivität. Sie sind den bestmöglichen Standards in Forschung, Lehre und sonstiger beruflicher Praxis verpflichtet. Geben sie fachspezifische Urteile ab, sollen sie ihr Arbeitsgebiet, ihren Wissensstand, ihre Fachkenntnis, ihre Methoden und ihre Erfahrungen eindeutig und angemessen darlegen.

Bei der Präsentation oder Publikation soziologischer Erkenntnisse werden die Resultate ohne verfälschende Auslassung von wichtigen Ergebnissen dargestellt. Einzelheiten der Theorien, Methoden und Forschungsdesigns, die für die Einschätzung der Forschungsergebnisse und der Grenzen ihrer Gültigkeit wichtig sind, werden nach bestem Wissen mitgeteilt.

Soziologinnen und Soziologen sollen in ihren Publikationen sämtliche Finanzierungsquellen ihrer Forschungen benennen. Sie gewährleisten, daß ihre Befunde nicht durch spezifische Interessen der Geldgeber verzerrt sind.

Soziologinnen und Soziologen machen ihre Forschungsergebnisse nach Abschluß der Analysen in geeigneter Weise öffentlich zugänglich. Dies gilt nicht in Fällen, in denen das Recht auf den Schutz vertraulicher Aufzeichnungen verletzt werden würde. In Fällen, in denen die Pflicht zur Amtsverschwiegenheit oder der Anspruch des Auftraggebers das Recht zur Veröffentlichung eingrenzen, bemühen sich Soziologinnen und Soziologen darum, den Anspruch auf Veröffentlichung möglichst weitgehend aufrechtzuerhalten.

Soziologinnen und Soziologen dürfen keine Zuwendungen, Verträge oder Forschungsaufträge akzeptieren, die die in diesem Kodex festgehaltenen Prinzipien verletzen.

Sind Soziologinnen und Soziologen, auch Studierende, an einem gemeinsamen Projekt beteiligt, werden zu Beginn des Vorhabens bezüglich der Aufgabenverteilung, der Vergütung, des Datenzugangs, der Urheberrechte sowie anderer Rechte und Verantwortlichkeiten Vereinbarungen getroffen, die von allen Beteiligten akzeptiert werden. Diese können im Fortgang des Projekts aufgrund veränderter Bedingungen einvernehmlich korrigiert werden.

In ihrer Rolle als Forschende, Lehrende und in der Praxis Tätige tragen Soziologinnen und Soziologen soziale Verantwortung. Ihre Empfehlungen, Entscheidungen und Aussagen können das Leben ihrer Mitmenschen beeinflussen. Sie sollen sich der Situation und immanenten Zwänge bewußt sein, die zu einem Missbrauch ihres Einflusses führen könnten. Soziologinnen und Soziologen sollen geeignete Maßnahmen ergreifen, um sicherzus-

tellen, daß ein solcher Mißbrauch und daraus resultierend nachteilige Auswirkungen auf Auftraggeber/innen, Forschungsteilnehmer/innen, Kollegen/innen, Studierende und Mitarbeiter/innen vermieden werden.

B. Rechte der Untersuchten

Das Befolgen von Regeln der wissenschaftlichen Methode kann ungünstige Konsequenzen oder spezielle Risiken für Individuen oder Gruppen nach sich ziehen. Darüber hinaus kann das Forschungshandeln den zukünftigen Zugang zu einer Untersuchungspopulation für den gesamten Berufsstand oder verwandte Berufsgruppen einschränken oder verschließen. Beides haben Soziologinnen und Soziologen zu antizipieren, um negative Auswirkungen zu vermeiden.

In der soziologischen Forschung sind die Persönlichkeitsrechte der in sozialwissenschaftliche Untersuchungen einbezogenen Personen ebenso wie ihr Recht zur freien Entscheidung über die Beteiligung an Forschungsvorhaben zu respektieren.

Generell gilt für die Beteiligung an sozialwissenschaftlichen Untersuchungen, dass diese freiwillig ist und auf der Grundlage einer möglichst ausführlichen Information über Ziele und Methoden des entsprechenden Forschungsvorhabens erfolgt. Nicht immer kann das Prinzip der informierten Einwilligung in die Praxis umgesetzt werden, z.B. wenn durch eine umfassende Vorabinformation die Forschungsergebnisse in nicht vertretbarer Weise verzerrt würden. In solchen Fällen muß versucht werden, andere Möglichkeiten der informierten Einwilligung zu nutzen.

Besondere Anstrengungen zur Gewährleistung einer angemessenen Information sind erforderlich, wenn die in die Untersuchung einbezogenen Individuen über einen geringen Bildungsgrad verfügen, einen niedrigen Sozialstatus haben, Minoritäten oder Randgruppen angehören.

Personen, die in Untersuchungen als Beobachtete oder Befragte oder in anderer Weise, z.B. im Zusammenhang mit der Auswertung persönlicher Dokumente, einbezogen werden, dürfen durch die Forschung keinen Nachteilen oder Gefahren ausgesetzt werden. Die Betroffenen sind über alle Risiken aufzuklären, die das Maß dessen überschreiten, was im Alltag üblich ist. Die Anonymität der befragten oder untersuchten Personen ist zu wahren.

Im Rahmen des Möglichen sollen Soziologinnen und Soziologen potentielle Vertrauensverletzungen voraussehen. Verfahren, die eine Identifizierung der Untersuchten ausschließen, sollen in allen geeigneten Fällen genutzt werden. Besondere Aufmerksamkeit

ist den durch die elektronische Datenverarbeitung gegebenen Möglichkeiten des Zugangs zu Daten zu widmen. Auch hier sind sorgfältige Vorkehrungen zum Schutz vertraulicher Informationen erforderlich.

Von untersuchten Personen erlangte vertrauliche Informationen müssen entsprechend behandelt werden; diese Verpflichtung gilt für alle Mitglieder der Forschungsgruppe (auch Interviewer/innen, Codierer/innen, Schreibkräfte etc.), die über einen Datenzugriff verfügen. Es liegt in der Verantwortung der Projektleiter/innen, die Mitarbeiter/innen hierüber zu informieren und den Zugang zu vertraulichem Material zu kontrollieren.

Soziologinnen und Soziologen sollen unter Verweis auf entsprechende Regelungen für andere Professionen der Schweigepflicht unterliegen und für sich das Recht auf Zeugnisverweigerung beanspruchen, wenn zu befürchten steht, daß auf der Basis der im Rahmen soziologischer Forschung gewonnenen Informationen die Informanten irgendwelche - insbesondere strafrechtliche - Sanktionen zu gewärtigen haben.

II. Publikationen

Soziologinnen und Soziologen nennen alle Personen, die maßgeblich zu ihrer Forschung und zu ihren Publikationen beigetragen haben. Die Ansprüche auf Autorenschaft und die Reihenfolge der Autoren/innen sollen deren Beteiligung am Forschungsprozeß und an der Veröffentlichung abbilden.

Daten und Materialien, die wörtlich oder sinngemäß von einer veröffentlichten oder unveröffentlichten Arbeit anderer übernommen wurden, müssen kenntlich gemacht und ihren Urheber/innen zugeschrieben werden. Verweise auf Gedanken, die in Arbeiten anderer entwickelt wurden, dürfen nicht wissentlich unterlassen werden.

In Zeitschriften sollte der kritische Austausch zwischen den Angehörigen des Faches gefördert werden. In diesem Zusammenhang sollten Regeln publiziert werden, die die Möglichkeiten zur Stellungnahme und Erwiderung spezifizieren.

Herausgeber und Redaktionen von Zeitschriften sind einer fairen Beurteilung eingereicherter Beiträge ohne persönliche oder ideologische Vorurteile in angemessener Zeit verpflichtet. Sie informieren umgehend über Entscheidungen zu eingereichten Manuskripten.

Eine Veröffentlichungszusage ist bindend. Wurde die Publikation zugesichert, soll sie sobald wie möglich erfolgen.

III. Begutachtung

Werden Soziologinnen und Soziologen um Einschätzungen von Personen, Manuskripten, Forschungsanträgen oder anderen Arbeiten gebeten, so sind solche Bitten um Begutachtung im Fall von Interessenkonflikten abzulehnen.

Zu begutachtende Arbeiten sollen vollständig, sorgfältig, vertraulich und in einem angemessenen Zeitraum fair beurteilt werden.

Begutachtungen, die im Zusammenhang mit Personalentscheidungen stehen, werden von allen Beteiligten vertraulich behandelt. An sie müssen unter den Gesichtspunkten der Integrität, der Objektivität und der Vermeidung von Interessenkonflikten höchste Anforderungen gestellt werden.

Soziologinnen und Soziologen, die um Rezensionen von Büchern oder Manuskripten gebeten werden, welche sie bereits an anderer Stelle besprochen haben, sollen diesen Umstand den Anfragenden mitteilen. Die Rezension von Arbeiten, bei deren Entstehung sie direkt oder indirekt beteiligt waren, sollten sie ablehnen.

IV. Der berufliche Umgang mit Studierenden, Mitarbeitern/innen und Kollegen/innen

Soziologinnen und Soziologen, die Lehraufgaben wahrnehmen, verpflichten sich, durch Art und Ausmaß ihres Einsatzes und ihrer Ansprüche für eine gute Ausbildung der Studierenden zu sorgen.

Soziologinnen und Soziologen müssen sich bei Einstellungen, Entlassungen, Beurteilungen, Beförderungen, Gehaltsfestsetzungen und anderen Fragen des Anstellungsverhältnisses, bei Berufungs-, Rekrutierungs- und Kooptationsentscheidungen um Objektivität und Gerechtigkeit bemühen. Sie dürfen andere Personen nicht wegen ihres Alters, ihrer Geschlechtszugehörigkeit, ihrer körperlichen Behinderung, ihrer sozialen oder regionalen Herkunft, ihrer ethnischen oder nationalen Zugehörigkeit, ihrer Religionszugehörigkeit oder ihrer politischen Einstellungen benachteiligen.

Soziologinnen und Soziologen dürfen Studierende oder Mitarbeiter/innen und Kollegen/innen nicht zwingen, sich als Forschungsobjekte zur Verfügung zu stellen, oder sie über eine derartige Verwendung täuschen.

Soziologinnen und Soziologen dürfen Leistungen anderer nicht zu ihrem eigenen Vorteil ausnutzen und deren Arbeit nicht undeklariert verwerten.

Soziologinnen und Soziologen dürfen von niemandem beispielsweise von Befragten, Auftraggebern/innen, Mitarbeitern/innen, Studenten/innen - persönliches oder geschlechtsspezifisches Entgegenkommen oder einen persönlichen oder beruflichen Vorteil erzwingen.

V. Die Ethik-Kommission

A. Zusammensetzung und Amtszeit

Die Ethik-Kommission besteht aus fünf Personen. Die "Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS)" und der "Berufsverband Deutscher Soziologen (BDS)" entsenden jeweils zwei Mitglieder nach einem Verfahren, das die jeweiligen Verbände für sich festlegen. Dazu kommt, jährlich alternierend, der oder die jeweilige Vorsitzende der DGS oder des BDS ex officio.

Die Amtszeit der Ethik-Kommission dauert drei Jahre.

Die Ethik-Kommission gibt sich eine Satzung, in der sie ihr Vorgehen regelt und die durch die Vorstände der Verbände sowie das Konzil der DGS und den Senat des BDS bestätigt werden muss.

B. Aufgaben und Zuständigkeit

Die Ethik-Kommission soll:

- die Vorstände der Verbände zu generellen ethischen Fragen beraten,
- Anzeigen von Verstößen gegen den Ethik-Kodex entgegennehmen und nach einer vermittelnden Beilegung streben,
- die Vermittlung zwischen betroffenen Parteien bei der Beilegung ihrer Beschwerden organisieren,
- Anhörungen der Parteien bei formellen Beschwerden über ein Fehlverhalten durchführen und
- Maßnahmen an die Vorstände der Verbände empfehlen,
- jährlich mindestens einmal über seine Arbeit und die verhandelten Fälle dem Konzil der DGS und dem Senat des BDS sowie in den Zeitschriften der beiden Verbände berichten,
- zum Ende ihrer Amtsperiode überprüfen, ob den Verbänden Änderungen und Ergänzungen auf der Grundlage gemachter Erfahrungen oder neu eingetretener Entwicklungen vorgeschlagen werden sollen.

C. Sanktionen

Befindet die Ethik-Kommission, dass kein ethischer Verstoß vorliegt, werden alle betroffenen Seiten und die Vorstände der Verbände darüber informiert, womit der Vorgang abgeschlossen ist.

Stellt die Ethik-Kommission im Verlauf der Anhörungen fest, daß ein Verstoß gegen den Ethik-Kodex vorliegt, informiert sie alle davon betroffenen Seiten und gibt einen Bericht an die Vorstände. Es können folgende Maßnahmen empfohlen werden:

- Sanktionen auszusprechen;
- einen öffentlichen Tadel in den Fachzeitschriften der Verbände auszusprechen;
- den freiwilligen Austritt eines Mitglieds anzuregen;
- die Mitgliedschaft für einen bestimmten Zeitraum auszusetzen;
- das Mitglied aus dem jeweiligen Verband auszuschließen.

VI. Inkrafttreten

Dieser Ethik-Kodex in der Fassung vom 27. November 1992 tritt nach Verabschiedung durch die beiden Verbände und Veröffentlichung in den Zeitschriften der Verbände in Kraft.

(Quelle: <http://www.sociologie.de/index.php?id=19>, letzter Zugriff am 09. Januar 2011)

Anhang F: Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung

Titel der Studie:

Qualitätsmanagement in der Zahnarztpraxis. Eine qualitative Interviewstudie.

Hiermit erkläre ich,

(Vorname, Name)

(Adresse der Zahnarztpraxis)

dass ich durch

Frau Katharina Kolbe (Cand. B.Sc. Gesundheitswissenschaften)
Studentin der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg
Lohbrügger Kirchstraße 50, 21033 Hamburg

mündlich über das Wesen, die Bedeutung, Tragweite und Risiken der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o.g. Studie informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu in einem Gespräch zu klären.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten jederzeit widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann.

Ich bin bereit, an der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o.g. Studie teilzunehmen.

Einwilligungserklärung zur Datenerhebung- und Datenverarbeitung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie mich betreffende personenbezogene Daten/Angaben durch Frau Kolbe erhoben, pseudonymisiert auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und verarbeitet werden dürfen. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Studienergebnisse in anonymer Form, die keinen Rückschluss auf meine Person zulassen, veröffentlicht werden.

Hamburg, den

Unterschrift des/der Teilnehmers/in

Hiermit erkläre ich, den/die o.g. Teilnehmer/in am _____ über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken der o.g. Studie mündlich aufgeklärt und ihm/ihr diese Einwilligungserklärung übergeben zu haben.

Hamburg, den

Unterschrift K. Kolbe

Danksagung

Für die fachliche, methodische und beratende Unterstützung möchte ich mich herzlich bei Herrn Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg bedanken, der sich meiner Probleme jederzeit angenommen und mich in jeder Form bei der Erstellung dieser Thesis unterstützt hat.

Für die Unterstützung hinsichtlich der Themenfindung und Fragen der Umsetzbarkeit der Methodik gilt mein besonderer Dank Herrn Thomas Leppert. Weiterhin danke ich Frau Nicole Kamp, die mich jederzeit bei der Erstellung der Bachelorarbeit unterstützte.

Besonders bedanken möchte ich mich bei meiner lieben Familie, meinem lieben Bruder und meinem Freund. Ich danke insbesondere meinen Eltern, die mir mein Studium ermöglicht und mich in all meinen Entscheidungen unterstützt haben.

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Katharina Kolbe

Hamburg, 13. Januar 2011