

INFORMATIONSDIENST DES INSTITUTS DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

In Trägerschaft von: Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.  
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Körperschaft des öffentlichen Rechts

15. September 2008

Die Diskussion über Sinn und Zweck evidenzbasierter Leitlinien in der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung in Deutschland ist heftig entbrannt, wobei der Fokus hier zunehmend auf die praktische Nutzenstiftung von Leitlinien gerichtet ist und weniger die intellektuelle Architektur von Leitlinienkonzepten selbst zur Debatte steht.

Für die Belange der zahnärztlichen Versorgung wurden seitens der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ZZQ) im Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Laufe der letzten Jahre mit Unterstützung der zahnmedizinischen Wissenschaft drei "Pilotleitlinien" entwickelt und in elektronischer und schriftlicher Form publiziert. Es handelt sich hier um Leitlinien zu den Themen Fissurenversiegelung, Fluoridierungsmaßnahmen und Weisheitszahnentfernung.

In einem ZZQ-Modellversuch wurden seit November 2006 diese drei Leitlinien unter praktisch tätigen Zahnärzten evaluiert mit dem Ziel, den konkreten Anwendungsnutzen systematisch zu erhellen. Dazu wurden mit Hilfe von 13 zahnärztlichen Qualitätszirkeln im Raum Hamburg diese drei Leitlinien zu Erprobungszwecken an über 100 niedergelassene Zahnärzte verteilt und im Sinne einer Prä-Post-Analyse über einen Zeitraum von rund vier Monaten das "Nutzendelta" ermittelt. Der folgende Abschlussbericht mit dem Titel

### **Evaluation von zahnmedizinischen Leitlinien durch Qualitätszirkel (ELL-QZ)**

stellt zusammenfassend die wichtigsten Ergebnisse dieses Modellversuches dar. Im Grundsatz zeigt sich, dass durch die praktische Arbeit mit den Leitlinien im Versorgungsalltag mancherlei Vorbehalte bei den Teilnehmern deutlich abgebaut werden, die beispielsweise mit Kritikpunkten wie Praxisferne, Kostensenkungswerkzeug oder Handlungseingrenzungen für den Zahnarzt zusammenhängen. Einige Barrieren wie beispielsweise differente Patientenerwartungen oder mangelnde Anreize zur Leitlinienanwendung bleiben allerdings bestehen oder nehmen sogar leicht zu. Insgesamt zeigen jedoch die Qualitätszirkel Offenheit und Aufgeschlossenheit gegenüber diesem für den Berufsstand neuen Thema.

Die Autoren dieser IDZ-Information sind Dipl.-Soz. Barbara Bergmann-Krauss/ZZQ, Dr. Wolfgang Micheelis/IDZ und Prof. Dr. Joachim Szecsenyi/Universität Heidelberg.

Weitere Exemplare dieser IDZ-Information können kostenlos beim IDZ angefordert werden. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, den vorliegenden Text als pdf-Datei von der Internet-Homepage des IDZ ([www.idz-koeln.de](http://www.idz-koeln.de)) herunterzuladen.

Redaktion: Dr. Wolfgang Micheelis

## **Abstract**

The purpose of evidence-based guidelines in medical and dental care in Germany is an intensely debated issue, which focuses increasingly on the practical benefits of the guidelines and only to a lesser extent on the intellectual architecture of guideline concepts themselves.

During the last years the Agency for Quality in Dentistry (ZZQ) in the Institute of German Dentists (IDZ) with the support of dental scientists has developed three "pilot guidelines" which were published in electronic and written form. These are the guidelines on the topics "fissure sealing", "fluoridation measures" and "surgical removal of third molars".

In a pilot project of the ZZQ the three guidelines were evaluated by practising dentists with the aim to systematically enlighten the perceived benefits of their implementation. To this end the three guidelines were distributed to over 100 practising dentists via 13 dental quality circles in Hamburg and in a pre-post analysis over a period of approximately four months the "benefit delta" was determined. The following final report entitled

### **Evaluation of dental guidelines by quality circles (ELL-QZ)**

summarizes the most important results of this pilot project. In principal it becomes evident that working with guidelines in practice routine definitely reduces various prejudices of the participants which are associated with lacking practical experience, instruments of cost reduction or constraints for the dentist. On the other hand several barriers as e.g. different expectations of the patients or a lack of incentives to use guidelines remain unchanged or even increase slightly. However, in total the quality circles show an open-mindedness concerning this new topic for the dental profession.

The authors of this report are Dipl.-Soz. Barbara Bergmann-Krauss/Agency for Quality in Dentistry (ZZQ), Dr. Wolfgang Micheelis/Institute of German Dentists (IDZ) and Prof. Dr. Joachim Szecsenyi/University of Heidelberg. Additional copies of the IDZ-Information No. 4/2008 can be ordered free of charge from the Institute of German Dentists/Cologne. Download version see under [www.idz-koeln.de](http://www.idz-koeln.de).

# Evaluation von zahnmedizinischen Leitlinien durch Qualitätszirkel (ELL-QZ)

Barbara Bergmann-Krauss, Köln  
Wolfgang Micheelis, Köln  
Joachim Szecsenyi, Heidelberg

## Inhaltsverzeichnis

1	Forschungsziel und forschungspolitischer Hintergrund .....	3
2	Anwendung von Leitlinien und Implementationsforschung.....	4
3	Studiendesign.....	8
3.1	Methodischer Aufbau der Evaluation.....	8
3.2	Eingesetzte Fragebögen .....	10
3.3	Gruppendiskussion.....	11
4	Ergebnisse.....	12
4.1	Fragebogenauswertungen.....	12
4.1.1	Einstellungsfragebogen.....	12
4.1.2	Barrierefragebogen.....	15
4.2	Ergebnisse der Gruppendiskussion.....	16
4.2.1	Patientenversion der Leitlinien.....	17
4.2.2	Zahnarztversion der Leitlinien.....	20
4.2.3	Professionspolitische Bewertung von Leitlinien .....	24
4.2.4	Verlauf der Qualitätszirkelsitzungen zu Leitlinien .....	26
4.3	Beurteilung einzelner Leitlinien.....	27
5	Ergebnisbewertung und Schlussfolgerungen .....	28
6	Literaturverzeichnis .....	33

## 1 Forschungsziel und forschungspolitischer Hintergrund

Nachdem auch in Deutschland in den letzten 10 Jahren eine umfangreiche und ausdifferenzierte Beschäftigung mit dem Thema evidenzbasierter Leitlinien in der Medizin eingesetzt hat (vgl. AWMF und ÄZQ, 2001) und auch die spezifischen Belange der Zahnmedizin zunehmend in den Fokus entsprechender Diskurse gekommen sind (vgl. Walther und Micheelis, 2000; Clarkson et al., 2003; Hackshaw, Paul und Davenport, 2006), hat die Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ZZQ) im Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zwischenzeitlich drei „Pilotleitlinien“ mit Unterstützung der zahnmedizinischen Wissenschaft initiiert und als Anwendungsangebot für den alltäglichen Handlungsrahmen des berufstätigen Zahnarztes publiziert (vgl. ZZQ-Homepage, 2006a–c). Es handelt sich hierbei um folgende Leitlinien:

1. Operative Entfernung von Weisheitszähnen,
2. Fluoridierungsmaßnahmen,
3. Fissurenversiegelung.

Für alle drei Leitlinien wurden auf der Basis einer Langfassung sowohl eine kurze Zahnarztversion als auch eine Patientenversion entwickelt. Die Prozeduren, nach denen diese drei Leitlinien konzeptionell vorangetrieben wurden, erfolgten nach einem festen Ablaufschema, das ebenfalls auf der ZZQ-Homepage veröffentlicht ist und gerade aktuell (2008) einer ersten Revision unterzogen wurde.

Die ZZQ-Leitlinien verstehen sich in Anknüpfung an die gesamte Leitlinienphilosophie in der Medizin als systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für angemessene ärztliche bzw. zahnärztliche Vorgehensweisen bei Präventionsmaßnahmen und speziellen gesundheitlichen Problemen. Leitlinien sind rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“ und sie sind Instrumente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements. Sie sollen Behandlungsrisiken minimieren und zu einer wissenschaftlich begründeten, ärztlichen Vorgehensweise motivieren und zugleich die Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten berücksichtigen. Die Aufgabe einer Leitlinie ist die Wertung des aktuellen Wissens zu speziellen Gesundheitsproblemen und ärztlichem Handeln.

Ein sowohl für die Spezifika der Medizin wie auch für die Spezifika der Zahnmedizin nach wie vor nicht ausreichend untersuchtes Forschungsthema stellt allerdings die Frage dar, wie eigentlich die „Adressaten“ von Leitlinien in der (zahn)ärztlichen Praxis bzw. im Versorgungsalltag mit diesen „Entscheidungshilfen“ klarkommen, welche Vor- und Nachteile bei der Nutzenanwendung gesehen werden und wie es überhaupt mit der Akzeptanz schematisierter Wissensbewertungen zu ausgewählten Diagnose- und Therapieproblemen bestellt ist. Es stellt sich somit als völlig selbständiger Aspekt die Frage nach der Implementierung unter den organisatorischen und sozialen Bedingungen des praktischen Arzthandelns.

Das vorliegende Projekt „Evaluation von zahnmedizinischen Leitlinien durch Qualitätszirkel (ELL-QZ)“ hat für die drei oben angesprochenen zahnmedizinischen Pilotleitlinien diese Thematik aufgegriffen und einer empirischen Evaluierung zugeführt. Über ausgewählte zahnärztliche Qualitätszirkel im Raum Hamburg<sup>1</sup> wurde mit Hilfe der zahnärztlichen Zirkelteilnehmer ein Feldversuch gestartet, dessen Hauptkennzeichen es war, dass über einen mehrmonatigen Zeitraum praktische Anwendererfahrungen mit diesen drei Leitlinien gesammelt werden sollten, um eine Nutzenbewertung für den Versorgungsalltag abschätzen zu können. Insofern versteht sich das hier dokumentierte Projekt als ein empirisch-systematischer Beitrag zu der Implementierungsforschung medizinischer Leitlinien.

## **2 Anwendung von Leitlinien und Implementierungsforschung**

Auch die besten Leitlinien nutzen nichts, wenn sie nicht angewendet werden. Dies ist mehr als eine Binsenweisheit. Gleichzeitig mit dem steigenden Umfang wissenschaftlicher Erkenntnisse in Medizin und Zahnmedizin in den letzten 20 Jahren hat auch deren Verfügbarkeit z. B. in Form von Leitlinien stetig zugenommen. Dennoch

---

<sup>1</sup> Wir danken der Zahnärztekammer Hamburg für die große Unterstützung bei diesem Projekt und hier insbesondere dem Präsidenten Prof. Dr. Wolfgang Sprekels und seinem Geschäftsführer Dr. Peter Kurz bei der ideellen und organisatorischen Begleitung während der Feldphase.

besteht weiterhin eine Diskrepanz zwischen den verfügbaren Erkenntnissen und dem, was in der täglichen Routine tatsächlich auch angewandt wird.

Ursprünglich wurde für diese Diskrepanz häufig die mangelnde methodische Qualität und Praxisnähe der Leitlinien selbst verantwortlich gemacht. Nachdem aber in den letzten Jahren in Deutschland wie in vielen anderen Ländern eine stetige Qualitätsverbesserung der Leitlinienentwicklung selbst gefordert und umgesetzt wurde (vgl. Gerlach et al., 1998), ist nun die Frage der Akzeptanz und Implementierung zu einem wichtigen Thema geworden.

Eine im Jahr 2003 veröffentlichte repräsentative Befragung von holländischen Zahnärzten (vgl. van der Sanden et al., 2003) zeigte, dass Leitlinien als sinnvolle Unterstützung in der Patientenversorgung gesehen werden. 89,9 % der befragten 1.177 Zahnärzte sahen in ihnen hilfreiche Checklisten. 66,4 % waren der Meinung, sie seien hilfreich in der täglichen zahnmedizinischen Entscheidungsfindung. Zu 53,1 % wurden Leitlinien als wichtig für die Fortbildung eingeschätzt und nur 8,9 % der Befragten waren der Meinung, Leitlinien sollten verbindlich sein (Mehrfachantworten möglich). Die Befragung zeigte aber auch, dass der Einfluss von Leitlinien auf die professionelle Autonomie kritisch eingeschätzt wird: 55,8 % der Befragten waren der Meinung, dass Leitlinien den Zahnarzt in eine „Zwangsjacke“ stecken, weitere 32,4 % waren der Meinung, dass sie die professionelle Autonomie beeinträchtigen. Weitere 19,3 % stimmten der Aussage zu, dass Leitlinien selten geeignet und anwendbar für die tägliche Praxis seien. Allerdings waren nur 6,2 % der Meinung, sie seien einer guten zahnmedizinischen Versorgung abträglich.

Eine ähnliche Mischung aus Zustimmung und Ablehnung zeigt eine Telefonbefragung von niedergelassenen Allgemeinmedizinern und Fachspezialisten in Deutschland (vgl. Butzlaff et al., 2006) aus dem Jahr 2003. Interessanterweise zeigten sich dabei Ärzte aus Einzelpraxen und Fachärzten kritischer gegenüber Leitlinien als Ärzte in Gemeinschaftspraxen oder Hausärzte.

Obwohl man inzwischen davon ausgehen kann, dass die Akzeptanz von Leitlinien in Zahnärzte- und Ärzteschaft generell etwas mehr gestiegen ist, verbleibt die Frage, inwieweit sie tatsächlich umgesetzt werden und warum nicht. Ein Klassiker unter den Studien, die dieses Problem adressieren, ist eine Befragung von 120 Ärzten und Pflegekräften aus Krankenhäusern und Pflegeheimen darüber, warum sie den Leitlinien zur Handhygiene nicht folgen (vgl. Grol, 1997). Eine gute Handhygiene ist in diesem Arbeitsbereich eine sehr effektive Maßnahme zur Reduzierung von Risiken für Patienten und zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse. Trotzdem wurden zahlreiche Barrieren gegenüber einer Umsetzung des Leitlinienwissens identifiziert: Wenn z. B. das eigene Erleben der Versorgung nicht dem Leitlinieninhalt entspricht, wenn die Befolgung der Leitlinie mehr Zeit kostet als bisher oder wenn bisherige Routinen dem entgegenstehen („vergesse es in der Hektik“, „falle zurück in alte Gewohnheiten“), dann gibt es Probleme mit der Umsetzung. Auch organisatorische Barrieren oder Probleme in der Führung („Chef interessiert sich nicht dafür“) bergen potentielle Probleme.

Ergänzend zu dieser Befragung identifizierte die Arbeitsgruppe um Richard Grol aus Holland und Jeremy Grimshaw aus Kanada, einem Pionier der evidenzbasierten Medizin, in einer systematischen Übersichtsarbeit eine ganze Reihe von Faktoren,

die einer Umsetzung des besten verfügbaren Wissens (englisch: „evidence“ = Evidenz, nicht gleichzusetzen mit dem deutschen Begriff „evident“ = offensichtlich) in der medizinischen Versorgung entgegenstehen können (vgl. Grol und Grimshaw, 2003). Sie identifizierten drei Bereiche, in denen Hürden auftreten können: organisatorischer Kontext, vorherrschende Meinungen bzw. sozialer Kontext und Wissen und Einstellungen (s. Übersicht 1). So können falsche finanzielle Anreize ebenso ein Hemmnis sein, wie Zeitmangel und Unterfinanzierung bestimmter Arbeitsbereiche, aber auch Meinungsführer, die eine andere Auffassung vertreten.

**Übersicht 1: Mögliche Barrieren gegenüber der Umsetzung des bestverfügbaren Wissens (Evidenz, z. B. aus Leitlinien)**

(Überarbeitet nach Grol und Grimshaw, 2003; Oxman und Flottorp, 2001)

---

Organisatorischer Kontext

- Finanzielle Disincentives (z. B. falsche finanzielle Anreize)
- Organisatorische Restriktionen (z. B. Zeitmangel)
- Wahrgenommene mögliche rechtliche Haftungsprobleme
- Patientenerwartungen

Vorherrschende Meinungen (sozialer Kontext)

- Praxisstandards (z. B. vorhandene Routinen)
- Meinungsführer (z. B. die mit Evidenz nicht einverstanden sind)
- Weiterbildung, Fortbildung (z. B. veraltetes Wissen)
- Werbung, Marketing

Wissen und Einstellungen (professioneller Kontext)

- Klinische Unsicherheit (z. B. unnötige Tests bei vager Symptomatik)
- „Sense of Competence“ (Überzeugung gegenüber eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten)
- Zwang zum Handeln
- Informationsüberflutung (Schwierigkeit, Evidenz zu bewerten)

Will man eine Leitlinie in die eigene Praxis implementieren, so hat sich folgendes Handlungskonzept bewährt, das aufgrund von Diskussionen in Qualitätszirkeln und Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Leitlinien entwickelt wurde (s. Übersicht 2). Dieses kann als Gerüst für die eigene Praxisorganisation und das praxisinterne Qualitätsmanagement dienen.

Einen theoretischen Hintergrund für die Implementierung von Leitlinien liefert die Kognitionstheorie, die besagt, dass der Wunsch nach Kompetenzgewinn, Zulernen und einem Mehr an rationalem Handeln ein möglicher Motivator sein kann, eine Leitlinie anzuwenden. Verhaltenstheoretische Modelle bringen externe Einflüsse und Kontrollen ins Spiel. Die Diskussion im Qualitätszirkel entspricht eher einem sozialtheoretischen Ansatz des Lernens und Austauschs unter Gleichrangigen (vgl. Bahrs et al., 2001) verbunden mit kognitionstheoretischen Elementen. Nach einem verkaufstheoretischen Ansatz schafft eine attraktive, Aufmerksamkeit erregende „Vermarktung“ der angestrebten Veränderungen ein gutes Umfeld zur Implementierung (vgl. Grol und Grimshaw, 2003; Grimshaw et al., 2004).

Wichtig ist es zu wissen, dass eine alleinige Verbreitung über Fachzeitschriften und andere Medien ebenso wie Frontalvorträge wenig geeignete Instrumente zur Implementierung von Leitlinien sind.

## Übersicht 2: Handlungskonzept zur Implementierung von Leitlinien in der Praxis (Entwicklung: J. Szecsenyi)

### Leitlinie kennenlernen und aktiv reflektieren

- Kurzfassung lesen, bei Verständnisfragen Langfassung.
- Wo entspricht die Leitlinie meinem bisherigen Behandlungskonzept?
- Wo widerspricht die Leitlinie meinem bisherigen Behandlungskonzept?
- Sind die Widersprüche plausibel und erscheinen sie überwindbar?
- Wie muss ich meine Perspektive ändern: Vom Einzelkontakt zur Versorgung von Patienten, die das Leitlinienthema adressiert?
- Wenn ich die letzten 3–5 Patientenkontakte wegen des Leitlinienthemas reflektiere, was hätte ich anders gemacht?

### Einsatz vorbereiten

- Leitlinie und Materialien in der Praxis kommunizieren (z. B. in der Teambesprechung)
- Welche Materialien gehören zur Leitlinie (Langfassung, Kurzfassung, Patienteninformation etc.; wo werden diese gelagert, wer ist zuständig?)
- Wie werden Leitlinienmaterialien und Inhalte gegenüber Patienten kommuniziert? Welche Widerstände sind zu erwarten? Wie gehen wir damit um?
- Wann, bei welchen Patienten wollen wir was anders machen als vorher?

### Prioritäten setzen

- Ziel 1: ...
- Ziel 2: ...

### Leitlinienerfahrungen sammeln

- Was war gut, wo gab es Probleme? (Dokumentation)
- Wie sind die Beratungs- und Behandlungserfolge?
- Wie reagieren die Patienten?
- Wie kommen die Patienten mit der Patienteninformation klar?
- Diskussion mit Kollegen (z. B. im Qualitätszirkel)

Ob der Einsatz von Leitlinien die Versorgung von Patienten in der Zahnarztpraxis wirklich nutzbringend verändert und welche Strategien der Implementierung wirklich effektiv sind, kann nur in aufwändigen Studien geklärt werden. Dazu muss zunächst eine größere Zahl von Praxen rekrutiert und diese müssen dann verschiedenen Interventionsarmen (mit unterschiedlichen Strategien und einer Kontrollgruppe ohne Intervention) zugeordnet werden. Derartige Studien sind in der Zahnmedizin bisher noch selten. Ein Beispiel für den Aufbau einer solchen Studie aus den Niederlanden (vgl. Mettes et al., 2007) zeigt aber, dass dies machbar und notwendig ist.

Einige Studien aus der Medizin belegen inzwischen, dass sog. mehrdimensionale Ansätze, die auf Arzt, Patient und Praxisteam wirken, einer rein kognitiven Vermittlung von Leitlinieninhalten an Ärzte deutlich überlegen sind (vgl. Grol, Wensing und Eccles, 2005; Rosemann et al., 2007).

Die Diskussion von Leitlinieninhalten in Qualitätszirkeln ist ein wichtiger erster Schritt, nicht nur um Leitlinien besser als Thema der innerprofessionellen Diskussion zu verankern und Anregungen für den weiteren Entwicklungsprozess der Leitlinien selbst zu geben, sondern auch um den teilnehmenden Zahnärzten konkrete Anregungen für den Praxisalltag zu vermitteln.

### 3 Studiendesign

Die Erarbeitung von medizinischen Leitlinien im Sinne systematisch entwickelter Entscheidungshilfen über eine angemessene Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen (vgl. AWMF und ÄZQ, 2001) stellt naturgemäß eine absolut eigenständige Aufgabe dar, die mittlerweile nach einem mehr oder weniger festgelegten Stufenkonzept für jedes Leitlinienthema neu vorangetrieben wird. Einen ebenso eigenständigen Problembereich stellt dann die Frage dar, wie unter den Alltagsbedingungen des ärztlichen Handelns die konkrete Anwendung einer entwickelten Leitlinie aussieht und vor allem, welche Nutzenstiftung die fixierten „Handlungs- und Entscheidungskorridore“ bei der individuellen Patientenversorgung durch den Arzt tatsächlich erreichen können.

Die durch die ZZQ vorgelegten drei Pilotleitlinien (Fissurenversiegelung, Fluoridierungsmaßnahmen und Operative Entfernung von Weisheitszähnen) standen bei der hier zu referierenden Studie also – konzeptionell gesehen – gar nicht fachlich zur Diskussion, sondern es sollte empirisch erhellt werden, wie berufstätige Zahnärzte mit diesen „Produkten“ unter Praxisbedingungen konkret zurechtkommen und welche Vor- oder auch Nachteile bei der Handhabung subjektiv perzeptiert werden. Es interessierte, wie oben schon im Kapitel 1 hervorgehoben, ausschließlich das Einstellungs- und Bewertungsbild von Zahnärzten, die mit diesen drei Leitlinien im Versorgungsalltag umgehen.

#### 3.1 Methodischer Aufbau der Evaluation

Als Feldzugang für diese gerade umrissene Fragestellung wurde auf ein bereits länger bestehendes Netzwerk zahnärztlicher Qualitätszirkel im Raum Hamburg zurückgegriffen<sup>2</sup>. Dies deswegen, um zum einen bei auszuwählenden Zahnärzten an eine selbstreflexive Motivationslage zur Praxisführung (vgl. Micheelis, Walther und Szecsenyi, 1997) anknüpfen zu können und zum anderen, um die organisatorischen Vorteile einer begrenzten Raumeinheit (hier: Hamburg) nutzen zu können, wenn es darum geht, Verbreitung, Nutzung und Rückmeldung in Bezug auf die eingesetzten Leitlinien über eine größere Zeitspanne (hier: vier Monate) systematisch zu beobachten.

Das Forschungsdesign selbst war so angelegt, dass sowohl quantitativ-statistische (durchstrukturierte Selbstausfüllbögen) als auch qualitativ-explorative Erhebungsmethoden (Gruppendiskussion mit „Moderatoren“) zum Zuge kommen sollten, um die Nutzungs- und Bewertungsmuster der beteiligten Zahnärzte möglichst breit dokumentieren zu können. Das Studienvorgehen hatte insgesamt folgende Gestalt:

Zu einer Auftaktsitzung zur Diskussion und Vorstellung des Studiendesigns und der Studienziele wurden über die Zahnärztekammer Hamburg interessierte Qualitätszirkelmoderatoren initiiertes zahnärztlicher Qualitätszirkel eingeladen. An dieser Auftaktveranstaltung im November 2006 nahmen insgesamt 15 Qualitätszirkelmoderatoren teil. Ein Moderator signalisierte bei dieser Veranstaltung, dass er mit seinem

---

<sup>2</sup> Wir danken den Qualitätszirkelmoderatoren und den Qualitätszirkelteilnehmern ganz herzlich für ihre engagierte Mitarbeit und Unterstützung dieser Studie. Ohne ihre Beteiligung wäre die Studie selbstverständlich gar nicht möglich gewesen.



Qualitätszirkel nicht an der Studie teilnehmen werde. Insofern erhielten 14 Qualitätszirkelmoderatoren Material zur Durchführung einer ersten Qualitätszirkelsitzung zum Themenkomplex Leitlinien sowie einen Fragebogen zur allgemeinen Einstellung gegenüber Leitlinien und einen Barrierefragebogen mit der Bitte, in der Qualitätszirkelsitzung, in der über das Projekt informiert werden sollte, diese Fragebogen von „ihren“ Qualitätszirkelteilnehmern ausfüllen zu lassen. Aus allen 14 Qualitätszirkeln wurden ausgefüllte Fragebogen zurückgesandt.

Nach einer rund vier Monate dauernden Erprobungsphase der Leitlinien in den eigenen Praxen der Qualitätszirkelteilnehmer wurden die konkreten Erfahrungen mit den angewandten Leitlinien in einer zweiten Qualitätszirkelsitzung erneut diskutiert. Der Fragebogen zur allgemeinen Einstellung gegenüber Leitlinien sowie der Barrierefragebogen sollten nochmals ausgefüllt werden, um mögliche Veränderungen in den kognitiven und emotionalen Einstellungskomponenten gegenüber Leitlinien nach aktiver Anwendung der Leitlinien in den Praxen in Erfahrung zu bringen. Ergänzt wurden diese Fragebogen der zweiten Welle durch einen Beurteilungsbogen der Zahnarztversion und der Patienteninformation zu den jeweils erprobten Leitlinien Weisheitszähne, Fissurenversiegelung und Fluoridierungsmaßnahmen. Das Schaubild (vgl. Abb. 1) fasst noch einmal in grafischer Form den methodischen Aufbau und die erzielten Ausschöpfungsraten der vorliegenden Studie zusammen.

Von den 14 Qualitätszirkelmoderatoren, die in der Auftaktveranstaltung von November 2006 Bereitschaft signalisiert hatten, die Leitlinien in „ihrem“ Qualitätszirkel zu diskutieren und in den Praxen der jeweiligen Qualitätszirkelmitglieder zu erproben, wollten

sieben Qualitätszirkel die Leitlinie Fissurenversiegelung,  
drei Qualitätszirkel die Leitlinie Fluoridierungsmaßnahmen und  
vier Qualitätszirkel die Leitlinie Weisheitszähne

thematizieren.

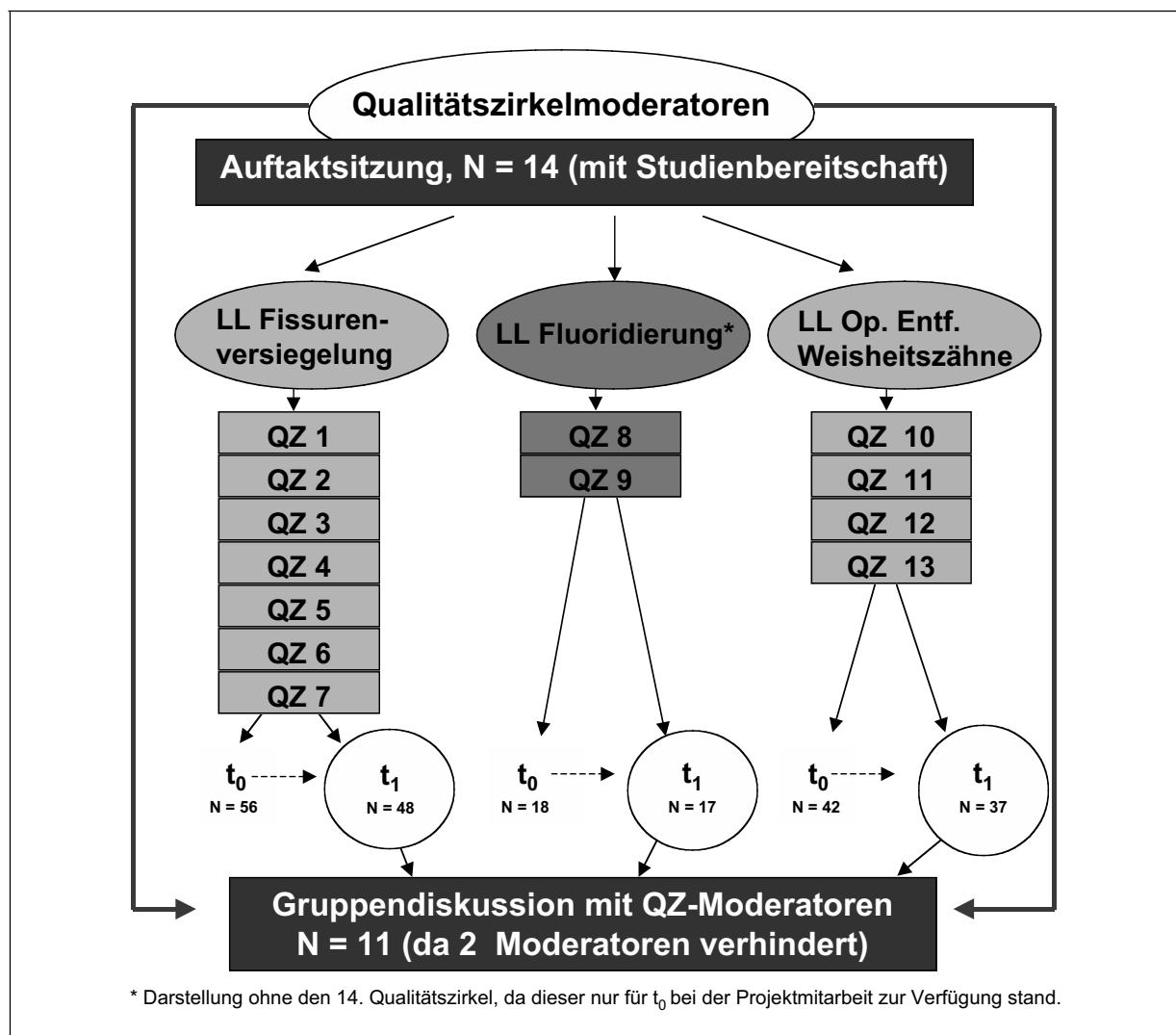
Nach der jeweils ersten Qualitätszirkelsitzung zum Zeitpunkt  $t_0$  wurden von den 14 mitarbeitenden Qualitätszirkeln insgesamt 123 Fragebögen zur allgemeinen Einstellung gegenüber Leitlinien zurückgesandt. Für die Gesamtauswertung wurde die Zahl für den Zeitpunkt  $t_0$  aber auf 116 Fragebögen reduziert, da ein Qualitätszirkel (zur Leitlinie Fluoridierungsmaßnahmen) keine Fragebögen für den Zeitpunkt  $t_1$  geliefert hatte; nach der zweiten Qualitätszirkelsitzung ( $t_1$ ) wurden dann nur noch von 13 Qualitätszirkeln insgesamt 102 Fragebögen zur Einstellung gegenüber Leitlinien und zur Beurteilung der Arbeit mit den drei verschiedenen Leitlinien zurückgesandt. An der Gruppendiskussion zum Abschluss der Feldphase des Projektes (Mai 2007) nahmen von den 13 Qualitätszirkeln insgesamt 11 Moderatoren teil; zwei Moderatoren waren verhindert und mussten als Ausfälle hingenommen werden.

Folgende Ausfälle waren im Rahmen der Studie als Gesamtbilanz zu verzeichnen:

ein Qualitätszirkelmoderator hat nur an der Auftaktveranstaltung teilgenommen, sich am Projekt jedoch nicht beteiligt;

ein Qualitätszirkel hat nur zum Zeitpunkt  $t_0$  mitgemacht, wurde daher bei der vergleichenden Endauswertung entsprechend nicht berücksichtigt (Leitlinie Fluoridierungsmaßnahmen);  
zwei Qualitätszirkelmoderatoren waren bei der Gruppendiskussion verhindert und entschuldigt (Leitlinie Fissurenversiegelung).

Abbildung 1: Methodischer Aufbau und Ausschöpfungsraten des Projekts ELL-QZ



### 3.2 Eingesetzte Fragebögen

Insgesamt wurden drei unterschiedliche Fragebögen eingesetzt, die jeweils an alle zahnärztlichen Qualitätszirkelteilnehmer ausgegeben worden waren. Hierbei handelt es sich um folgende Fragebogentypen:

- „Einstellungsfragebogen“: zu dem Zeitpunkt  $t_0$  und dem Zeitpunkt  $t_1$  zur Bearbeitung ausgegeben;
- „Barrierefragebogen“: zu dem Zeitpunkt  $t_0$  und dem Zeitpunkt  $t_1$  zur Bearbeitung ausgegeben;
- „Beurteilungsfragebogen“: nur zum Zeitpunkt  $t_1$  zur Bearbeitung ausgegeben.

Sowohl der „Einstellungsfragebogen“ als auch der „Barrierefragebogen“ wurden vollständig aus der Arbeit von Kunz (2005) übernommen, da dort diese Fragekonzepte bereits einer empirischen Austestung zugeführt worden waren. Beide Fragebogentypen basieren auf Konzepten aus dem angloamerikanischen Sprachraum, der „Einstellungsfragebogen“ geht auf eine entsprechende Itementwicklung von Tunis et al. (1994) zurück und der „Barrierefragebogen“ auf eine Entwicklung von Cabana et al. (1999). Kunz (2005) hatte das Original des „Einstellungsfragebogens“ ins Deutsche übertragen und um drei weitere Items, die auf die aktuelle Diskussion in Deutschland abzielen, ergänzt. Der „Barrierefragebogen“ umfasste ursprünglich sieben Items und wurde von Kunz um weitere acht Items ergänzt bzw. thematisch ausdifferenziert. Beide Fragebögen waren pro Item jeweils auf einer 5er-Abstufung („Zustimmung“ bis „Ablehnung“) skaliert.

Der „Beurteilungsfragebogen“ stellt eine Eigenentwicklung des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA)/Göttingen dar. Mit insgesamt sieben Fragen (semistrukturiert) jeweils spezifisch für jede ZZQ-Leitlinie wird die Praxistauglichkeit bei den Teilnehmern nach Ende des Feldversuches im Sinne einer Gesamtbilanz abgefragt.

In den Abschnitten 4.1 und 4.3 des folgenden Kapitels 4 sind die Häufigkeitsverteilungen und Mittelwerte der von den Teilnehmern bearbeiteten Antwortskalen im Einzelnen dokumentiert.

### 3.3 Gruppendiskussion

Die zum Abschluss des rund viermonatigen Feldversuchs angesetzte Gruppendiskussion sollte eine organisatorische Plattform abgeben, um in einem offenen und kommunikativen Erfahrungsaustausch mit den Qualitätszirkelmoderatoren das in den jeweiligen Qualitätszirkeln besprochene bzw. erarbeitete interkollegiale Wissen und Bewerten einer Gesamtschau zugänglich zu machen. Folgender Diskussionsleitfaden wurde für diese abschließende Diskussionsrunde (Diskussionsleitung: JS) zugrunde gelegt:

#### 1. Begrüßung

#### 2. Leitfragen

- Wie sind die Qualitätszirkelsitzungen zu Leitlinien aus Ihrer Sicht gelaufen?
- Was war anders gegenüber anderen Qualitätszirkelsitzungen, wenn fachliche Themen behandelt werden?
- Hat sich bei der Leitliniendiskussion die Rolle des Qualitätszirkelmoderators verändert?
- Wie hat sich die Leitlinie unter Praxisbedingungen bewährt?
- Wo und bei welchen Punkten/Fällen war die Leitlinie hilfreich?
- Wo und bei welchen Punkten wurde den Empfehlungen der Leitlinie nicht gefolgt?
- Was waren die Gründe dafür?
- Beispiele bzw. Fälle, wo die Leitlinie gut passte, wo sie weniger gut passte.
- Bringt die Leitlinie Nutzen für die Diagnose und Therapie/für die Kommunikation mit dem Patienten/für den Praxisablauf?

3. Feedback der Ergebnisse aus den schriftlichen Befragungen
4. Weiteres Vorgehen

Das gesamte Gespräch dieser Gruppendiskussion (Zeitdauer: rund 2A Stunden) wurde auf Tonband aufgezeichnet und für die wissenschaftliche Auswertung wortwörtlich abgeschrieben. Die Auswertungsprozedur orientierte sich dabei an einer inhaltlich-thematischen Nachzeichnung der dokumentierten Diskussionsabläufe und umfasste sowohl deskriptiv-reduktive als auch interpretativ-reduktive Schritte der Informationsaufbereitung (vgl. Mangold, 1973; Mayring, 1997; Lamnek, 2005); auch wurden einfache Häufigkeitszählungen der Nennungsspektren zu den erörterten Themen- bzw. Fragekomplexen vorgenommen. Diese qualitative Auswertung des Tonbandtranskriptes wurde von zwei Auswertern (BBK und WM) unabhängig voneinander vorgenommen und für die Ergebnisübersichten im Diskursverfahren zusammgeführt.

## **4 Ergebnisse**

### **4.1 Fragebogenauswertungen**

#### **4.1.1 Einstellungsfragebogen**

Die generelle Einstellung zu Leitlinien wurde von allen Qualitätszirkelteilnehmern durch einen kurzen Fragebogen mit Statements zu Beginn des Projektes ( $t_0$ ) und nach vier Monate dauernder Erprobung der Leitlinie in den Zahnarztpraxen ( $t_1$ ) abgefragt<sup>3</sup>. Auf einer 5-Punkte-Skala von „stimme nicht zu“ bis „stimme völlig zu“ konnten die Befragten ihre Antworten ankreuzen. Die Statements zur Einstellung zu Leitlinien waren bereits früher bei Berliner Hausärzten (vgl. Kunz, 2005) als auch in Befragungen in USA (vgl. Tunis et al., 1994) und Kanada (vgl. Ferrier et al., 1996) eingesetzt worden (s. auch Abschnitt Kap. 3.2). Insgesamt 116 ( $t_0$ ) bzw. 102 ( $t_1$ ) Fragebögen wurden in die Auswertung einbezogen.

Die höchste Zustimmung sowohl zum Zeitpunkt  $t_0$  als auch  $t_1$  erhielt die Aussage „Leitlinien sind dazu gedacht, die Behandlungsqualität zu verbessern“, gefolgt von den Aussagen „Leitlinien sind gute didaktische Mittel“ und „Leitlinien sind eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissens“. Die geringste Zustimmung fanden die Aussagen „Leitlinien sind dazu gedacht, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken“, „Leitlinien schränken das eigene Denken zu stark ein“ oder „Leitlinien schränken die benötigte Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung zu sehr ein“ (vgl. Tab. 1).

Damit erhalten Aussagen, die eine positive Bewertung von Leitlinien vornehmen, deutlich höhere Zustimmungsraten als Aussagen, die eine kritische Einstellung zu Leitlinien beinhalten. Die Erfahrung mit Leitlinien im Praxisalltag verändert an der positiven Einschätzung von Leitlinien wenig, bei den eher negativen Aussagen zu Leitlinien wird die kritische Einstellung Leitlinien gegenüber jedoch deutlich geringer.

---

<sup>3</sup> Wir danken an dieser Stelle dem Kollegen Dr. David Klingenberg/IDZ für die Unterstützung bei der quantitativen Auswertung der durchstrukturierten Erhebungsteile im Rahmen des Projektes.

**Tabelle 1: Einstellungen gegenüber Leitlinien (t<sub>0</sub> = erste Welle, t<sub>1</sub> = zweite Welle)**

Einstellungen	stimme zu/stimme völlig zu	
	t <sub>0</sub>	t <sub>1</sub>
	%	%
Leitlinien stellen eine Art „Kochbuchmedizin“ dar .....	52,4	47,0
Leitlinien sind dazu gedacht, die Behandlungsqualität zu verbessern .....	69,9	70,4
Leitlinien schränken die benötigte Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung zu sehr ein .....	24,4	17,4
Leitlinien sind dazu gedacht, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken.....	20,6	10,6
Leitlinien beschränken die ärztliche Therapiefreiheit .....	30,2	24,5
Leitlinien sind eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissensstandes .....	59,8	62,0
Leitlinien schränken das eigene Denken zu stark ein .....	23,3	17,5
Leitlinien stellen einen bequemen Ratgeber dar .....	49,4	46,5
Leitlinien werden die Häufigkeit von Regressansprüchen oder Disziplinarverfahren erhöhen .....	32,2	31,7
Leitlinien sind gute didaktische Mittel .....	64,0	62,3
Leitlinien werden meist von Experten entwickelt, die nur wenig vom Praxisalltag verstehen .....	34,6	25,9

So wird den Aussagen „Leitlinien sind dazu gedacht, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken“, „Leitlinien schränken die benötigte Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung ein“ und „Leitlinien werden meist von Experten entwickelt, die nur wenig vom Praxisalltag verstehen“ zum Zeitpunkt t<sub>1</sub>, also nach Erprobung einer Leitlinie im Praxisalltag, noch weniger zugestimmt als vor (!) Erprobung einer Leitlinie.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass Leitlinien bei der befragten Zahnarztgruppe generell leicht positiv eingeschätzt werden und dass nach Erfahrungen mit Leitlinien skeptische Einstellungen geringer werden.

Dies bestätigt sich auch im Vergleich zu den Berliner Hausärzten oder den Befragungen in USA und Kanada (vgl. Kunz, 2005; Tunis et al., 1994; Hayward, 1997). Im Vergleich sind die Hamburger Zahnärzte leicht aufgeschlossener bei allen Fragen Leitlinien gegenüber eingestellt als in den anderen hier zitierten Befragungen deutlich wird (vgl. Tab. 2). Ausnahme ist nur die Aussage, dass Leitlinien häufiger von Experten entwickelt werden, die wenig vom Praxisalltag verstehen. Hier sind die Berliner Hausärzte etwas weniger skeptisch gegenüber den Leitlinienautoren. Die kritische Einstellung der Hamburger Zahnärzte zu den Autoren von Leitlinien wurde jedoch – wie oben aufgeführt – nach Erprobung der Leitlinie deutlich geringer.

**Tabelle 2: Einstellungen zu Leitlinien, Vergleich mit Ergebnissen aus anderen Studien (gerundete Prozentangaben: stimme zu/stimme völlig zu)**

<b>Einstellungen</b>	ELL-QZ-Studie Zahnärzte 2007 (t <sub>0</sub> ) %	Berliner Hausärzte-Studie <sup>1)</sup> 2003 %	Farquhar-Review <sup>2)</sup> (2002) %	Tunis-Studie <sup>3)</sup> USA (1994) %	Ferrier-Studie <sup>4)</sup> Kanada (1996) %	Hayward-Studie <sup>5)</sup> Kanada (1997) %
Leitlinien stellen eine Art „Kochbuchmedizin“ dar .....	52	49	–	25	17	22
Leitlinien sind dazu gedacht, die Behandlungsqualität zu verbessern .....	70	60	70	70	76	63
Leitlinien schränken die benötigte Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung zu sehr ein .....	24	37	30	24	22	26
Leitlinien sind dazu gedacht, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken .....	21	50	53	61	63	55
Leitlinien beschränken die ärztliche Therapiefreiheit .....	30	45	34	21	10	23
Leitlinien sind eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissensstandes .....	60	54	–	31	33	32
Leitlinien schränken das eigene Denken zu stark ein .....	23	31	–	–	–	–
Leitlinien stellen einen bequemen Ratgeber dar .....	49	49	75	67	79	53
Leitlinien werden die Häufigkeit von Regressansprüchen oder Disziplinarverfahren erhöhen ...	32	44	–	–	–	–
Leitlinien sind gute didaktische Mittel .....	64	42	71	64	69	51
Leitlinien werden meist von Experten entwickelt, die nur wenig vom Praxisalltag verstehen .....	35	51	–	–	–	–

<sup>1)</sup> vgl. Kunz, 2005; <sup>2)</sup> vgl. Farquhar, Kofa und Slutsky, 2002; <sup>3)</sup> vgl. Tunis et al., 1994; <sup>4)</sup> vgl. Ferrier et al., 1996; <sup>5)</sup> vgl. Hayward, 1997

Die generell recht positive Haltung der Hamburger Qualitätszirkelzahnärzte mag damit zu tun haben, dass alle anderen Studien zu früheren Zeitpunkten durchgeführt wurden, als die Skepsis gegenüber dem relativ neuen Instrument Leitlinie noch größer war, oder auch mit der Tatsache, dass Zahnärzte, die an Qualitätszirkeln teilnehmen, neuen Entwicklungen gegenüber generell aufgeschlossener erscheinen.

### 4.1.2 Barrierefragebogen

Ebenfalls aus der Berliner Hausärztebefragung (vgl. Kunz, 2005, S. 41) wurde der Barrierefragebogen vollständig übernommen und zu den Zeitpunkten  $t_0$  und  $t_1$  abgefragt. Die Ergebnisse zu den Antwortvorgaben „empfinde ich als großes/sehr großes Problem“ vor und nach Anwendung der Leitlinie in der eigenen Praxis sowie den Vergleich zu der Berliner Hausärztebefragung werden zusammen in Tabelle 3 dargestellt.

<b>Tabelle 3: Barrieren der Leitlinienanwendung – Vergleich Zahnärzte/Hausärzte</b>				
Die Anwendung von Leitlinien kann (neben der grundsätzlichen Ablehnung von Leitlinien) durch weitere, verschiedene Faktoren erschwert werden. Im Folgenden führen wir einige davon auf. Uns interessiert, wie problematisch sich diese für Sie darstellen.				
<b>Barrieren</b>	Empfinde ich als großes/ sehr großes Problem			
	ELL-QZ-Studie Zahnärzte 2007		Berliner Hausärzte- Studie 2003 <sup>1)</sup>	
	$t_0$	$t_1$	Leitlinie nicht an- gewendet	Leitlinie ange- wendet
	%	%	%	%
Mangelnde eigene Übereinstimmung mit den inhaltlichen Empfehlungen der Leitlinie .....	29,1	20,0	50,0	28,4
Mangelnde Aktualität der Leitlinie .....	48,5	35,4	57,6	39,2
Mangelndes Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Autoren der Leitlinien....	31,7	17,9	61,6	36,5
Nutzerunfreundliche Formate.....	26,3	21,2	57,2	34,7
Kosten für die Beschaffung von Leitlinien .....	34,0	32,1	42,8	23,0
Unklare juristische Position von Leitlinien .....	47,6	43,5	52,2	36,0
Mangelnder Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien ....	38,6	41,2	62,8	59,5
Komplizierte Anwendbarkeit von Leitlinien .....	37,0	22,4	56,3	35,2
Widersprüchliche Leitlinien .....	57,0	33,3	51,3	52,0
Schwierigkeit, die eigenen Routinen und Gewohnheiten zu ändern.....	27,8	26,2	31,2	22,6
Andersartige Vorstellungen von Patienten .....	24,7	32,1	47,7	52,7
Schwieriges Auffinden guter Leitlinien.....	41,2	38,1	56,3	50,7
Mangelnde Anreize zur Leitlinienanwendung .....	26,1	34,5	40,9	32,0
Zeitmangel.....	35,0	36,9	45,9	42,7
Mangelnde Vertrautheit mit den Leitlinieninhalten	20,8	28,2	41,9	29,3

<sup>1)</sup> vgl. Kunz, 2005

Ohne Erfahrung mit Leitlinien ( $t_0$ ) werden von den Hamburger Qualitätszirkelzahnärzten als die größten Barrieren für die Leitlinienanwendung angesehen, dass es widersprüchliche Leitlinien gibt, dass Leitlinien mangelnde Aktualität aufweisen und dass Leitlinien unklare juristische Positionen haben. Nach der Erfahrung mit einer Leitlinie ( $t_1$ ) im eigenen Praxisalltag bleibt als die wichtigste empfundene Barriere die unklare juristische Position der Leitlinie, während die anderen Barrieren deutlich an Bedeutung verlieren. Nach Erprobung der Leitlinie im Praxisalltag durch die Qualitätszirkelzahnärzte stellen sich als die fünf am wichtigsten empfundenen Barrieren für eine Leitlinienanwendung heraus:

- die unklare juristische Position
- der mangelnde Bekanntheitsgrad
- schwieriges Auffinden
- mangelnder Anreiz zur Anwendung
- Zeitmangel

Während einige der empfundenen Barrieren für eine Leitlinienanwendung durch die tatsächliche Erprobung einer konkreten Leitlinie deutlich schwächer werden, so die Bewertung der Tatsache, dass es widersprüchliche Leitlinien gibt, dass Leitlinien als kompliziert anwendbar charakterisiert werden, dass der Glaubwürdigkeit und der Unabhängigkeit der Leitlinienautoren misstraut wird oder dass Leitlinien nicht aktuell genug sind, bleiben andere Barrieren von der Leitlinienanwendung unbeeinflusst. So werden weiterhin auch nach einer Erprobung z. B. Zeitmangel oder die Schwierigkeit, die eigenen Routinen und Gewohnheiten zu ändern, als Hindernis für eine Leitlinienanwendung angegeben.

Im Vergleich zu den Berliner Hausärzten empfinden die Hamburger Qualitätszirkelzahnärzte die abgefragten Barrieren deutlich weniger als Problem. Auch sind die Unterschiede zwischen Hausärzten, die die Leitlinien bisher noch nicht angewendet haben und jenen, die bereits Leitlinien erprobt haben, höher als bei den Hamburger Zahnärzten vor und nach der Anwendung von Leitlinien. Dieser Vergleich mit der Berliner Hausärzte-Studie wird aber dadurch methodisch und inhaltlich eingeschränkt, dass die Berliner Befragung zeitlich weiter zurückliegt und vor allem auch nicht mit Qualitätszirkelteilnehmern (in der sozialen Zusammensetzung zweifellos eine etwas andere Befragungsgruppe) durchgeführt wurde.

Durch die Anwendung von Leitlinien in der eigenen Praxis werden zwar viele Barrieren abgebaut, einige scheinen jedoch auch durch eine Erprobung nicht wesentlich beeinflusst zu werden. In keinem Fall hat jedoch eine Erprobung zu einer kritischen Haltung oder zu vermehrten Schwierigkeiten mit Leitlinien geführt.

## 4.2 Ergebnisse der Gruppendiskussion

Die Gruppendiskussion mit den Qualitätszirkelmoderatoren über die von den Qualitätszirkelteilnehmern gemachten Erfahrungen mit den drei Pilotleitlinien unter Praxisbedingungen hatte zum Ziel, in einem qualitativen, explorativen Verfahren zu eruieren, welche Erfahrungen, Einstellungen und Meinungen die beteiligten Zahnärzte zu Leitlinien während der Erprobung entwickelt hatten. Dabei ging es darum, die ganze Breite an differenzierten Meinungsäußerungen zu erfassen, was bei einem



quantitativen, standardisierten Verfahren, z. B. bei einer Befragung mittels Fragebogen, nicht möglich ist.

An der Gruppendiskussion unter professioneller Gesprächsführung nahmen 11 Qualitätszirkelmoderatoren teil. Die Ergebnisse werden hier nach vier thematischen Schwerpunkten dargestellt.

#### 4.2.1 Patientenversion der Leitlinien

Die jeweilige Patientenversion der drei Pilotleitlinien ist ein Faltblatt (Leporello) von sechs (Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe und Fissurenversiegelung) und acht (Operative Entfernung von Weisheitszähnen) Spalten, davon ca. vier bis fünf Spalten Text und einige Abbildungen. In der Patientenversion werden in kurzer Form die Aussagen aus der Zahnarztversion in patientenverständlicher Weise wiederholt.

Die Patientenversionen der drei Pilotleitlinien wurden von den Qualitätszirkelteilnehmern, wie die Qualitätszirkelmoderatoren berichteten, recht kritisch beurteilt. Hauptsächlich Anmerkungen in der Diskussion bezogen sich auf die Textmenge, die Textgestaltung, die begrenzte Reichweite, die Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und den Nutzen für Arzt und Patienten oder es wird auf andere – bessere – Informationsquellen verwiesen (s. Übersicht 3).

Für diese Übersicht wurden die unterschiedlichen, inhaltlich voneinander abgegrenzten – also nicht redundanten – Äußerungen der Diskussionsteilnehmer zunächst der Reihe nach alle aufgelistet, dann wurden die Äußerungen Themen bzw. Dimensionen zugeordnet und dann noch nach ihrer Häufigkeit ausgezählt. So ergab sich eine deskriptiv-reduktive Aufarbeitung der Diskussionsbeiträge bei der Gruppendiskussion.

#### Übersicht 3: Äußerungen zur Patientenversion in der Gruppendiskussion (N = 11 Teilnehmer)

Themen	Aussagen	Anzahl der Äußerungen
Textmenge	Zu viel Text	2
	Patienten nicht überfrachten	1
	Eltern lesen das nicht	1
	Erläuterungen für Patienten nicht relevant	2
	Kurze und bündige Empfehlung wäre besser	1
		7
Textgestaltung	Zu komplizierte Sprache	1
	Aussagen übersichtlicher gestalten	1
	Bildmaterial schlecht	1
	Für Patienten sehr verständlich geschrieben	1
		4

Selektive Reichweite	Nachfrage nach Patienteninfo abhängig von sozialer Schicht	1
	Nicht geeignet für jeden	1
	Toll für jemanden, der mehr lesen will	1
	Wissensdurstige bekommen etwas in die Hand	1
		4
Andere Informationsquellen	Es werden andere Informationsbroschüren genutzt	4
	Es wird mehr auf die Beratung des Arztes gehört	1
		5
Nutzen für Arzt und Patienten	Spart Zeit mit dem Patienten	1
	Eltern wollen informiert sein	1
	Patienteninfo als Aufklärungsmaterial wird von Eltern genutzt und gelesen	1
	Gute Argumentationshilfe	2
		5
Belastung Arzt-Patient-Verhältnis	Führt zu langen Diskussionen	4
	Aussagen werden als problematisch/missverständlich empfunden	2
	Weckt Ansprüche	2
	Hat zu Ärger und Vorwürfen geführt	2
	Angst in Therapieentscheidung hinterfragt zu werden	1
		11

Übersicht 3 zeigt, dass die Textmenge von vielen als zu groß empfunden wird und auch die Textgestaltung scheint manchen zu kompliziert zu sein. Einige meinen, dass daher die Patientenversionen nur von bestimmten sozialen Schichten verstanden und akzeptiert werden.

Dies belegen Äußerungen aus der Gruppendiskussion:

*„Aber ich sehe deutlich, dass es in anderen Stadtbereichen einen anderen Aufklärungsstand gibt und an diesen unterschiedlichen Aufklärungsstand der Patienten, da sollte sich die Information ja wenden und deshalb treffen diese Argumente des geringen Textes und viel Bild vielleicht noch stärker zu, wenn man mal das Gesamtspektrum der Bevölkerung sieht.“*

Ein anderer Teilnehmer äußert:

*„... und in den Patienteninformationen sind Worte, die Eltern sind heutzutage 25–30 in Hamburg, durchschnittlich gebildet, aber wenn da ‚präventiv‘ oder ‚Indikation‘ steht, dann schalten sie teilweise ab und legen das zur Seite.“*

Noch eine weitere Meinung:

*„Ich denk, wir müssen nur aufpassen, dass wir unsere Patienten nicht überfrachten, dann bekommen sie beim Zahnarzt schon wieder was in die Hand gedrückt, was sie lesen sollen, das wird einfach zu viel, das ist ganz toll für jemanden, der dann ein*

*bisschen mehr wissen will, das ist ein bisschen fundierter, aber ich denke, es ist nicht geeignet, jeden damit zwangszubeglücken.“*

Einige Diskussionsteilnehmer bevorzugen ausdrücklich andere Informationsquellen für Patienten; dies trifft insbesondere für eine Informationsbroschüre der Zahnärztekammer Hamburg zur Fissurenversiegelung und Erläuterungen im Kinderpass zu Fluoridierungsmaßnahmen zu. Es wird aber auch auf die größere Bedeutung der Beratung durch den Arzt verwiesen.

In mehreren Diskussionsbeiträgen wird der Nutzen der Patienteninformation herausgestellt, insbesondere wird sie als gute Argumentationshilfe gegenüber dem Patienten bewertet; von neutraler Stelle wird die eigene fachliche Argumentation und Beratung unterstützt.

Am kritischsten werden die Patienteninformationen dort gesehen, wo ihre Aussagen das Arzt-Patienten-Verhältnis belasten könnten, indem z. B. Diagnose- oder Behandlungsmaßnahmen erwähnt werden, die zu einer Anspruchshaltung des Patienten, einer Infragestellung der ärztlichen Entscheidungen oder zu langen Diskussionen führen.

Der Bericht eines Moderators aus seiner Qualitätszirkelsitzung zeigt die ambivalente Einschätzung von Nutzen und Belastung durch die Patienteninformationen:

*„Die eine Hälfte sagte, es ist also durchaus eine gute Argumentationshilfe gegenüber den Patienten, weil bei dieser Fragestellung es häufig darum geht, ja muss das denn sein, kann man es nicht auch lassen. Die andere Hälfte aber sagte, das macht auch mehr Schwierigkeiten, weil zu den Leitlinien auch verschiedenste Indikationen und verschiedenste Risiken aufgezählt werden, die man hinterher bei dem Gespräch mit dem Patienten dann wieder ausbügeln muss.“*

Ein anderer Diskussionsteilnehmer berichtet, dass die Patienteninformationen, je nach Art wie sie an die Patienten weitergegeben werden, zu Ärger und Vorwürfen geführt haben:

*„... also zuerst hatte ich die zwei, drei Patienteninfos so mitgegeben. Da gab's keine Diskussion, aber dann hab ich den Fehler oder die Sache gemacht, ich hab's in mein Wartezimmer gelegt. Natürlich mit dem Ergebnis, dass die Leute das gelesen haben, bevor sie zu mir kamen. Und das hat auf einmal dafür gesorgt, dass die ganz einfache Zahnkontrollbehandlung nicht zehn Minuten, sondern manchmal 20 oder 25 Minuten gedauert hat und ich auf einmal mit Vorwürfen konfrontiert worden bin, warum ich nicht noch mehr mache, obwohl ich eigentlich schon der Meinung war, dass ich viel mache. Da gab's richtig Zoff“.*

Einzelne Aussagen in den Patienteninformationen wurden als problematisch empfunden, da sie zu Missverständnissen führen können:

*„... und es wurde auch kritisiert vom Inhalt, dass teilweise Aussagen drin waren, die nicht so schön empfunden wurden, wie ‚das geht schnell‘, aber das ist eher negativ, der Patient liest, das macht man dann eben so, dann ist das gar nichts, dann darf es*

*auch nichts kosten. Das wurde eigentlich in dem Bereich eher negativ und als überflüssig angesehen.“*

In den Diskussionsbeiträgen zu den Erfahrungen mit den Patienteninformationen im Praxisalltag überwiegen kritische Äußerungen gegenüber positiven Bewertungen, über die jedoch durchaus auch berichtet wird bis hin zur Begeisterung:

*„... der eine Kollege war so begeistert ..., er wollte also unbedingt stapelweise noch mehr Patienteninformationen haben.“*

Ein homogenes Meinungsbild zu den Patienteninformationen lässt sich aus der Gruppendiskussion nicht erschließen.

Die Patienteninformationen haben bei der Erprobung im Praxisalltag insgesamt eine Reihe von kritischen Punkten deutlich werden lassen. Einerseits werden Form und Sprache kritisiert, diese Punkte können bei einer Aktualisierung der Patienteninformationen beachtet werden und haben prinzipiell nichts mit der Akzeptanz von Leitlinien zu tun. Andererseits aber wird die Wirkung von leitliniengestützten Patienteninformationen auf die Arzt-Patient-Beziehung skeptisch bewertet, weil sie den informierten, manchmal auch den halb informierten, kritischen Patienten fördern und dies die Arzt-Patient-Beziehung schwieriger machen kann. Diese Wirkung hat jedoch auch nichts mit der Akzeptanz von Leitlinien im Praxisalltag zu tun, sondern ist eine Wirkung von Patienteninformationen generell.

#### **4.2.2 Zahnarztversion der Leitlinien**

Die jeweilige Zahnarztversion der drei Pilotleitlinien ist eine achtseitige Publikation, in der auf einer Seite generell darüber informiert wird, was Leitlinien sind und was damit erzielt werden soll, dann folgen vier bis fünf Seiten über Definition, Datenbasis, Diagnostik und Empfehlungen zur Durchführung und Therapie zu den konkreten Leitlinienthemen mit Empfehlungsgraden und dann noch ein bis zwei Seiten Hinweise auf Autoren, beteiligte Gruppierungen, Literatur und Links. Diese Publikationen wurden an alle Qualitätszirkelteilnehmer verteilt. Die Erfahrungen und die dort gemachten Aussagen unter Alltagsbedingungen wurden in der Gruppendiskussion gesammelt.

In der Diskussion wurden verschiedene Aspekte, unter denen die Zahnarztversion bewertet wurde, angesprochen. Übersicht 4 zeigt diese verschiedenen Dimensionen und Aspekte. Für die Übersicht wurden die einzelnen Diskussionsbeiträge zu Aussagen zusammengefasst und diese wiederum Themen zugeordnet. Es wurde also eine zweifache Verdichtung der Äußerungen der Diskussionsteilnehmer vorgenommen.

Leitlinien werden zunächst als Instrumente zur Wissensfundierung bewertet, so u. a. als Zusammenfassung des zur Verfügung stehenden Wissens, als hervorragende Fortbildung oder als objektive anstelle subjektiver Behandlungsempfehlung. Die Aufgabe von Leitlinien, das aktuelle, kompensierte Wissen zusammenzufassen und systematisch zu bewerten, wird in vielen Diskussionsbeiträgen anerkannt. Es wird auch nicht in Zweifel gezogen, dass die erprobten Pilotleitlinien diese Aufgabe erfüllen:

„Ich geh mal davon aus, dass die Leitlinien wissenschaftlich korrekt erarbeitet wurden und dass das eben auch so hingeschrieben wurde, wie das irgendwo gefunden wurde in der Literatur, insofern sind die Leitlinien selber ja nicht anzuzweifeln. Sie tragen sicherlich im Rahmen einer Fortbildung dazu bei, dass die Kollegenschaft informiert wird, wenn irgendwas Neues auf dem Markt ist, an Ideen, wenn neue Meta-studien da sind, die irgendwas belegen, was wir bislang nicht wussten und insofern haben die auch Sinn.“

#### Übersicht 4: Äußerungen zur Zahnarztversion in der Gruppendiskussion

Themen	Aussagen	Anzahl der Äußerungen
Leitlinie zur Wissensfundierung	Ist Zusammenfassung des zur Verfügung stehenden Wissens	1
	Ist hervorragende Fortbildung	2
	Leitlinien sind nicht anzuzweifeln	2
	Sind etwas Objektives, nicht persönliche Empfehlung oder Routine des Behandlers	1
	Es ist angenehm, Infos zu bekommen, was der neueste Stand ist	3
	Leitlinien sollen Behandlungen absichern, auf der Basis der Weltliteratur	1
		<hr/> 10
Gestaltungsmängel	Form, Verpackung (in Broschürenform) zu aufwändig	1
	Zu viel, zu umfangreich	3
	Qualität der Bilder schlecht	1
	Sprachliche Unschärfen, ungenaue Formulierung, verwendete Begriffe werden nicht erläutert	3
		<hr/> 8
Indikationsbereiche und Reichweite von Leitlinien als Anwendungsproblem	Leitlinien sind zum Teil hilfreich, aber nicht erforderlich	1
	Leitlinien werden für einfache Maßnahmen (z. B. Fissurenversiegelung) nicht gebraucht	2
	Inhalt zu banal, zu viel Überflüssiges	1
	Leitlinien können in Richtung Banalität abdriften	1
	Leitlinien sind Ausbildungshilfen, die aber für fertige Zahnärzte nicht gebraucht werden	1
	Auch wenn man Leitlinien beachtet, kann etwas schief gehen	1
	Ohne Leitlinien besser individuell auf Patienten eingehen	2
	Bestimmte Aussagen werden abgelehnt (Patientenwunsch für Vollnarkose)	2
	Leitlinien sind so flexibel gehalten, dass sie nicht stören	1
	Passt nicht auf Praxisalltag	1
	Akzeptieren oder abweichen von Leitlinien, beides möglich	1
Patient soll informiert werden, dann kann er selbst entscheiden	1	
		<hr/> 15

Argumentationshilfe	Leitlinien teilweise hilfreich bei Widerspruch eigener Behandlungsweise zur Kassenrichtlinie	1
	Hilft gegenüber KZV Maßnahmen zu begründen	1
	Argumentationshilfe gegenüber KFO	2
	Leitlinien praktisch, um eigene Position zu unterstützen	1
	Hilfreich zur Beratung des Patienten, da Leitlinien objektives Wissen sind	2
		<hr/> 7
Stärkung der eigenen Behandlungssicherheit	Leitlinie unterstützt Behandlungssicherheit	1
	Leitlinie hilfreich, weil eigenes Handeln reflektiert wird	2
	Bestätigt das eigene Handeln (mit kleinen Modifikationen)	2
	Leitlinien werden dort als hilfreich angesehen, wo das eigene Handeln bestätigt wird	1
	Man sieht die Leitlinie problemlos, wenn man mit Inhalten übereinstimmt	1
	Bei Grenzfällen waren Leitlinien sehr hilfreich	1
	<hr/> 8	
Veränderung von Routinen	Leitlinie wird als neu zu Lernendes angesehen	1
	Wo kein Konsens mit Leitlinie, auch kein Überdenken der eigenen Handlungsweise	1
	Keine Fälle, die dann durch Leitlinien anders behandelt wurden	1
	Neues Verschreibungsverhalten durch Leitlinie	2
	Neues Verhalten ausprobiert, das durch Leitlinie gedeckt ist	1
	<hr/> 6	
Belastung Arzt-Patienten-Verhältnis	Aussage kann zu Diskussionen und Komplikationen führen	1
	Führt zu Ansprüchen des Patienten	1
	Leitlinien führen zu mehr Vorleistungen: mehr Infos und Absicherungsaufklärung des Patienten	1
	<hr/> 3	
Sonstiges	Leitlinien verhindern ganzheitliche Zahnmedizin	1
	Leitlinien werden für Praxis-Marketing benutzt	2
	Leitlinien fassen Wissen für andere zusammen, machen den Dummen schlau	1
	Es werden Empfehlungen zu Materialien gegeben, ohne diese zu begründen	1
	<hr/> 5	

Eine positive Wertung von Leitlinien als Wissensfundierung geht auch aus folgender Äußerung hervor:

*„... , dass es wohl insgesamt als angenehm empfunden wird, in irgendeiner Form eine Information zu bekommen, was ist im Augenblick Standard. Nicht nur das, was ich übersehe oder auf dem Niveau, wo ich vielleicht stehen geblieben bin, sondern eine Information zu bekommen, so was ist der nationale oder internationale Standard für die und die Maßnahme.“*

Wie auch schon bei der Patientenversion gab es von einigen Kritik an der Gestaltung der Zahnarztversionen, als zu umfangreich, zu aufwändig oder es wird auf sprachliche Unschärfen, ungenaue Formulierungen oder fehlende Erläuterung von Begriffen hingewiesen.

Viele Äußerungen der Diskussionsteilnehmer beziehen sich auf Indikationsbereiche und die Reichweite von Leitlinien bei der Anwendung. Leitlinien werden mehrfach als etwas Banales angesehen, das der Zahnarzt nicht wirklich braucht. Ohne Leitlinien könne der Zahnarzt besser individuell auf den Patienten eingehen:

*„... ich weiß nicht, ob das speziell unser Kollegenkreis ist, da wurde Individualität über alles gelobt und es wurde gesagt, wir müssen auf jeden Patienten ganz individuell eingehen, das sind also dann solche Allgemeinurteile und das muss man im Einzelfall dann speziell entscheiden und das möchte ich mir selbst vorbehalten, das ist meine Pflicht als Arzt und das möchte ich dann – wie gesagt – ohne diese Leitlinie machen können. Das war generell so der Tenor ...“*

Es wird auch geäußert, dass die Leitlinien so flexibel formuliert sind, dass sie nicht stören, aber offensichtlich auch nicht nutzen. Es werden auch – allerdings wenige – Beispiele gebracht, bei denen die Empfehlungen der Leitlinien nicht auf den Praxisalltag passen. Es wird festgestellt, dass es möglich ist, Leitlinien sowohl zu befolgen als auch davon abzuweichen. Mit der Leitlinie könne der Patient umfassend informiert werden, um dann selbst zu entscheiden.

Die Äußerungen zur Reichweite von Leitlinien bei der Anwendung zeigen eine eher distanzierte Haltung zu Leitlinien; ihre Existenz wird zwar akzeptiert, für den Praxisalltag aber als wenig relevant bewertet.

Sehr positive Bewertungen der Leitlinien werden vorgenommen, wenn die Leitlinie als Argumentationshilfe benutzt wird, um die eigene fachliche Position gegenüber dem Patienten zu untermauern:

*„Also, ich denke, ein Stück weit ist es dort ganz hilfreich, wo man mit einem Patienten in eine Diskussion gerät über irgendeine vorgeschlagene Behandlung, jetzt unabhängig von diesen zur Diskussion stehenden Leitlinien, von der grundsätzlichen Hilfe, die so eine Leitlinie geben kann, dass man nicht dem Patienten das Gefühl gibt, das ist meine persönliche Empfehlung, dann heißt es, der zieht gerne Weisheitszähne oder so, oder der macht das irgendwie gerne – oder zu sagen, wissen Sie, das ist meine Empfehlung, aber das ist nicht auf meinem Mist gewachsen, weil ich das gerne tue, sondern weil ich glaube nach objektiven Kriterien. Im Zweifel kann er das wirklich mit nach Hause nehmen und dann durchlesen. Wenn sie es dann*

*nicht wollen, dann ist es immer noch ihre Entscheidung, aber hier haben wir etwas Objektives und ich komm weg von der Schiene, dass das meine persönliche Empfehlung ist.“*

Eine weitere positive Bewertung finden Leitlinien, wenn sie Behandlungssicherheit stärken, das eigene Handeln bestätigen oder dazu führen, das eigene Handeln zu reflektieren:

*„... was die Zahnärzterversion anbietet, dass es eigentlich sehr hilfreich war, allein schon deswegen, dass man sich einfach noch mal hinsetzt und noch mal reflektiert, was machst du eigentlich, und was wird denn da jetzt so empfohlen, was macht man, was machst du und was macht man? Und dann war eigentlich Konsens, dass fast alle das so machten mit kleinen Modifikationen. Und von daher eigentlich eher eine Bestätigung des Vorgehens und von daher als hilfreich empfunden, durchaus.“*

Von einigen Diskussionsteilnehmern wird berichtet, dass sie neue Verhaltensweisen ausprobiert haben, die durch die Leitlinien gestützt werden, sodass damit Routinen überdacht und verändert wurden:

*„..., dass ich jetzt eben auch so, Kindern ab sechs, Elmex Gelee zusätzlich verschreibe, was ich vorher nicht gemacht habe und zwei Kollegen machen das neuerdings eben auch, dass sie sagen, das ist durch die Leitlinie gedeckt und wenn einer das auch haben möchte und meint das wäre so, dann kriegt er das und bei den Weisheitszähnen eben, dass man nicht mehr das einfach schluckt, dass ein Kieferorthopäde sagt, ich möchte gerne alle vier Achter raus haben, sondern dass man sagt, nö nö, es gibt eben auch Sachen, wenn sie das nicht haben wollen, die sagen, egal ob die raus sind oder nicht, den Engstand in der Front kriegen sie sowieso. Also insofern, da, an den beiden Positionen hat sich das bei fast allen bei uns geändert.“*

Bei der Zahnarztversion ist insgesamt eine positive Bewertung von Leitlinien in der Gruppendiskussion zu verzeichnen. Sie werden als komprimierte Zusammenfassung der aktuellen Wissensbestände akzeptiert, können als Argumentationshilfe dienen, Behandlungssicherheit stärken und Routinen verändern. Gestaltungsmängel der Leitlinie und eine Belastung der Arzt-Patient-Beziehung werden in wenigen Diskussionsbeiträgen negativ bewertet. Die Reichweite bei der Anwendung von Leitlinien wird eher neutral gesehen, man kann Leitlinien haben, braucht sie aber nicht.

### **4.2.3 Professionspolitische Bewertung von Leitlinien**

Die professionspolitische Einschätzung von evidenzbasierten Leitlinien ist ambivalent. Dies zeigt sich auch in der Gruppendiskussion, in der bereits unter den verschiedenen thematischen Schwerpunkten von den Diskussionsteilnehmern immer wieder professionspolitische Bewertungen angesprochen werden. Diese wurden dann noch in einem eigenen Themenschwerpunkt diskutiert.

Übersicht 5 zeigt die Äußerungen zur professionspolitischen Bewertung in der Gruppendiskussion. Dabei wird häufig nicht nur auf die drei zur Erprobung vorgelegten Pilotleitlinien abgestellt, sondern es werden zu Leitlinien generell Meinungen geäußert.



### Übersicht 5: Äußerungen zur professionspolitischen Bewertung von Leitlinien in der Gruppendiskussion

Themen	Aussagen	Anzahl der Äußerungen
Leitlinie als Behandlungseinengung	Leitlinien können Ersatz für Richtlinien sein	1
	Starke Ablehnung von Leitlinien/Richtlinien	1
	Empfehlung wird leicht als Verpflichtung verstanden	1
	Leitlinien können einengen	1
	Angst vor Flut von Leitlinien (aus einem kleinen Anfang wird eine große Sache)	4
	Angst, dass aus Leitlinien gesetzliche Vorschriften werden	1
	Angst, etwas übergestülpt zu bekommen	1
	Durch Leitlinien will Politik Behandlungen nachweisbar und nachprüfbar machen	1
	Leitlinien engen mehr ein, weil sie alles vorhandene Wissen bündeln	1
	Große Unklarheit über juristische Aspekte der Leitlinien	1
	Leitlinien sind Grundsätze, von anderen gestaltet, die wir befolgen müssen	1
	Führt zu einem hohen Aufwand an Aufklärung und Information	1
	Leitlinien werden als etwas von außen kommendes empfunden, daher kritisch	1
	16	
Leitlinie als Schutzfunktion des Handelns	Leitlinien werden nicht als Einengung angesehen	2
	Keine Angst, dass aus Leitlinien Richtlinien werden	1
	Leitlinien sind hilfreich bei Auseinandersetzungen (Prozess), haben eine Schutzfunktion	4
	Für Gutachter sind Leitlinien gut anwendbar	1
	Leitlinien unterstützen Zahnärzte, da sie haltbares Wissen enthalten, bei immer komplizierter werdenden Prozessen	2
	Leitlinien sind keine Behandlungsvorschriften	1
	11	
Leitlinie als Selbstverpflichtung	Lieber selbst entwickeln und mitgestalten	3
	Akzeptanz von Leitlinien wäre größer, wenn aus Kollegen-gruppe heraus entwickelt	3
	6	

Die Äußerungen zur berufspolitischen Bewertung von Leitlinien zeigen die ganze Ambivalenz, in dem das Leitlinienthema steckt: Ängste und Befürchtungen auf der einen Seite vor Verlust an Freiheit und Individualität, vor Zunahme an Kontrolle und Sanktionen durch Dritte, auf der anderen Seite Akzeptanz von Leitlinien als Schutzfunktion und als fachlich abgesicherte Handlungsempfehlungen.

#### 4.2.4 Verlauf der Qualitätszirkelsitzungen zu Leitlinien

Nach dem Projektdesign haben die Qualitätszirkelmoderatoren zu einem Zeitpunkt  $t_0$  die zu erprobende Leitlinie in einer Qualitätszirkelsitzung vorgestellt und diskutiert. Nach Ablauf von ca. vier Monaten wurden dann in einer zweiten Qualitätszirkelsitzung ( $t_1$ ) die gemachten Erfahrungen mit den Leitlinien im Praxisalltag nochmals besprochen. Wie diese beiden Qualitätszirkelsitzungen abliefen, wurde am Beginn der Gruppendiskussion von den 11 Moderatoren berichtet, insbesondere unter der Fragestellung, was war anders gegenüber anderen Qualitätszirkelsitzungen. Die Berichte der Moderatoren sind in Übersicht 6 zusammengefasst.

Ein einheitliches Bild über den Ablauf der Qualitätszirkelsitzungen ergibt sich nicht, teils liefen sie sehr emotional ab, teils sachlich. Offensichtlich – das zeigen diese kurzen Skizzen über die Qualitätszirkelsitzungen – sind, wie ein Qualitätszirkelmoderator es formulierte, „Leitlinien ein Thema mit Konfliktpotential“.

#### Übersicht 6: Verlauf der Qualitätszirkelsitzungen zu Leitlinien

---

- QZ 1 Lief anders, emotionaler  
Polarisierung: aggressive Ablehnung bis 100 % Zustimmung  
1/5 strikt dagegen, 4/5 abgestuft positiv  
Moderator wie Löwenbändiger gefühlt
- QZ 2 Akzeptanz geteilt: von nein, was soll der Blödsinn, bis ja, mach ich mit  
Insgesamt nach Durchlauf: Beruhigung  
Keine reine Ablehnung, ja wir machen mit
- QZ 3 Erste Sitzung ähnlich wie sonst, zweite Sitzung große Lustlosigkeit  
Keine große Aggressivität  
Resümee: es spricht nichts gegen Leitlinien, aber was soll das Ganze
- QZ 4 War vollkommen anders als sonst, jedoch nicht emotionsvoll  
Vorrangig nach Kritikpunkten in den Leitlinien gesucht  
Es hat Spaß gemacht, sich mit Leitlinien zu beschäftigen  
Leitlinien sind Themen mit Konfliktpotential
- QZ 5 Leitlinienfeindbild vorhanden, da Vorschrift = mehr Bürokratie  
Erst sehr wirr diskutiert  
Resümee: ein neuer Schub an Verwaltung, macht die Arbeit in der Praxis schwieriger,  
Nicht mehr so individuell
- QZ 6 Ablehnung, Naserümpfen: was soll der Blödsinn bis hin zu wunderbar  
Angst, dass wieder einmal Dinge aufgebläht werden  
Mehr Verwaltung befürchtet
- QZ 7 Erste Sitzung: das Neue an Leitlinien herausfinden, Sitzung lief sachlich ab  
In zweiter Sitzung: deutliche Auseinandersetzung, weil jeder das etwas anders bewertet hat
- QZ 8 Gruppe war gegen Leitlinien, werden als Einschränkung empfunden,  
1/5 pro, 4/5 ablehnend  
Sehr aufgebracht und abwartend, große Ablehnung
- QZ 9 Erste Sitzung sehr sachlich  
Zweite Sitzung: was soll der Blödsinn  
Haben richtig aggressiv Stimmung dagegen gemacht  
Sehen keinen Nutzen für den Patienten

- QZ 10 Resonanz eher verhalten  
Zweite Sitzung Desinteresse
- QZ 11 Anders als andere Sitzungen  
Keine offene Ablehnung, verhaltene Unterstützung  
Differenziert zwischen den Leitlinien für uns als Behandler und für die Patienten  
Wir haben die Leitlinie bereits in unseren Praxen umgesetzt

### 4.3 Beurteilung einzelner Leitlinien

In einem kurzen Beurteilungsfragebogen wurden die Teilnehmer der Qualitätszirkel zum Abschluss der Erprobungsphase  $t_1$  gefragt, wie die in dem Qualitätszirkel jeweils erprobte Leitlinie im eigentlichen Themenbezug beurteilt wird. Tabelle 4 fasst die Antworten differenziert nach den drei unterschiedlichen Leitlinienthemen zusammen.

Tabelle 4: Beurteilung der drei Pilotleitlinien nach Erprobung im Praxisalltag*									
Fragen	Fissuren- versiegelung N = 48			Weisheits- zähne N = 37			Fluoridierungs- maßnahmen N = 17		
	voll u. ganz	teils/ teils	nein	voll u. ganz	teils/ teils	nein	voll u. ganz	teils/ teils	nein
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Erfüllt die Leitlinie Ihre Praxisanforderungen hinsichtlich der Indikation der Behandlungsmaßnahmen? <sup>1)</sup>	58,4	35,4	4,2	43,2	51,3	–	29,4	64,7	–
Erfüllt die Leitlinie Ihre Praxisanforderungen hinsichtlich der Durchführung der Behandlungsmaßnahme? <sup>2)</sup>	54,2	35,4	10,4	48,7	45,9	2,7	–	–	–
Erfüllt die Leitlinie Ihre Praxisanforderungen hinsichtlich der Beratung des Patienten?	52,1	37,5	8,3	73,0	18,9	2,7	35,3	58,8	–
Ist die Patienteninformation sinnvoll für den Patienten?	35,4	47,9	8,3	46,0	35,1	10,8	58,8	35,3	5,9
	ja vollst.	nur wichtige Empf.	nein/ selten	ja vollst.	nur wichtige Empf.	nein/ selten	ja vollst.	nur wichtige Empf.	nein/ selten
Setzen Sie die Leitlinie in Ihrer Praxis ein?	33,3	47,9	16,7	18,9	46,0	32,4	52,9	41,2	5,9
* Differenzen zu 100 %: keine Angabe									
<sup>1)</sup> Frage bei Fluoridierungsmaßnahmen: „Erfüllt die Leitlinie ihre Praxisanforderungen hinsichtlich der Empfehlung von Fluoridierungsmaßnahmen?“									
<sup>2)</sup> Frage entfiel bei Fluoridierungsmaßnahmen									

Die Beurteilung der konkreten Leitlinien zeigt, wie auch schon die Aussagen in der Gruppendiskussion, eine positive bis gleichgültige/neutrale Haltung gegenüber den erprobten Leitlinien. Die Leitlinie zur Fissurenversiegelung erfüllt für jeweils über 50 % der Befragten die Praxisanforderungen, jedoch werden die Patienteninformationen und der Einsatz der Leitlinien in der eigenen Praxis eher neutral gesehen.

Die Leitlinie zur Operativen Entfernung von Weisheitszähnen erhält hohe Zustimmung, was die Praxisanforderungen hinsichtlich der Beratung des Patienten betrifft, erfüllt auch die anderen Praxisanforderungen zu knapp 50 %, wird jedoch in der eigenen Praxis seltener eingesetzt. Als Gründe dafür werden u. a. angegeben, dass die Weisheitszahnentfernung in der Praxis selten vorkommt oder weil eigene Erfahrung, fallbedingte Indikation und bisherige fachliche Routine höher geschätzt werden; Zeitmangel und mangelnde Verfügbarkeit werden als Barriere für einen Einsatz auch noch genannt.

Die Leitlinie zu Fluoridierungsmaßnahmen wird als Information für den Patienten sehr geschätzt und häufiger als die beiden anderen Leitlinien in der eigenen Praxis vollständig eingesetzt. Die Praxisanforderungen hinsichtlich der Empfehlung von Fluoridierungsmaßnahmen werden hingegen überwiegend nur teilweise ("teils/teils") erfüllt.

## **5 Ergebnisbewertung und Schlussfolgerungen**

Die drei Pilotleitlinien, über deren Erprobung durch Qualitätszirkelteilnehmer hier berichtet wird, betreffen fachliche Themen, die im Berufsstand nicht allzu kontrovers diskutiert werden. Es scheint auch, dass diese Maßnahmen bereits häufig schon leitlinienkonform durchgeführt werden. Insofern ist die Haltung vieler Qualitätszirkelteilnehmer, die die Leitlinien in ihren Praxen erprobt haben, nicht so deutlich akzentuiert. Es besteht eine leicht positive bis neutrale Haltung gegenüber den erprobten Leitlinien. Dabei muss man aber auch berücksichtigen, dass die vorliegende Studie mit Teilnehmern aus zahnärztlichen Qualitätszirkeln durchgeführt wurde; insofern sind der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die "durchschnittliche" Zahnärzteschaft Grenzen gesetzt, da Qualitätszirkelteilnehmer erfahrungsgemäß kommunikativer und gegenüber Qualitätsthemen insgesamt aufgeschlossener sind als Nichtteilnehmer von Qualitätszirkeln. Hier liegt also eine methodische Grenze in der Reichweitenabschätzung des Ergebnismaterials vor.

Im Falle der im Berufsstand kontroversen Aussage in der Weisheitszähne-Leitlinie, dass eine Extraktion der Weisheitszähne aus kieferorthopädischen Gründen nicht indiziert sei, wird allerdings große Zustimmung zu der Leitlinie geäußert, weil sie als gute Argumentationshilfe gegenüber den Kieferorthopäden verstanden wird und Behandlungssicherheit vermittelt. Es scheint, dass bei fachlich kontroversen Themen oder in Fällen, wo es eine höhere Praxisvarianz bei diagnostischen oder therapeutischen Verfahren gibt, Leitlinien eine deutlichere Positionierung, entweder große Zustimmung oder Ablehnung, hervorrufen. Die drei erprobten Pilotleitlinien sind also möglicherweise ein nicht völlig angemessener Maßstab mit dem Leitlinien in der Zahnmedizin generell bewertet werden.

Der Umgang und die Erfahrung mit den Leitlinien im Praxisalltag haben zu einem Abbau von Vorurteilen gegenüber Leitlinien geführt, dies zeigen die in Kapitel 4.1 berichteten Ergebnisse aus den Befragungen vor und nach Ablauf der Erprobungsphase. Durchgängig wurde die Einstellung zu Leitlinien zwischen  $t_0$  und  $t_1$  positiver, Barrieren für die Leitlinienanwendung wurden bei vielen hindernden Faktoren niedriger. Durch die Erprobung konkreter Leitlinien ging die Scheu vor dem fachlich neuen Instrument der evidenzbasierten Leitlinie verloren, ihre Bedeutung wurde realitätsnäher eingeschätzt.

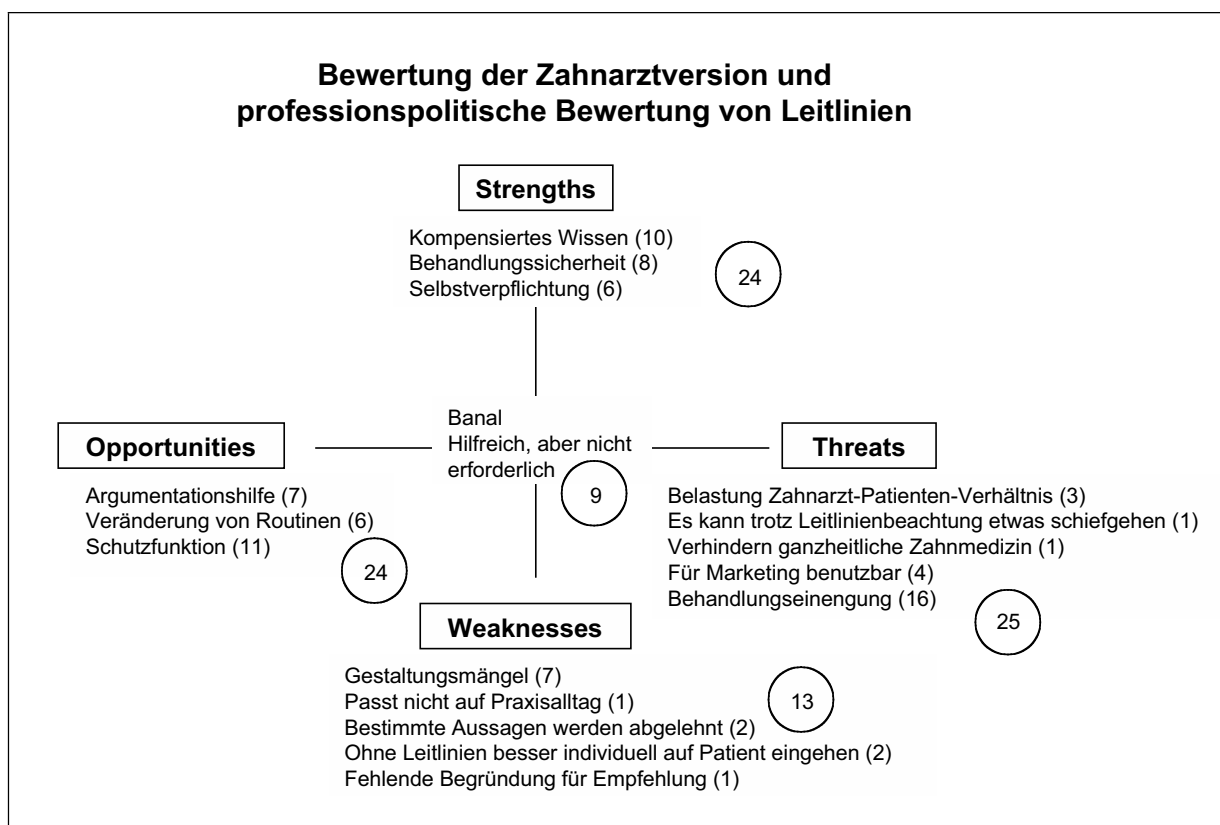
Die Patienteninformationen, die nur die Aussagen der Zahnarztversion in gekürzter Form zusammenfassen, werden in der Gruppendiskussion eher kritisch bewertet, insbesondere was Textmenge und Textgestaltung betrifft. Jedoch ist dies keine generelle inhaltliche Kritik an den Leitlinien und kann durch eine redaktionelle Überarbeitung der Patienteninformationen auch verbessert werden. Die Äußerungen zu den Patienteninformationen werden daher hier auch nicht weiter in die abschließende Bewertung der Leitlinienerprobung und -akzeptanz durch Qualitätszirkel einbezogen, da sie nur mittelbar etwas mit dem Leitlinienthema zu tun haben.

In der Gruppendiskussion wird eine eher positive Bewertung der Leitlinien durch die Teilnehmer deutlich. Dies zeigt eine die Ergebnisse der Gruppendiskussion zusammenfassende Stärken-Schwächen-Analyse. Diese Stärken-Schwächen-Analyse wurde in Anlehnung an eine SWOT-Analyse (Strengths = Stärken, Weaknesses = Schwächen, Opportunities = Chancen und Threats = Gefahren) vorgenommen (vgl. Simon und von der Gathen, 2002). Alle aus der Gruppendiskussion ausgewerteten Themen bzw. Äußerungen wurden diesen vier Dimensionen zugeordnet. Dabei konnten fast alle Themen direkt einer Dimension zugeordnet werden, nur die zum Thema „Indikationsbereiche und Reichweite von Leitlinien als Anwendungsprobleme“ zusammengefassten Äußerungen (s. Übersicht 4, S. 21) wurden einzeln ausgewertet und den Dimensionen der SWOT-Analyse zugeordnet. Die meisten Äußerungen aus diesem Themenbereich wurden jedoch als neutral in den Mittelpunkt der SWOT-Koordinaten eingeordnet.

Abbildung 2 zeigt die Zuordnung der Bewertungen der Zahnarztversion und der professionspolitischen Bewertung von Leitlinien zu den Dimensionen Strengths, Weaknesses, Opportunities und Threats. Daraus ergibt sich, dass 24 Äußerungen den Stärken, 24 Äußerungen den Chancen, 25 Äußerungen den Gefahren, 13 Äußerungen den Schwächen zugeordnet und 9 Äußerungen als neutral eingestuft werden, also insgesamt überwiegen die positiven Bewertungen, wenn auch nicht sehr ausgeprägt.

Eine Umwandlung dieser Zuordnungen in eine quantitative Bilanzierung der positiven und negativen Bewertungen zeigt ähnliche Ergebnisse (vgl. Abb. 3). 50,5 % der Äußerungen in der Gruppendiskussion zu der Zahnarztversion und zur professionspolitischen Bewertung der Leitlinien haben eher positiven Charakter, 40,0 % sind eher kritisch und 9,5 % der Äußerungen sind gegenüber Leitlinien neutral, was wiederum eine eher positive bis ambivalente Positionierung der Qualitätszirkelmoderatoren zu den erprobten Leitlinien deutlich macht.

Abbildung 2: Stärken-Schwächen-Analyse (SWOT)



Wie sind nun die berichteten Haltungen, Einstellungen und Erfahrungen mit den drei Pilotleitlinien durch Qualitätszirkelteilnehmer und Qualitätszirkelmoderatoren zu erklären, warum werden Leitlinien in der Zahnmedizin zwar durchaus moderat positiv, aber doch auch mit Skepsis und Ambivalenz bis hin zu Ängsten aufgenommen? Einige Erklärungsmuster werden hier gegeben:

Leitlinien sind etwas Neues und werden als eine gewisse Bedrohung und Eingriff in die eigene Tätigkeit empfunden.

Zahnärzte stellen die Individualität des einzelnen Patienten und der eigenen Behandlungsweise in den Vordergrund, sie betonen die künstlerischen und kreativen Aspekte ihrer Tätigkeit und wollen daher nicht Behandlungspfaden folgen.

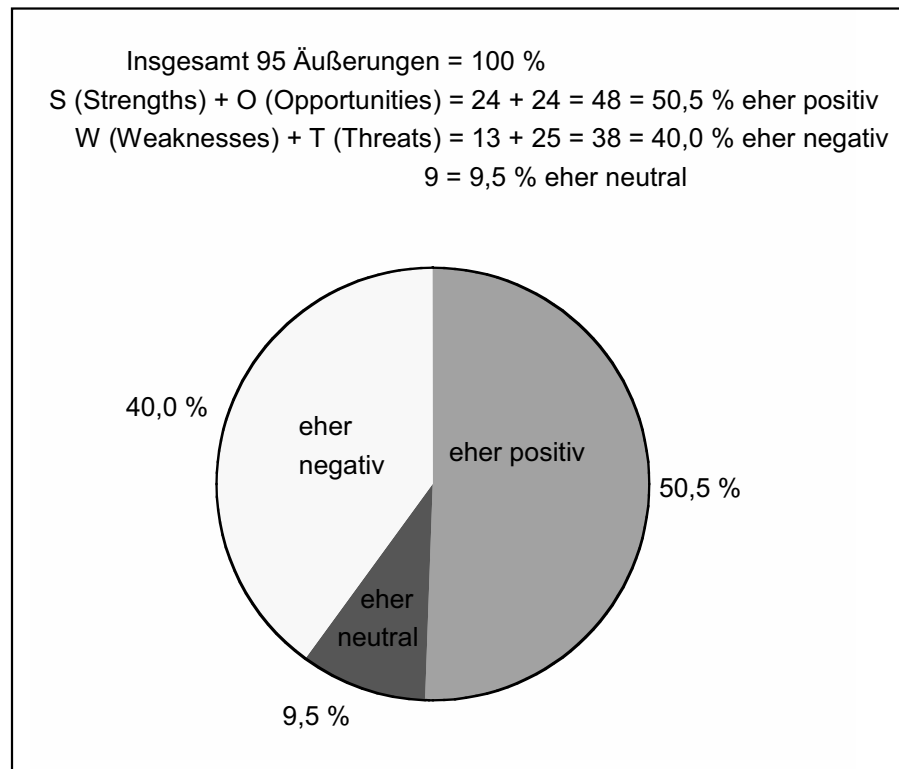
Für Zahnärzte ist der übliche Weg, über Fortbildungsveranstaltungen zu lernen, um sich dort über fachliche Innovationen zu informieren. Zahnärzte sind es, schon von ihrer Ausbildung her, eher gewohnt, einer Schulmeinung zu trauen und nicht dem besten verfügbaren Wissen; es wird eher geronnenes als systematisches Wissen angeeignet.

Leitlinien werden im professions- und gesundheitspolitischen Kontext gesehen und lösen daher Ängste aus, nämlich dass sie benutzt werden zur Kontrolle des Berufsstandes, zur Vermehrung der Administration in den Praxen oder als verbindliche Vorschrift mit Sanktionscharakter bei Nichtbefolgen.

Die Akzeptanz von Leitlinien ist dann höher, wenn sie in die eigene Praxis passen und es gelingt, die Leitlinien als kompensiertes, systematisches Wissen in der eigenen Praxis umzusetzen.

Die Akzeptanz von Leitlinien wird gefördert, wenn sie objektive Argumentationshilfen gegenüber Patienten und Dritten liefert.  
Leitlinien werden hochgeschätzt, wenn sie die eigene Behandlungsweise unterstützen und Therapiesicherheit vermitteln.

**Abbildung 3: Quantitative Bilanzierung der positiven und negativen Bewertungen gemäß SWOT-Analyse (Zahnarztversion und professionspolitische Bewertung)**



Insgesamt lassen sich drei Typen der Akzeptanz zu den drei Pilotleitlinien unterscheiden: Leitlinien sind hilfreich, Leitlinien brauche ich nicht, mit Leitlinien fördern wir selbst Einengung und Bürokratie. Allerdings überwiegen nach dieser Studie zur Erprobung von Leitlinien in Qualitätszirkeln bei aller Ambivalenz und Skepsis insgesamt deutlich die positiven Einstellungen, die nach Anwendung der Leitlinien in der eigenen Praxis noch zugenommen haben.

Die Erfahrung in dieser Studie zeigt, dass die Erprobung von Leitlinien durch Qualitätszirkel ein gutes Mittel ist, um Leitlinien unter Alltagsbedingungen zu evaluieren. Die Qualitätszirkelteilnehmer und die Qualitätszirkelmoderatoren waren bereit, sich mit dem neuen Thema evidenzbasierter und konsensusunterstützter Leitlinien intensiv und substantiell auseinanderzusetzen. Diese Bereitschaft kann nicht als selbstverständlich gelten, schließlich bedeutet die Erprobung und anschließende Auswertung der Erfahrung in strukturierter Form eine Selbstreflexion des eigenen Handelns und des Handelns im Qualitätszirkel und setzt somit einen professionellen Umgang mit dem neuen Instrument Leitlinien voraus. Mit den empirischen Methoden dieser Studie: Einstellungsfragebogen, Barrierefragebogen und insbesondere der Gruppendiskussion wurden Strukturen geschaffen, in dem der professionelle Erfahrungsaustausch möglich wurde und reflektiert werden konnte. Sicher war die in dieser

Studie vorgegebene Struktur nur ein erster Evaluierungs- und Implementierungsversuch für Leitlinien in der Zahnmedizin und sollte in Wiederholungsschleifen weitergeführt werden. Die Studie zeigt, dass Qualitätszirkel eine gute Möglichkeit sind, Leitlinien zu evaluieren und teilweise zu implementieren.

Die Bewertungen der Qualitätszirkelteilnehmer und -moderatoren zeigen ein heterogenes Bild von Chancen und Gefahren von Leitlinien. Die Akzeptanz scheint um so höher, je mehr die fachlichen Aspekte der Leitlinien in den Vordergrund treten, die Skepsis nimmt zu, wenn professionspolitische Aspekte thematisiert werden. Die Akzeptanz scheint auch zuzunehmen, wenn es sich um Themen mit größerer Praxisvarianz handelt, die im Berufsstand, insbesondere zwischen mehr generalistisch und mehr spezialistisch orientierten Zahnärzten, kontrovers diskutiert werden. Dann wird die mit der Leitlinie verbundene Therapiesicherheit hoch geschätzt.

Die praktischen Erfahrungen der Qualitätszirkelteilnehmer und -moderatoren bei der Anwendung der Leitlinien unter Alltagsbedingungen sind wertvoll und sollten noch mehr bei der Leitlinienkonsentierung direkt einbezogen werden. Es gibt Punkte, bei denen die Leitlinien eine Empfehlung abgeben, die aufgrund der praktischen Erfahrungen oder der Organisationsstruktur der Praxis nicht immer umsetzbar ist. Hier müssen die Empfehlungen in der Leitlinie und Situationen für ein begründetes Abweichen noch genauer überprüft werden. Und ein wesentlicher Punkt in diesem Zusammenhang dürfte die Frage sein, wie die medizinisch-sachlichen Leitlinieninhalte mit den Patientenerwartungen bzw. Patientenbedürfnissen kommunikativ verbunden werden können. Der Begriff der "kommunikativen Evidenz" (vgl. Herrmann und von Uexküll, 2000) erscheint hier von strategischer Bedeutung, um das zu erkennen, was der Arzt dem Patienten aufgrund pragmatischer Evidenz vorschlagen kann, was also zu dem Patienten und seiner individuellen Situation im Hier und Jetzt der Zahnarzt-Patient-Beziehung "passt".

Fazit aus der Sicht der Studie ist, dass alle zu erarbeitenden Leitlinien einem Praxistest unterzogen werden sollten und dass bei der Konsentierung von Leitlinien die Nutzerperspektive noch mehr Gewicht erhalten sollte: Beispielsweise durch Einbeziehung von Qualitätszirkelmoderatoren, die in ihrem Qualitätszirkel Erfahrungen mit einer konkreten Leitlinie gesammelt haben, oder in den formalen Konsentierungsprozess vor der endgültigen Veröffentlichung der Leitlinie. Dies erhöht zwar den ohnehin schon hohen zeitlichen und personellen Arbeitsaufwand für eine Leitlinie, wird jedoch die Akzeptanz und die Implementierung der Leitlinie im Berufsstand, das Ziel aller Leitlinienentwicklung, noch deutlich fördern.



## 6 Literaturverzeichnis

AWMF und ÄZQ, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung: Das Leitlinien-Manual. Entwicklung und Implementierung von Leitlinien in der Medizin. Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich. (ZaeFQ) 95, Suppl. I, 2001, 1. Auflage

Bahrs, O., Gerlach, F. M., Szecsenyi, J., Andres, E. (Hrsg.): Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den Arzt in Klinik und Praxis. 4., überarb. u. erw. Auflage. Köln 2001

Butzlaff, M., Kempkens, D., Schnee, M., Dieterle, W. E., Böcken, J., Rieger, M. A.: German ambulatory care physicians' on clinical guidelines – a national survey. BMC Fam Pract 7, 2006, No. 47

Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. C., Rubin, H. R.: Why don't physicians follow clinical practice guidelines? JAMA 282, 1999, S. 1458–1465

Clarkson, J., Harrison, J. E., Ismail, A. I., Needleman, I., Worthington, H.: Evidence Based Dentistry for effective practice. London und New York 2003

Farquhar, C. M., Kofa, E. W., Slutsky, J. R.: Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. Med J Aust 177, 2002, S. 502–506

Ferrier, B. M., Woodward, C. A., Cohen, M., Williams, A. P.: Clinical practice guidelines. New-to-practice family physicians' attitudes. Can Fam Physician 42, 1996, S. 463–468

Gerlach, F.M., Beyer, M., Szecsenyi, J., Fischer, G.C.: Leitlinien in Klinik und Praxis. Dtsch Ärzteblatt 95, 1998, S. A-1014–A-1021

Grimshaw, J.M., Thomas, R.E., MacLennan, G. et al.: Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technology Assessment, 2004, No. 6, S. 1–72

Grol, R., Grimshaw, J.: From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet 362, 2003, S. 1225–1230

Grol, R.: Personal Paper. Beliefs and evidence in changing clinical practice. BMJ 315, 1997, S.418–421

Grol, R., Wensing, M., Eccles, M.: Improving patient care: The implementation of change in clinical practice. Edinburgh, London u. a. 2005

Hackshaw, A., Paul, E., Davenport, E.: Evidence-Based Dentistry. An introduction. Oxford u. a. 2006

Hayward, R. S. A.: Clinical practice guidelines on trial. Can Med Assoc J 156, 1997, S. 1725–1727

Herrmann, J. M., von Uexküll, T.: Evidenz-basierte und patientenorientierte Medizin – zwei Modelle und ihr Zusammenhang. In: Walther, W., Micheelis, W.: Evidence-Based Dentistry. Evidenz-basierte Medizin in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Materialienreihe Band 23 des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ), 2. unveränderte Auflage, Köln 2003, S. 87–102

Kunz, A. U.: Leitlinien in der Medizin: Anwendung, Einstellungen und Barrieren – Eine Befragung Berliner Hausärzte. Wissenschaftliche Abschlussarbeit zur Erlangung des Titels Master of Public Health (MPH), Berlin 2005

Lamnek, S.: Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. Weinheim und Basel 2005, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Mangold, W.: Gruppendiskussionen. In: König, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung. Band 2: Grundlegende Methoden und Techniken. Erster Teil. Stuttgart 1973, 3. Auflage, S. 228–259

Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim, 1997, 6., durchgesehene Auflage

Mettes, T.G., van der Sanden, W. J., Wensing, M., Grol, R. P., Plasschaert, A. J.: A cluster randomised controlled trial in primary dental care based intervention to improve professional performance on routine oral examinations and the management of asymptomatic impacted third molars: study protocol. *Implement Sci* 2, 2007, No. 12

Micheelis, W., Walther, W., Szecsenyi, J.: Zahnärztliche Qualitätszirkel. Grundlagen und Ergebnisse eines Modellversuches. Materialienreihe Band 18 des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ), 2., unveränderte Auflage, Köln 1998,

Oxman, A. D., Flottorp, S.: An overview of strategies to promote implementation of evidence-based health care. In: Silagy, C., Haines, A. (Hrsg.): Evidence-based practice in primary care. 2<sup>nd</sup> edn., London 2001

Rosemann, T., Joos, S., Laux, G., Gensichen, J., Szecsenyi, J.: Case management of arthritis patients in primary care: Cluster-randomised controlled trial. *Arthritis Rheum.* 57, 2007, S. 1390–1397

Simon, H., von der Gathen, A.: Das große Handbuch der Strategieinstrumente. Werkzeuge für eine erfolgreiche Unternehmensführung. Frankfurt a. M. 2002

Tunis, S. R., Hayward, R. S. A., Wilson, M. C., Rubin, H. R., Bass, E. B., Johnston, M., Steinberg, E. P.: Internists' attitudes about clinical practice guidelines. *Annals of Internal Medicine* 120, 1994, S. 956–963

van der Sanden, W. J., Mettes, D. G., Plasschaert, A. J., van't Hof, M.A., Grol, R. P., Verdonshot, E.H.: Clinical practice guidelines in dentistry: opinions of dental practitioners on their contribution to the quality of dental care. *Qual. Saf. Health Care* 12, 2003, S. 107–111

Walther, W., Micheelis, W.: Evidence-Based Dentistry. Evidenz-basierte Medizin in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Materialienreihe Band 23 des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ), 2. unveränderte Auflage, Köln 2003,

ZZQ-Homepage: Leitlinie Operative Entfernung von Weisheitszähnen. 01.04.2006. <http://www.zzq-koeln.de/leit.htm>; 03.07.2008 2006a

ZZQ-Homepage: Leitlinie Fluoridierungsmaßnahmen. 01.04.2006. <http://www.zzq-koeln.de/leit.htm>; 03.07.2008 2006b

ZZQ-Homepage: Leitlinie Fissurenversiegelung. 01.04.2006. <http://www.zzq-koeln.de/leit.htm>; 03.07.2008 2006c

ZZQ-Homepage: Ablaufschema für die Erstellung und Koordination von Leitlinien, aktualisiertes Schema. 25.01.2008. <http://www.zzq-koeln.de/leit.htm>; 03.07.2008

