

**Master of Arts
Integrated Practice in Dentistry**



Otto-von-Guericke Universität
in private public partnership
Institute for Advanced
Dental Studies Karlsruhe

Masterarbeit

**Die Rolle erfahrungsbasierten Wissens für die evidenzbasierte
Zahnheilkunde - Evidenzgewinn in modernen Fortbildungskonzepten aus
der Sicht Beteiligter**

zur Erlangung des akademischen Grades Master of Arts (M.A.)

in dem Studiengang

Wissensentwicklung und Qualitätsförderung – Integrated Practice in Dentistry

vorgelegt von: Dr.Christoph Kaiser

geboren am: 24.03.1964

Matrikelnummer: 95009

Betreuung: Juniorprofessor Dr. Michael Dick

Abgabedatum: 11.08.2006

Inhalt:

1. Externe Evidenz- nur ein Baustein auf dem Weg zur professionellen Entscheidungsfindung in der Zahnmedizin
2. Arbeitskreis Zahnärztliches Therapieergebnis und Praxisforum Zahnärztliche Qualitätsförderung -Konzepte des Wissensaustausches
3. Empirie
 - 3.1. AZT und PZQ –in den Augen der Beteiligten
 - 3.2. AZT und PZQ –im Vergleich der Konzepte
4. Einordnung und Bewertung
 - 4.1. AZT und PZQ –die Konzepte im Vergleich
 - 4.2. AZT und PZQ – Erfolg durch Gruppenbildung
 - 4.3. AZT und PZQ – Werkzeuge zur Integration von externer Evidenz und zum Explizitmachen von Erfahrungswissen
5. AZT und PZQ –
In den Augen der Beteiligten Konzepte des Evidenzgewinns
6. Literaturverzeichnis
7. Anhang
 - 7.1 Erklärung
 - 7.2 Interviews in digitaler Form

1. Externe Evidenz- nur ein Baustein auf dem Weg zur professionellen Entscheidungsfindung in der Zahnmedizin

In der Professionsforschung wird die Etablierung einer eigenen Wissenschaft als fundamentaler Bestandteil in der Entwicklung von einer Berufsgruppe zur Profession gesehen. Andererseits zeigt sich immer wieder, dass es zu Ablösungskonflikten zwischen dem Berufsstand und seiner Wissenschaft kommt. Diese Beobachtungen treffen auch auf die Zahnmedizin zu. Wie in kaum einem anderen Berufsfeld ist es in der Entwicklung der Zahnmedizin zu einer starren und deutlichen Aufgabentrennung zwischen Forschung und Lehre einerseits und der praktischen Anwendung und Patientenversorgung andererseits gekommen. Anders als zum Beispiel in der Medizin wird in der deutschen Zahnheilkunde die Patientenbetreuung nahezu vollständig durch die niedergelassenen Zahnärzte gewährleistet. Eine Mitarbeit von diesen Praktikern in der Forschung und Lehre ist dagegen eine Ausnahme. Dies ist eine mögliche Erklärung dafür, dass in der Zahnmedizin lange Zeit der Praktiker für die Wissenschaft der Student geblieben ist, der nicht durch Fakten und wissenschaftliche Daten überzeugt werden musste, sondern über didaktische Konzepte geschult wurde. Fehlendes wissenschaftliches Verständnis beim Praktiker unterstützte diese Entwicklung, in der die Aussagen der Wissenschaftler nur unzureichend hinterfragt und akzeptiert, in den meisten Fällen aber als „praktisch nicht relevant“ ignoriert wurden.

Noch bis in die 80er Jahre war der Einfluss der Wissenschaft auf die Profession über Lehre und Forschung durch autoritäre Professoren und dogmatisch wiederholte Regeln geprägt (Heners 1991, 262). Individuelle Wahrnehmungen und Beobachtungen waren häufig Grundlage dieses Einwirkens. Subjektive Lehrmeinungen prägten die Aus- und Weiterbildung. Didaktische Konzepte der studentischen Lehre wurden auf die klinische Situation übertragen (Heners 1994, 728). Objektivierbare Daten aus klinischen Studien lagen selten vor. Die Qualität der Patientenbehandlung war nach heutigen Kriterien nicht gesichert. Erst ab etwa Anfang der 80er Jahre setzte, bedingt durch die Etablierung und Weiterentwicklung von Studien- und Statistikmethoden, ein Wandel ein. Unter anderem durch den schnelleren Zugang zu wissenschaftlichen Daten über das Internet, war die Dozenten geprägte und häufig universitär begrenzte Lehrmeinung nicht mehr haltbar.

Seit Anfang der 90er Jahre hält die Evidenz-Basierte-Medizin (EBM) in der Zahnheilkunde Einzug. Dem Verständnis dieser Wissenschaftsform nach, soll mit naturwissenschaftlichen Methoden Wissen erzeugt werden. Die Aussagefähigkeit dieses Wissens wird nach unterschiedlichen Qualitätsstandards gewertet. Je umfangreicher im Datenursprung und bereinigt von etwaigen individuellen Einflüssen eine Untersuchung ist, umso höher ist ihre qualitative Einstufung.

Evidenzgrade nach der Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR, 1992):

- I -Höchste Evidenz aus mindestens einem veröffentlichten Review über eine multiple, methodisch hochwertige randomisierte kontrollierte Studie;
- II -Höchste Evidenz aus mindestens einer veröffentlichten methodisch hochwertigen, randomisierten kontrollierten Studie mit adäquater Stichprobengröße und unter adäquaten klinischen Untersuchungsbedingungen;
- III -Evidenz aus methodisch hochwertigen experimentellen Studien aus mehr als einem Zentrum oder von mehr als einer Forschungsgruppe;
- IV -Evidenz aus methodisch hochwertigen randomisierten Studien, einzelnen Vorher-Nachher-Studien, Kohortenstudien, Fallserien oder Fall-Kontroll-Studien;
- V -Expertenmeinung auf Basis klinischer Evidenz, deskriptiver Studien oder Berichte klinischer Konsenskomitees.

Der Evidenzbegriff wird als mit einer mathematischen, naturwissenschaftlichen und quantifizierbaren Methodik beweisbare Erfahrung verstanden. Durch Mechanismen, wie zufällige Auswahl der Patienten (Randomisierung), Trennung von Untersuchern und Auswertern (Verblindung), ausreichend großen Untersuchungsgruppen mit entsprechenden Kontrollgruppen, die nicht oder nur placebomäßig behandelt werden, wird versucht, die klinische Patientensituation auf eine experimentelle Ebene zu reduzieren. Dieses Vorgehen scheint der beste Weg zu sein, um Ergebnisse zu bestimmten Fragestellungen zu isolieren. Die Individualität der einzelnen Arzt-Patienten-Situation wird zugunsten einer Verallgemeinerbarkeit des Erkenntnisgewinns geopfert: „Für den Arzt heißt das: Er muss seine subjektiven Gefühle, Vorstellungen zurücknehmen und durch die „objektiven Sachverhalte“ randomisierter Studien ersetzen“(Herrmann 2000,91). Ziel dieser Vorgehensweise ist eine möglichst

hohe Objektivität in der Beantwortung der Frage: Welche Therapie nutzt mehr als sie schadet? Damit stellt sich die Evidenz basierte Medizin gegen wissenschaftliche Methoden, die auf subjektiver Erfahrung basieren. Wahrnehmungen Einzelner müssen profunder Forschung und naturwissenschaftlich gesichertem Wissen weichen. Dieser primäre Fortschritt wird mit einigen Nachteilen für die Profession erkauft. Es kommt zu einer Spaltung des Wissens in objektives, abstraktes Wissen der Forschung und erfahrungsbasiertes, subjektives Wissen der Praktiker.

In der EBM versteht sich die Wissenschaft als Lieferant von objektivem Wissen durch systematische Forschung und bezeichnet dies als externe Evidenz. Diese Evidenz wird dem Praktiker zur Verfügung gestellt, der sie in der Patientenbehandlung mit seiner internen Expertise abgleichen muss. Auf diese Weise soll die optimale Behandlung des Patienten gewährleistet werden:

„Evidenz-basierte Medizin (EBM) ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen über die medizinische Versorgung individueller Patienten. EBM praktizieren heißt, die interne klinische Expertise mit der besten verfügbaren externen Evidenz zu verknüpfen“ (Sackett 1996, 71).

Unter interner Expertise werden das individuelle Wissen, das praktische Können und die subjektive Erfahrung des Praktikers zusammengefasst. EBM ignoriert also das Wissen des einzelnen Zahnarztes nicht, gibt ihm aber, weil „nicht objektiv“, nur einen untergeordneten Stellenwert innerhalb der wissenschaftlichen Evidenz. In der EBM hat die Wissenschaft die Exklusivität in der Produktion von externer Evidenz. Der Praktiker hat aufgrund der hohen Ansprüche, die an wissenschaftliche Studien gestellt werden, kaum die Möglichkeit an diesem Wissensbildungsprozess teilzunehmen. Die beiden Verfahren der Evidenzstufe I und II (RCTs und Metaanalysen) haben neben einer Reihe zusätzlicher Probleme bezüglich Populationsgröße, Prävalenz, Vergleichbarkeit der Fragestellung, ethische Vertretbarkeit, etc., vor allem das Problem eines sehr aufwendigen Studiendesigns (Kienle 2005, 290).

Eine einseitige Ausrichtung der Wissensentwicklung vom Wissenschaftler als Wissensproduzent zum Praktiker als Wissensnutzer ist die Folge. In der Konsequenz besteht die Gefahr der Loslösung der Wissenschaft von der Profession. Denn in einem solchen Einbahnstraßenmodell entstehen zwei Probleme:

- Beantwortet die Wissenschaft die Fragen, die den „Nutzer“ interessieren?

- Werden die Ergebnisse der Forschung angewendet?

Können auf beide Fragen keine positiven Antworten gefunden werden, kommt es unweigerlich zur Spaltung zwischen professionseigener Wissenschaft und Berufsstand selber.

Neben dem Anspruch an die Qualität der Studie stellt die Auswahl des Studiendesigns selbst ein Problem dar. Nicht für alle Fragestellungen sind die Methoden der ersten Evidenzkategorien geeignet. Dies trifft zwar für Diagnostik, Screening und Therapie zu. Für die Einschätzung der Prognose ist die Kohortenstudie dagegen weitaus besser geeignet. Geht es hingegen um die Erforschung von Wahrnehmungen, Einschätzungen und Ansichten, so sind qualitative Forschungsansätze vorzuziehen. Dies gilt auch für die Generierung von Hypothesen (Richards 2003, 45). Aber gerade diese Art der Forschung ist in der Zahnheilkunde kaum vertreten. Eine Recherche in der Pub med unter den Stichworten „Dentistry“ und „Qualitative Research“ ergibt 42 Treffer. Zum Vergleich liefern die Stichworte „Dentistry“ und „Implants“ 12706 Treffer. Wenn die qualitative Forschung die geeignete Form zur Gewinnung der richtigen Fragestellung ist, wird die Evidenzlage bei der geringen Publikationsdichte in diesem Bereich sehr unsicher.

Beantwortet die Wissenschaft wirklich die Fragen, die den Nutzer interessieren?

Als Beispiel mag die von Pjetursson veröffentlichte Metaanalyse zur Prognose von feststehendem Zahnersatz auf Implantaten dienen. Eine Fragestellung, die für den Praktiker und Patienten von hoher Relevanz ist. 21 Studien konnten verwertbare Aussagen zu diesem Thema liefern. Das Ausgangsmaterial betrug 4400 Veröffentlichungen (Pjetursson 2004, 625). Dieser hohe Drop-out kann zum einen mit den Einschlusskriterien erklärt werden. Ein weiterer Faktor mag mit der Qualität der Studien zusammenhängen, die den Standards, wie zum Beispiel das Vorhandensein einer Vergleichsgruppe, nicht genügte. Zum andern liegt es aber auch an der Sichtweise der Forschung. Den Wissenschaftlern scheint das „Wunderkind“ Implantat wichtiger als die Anwendung am Patienten. Nicht die Versorgung wird untersucht, sondern das Implantat. Eine so wichtige Frage, wie die Prognose von feststehendem Zahnersatz auf Implantaten, müsste auf einer breiteren Studienbasis beantwortbar sein. Auf Implantaten allein kann kein Patient kauen.

Neben der Qualität einer Fragestellung spielt aber auch die Quantität der Untersuchungen eine Rolle. So lag bei einer Medline-Recherche im Zeitraum von

1996 bis 1998 die Zahl der veröffentlichten Studien der Evidenzklasse I in der Zahnmedizin signifikant unter der von acht weiteren medizinischen Spezialgebieten (Niederman R 1999, 1290).

Die andere Fragestellung „Werden die Ergebnisse der Forschung angewendet?“ wird aktuell in der Versorgungsforschung diskutiert. Eine kürzlich erschienene Meta – Analyse beschäftigt sich mit der Implementierung von Leitlinien in Krankenhäusern in Abhängigkeit von organisatorischen Strukturen. Es sollte geklärt werden, ob lehrende Kliniken gegenüber reinen Versorgungskrankenhäusern oder stationäre Behandlungsstrukturen gegenüber ambulanter Versorgung Vorteile bei der Integration neuen Wissens in die Patientenbehandlung darstellen. Das Ergebnis ist diffus und lässt keinen idealen Weg erkennen. Im Gegenteil: Implementierungsmethoden wie Schulungsmaterial oder Feedbackprogramme zeigen in verschiedenen Studien unterschiedliche Wirksamkeiten, ohne dass eine Ursache hierfür erkennbar wird (Dijkstra R. 2006, 8). Offensichtlich ist dieser Prozess viel zu individuell, als dass er sich durch die einbezogenen Studien darstellen ließe.

Bei der Implementierung objektiven Wissens sind verschiedene Aspekte relevant. Organisatorische Faktoren spielen eine Rolle wie: Finanzen, Personal, räumliche und apparative Ausstattung. Vor allem die zeitlichen Ressourcen sind ein limitierender Faktor. Allein die Menge der Publikationen stellt ein nicht lösbares und damit schwer lösbares Problem dar. So wurde schon früh versucht, in Zeitschriften Extrakte anzubieten, die über festgelegte Kriterien eine Bewertung für den Praktiker vornehmen und ihm Hilfestellung bei der Auswahl geben (Davidoff 1995, 1085). Ein weiterer ausschlaggebender Punkt ist der Verbreitungsweg von Wissen. Die einfache Vermittlung von Wissen in Form von Vorlesungen, Vorträgen oder Schulungsmaterial wie Bildmedien, Publikationen, aber auch bloße Veröffentlichung von Leitlinien zeigen geringen oder gar keinen Effekt hinsichtlich der Implementierbarkeit von Wissen. Dagegen sind interaktive Schulungsmaßnahmen, Arbeitskurse mit Diskussion und praktischen Anteilen nachweislich effektiv. Was auch für mehrperspektivische Interventionen gilt, wenn sie mit Techniken wie Konsensbildung, Feedback oder Erinnerungssystemen arbeiten (Bero 1998, 467). Allerdings wird diese Aussage durch neuere Veröffentlichungen relativiert, die sich mit dem Effekt von Veränderungen in den Organisationsstrukturen beschäftigen. Wissensmanagement allein gestützt durch Computerprogramme scheint hier einen positiven Einfluss auf

die Behandlung zu haben (Wensing 2006, 7). Der mehrperspektivische Ansatz zur Implementierung einer Leitlinie zum Umgang mit Weisheitszähnen zeigte dagegen Effekte im Wissensbereich, hatte aber keine Auswirkung auf die Behandlung (van der Sanden 2005, 349).

Selbst wenn das gewonnene objektive Wissen also die Fragen des Praktikers beantworten könnte, existieren Barrieren, die die Integration dieser Erkenntnisse in die Patientenbehandlung bremsen oder sogar verhindern. Neben den oben genannten Punkten ist dies der individuelle Wissensstand der Praktiker selbst. Es existieren verstandesmäßige Widerstände, wenn z.B. der praktische Bezug nicht gesehen wird, die Evidenzlage unsicher ist, die Legitimation der Wissensquelle nicht akzeptiert wird oder einfach Routinen zu dominant sind (Grol 2003, 1227).

Diese verstandesmäßige Barriere könnte ihre Ursache darin haben, dass es zu einer Konfrontation der beiden Wissensformen kommt. Das oben beschriebene Einbahnstraßenmodell der Wissensentwicklung und –anwendung wird von den Praktikern so nicht akzeptiert. Das eigene Erfahrungswissen wird dem entgegengesetzt.

Das Phänomen der Wissensspaltung stellt keine spezifisch zahnmedizinische Problematik dar. Dies zeigt sich in der Diskussion über Wissensmanagement in der industriellen Arbeitswelt. Auch hier entsteht eine Kluft zwischen verallgemeinernden Planungs- und Expertenwissen einerseits und individuellem Vor-Ort-Wissen der Ausführenden (Wehner 2001, 91).

Das Wissen der Praktiker ist, anders als das Wissen der objektiven externen Evidenz, viel stärker durch den Einzelfall geprägt. Erfolg, aber vor allem der Misserfolg sind nicht ein prozentualer Wert, sondern prägen die Erfahrungswelt des einzelnen Zahnarztes, da er die Folgen unmittelbar mittragen muss. Eine qualitative Untersuchung von Kay und Blinkhorn zeigt eine Vielzahl nicht fachlicher Parameter, die für die Entscheidungsfindung relevant sind: Selbstwertgefühl, Patientenwunsch, Ansehen bei Patient und Kollegen, Nutzen für den Patienten, die Gesellschaft und die Profession, berufliche Verantwortung, Zeit und Honorierung sowie ethische Bedenken (Kay 1996, 172). Die Summe dieser Eindrücke verdichtet sich durch Vergleich und Bewertung zu einem Wissen, das nur dann hinterfragt wird, wenn wiederum „subjektive Erfahrungen Anlass zu Zweifel an Wissensbeständen geben“ (Wehner 2001, 97). Nun ist Zweifel in der medizinischen Versorgung permanent vorhanden. Da es keine hundertprozentige Behandlungssicherheit gibt, ist eine bestimmte Form der Unsicherheit immer präsent. Diese so klein wie möglich zu

halten, wird das Bestreben jeden Praktikers sein. Was aber, wenn die externe Evidenz die gestellten Fragen nicht beantworten kann? Wie kann der Zahnarzt, wenn keine bewiesene Evidenz besteht, zu einer belastbaren Aussage gelangen? Und wie kann er sicherstellen, dass die vorhandene externe Evidenz in der jeweiligen Situation anwendbar ist? Eine Möglichkeit ist der kollegiale Austausch in Gruppen, insbesondere in den seit Mitte der 90er Jahre etablierten Qualitätszirkeln. „Das didaktische Prinzip des Qualitätszirkels ist ein gelenkter Erfahrungsaustausch aller Gruppenmitglieder untereinander, wobei jeder als Experte seiner eigenen Praxis angesprochen wird. Der Lerneffekt des Qualitätszirkels ergibt sich daraus, dass durch die verschiedenen eingebrachten Sichtweisen, Vorgehensweisen, Behandlungsmuster usw. der einzelnen Mitglieder synergetische Effekte entstehen, die wiederum bei den einzelnen neue Sichtweisen, Vorgehensweisen, Behandlungsmuster usw. anstoßen können.“ (Michaelis W 1998, 16). In der Arbeitspsychologie spricht man bei solchen Gruppen von „Communities of Practice“ (Brown, J.S. 1996, 58). Diese „Praxisgemeinschaften“ dienen als Vermittlungsinstanz zwischen Individuum und Gesellschaft „weil sie face-to-face und nicht wie Organisationen nur abstrakt erlebt werden“(Derboven 2003, 74). So kann ein Qualitätszirkel abstrakte Daten einer wissenschaftlichen Studie durch kollegiale Bewertung fassbar und auf den Einzelfall anwendbar machen. Durch Wissensaustausch kann es zu einer Adaptation von abstrakten Erkenntnissen auf den Einzelfall und zu einer intersubjektiven Bewertung der Entscheidungsfindung kommen. Kleingruppen könnten somit als Werkzeuge zur Nutzbarmachung von Erfahrungswissen für die Profession dienen, wenn sie integrierend und bewertend die objektiven und subjektiven Wissensbestände zusammenführen und dadurch die Evidenz auf eine breite Basis stellen. Es stellt sich somit die Frage, welche Prozesse aus der Sicht Beteiligter erforderlich sind, um in solchen Gruppen Evidenz zu erzeugen und damit die Sicherheit in der Entscheidungsfindung zu erhöhen.

2. Arbeitskreis Zahnärztliches Therapieergebnis und Praxisforum Zahnärztliche Qualitätsförderung- Konzepte des Wissensaustausches

Gegenstand meiner Untersuchung sind zwei Konzepte, die sich mit qualitätsfördernden Maßnahmen durch Wissensaustausch beschäftigen. Dies ist zum einen der Arbeitskreis Zahnärztliches Therapieergebnis (AZT), zum anderen das Praxisforum Zahnärztliche Qualitätsförderung (PZQ).

Der AZT ist ein Zusammenschluß von Kollegen, die sich zum Ziel gesetzt haben, qualitätssichernde Maßnahmen auf dem Weg einer freiwilligen Selbstüberprüfung ihrer praktischen Praxistätigkeit durchzuführen. Hierbei liefert der Vergleich der individuellen Therapieentscheidungen und Behandlungsergebnisse die Grundlage einer Diskussion über die eigene Behandlungspraxis. Der Verein wurde 1993 gegründet. Heute hat der Arbeitskreis 17 Mitglieder. Es handelt sich hierbei nahezu ausschließlich um ehemalige Zahnärzte der Akademie für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe. Durch die weite geographische Streuung der Mitglieder sind nur zweimal jährlich Arbeitssitzungen möglich. Die Gruppe hat eine Internetpräsenz eingerichtet und kommuniziert über einen E-mail Verteiler zwischen diesen Treffen. Die kollegiale Zusammenarbeit entspricht der eines zahnärztlichen Qualitätszirkels. Das umfasst z.B. die Entwicklung von Aufklärungsbögen für die Patientenbehandlung, Berichte über besuchte Fortbildungen und die Besprechung von Therapieentscheidungen anhand von Kasuistiken. Arbeitsmethode ist der strukturierte Erfahrungsaustausch und die moderierte Diskussion über selbst gewählte Problembereiche der zahnärztlichen Praxis. Über dies hinaus, hat der Arbeitskreis immer seine Aufgabe darin gesehen, anhand messbarer Daten die individuell getroffene Therapieentscheidung fassbar zu machen. Aus der Arbeit der Gruppe sind bisher drei größere wissenschaftliche Projekte hervorgegangen. Die erste Untersuchung über die Entscheidungsfindung zur Extraktion wurde 1995 veröffentlicht. Gegenwärtig läuft ein Projekt über den Langzeiterfolg endodontischer Behandlung und eine Studie über Stiftsysteme und adhäsive Aufbauten. Für letzteres hat der Arbeitskreis ein Werkzeug zur internetfähigen Datenerfassung und Auswertung entwickelt.

Das PZQ ist ein Fortbildungskonzept der Akademie für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe. Über einen mehrperspektivischen Ansatz soll ein modernes Qualitäts-

bewusstsein der Teilnehmer geweckt werden und sie in die Lage versetzen, qualitätsfördernde Maßnahmen in der Praxis zu etablieren. Das PZQ wird zu dem Themenbereich Implantologie und Parodontologie angeboten. Ausgangspunkt ist eine „Ist-Analyse“ der Teilnehmerpraxis bezüglich des gewählten fachlichen Themas. Das Konzept besteht aus Seminaranteilen, Gruppenarbeit und Trainingsbausteinen. Zusätzlich wird es durch eine Patientenbefragung zum Thema Betreuungsqualität ergänzt. Referenten vermitteln Wissen in den Bereichen Qualitätsmanagement, Kommunikation in der Praxis und Anwendung evidenzbasierten Wissens. Das Praxisforum verfolgt ebenso den Kleingruppenansatz wie oben beschriebener Qualitätszirkel. Die bis zu 15 Teilnehmer setzen sich aber bedeutend inhomogener zusammen. Um trotzdem eine aktive Gruppenarbeit zu ermöglichen, wird als Tagungsort ein Hotel mit Klausuratmosphäre gewählt. Der Kurs ist auf drei Wochenenden begrenzt, in denen ein fachlicher Problembereich von Diagnostik bis Therapie in Gruppenarbeit und Diskussionsforen erörtert und daraus ein „klinischer Pfad“ als Prozessablauf entwickelt wird. Ein professioneller Moderator gibt hierbei nur die Struktur vor. Fachliche Anstöße und Rückversicherungen können in der Diskussion durch die Referenten für Qualitätsmanagement und das jeweilige Fachgebiet geliefert werden. Alle Ergebnisse werden zeitnah von dem Protokollführer festgehalten. Dieses intensive Betreuungskonzept liefert ein Höchstmaß an Effizienz. Zum Praxistraining des PZQ gehören die Umsetzung und Etablierung des entwickelten klinischen Pfades in den jeweiligen Praxen, die Entwicklung und Durchführung eines Praxisvergleichs, sowie die Strukturierung und Durchführung einer Teambesprechung. In einem abschließenden Audit durch die Referenten berichtet der Kursteilnehmer über die Integrierung des „klinischen Pfades“ in seiner Praxis. Er hat nun die Möglichkeit, sein Ergebnis intern mit der vor Kursbeginn durchgeführten Ist-Analyse abzugleichen und so ein unmittelbares Feedback des Kurses zu erhalten.

Beide Verfahren arbeiten mit Selbstreflexion, Selbstevaluation, Interpretation und Konsensbildung in kleinen Gruppen. Hierbei wird das subjektive Wissen der Teilnehmer eingebracht. Über Experten (PZQ) und eigene Studien (AZT) wird versucht wissenschaftliches Wissen mit diesem Hintergrund aus Erfahrungswissen in Einklang zu bringen. Wie sich diese Prozesse des Wissensmanagements in der Wahrnehmung der Teilnehmer widerspiegeln, soll über narrative Interviews erforscht werden.

3. Empirie

3.1. AZT und PZQ –in den Augen der Beteiligten

Grundlage der Untersuchung sind fünf Befragungen. Hierfür wurden die Interviewpartner nach der Methode des „theoretical sampling“ ausgewählt (Strauss 1994). Die Kriterien hierfür waren:

- Geschlecht: Mir war wichtig, die Meinung einer der wenigen teilnehmenden Frauen zu erfahren.
- Alter: Unterschiedliche Lebenserfahrung, aber vor allem Berufserfahrung sollte sich widerspiegeln.
- Mitarbeit: Unterschiedliche Zeiträume der Mitwirkung in der Gruppe könnten interessant sein.
- Aufgabe innerhalb der Gruppe: Referent und Teilnehmer des PZQ sollten vertreten sein. Ein Interviewpartner ist im Vorstand des AZT.

Ziel war es, gemäß dem qualitativen Ansatz der Untersuchung, möglichst vielschichtige und kontrastierende Eindrücke zu gewinnen. Aufgrund der Teilnahme des Untersuchers an beiden Gruppen sind alle Interviewpartner persönlich bekannt. Es wurde telefonisch mit allen Befragten ein Termin vereinbart. Drei Interviews konnten im Rahmen eines Symposiums in Karlsruhe durchgeführt werden. Ein weiteres fand im Anschluss an eine andere Fortbildungsmaßnahme in der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe statt. In einem Fall wurde der Kollege in seiner Praxis besucht. In einem kurzen Vorgespräch wurden die Interviewpartner über den Grund der Befragung informiert und ihr Einverständnis zur Aufzeichnung des Gesprächs eingeholt. Die Interviews waren so gegliedert, dass die Befragten zunächst möglichst frei über ihre Mitarbeit in der jeweiligen Gruppe berichten sollten. In einem zweiten Teil des Interviews bekamen die Partner Karten mit einer Fortbildungsform präsentiert, die sie mit jeweils anderen Verfahren vergleichen sollten. Die Auswahl der Schlagworte sollte das gesamte Spektrum der derzeitigen zahnärztlichen Wissensvermittlung erfassen: PZQ AZT, Qualitätszirkel, Bildmedien Internet-Recherche, Internet-Foren, Hands-on Kurse, Fachliteratur, Symposien und Vorträge. Sinn dieses Vorgehens ist es, zu einer vergleichenden Bewertung dieser Themen durch die Interviewpartner zu kommen. Hieraus lassen sich Konstrukte

isolieren, die, in der individuellen Wahrnehmung des Interviewten, Fortbildungsformen beschreiben und klassifizieren (Kelly 1986).

Die Interviews wurden transkribiert und zunächst formal analysiert. In einem zweiten Schritt wurden die Daten auf ihre Kernaussagen reduziert und nach ihrer Glaubwürdigkeit gewichtet. Hierbei zeigte sich, dass ein Interview aufgrund der häufigen Interventionen des Interviewers nicht sicher einzuschätzen war. Es wurde deshalb nur zum Vergleich der Fortbildungsformen herangezogen. Alle Interviews sind in voller Länge als Datei angefügt.

Im Folgenden sind die Auswertungen der vier Interviews zunächst in ihrer formalen Struktur, ihrer inhaltlichen Analyse und ihrer graphischen Darstellung aufgeführt. Gemäß des Zitats: „Objektivität ist die Illusion, es gäbe etwas zu beobachten ohne einen Beobachter“ Heinz von Foerster stellen diese Auswertungen die individuelle Interpretation des Untersuchers dar. Als Vorsitzender des AZT und Teilnehmer des PZQ ist diese Sichtweise sicher beeinflusst, wie z.B. durch eine zu positive Erwartungshaltung. Andererseits besteht eine einheitliche Kommunikationsbasis, die den Interviewprozess entspannt.

Im ersten Interview wird eine 45 jährige Zahnärztin befragt. Sie ist seit 16 Jahren in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen. Als Kassenwartin des AZT und Mitglied seit 1993 kann sie aus eigener Erfahrung über die Entwicklung des Arbeitskreises berichten:

Interview	Index	Formale Struktur	Thema
S.	1-4	Frage	Einleitung
	5-24	Bericht	Gründung des AZT aus politischen Motiven
	25-55	Bericht	Mitgliederzusammensetzung polar Externe und Akademieehemalige mit sehr unterschiedlichen Erwartungshaltungen
	56-58	Bericht	Beginn der Endo-Studie sehr kopf- und EDV lastig
	59-94	Erzählung	Probleme mit der Software führen zur Nichtteilnahme an Studie, fehlende Praktikabilität behindert
	95-106	Erzählung	Einstiegshürden; zusätzliche Motivation ist erforderlich um Arbeit außerhalb des gewohnten Rahmens durchzuführen
	106-115	Erzählung	Richtungswechsel des AZT durch Rückzug von A des Oberarztes der Akademie, weniger akademische

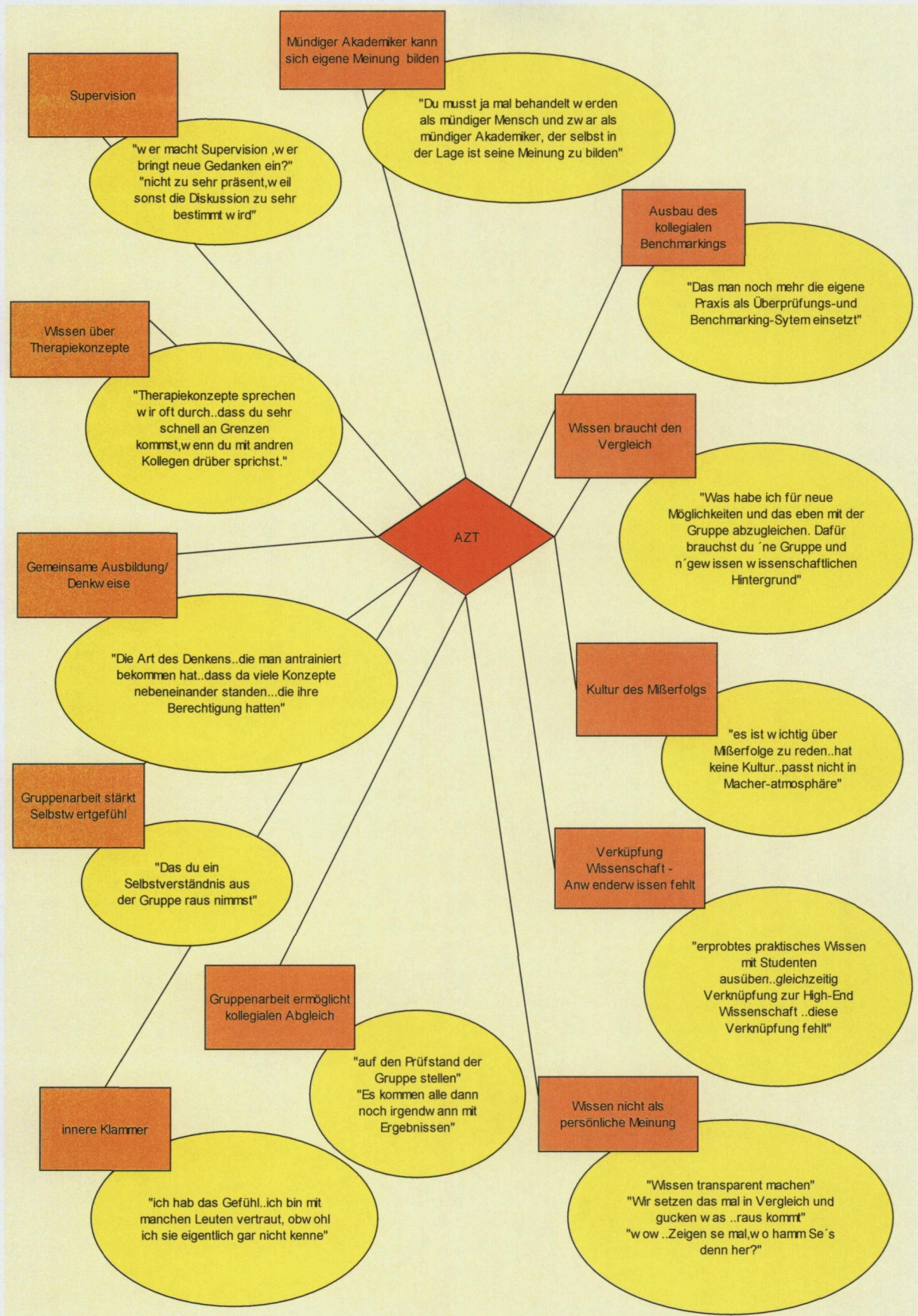
			Denkweise, die damals Externe vertrieben hat
	116-131	Erzählung	Innere Klammer der Ehemaligen der Akademie durch persönliche Kontakte gemeinsame Historie und wissenschaftliches Interesse
	131-145	Bericht	Gefahr das Qualitätszirkel mit heterogener Zusammensetzung schnell zu Stammtischen verkommen oder nur durch den Input einzelner erhalten zu werden
	146-176	Bericht	Umschwung im AZT wird positiv gesehen Abkehr von sehr persönlichen Motiven der Mitarbeit und politischen Motivationen Betonung der Gleichwertigkeit der Mitglieder
	176-229	Erzählung	Bedeutung von A für den AZT sowohl negativ wie positiv als wissenschaftliche Supervision
	229-234	Frage	Erwartungshaltung an AZT
	235-274	Erzählung	Kein Interesse an Materialdiskussionen großes Interesse an Therapiekonzepten Schwierigkeit mit Kollegen, die nicht mit der Konzeptentwicklung über Therapiealternativen vertraut sind Wichtigkeit der gemeinsamen Denkweise Vertrauen ohne Konkurrenzdruck
	275-321	Erzählung	Gemeinsamer Ausbildungshintergrund Beispiel Prothetikfortbildung war didaktische Schulvorlesung keine strategische Planung Beispiel Doppelkronen sind nur teuer AZT befindet sich in einer ganz anderen Gedankenwelt
	321-329	Beschreibung und Empfindung	Praxiskonzept löst sich von verschulden Gedankenkonzepten der Prothetiker und ist erfolgreich
	330-331	Statement Interviewer	Abgleich mit Kollegen im AZT
	332-374	Wunschvorstellung mit Beispiel	Benchmarking ausbauen Beispiel CP-Beh. Zur Verbesserung der Vorhersehbarkeit der Therapie Risikoeinschätzung und Risikomanagement
	375-379	Frage	Kompetenz des AZT
	380-399	Beurteilung	AZT hat Studienerfahrung, Gruppe hat gemeinsame Zielsetzung der Ablaufoptimierung, Verbesserung der Vorhersagbarkeit

	400-436	Beschreibung	Zahnarzt als Einzelbohrer mit Patient als Gegner Entscheidungsprozesse sind Belastung Arbeiten und Abgleich in der Gruppe Entwicklung von Rüstzeug für Entscheidungsfindung
	437-463	Frage mit Erklärung	Externe Wissenschaft versus Praktikerwissen
	464-550	Bewertung	Deutsches Problem der fehlenden Verknüpfung von Universitärer Wissenschaft und Praktikerwissen Gegenbeispiel USA Postgraduate-System Zeit an Akademie gleicht dies aus QZ kann helfen unterschiedliche Lehrmeinungen zu einem Konzept zusammen zu fügen aber schwierig bei heterogene Gruppen AZT einfacher durch antrainiertes Denken während Assistenzzeit an AFZK
	550-609	Dialog	Mündiger Akademiker Abgleich der eigenen Erfahrung mit der der Kollegen erfordert Offenheit, Kultur des Redens über Misserfolge, man braucht Selbstbewusstsein um zwischen Macher-Atmosphäre und schwacher Fehler-Seite Balance zu finden
	610-647	Dialog zur Frageerläuterung	Einschätzung in der Gruppe
	648-713	Erzählung	Vertrautheit auch mit unbekanntem Personen durch gemeinsamen Hintergrund der Ausbildung Fazination der Gruppendynamik Arbeiten auf Termin aber nicht ausweichen
	714-731	Frage	nach Wissenschaft Wissenstransfer
	732-747	Reflexion	Was ist Wissenschaft?
	748-790	Dialog	Wert des eigenen Wissens der Kompetenz
	791-847	Interpretierende Erzählung mit reflexiven Anteilen Beispiel	Wissen wird transparent, nicht nur eigene Meinung wird vertreten, sondern untersucht und abgeglichen Anwenderorientierung Beobachtung wird analysiert nicht einfach behauptet

Als ein besonders aussagekräftiger Bereich des Interviews lässt sich der Abschnitt Z.106- 229 ausmachen. Dieser Teil beschäftigt sich mit der Zusammensetzung der Mitglieder des AZT und der sich daraus ergebenden Konsequenzen. Thematisiert wird das an der wahrgenommenen Entwicklung, die der Zirkel in der Zeit der Teilnahme von S. genommen hat. Diese Wandlung wird positiv gesehen. Der Abschnitt besteht aus erzählenden, mehr berichtenden, aber auch rein vermutenden Elementen. S. sieht die positive Entwicklung des AZT in der Ausprägung einer „inneren Klammer“, die die Teilnehmer in einer „Mischung aus persönlichen Kontakten, plus der gemeinsamen Historie, plus, ja, `nem Interesse sich auch mit wissenschaftlichen Dingen zu beschäftigen“ (Z. 126-128) zusammenhält. Für S. ist es durch den Rückzug eines Teilnehmers aus der Verantwortung des AZT zu einer deutlichen Verbesserung in der Entwicklung der kollegialen Arbeit gekommen. Persönliche oder akademische Interessen einzelner sind zu Gunsten einer gleichwertigeren Zusammenarbeit mit einem höheren Praxisbezug zurück getreten. Andererseits wird die Wichtigkeit eines wissenschaftlichen Teilnehmers festgestellt, der in einer Art Supervision verhindert, dass sich die Praktiker „in Nebensächlichkeiten verlieren“ (Z.207/8). Es wird als herausragende Eigenschaft des AZT gesehen, durch die Integration des ehemaligen Oberarztes der Akademie gedanklichen Input und kritisches Feedback zu erhalten.

Der Gedanke der „inneren Klammer“ zieht sich durch das gesamte Interview. Er wird unter verschiedenen Aspekten beleuchtet. Zum einen die Vertrauensbasis durch fehlenden Konkurrenzdruck und gemeinsamen Ausbildungshintergrund. Vertrauen wird übertragbar („ich hab das Gefühl ich bin mit manchen Leuten vertraut, obwohl ich sie eigentlich gar nicht kenne“ (Z.660/1)) und ein Austausch über Misserfolge ist möglich, ohne das eigene Selbstwertgefühl zu schädigen (Z.576-608). Der Zusammenhalt der Gruppe bewirkt eine Dynamik, die wissenschaftliche Datensammlung und kontinuierliche Arbeit möglich macht (Z.683-712). Zum andern spielt die gemeinsame Denkweise und Suche nach Therapiekonzepten, die der Kompliziertheit der zahnärztlichen Behandlung gerecht werden, eine Rolle (Z.257-277). Eine Denkweise, die vom Praktiker als mündigem Zahnarzt ausgeht, der in der Lage ist, aus einer Vielzahl von wissenschaftlich begründeten Therapiekonzepten das individuell richtige auszuwählen (Z.537-550). Dies wird von S. durch Anführen eines Gegenbeispiels untermauert. (Z.276-321 u. 839-845).

Graphische Darstellung Interview S.:



Der Interviewpartner der zweiten Befragung ist seit drei Jahren Mitglied im AZT. Er ist als Zahnarzt in einer Einzelpraxis niedergelassen.

Interview	Index	Formale Struktur	Thema	Pers. Bewertung
I.	11-49	Erzählung	Teilnahmemotivation Kollegialer Austausch	Vergleich Stammtisch
	50-93	Erzählung	Teilnahmemotivation Selbstreflexion	Umkehr der Skepsis
	93-141	Erzählung Zusammenfassender Dialog m. Interviewer	Teilnahmemotivation Kollegenvergleich zweischrittig Beobachtung der eigen Tätigkeit und dann erst Vergleich mit den Kollegen	Benchmarking mit fachl. Bewertung Wichtig Analyse Arbeitsprozess AZT
	142-189	Dialog	Wissenschaftl. Arbeiten ohne Gruppe nicht möglich	Wissenschaft als notw. Übel
	190-199	Zusammenfassung und Frageentwicklung	Wissensbildung im AZT	
	200-255	Erzählung	Wissen über Therapieentscheidung zur Wissensvermittlung gehört Aufgeschlossenheit	Aha-Erlebnis durch erkennen der Differenziertheit im Gespräch Bewußtwerden und Vermitteln können
	255-265	Frage mit Differenzierung	Eigenes Wissen externes Wissen	
	255-323	Erzählung mit Bewertung	Abgleich eigenes kollegiales Wissen mit Wissen aus Lit.u. Fortb. Fehlende Gewichtung der Literatur durch Anwender Wertung durch vertrauenswürdige Kollegen fehlen Anwenderprobleme werden nicht dargelegt	Bewertung und Vertrauen in Wissen fehlen Abstraktes Wissen ist nicht vertrauenswürdig
	324-331	Frage	Kriterien für erfolgreichen kollegialen Austausch	
	332-371	Bericht mit Bewertung	Ansprüche an Kollegen für Erfahrungsaustausch	Selbstkritik und aufgeschlossenem Neuen

			Aufgeschlossen gegenüber neuem Selbstkritisch, Produktkritisch Fähigkeit mit Misserfolgen konstruktiv umzugehen muß erlernt werden AZT erfüllt diese Kriterien	gegenüber Misserfolge aushalten können und ehrlich dokumentieren
	372-420	Beurteilung	Fortbildung vers. AZT	Fortb. Liefert Info AZT Bewertung
	421-439	Beurteilung	Internet nur zur Recherche	SOO umfangreich
	440-463	Beurteilung	Fachliteratur	Richtlinien info ,alleine ohne Wert
	464-523	Beurteilung	Hands-on	Schleifen am eigenen Können
	524-545	Beurteilung	Bildmedien	Relativ wenig Nutzen

In der Analyse der ersten 140 Zeilen des Interviews erzählt der Teilnehmer von seinem Zugang zum AZT und erklärt mit seinen Wahrnehmungen und seinen Reaktionen die Arbeitsabläufe des Qualitätszirkels. Zunächst wurde der fachliche Austausch auf einer Ebene über dem Stammtischniveau vermisst. Der Austausch beim ersten Treffen wurde skeptisch gesehen, bis die praktische Relevanz erkannt wurde (Z.27-63).

Aus diesem Austausch heraus kam es zur Selbstreflektion und Beobachtung der eigenen Tätigkeit. Der Interviewpartner konnte so mehr Klarheit über sein eigenes Handeln gewinnen. Er war sogar motiviert, dies in einem Bereich zu tun, der ihm uninteressant erschien (Z.66-93).

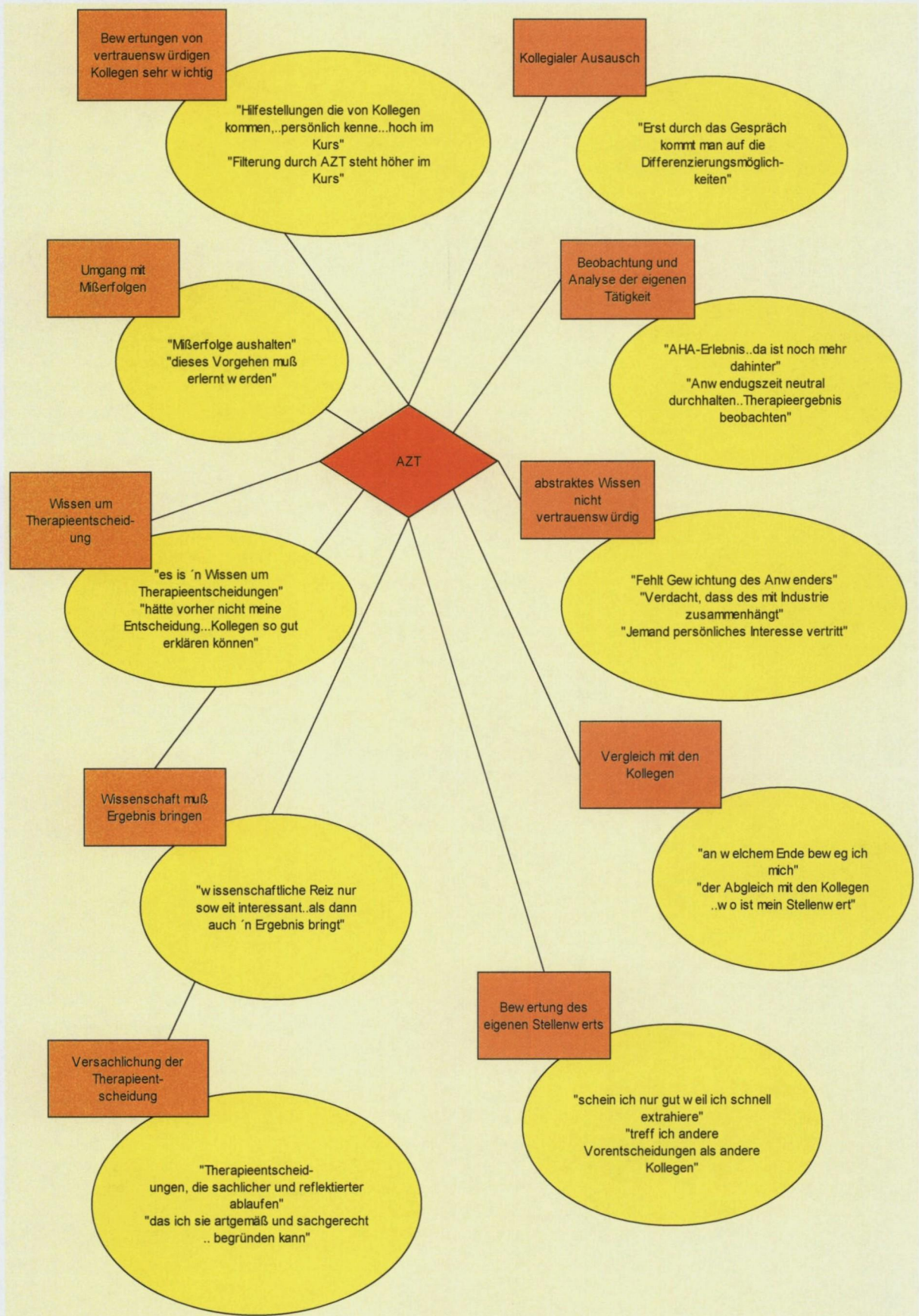
Ihm ist es wichtig, diesen Schritt zuerst zu gehen und dann die Freiheit zu haben, sich mit den Kollegen zu vergleichen. Und in einem weiteren Schritt diesen Vergleich zu analysieren (Z. 93-108).

Diese Kernstelle des Interviews ist durch den Erzählstil von einer hohen Glaubwürdigkeit geprägt. Es ist kein Hinweis auf eine Befangenheit dem Interviewer gegenüber festzustellen.

Im weiteren Verlauf des Interviews werden diese Punkte ergänzt und erläutert. Es wird die Bedeutung des fachlichen Austauschs betont, da nur so die Differenziertheit des zahnärztlichen Handelns erkennbar wird (Z.223-250). Es wird die Notwendigkeit einer sauberen Datenerhebung erkannt, da sonst die Diskussion im Vergleich immer wagen bleibt (Z.271-277). Es wird der praktische Nutzen einer höheren Sicherheit in der Therapieentscheidung gesehen (Z.200-214). Und es werden Kriterien genannt, die eine solche Arbeitsweise ermöglichen. Dazu gehören Selbstkritik, Aufgeschlossenheit und die Fähigkeit Misserfolge auszuhalten (Z.332-354).

Ein weiterer Bereich des Interviews thematisiert die Aufnahme externen Wissens. (Z.261-Z355). Hierbei steht die Literatur für den Interviewpartner an erster Stelle. Die enorme Menge an Wissen in der Literatur wird anerkannt, aber die Vertrauenswürdigkeit dieses Wissen wird angezweifelt. Das Wissen braucht für ihn eine Gewichtung durch den Praktiker. Wobei diese Bewertung nur dann Relevanz hat, wenn es sich um vertraute Personen handelt, denen eine Kompetenz in den Themen zugetraut wird (Z.282-285)

Graphische Darstellung Interview F.:



Der Gesprächspartner im dritten Interview ist seit ca. 20 Jahren in Gemeinschaftspraxis in einer Großstadt niedergelassen. Er ist Postgraduate-Student und hat diesen Kurs im Rahmen seines Masterstudiengangs belegt.

Interview	Index	Formale Struktur	Thema
E.	0-28	Einstieg	PZQ ist Thema
	29-2.45	Erzählung	Froh über Teilnahme, erstmalig geschafft Behandlung Struktur zu geben, vorher blauäugig und unsicher, einer der wertvollsten Kurse, konnte direkt in Praxis umsetzen, gemeinsames Erarbeiten der Theorie, Klarheit durch Diskussionsprozess, Ergebnis macht Sinn das will ich einführen, Gegensatz zu anderen Fortbildungen wo Unsicherheit erhöht wurde
	2.45-3.50	Erfahrungsbericht aus Praxis-Selbstbeobachtung	Pa-Beh. Vor und nach PZQ
	3.50-3.57	Frage	Andere Bausteine des PZQ Patientenbefragung
	3.57-5.45	Bericht	Patientenbefragung untergeordnete Rolle, Teambesprechung wichtiger dauerhaft schwierig lebhaft zu erhalten
	5.45-6.05	Frage	Erfolgskriterien
	6.05-7.46	Bericht mit persönlichen Schilderungen	Sofortige Umsetzung in der Praxis, Kollege zieht inzwischen mit, eine der erfolgreichsten Sachen, die in der Praxis gemacht wurden
	7.46-8.00	Frage	Warum gut zu implementieren?
	8.00-8.59	Bericht mit persönlichen Schilderungen	Gemeinsames Erarbeiten auf Augenhöhe, Beratung durch Externe Sachkundige aber Entscheidung durch erfahrene Kollegen
	9.00-10.00		Erkenntnis des Eigenen Wissens und Akzeptanz des Kollegenwissens ,
	10.00-10.24	Frage	Rolle der Professoren
	10.24-12.19	Bericht mit persönlichen Schilderungen	Moderierende und unterstützende Rolle der Professoren gemeinsames Erarbeiten, Beispl. W.und PSI Ergebnis wird selber verantwortet und man ist stolz darauf

	12.20-14.30	Bericht mit persönlichen Schilderungen	Höhere Sicherheit in Diagnose und Therapie aber auch im Umgang mit Patienten
	14.30-15.30	Dialog m. Interviewer	Vorlesungsreihe weniger intensiv als PZQ
	15.30-21.15	Bericht mit persönlichen Schilderungen und anekdotischen Erzählungen	Eigenes Wissen schon gut, Beispiel: Positive Reaktion des Referent auf Engagement von E., „Wissen nicht überprüfbar aber abgleichbar“ Stärkung des Selbstverständnis, wenn eigene bewährte Praxiskonzepte konform sind
	21.15-22.10	Erläuterung Fragestellung	Fortbildungsmedien im Vergleich
	22.11-23.54	Argumentative Beschreibung	Bildmedien eingeschränkter Einsatzbereich analoger vermittelnder Mensch fehlt keine Rückfragen möglich
	23.55-24.50		Fachliteratur schwierig für normale Praxis wenig Nutzen lieber Detailfragen im Internet
	24.50-		Internet sehr praktikabel nur für konkreten Anlass
	26.30-		Symposien langweilig, Zeitverschwendung, zu wenig praxis
	27.50		Hands-on Kurs find ich gut, dienen dem Abgleich, Austausch mit Kollegen möglich, Fragen möglich, gut zu Vermittlung neuer Techniken, PZQ ist geistiger Hands-on kurs

Das Interview des PZQ-Teilnehmers spiegelt eine hohe Begeisterung über dieses Kurskonzept wider.

Der Interviewpartner empfindet den Kurs als „einen der wertvollsten Kurse überhaupt“. Hierfür gibt er drei Gründe an:

- Die Theorie ist im Diskussionsprozess gemeinsam erarbeitet worden.
- Das Wissen konnte direkt in die Praxis umgesetzt werden.
- Sicherheit und Selbstbewusstsein wurden gestärkt.

Während in seiner Wahrnehmung die Bausteine Patientenbefragung und Teambesprechung eine mehr untergeordnete Rolle spielen, werden die Praktikabilität und das selbst erarbeitete Wissen immer wieder thematisiert.

Die intensive fachliche Diskussion auf „relativer Augenhöhe“ und die Entscheidungskompetenz der Teilnehmer werden als wichtiges Erfolgskriterium empfunden (Z.217-231). Für die Erarbeitung der Theorie ist ihm neben der zurückhaltenden Unterstützung durch Moderator und Sachverständigem vor allem

die Erkenntnis des eigenen Wissens und die Akzeptanz des Kollegenwissens wichtig (Z.217-323). Er belegt mit einem Beispiel, dass dies auch für die Professoren gilt (Z.278-300). Der selbst erarbeitete klinische Pfad wird mit Stolz verantwortet. Dies stärkt unmittelbar die eigene Entscheidungskompetenz und Rollensicherheit in der Praxis (Z.310-369).

Das Interview erhält durch seinen Erzählstil, die sehr persönlichen Berichte und anekdotischen Beispiele eine hohe Glaubwürdigkeit. Die Wortwahl wie „vorher immer blauäugig“, „das hat mir einfach Spaß gemacht“, „bin ich jetzt blöder als vorher?“ deutet auf eine starke emotionale Beteiligung am Kurskonzept hin.

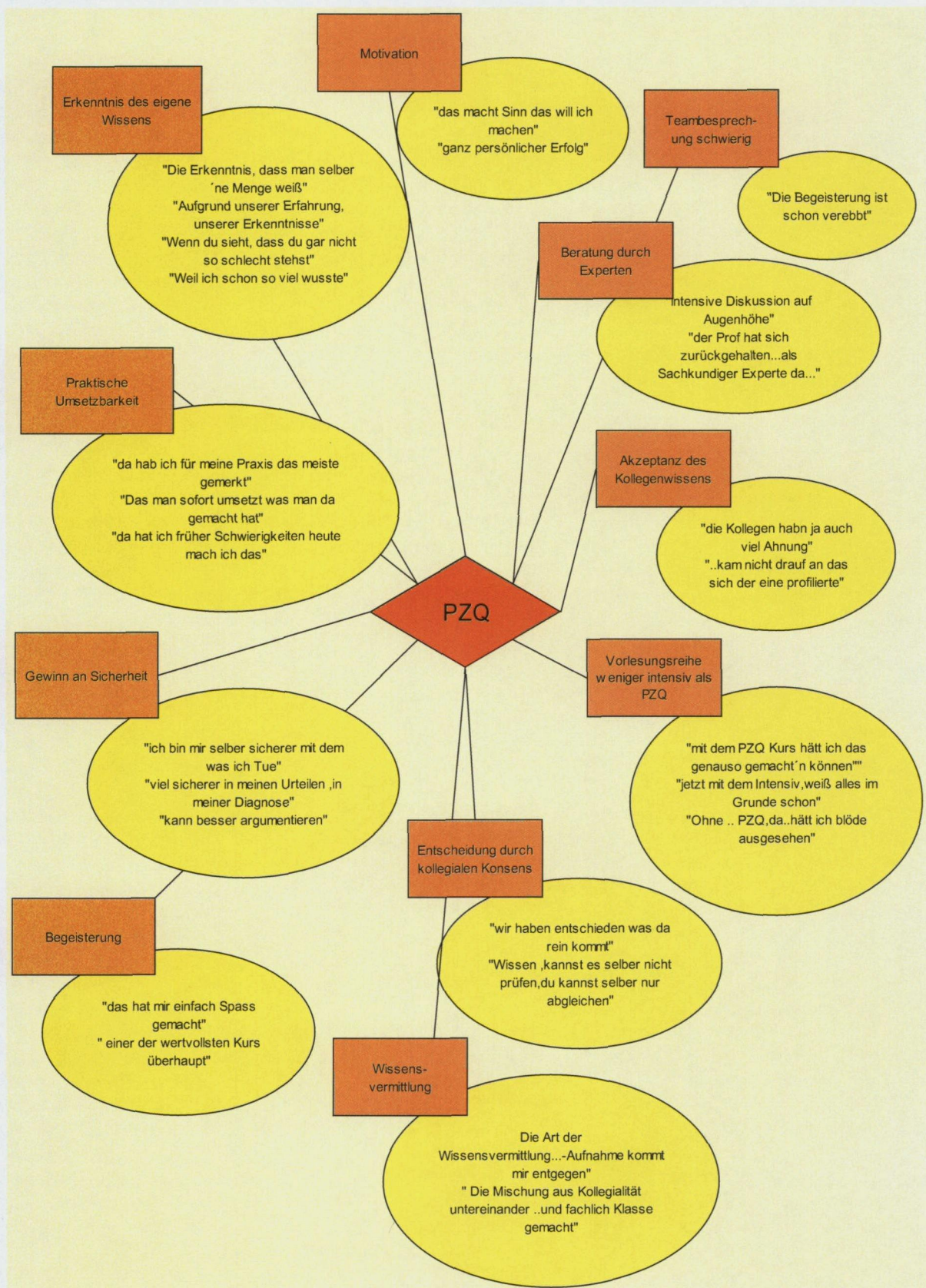
Der Interviewpartner zeigt sich in vielen Passagen erstaunt über seine eigenen Kenntnisse. Seine Aussage „dieses eigene Wissen [...] du kannst es selber ja nicht prüfen [...] du kannst nur selber irgendwo abgleichen und sehen, wo stehst du denn jetzt“ (Z. 490-493) fasst seine Empfindungen der eigenen Fortbildungstätigkeit zusammen. Dieser Abgleich findet auf drei Ebenen statt:

1. Der Abgleich mit den Kollegen „Ey, das is ja gar nich schlecht, was de da sagst, sondern das wird ja a akzeptiert,ne.“ (Z.251-252)
2. Der Abgleich mit den Referenten „und sacht, ich /äh/ er wollte sich bei mir bedanken, ich sach warum will der Prof sich bei mir bedanken ,ne ? Ja sacht er für meine Mitarbeit, Ja so, ja sacht er „ Sie haben so mitgearbeitet, sie wussten doch alles“,sacht er“ (Z.442-444)
3. Der Abgleich mit der eigenen Realität „das kannst du auch bei mir schaffen, in der Praxis“ (Z.46)

In allen drei Bereichen wird ein positives Feedback wahrgenommen. Dies motiviert und stärkt das Selbstvertrauen mit Effekten in verschiedenen Bereichen:

1. Selbstwert „Ja. Ich bin mir selber sicherer, in dem, was ich da, was ich da tue [...]auch die schweren Fälle, da hatt ich früher Schwierigkeiten mit, konnt, einfach nich getraut zu behandeln, heute mach ich das,“(Z. 358-368)
2. Rollensicherheit „Und ich merke auch [...]im Umgang mit meinen Patienten [...]das ich erstmal, /äh/ ...viel sicherer bin in meinen Urteilen, in meiner Diagnose , wenn ich mich an diesen, meinen , individualisierten (ja so) halte [...] ich kann viel besser argumentieren mit meinen Patienten“
3. Wissensgewinn „aber ich fand den Kurs nich schlecht, ne, [...] ich ja schon soviel darüber wusste, ne. Wenn ich den jetzt nich ge, nich ohne, ohne PZ /äh/ PZQ gemacht hätte, da wär hätt ich blöde ausgesehen“ (Z.464-466)

graphische Darstellung des Interviews E.:



Der vierte Interviewpartner ist Lehrstuhlinhaber für Zahnerhaltung einer deutschen Universität.

Interview	Index	Formale Struktur	Thema	Pers.Bewertung
D.	1-3	Rekapitulation Vorgespräch	Praxiswissen	
	1-18	Diskussion Fragestellung	PZQ	
	19-47	Erzählung	Motivation der Teilnahme am PZQ, Fortbildungskonzept Innovatives Fortbildungskonzept demokratischer Ansatz	
	48-117	Bericht	Skepsis der Expertenrolle Dialog auf Augenhöhe Verletzbarkeit des Experten Gedankenmodell über den Haufen werfen Interaktiver Kurs	Neuer Gedanke
	118-135	Bericht	Es entsteht Wissen das akzeptiert werden muß	Wissensentwicklung PZQ
	136-156	Exkurs Anekdote	philosophisches Beispiel offener Dialog	Offen Beobachten
	157-171	Bericht	Herausforderung Neues zu lernen, zu denken Erfahrungswissen kommt gegen das man keine wissenschaftliche Evidenz setzen kann	Erfahrungswissen und Evidenz
	172-183	Zusammenfassung	Abgleich mit Vortrag über Studiendesign	Eingriff in Interview
	184-201	Frage	Wissen auf Gruppe beschränkt?	D. als Wissenstransporteur?
	202-237	Bericht	Wissen des PZQ nicht objektiv verwertbar sehr individuell; objektives Wissen wird auf die individuelle Praxissituation	PZQ ist EBM-Schulung

			heruntertransformiert	
	237-307	Erzählung	EBM-Wächter Abgrenzung von autoritären Gurus Wissenschaftler muß sich einordnen in ein System das Wissen generiert mit vereinbarten Standards	PZQ ist Mittel EBM zu personalisieren
	308-310	Frage	Denkanstöße	
	311-336	Bericht und Erzählung	Wahrheit gibt es nicht Pilatusfrage	Externe Evidenz nur Hilfestellung bei sehr individuellen Entscheidungen
	337-359	Frage	Transparenz der Entscheidungsfindung	Objektivierbarkeit durch Transparenz
	359-394	Argumentation	Quantitative Forschung Maß der Dinge zur heutigen Zeit	Qualitative Forschung und Schamanismus
2. Teil				
	395-416	Frage	Fragestellung Paarungen	
	417-433	Diskussion	Begriffsbest. QZ /Studygroup	
	434-465	Argumentation	PZQ –QZ	Hinterfragen - in sich kreisen
	466-474	Diskussion	Begriffsbest. Bildmedien	
	475-492	Diskussion	Bildmedien Kein Vergleich möglich	Gebrauchsanweisung keine Entscheidungsfindung
	493-506	Bericht	Hands-on	Fertigkeitsdefizit wird beseitigt
	507-524	Bericht	Fachliteratur-PZQ	Implementierung Routine als Feind
	525-570	Erzählung	Internetrecherche überfrachtet	PZQ orientiert
	571-603	Bericht Diskussion	Internetforen	PZQ und Vertrauen
	604-665	Diskussion	Symposien	Veranstalter-und Referentenbias

In diesem Interview ist der Partner der Vertreter der fachlichen Evidenz des PZQ. Seine Rolle ist es, in der fachlichen Diskussion den Stand der aktuellen Wissenschaft zu vertreten. Es ist daher nicht verwunderlich, dass diese Rolle mit ihren

Möglichkeiten und Schwierigkeiten einen gewichtigen Teil des Interviews einnimmt. D. sieht als große Chance den demokratischen Ansatz der Fortbildung, mit den Teilnehmern auf gleicher Augenhöhe in einen Dialog einzutreten. Hierdurch kann neues Wissen entstehen, und altes Wissen wird weitergetrieben. Andererseits stellt diese Rolle auch eine große Aufgabe dar. Eine Herausforderung, die „Bauchklemmen“ verursacht. D. gliedert diese Schwierigkeiten in zwei Bereiche:

1. Die Gefahr, der eigenen Expertise nicht gerecht zu werden.
 - Eine Vorbereitung des Referenten auf das PZQ ist nicht möglich. Es werden Ängste aufgebaut, da nicht sicher ist, ob das Literaturwissen reicht. „Das erzeugt auch Ängste auf der /auf der/ Expertenseite“ (Z66-67).
 - Der „Schutzwall“ des Vortragenden fehlt. Dies erzeugt „Verletzlichkeit“ (Z.95-107).
2. Die erforderliche Offenheit, als Experte in einen Dialog mit den Teilnehmern einzutreten.
 - Durch die Interaktion im Kurs kommt es zur Konfrontation mit dem Erfahrungswissen der Teilnehmer. Dies kann die Konsequenz haben, dass der Experte sich selbst hinterfragen muss. Hierfür die Offenheit zu haben, sieht der Interviewpartner als größte Herausforderung seiner Rolle. „Ein Gedankenmodell, in dem man sich gerade wohl fühlt und sich bewegt, und so ein Kurs birgt immer die Gefahr, dass man dieses Modell über den Haufen werfen muss“(Z.109-183).

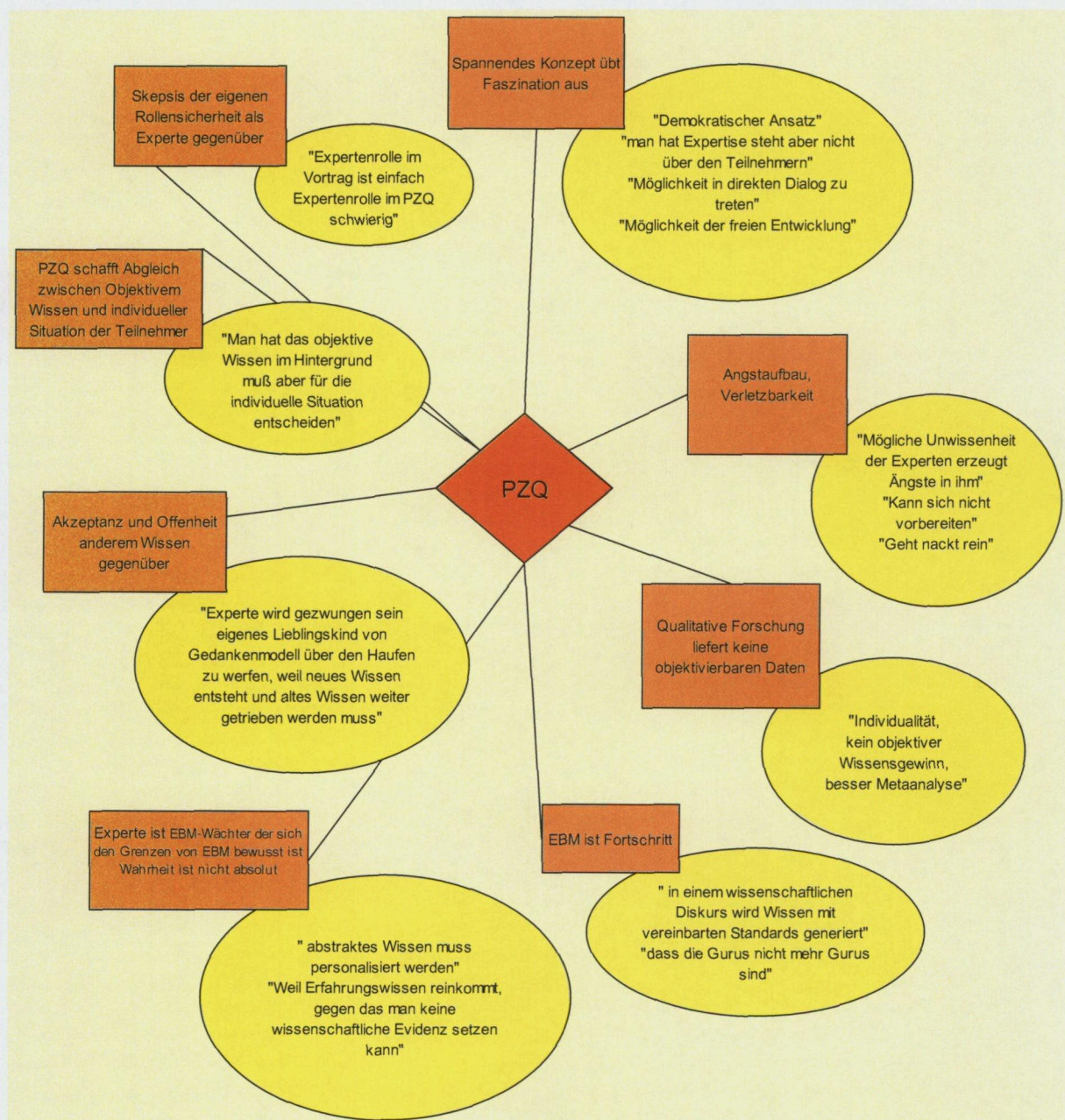
Dieser Abschnitt des Interviews ist eine Mischung aus Erzählung, problemorientierter Beschreibung und anekdotischen Elementen. Den hohen Stellenwert dieser Betrachtungsweise für D. erkennt man unter anderem daran, dass die Frage nach dem sehr intensiven Betreuungskonzept als ökonomisch-organisatorischer Faktor untergeordnet und nicht weiter thematisiert wird. Auch auf emotionaler Ebene spielt dieses Thema eine Rolle, was durch die Wortwahl wie „völlig nackt“, „erzeugt Ängste“, „Verletzbarkeit“ unterstrichen wird.

Ein weiterer Teil des Interviews beschäftigt sich mit der Gegenüberstellung von objektivem Wissen und individuellem Erfahrungswissen. Der Referent sieht große Vorteile in der Entwicklung der Evidence-based-Dentistry. Durch die Verständigung auf einheitliche Standards ist es den Dozenten nicht mehr möglich, auf einer Lehrmeinung zu insistieren, sondern sie müssen sich dem wissenschaftlichen

Diskurs stellen. Wissenschaft wird versachlicht und demokratisiert: „der große Vorteil ist, dass sozusagen die Gurus nicht mehr Gurus sind, sondern dass sie /ja/ sozusagen sich einordnen in ein System, das Wissen generiert und zwar für alle mit vereinbarten Standards“(Z.259-285).

Das für ihn faszinierende am PZQ ist es, dieses objektive Wissen nicht nur zu vermitteln, sondern zur Diskussion zu stellen. Das objektive Wissen wird durch den Abgleich mit dem individuellen Praxiswissen der Teilnehmer personalisiert. Abstraktes Wissen wird praktikabel gemacht (Z.202-344).

In der graphischen Darstellung des Interviews sieht dies wie folgt aus:



3.2. AZT und PZQ –im Vergleich der Konzepte

Der zweite Teil der Interviews ist mit dem Ziel angelegt worden, Aussagen über die Wissensquellen zahnärztlicher Sachkenntnis zu erlangen. In einigen Interviews wurden schon im narrativen Teil Stellungnahmen zu den einzelnen Fortbildungstypen abgegeben. Diese wurden gesammelt und der einzelnen Gruppe zugeordnet. Zunächst in Form einer Zitatensliste:

PZQ	<p>D.: Unheimlich innovative Fortbildungsform, zutiefst demokratischer Ansatz, auf gleicher Augenhöhe in einen Dialog einzutreten, interaktiver Kurs nicht eindirektional, neues Wissen entsteht altes Wissen muss hinterfragt werden, Erfahrungswissen kommt rein, Versuch objektives Wissen mit der subjektiven Situation in Einklang zu bringen, PZQ zeigt auf, das es Wahrheit in absoluter Form nicht gibt, Kursteilnehmer werden gezwungen die eigene Trägheit zu überwinden,</p> <p>O.: Kleingruppenansatz, Arbeit in Klausur, neue Zusammensetzung der Gruppe, keine Langzeitwirkung der Gruppe, gewisse Dinge geändert in der Praxis, Moderation und zeitnahe Ergebnisdokumentation ist Grundvoraussetzung für das positive Ergebnis, PZQ liefert Schulung fürs Internet, vororganisiert und professionell begleitet, sehr sehr guter Ansatz für Themenanstoß aus Fortbildung,</p> <p>E.: geistiger Hands-on -Kurs mit externen Hintergrundwissen, erstes mal geschafft meiner Behandlung eine Struktur zu geben, einer der wertvollsten Kurse des Studiums, direkt konkret in Praxis umsetzbar, gemeinsame Erarbeitung der Theorie, Klarheit durch Diskussionsprozess, ist Kür aus freien Stücken, sehr motivierend auch für Praxisteam, sofortige Durchsetzbarkeit des Kursergebnis, Unmittelbarkeit der Umsetzung, gemeinsame Erarbeitung und Diskussion der Forschungsergebnisse zu einem Ergebnis [dem klinischen Pfad], arbeiten auf relativer Augenhöhe, Moderation durch Professor ,D. als sachkundiger Externer, Entscheidung durch Kollegen aufgrund von Erfahrung und eigenem Kenntnissen, Erkenntnis des Eigenen Wissens und Akzeptanz des Kollegenwissens , gemeinsames Erarbeiten, stolz auf das Ergebnis und verantwortlich, Stärkung der eigenen Sicherheit in der Behandlung und gegenüber den Patienten, drei Kurse PZQ bringen mehr als 6 Kurse PAR-Vorlesungen</p>
AZT	F.: Kollegialer Austausch, Reflektieren über die eigene Tätigkeit, beobachtende Arbeitsweise, Wissen um Therapieentscheidungen wird

	<p>versachlicht, wirklichkeitsnahe Anwenderberichte, Bewertung und Umsetzung durch Kollegen, Reflektion über Therapieziel und Handlungsstruktur,</p> <p>S.: innere Klammer durch Art des Herangehens des Arbeitens durch gemeinsame Historie der Mitglieder, Erfolg durch gute Mischung aus Persönlichen Kontakten, gemeinsamer Historie, und Interesse an wissenschaftlichen Arbeiten, keine Konkurrenzsituation der Mitglieder, gemeinsamer Ausbildungshintergrund, Stärkung des eigene Selbstbewusstseins der eigenen Fähigkeiten durch Arbeit in der Gruppe, Abgleich der gesammelten Erfahrungen, Mitglieder sind darauf trainiert verschieden Behandlungskonzepte nebeneinander stehen zu lassen, Gruppe spielt mit offenen Karten, nur so Selbstreflektion möglich, ist strukturiertes Vorgehen schon Wissenschaftlichkeit, liefert Anstoß zu weitergehender Recherche in anderen Medien,</p> <p>O.: Ziel Studien aufzulegen, angewandte Wissenschaft zu betreiben, praxisnah, Zeit und Kostenintensiv, Hinterfragung der persönlichen Praxissituation und Tätigkeit, Untergruppierung unterschiedlicher Jahrgänge von Assistenten, jeder ist in der Lage die Richtung zu beeinflussen, gleiche Augenhöhe der Mitglieder, Offenheit und Ehrlichkeit in der Betrachtung und Diskussion, liefert Anstöße sich mit einem Thema zu beschäftigen, man geht gestärkt aus einem Treffen heraus, durch Selektion der Gruppenmitglieder angenehmer Arbeitsstil, keine Konkurrenz, große Praxisnähe, hohe Glaubwürdigkeit, Themen meist bekannt, Feintuning</p>
Qualitätszirkel	<p>D.: Auseinandersetzung und Öffnung gegenüber den Kollegen, Nachteil des in sich Kreisen, sehr intensiv wenig Input von außen,</p> <p>S.: Heterogene Zusammensetzung die bei auf wenige beschränkten Input schnell einschlafen kann, fehlende Supervision,</p> <p>O.: Fraktion der Tätigen und der Sauger, niedrigere Glaubwürdigkeit, Frustabbau der Kollegen untereinander häufig standespolitischer Ansatz, plätschert an der Oberfläche hin,</p>
Bildmedien	<p>I.: Weniger als Hands-on Kurs und Literatur, wenig Nutzen,</p> <p>D.: reine Technikorientierung, Gebrauchsanweisung,</p> <p>S.: sehr einseitiger Transfer, wiederholbare Abrufbarkeit von visualisiertem Wissen,</p> <p>O.: Zusammenhanglose Bildinformation, Zeit zu schade,</p> <p>E.: zum Erlernen einer konkreten Technik nicht für sich genommen sinnvoll, zu beliebig</p>
I-Recherche	<p>I.: Soo umfangreich,</p> <p>D.: innerhalb des eigenen Fachbereichs ein Segen, in einem unbekanntem Bereich ein Fluch, schnell überwältigt von Masse des Angebots,</p> <p>S.: zu mühselig im Suchen,</p> <p>O.: Nachbereitung von Kursen durch spezielle Recherche, liefert Daten für Gutachtertätigkeit, Theoretischer</p>

	<p>Verwaltungstechnischer Natur E.: Gut zur konkreten Suche von Hintergrundinformationen</p>
i-Foren	<p>D.: Wissensvermittlung ohne Vertrauensverhältnis schwierig , O.: helfen nur bedingt, eigentlich eher nicht so,</p>
Hands-on Kurse	<p>I.: Gut für praktische Umsetzung, Schleifen am eigenen Können persönliche Sache, D.: Fertigungsdefizit kann verbessert werden, man muss was selber machen, S.: dienen der Vertiefung eines Themas, durch praktisches Tun bleibt mehr hängen, O.: gut um durch aktive Beiträge Schwachstellen herauszufiltern und unbekanntes Dinge zu vertiefen, E.: Ich mag das gerne, praktische Kurse helfen dem Abgleich, Technikaneignung</p>
Fach-Literatur	<p>I.: Immenses Wissen ohne Gewichtung, nur bedingt vertrauenswürdig, durch Industrie manipuliert, dient zur Vergewisserung der Therapie zur Veränderung der Therapie weitere Schritte erforderlich, D.: Wissensvermittlung auf abstrakterem Level als Bildmedien, schwierig umzusetzen, S.: breiteres Spektrum als Bildmedien ach vergleichend und verweise liefernd, externer Anstoß nötig , Interesse muß geweckt sein O.: weniger aktuell als Internet, aber leichter in der Nutzung, schwierig sich ausdauernd damit zu beschäftigen, E.: schwieriges Medium wenig nutzbar, Internet ist schneller</p>
Symposien	<p>I.: Erfährt viel Neues, häufig Unausgeglichenes, allgemeiner Überblick, D.: nur 10% des Inhalts werden behalten, nichts wird praktisch umgesetzt, Gefahr nur den Anschein von Evidenz zu erzeugen durch Selektion der Redner, S.: Kurzvorträge hören meist auf, wenn es interessant wird, Professorenaussage steht häufig ungeprüft im Raum O.: dient nur dazu Thema anzureißen, Gewinn nicht sehr hoch, nur interessant für neue Themen, E.: langweilig, Zeitverschwendung, selten wirklich Neues, kein effektives Fortbildungsmittel da kein praktischer Bezug</p>

Die den Interviewpartnern wichtigen Bewertungskriterien lassen sich herauskristallisieren. Hierzu werden die sich aus den einzelnen Beschreibungen der Fortbildungsmedien ergebenden Begriffsfelder zu Oberbegriffen zusammengefasst. Sie können als Konstrukte dienen, mit denen die Interviewpartner Wissensquellen erfahren, individuell beschreiben und sich selbst erklären.

Um zu verdeutlichen, wie diese Konstrukte gebildet werden, und sich aus den Interviews ergeben, wird ein Begriffshof hier beispielhaft visualisiert:



Abb.:Begriffshof

Ich habe folgende Konstrukte isoliert:

- Kommunikationsform
 - Eindimensional im Vortragsstil oder interaktiv in peer-group
- Vertrauensbasis
 - Glaubwürdigkeit der beteiligten Personen
- Praxisbezug
 - Wissen in die Praxissituation implementierbar
- Motivationspotential
 - Stärkung der eigenen Rollensicherheit

- Arbeitsweise
 - Selbstreflektiv oder besteht eine Supervision
- Anwendungsbereich
 - Verständnisvermittlung oder Technikschtung
- Wissensinput
 - Intern oder extern
- Art des Wissensgewinns
 - Objektiv verallgemeinernd oder subjektiv individuell
- Zeitliche Dimension
 - Kurzfristig projektbezogen oder langfristiges Engagement

Es ist zu erkennen und aus den Zitaten belegbar, dass solche Konstrukte häufig durch eine Bipolarität gekennzeichnet sind. Wählt man in diesem Fall die Pole Eindimensional - Interaktiv/mehrdimensional, so kann man die Fortbildungstypen an dieser Achse anordnen. Für „Kommunikationsform“ könnte dies zum Beispiel so aussehen:

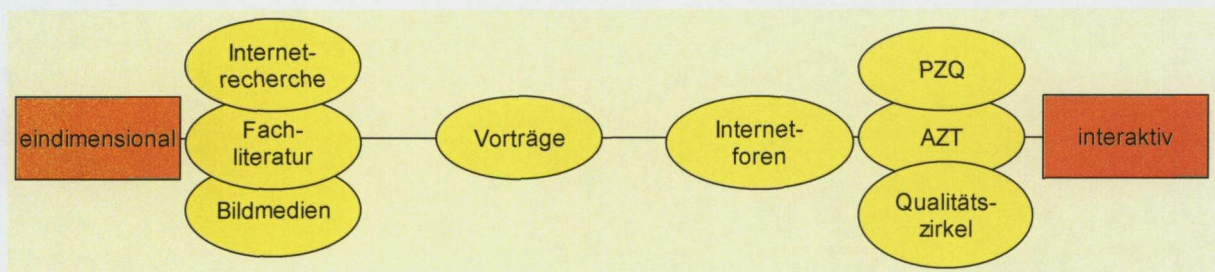


Abb.: Kommunikationsform

Ausgehend vom jeweiligen Konstrukt ergeben sich so unterschiedliche Verteilungen:

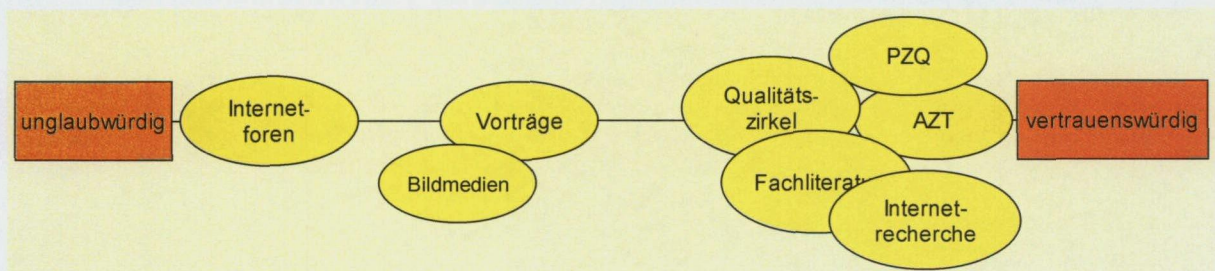


Abb: Vertrauensbasis

Um eine solche Darstellung zu entzerren, kann man von einander unabhängige Konstrukte gegeneinander auftragen:

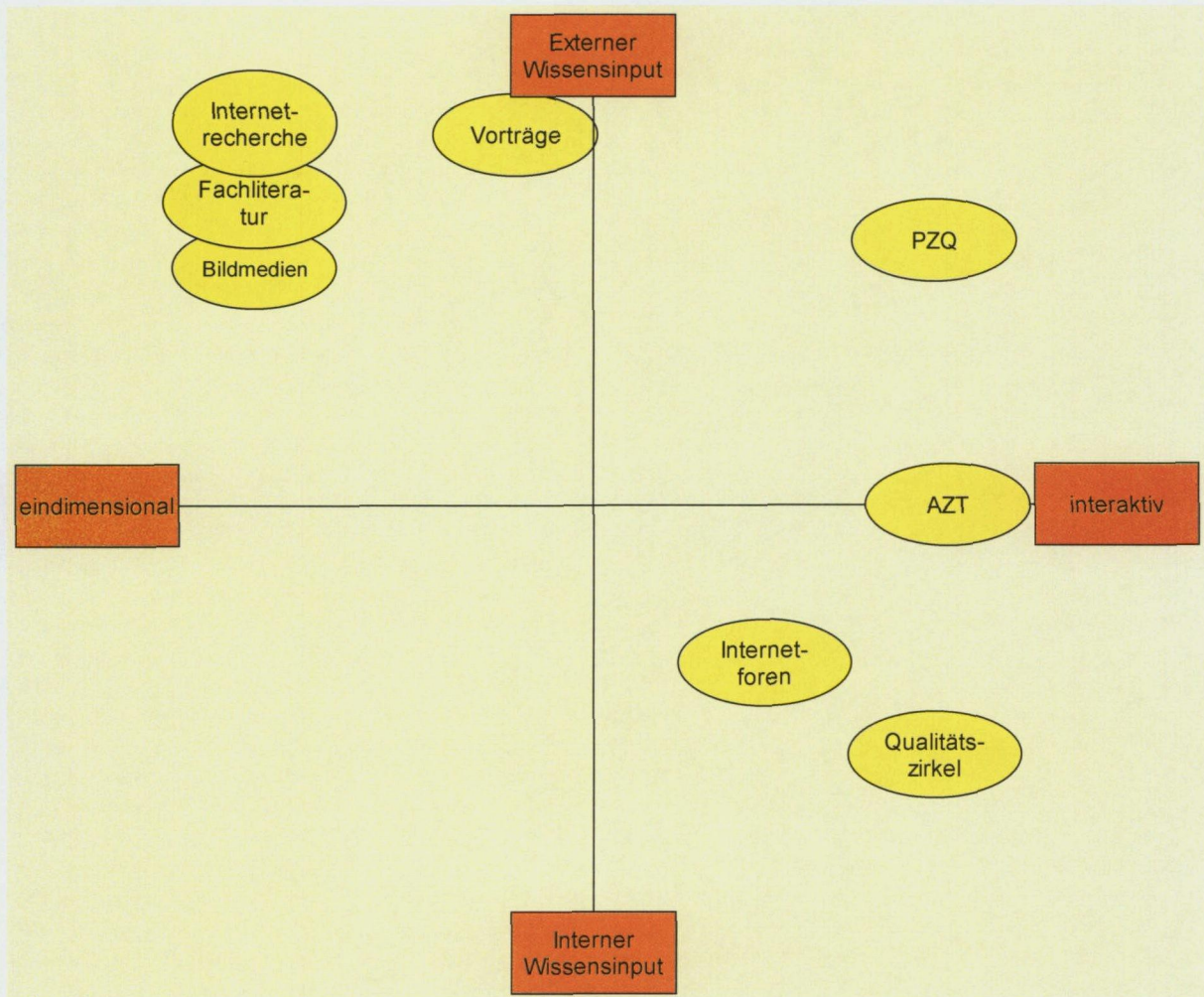


Abb: Wissensinput und Vertrauensbasis

Auf diese Art kann die Mehrdimensionalität der Beurteilung eines Wissensmediums erfasst und dargestellt werden. Abhängig von der individuellen Prioritätensetzung fällt die Bewertung eines Mediums unterschiedlich aus. Steht die Suche nach externer Evidenz im Vordergrund, sind Systeme der linken oberen Ecke ausreichend. Kollegiale Bewertungen erhält man dagegen nur bei Konzepten des rechten Bildrands, wobei der externe Anteil nach oben zunimmt.

Erläuternd soll hier eingefügt sein, dass es sich in dieser Anordnung um eine interpretierende Festlegung des Autors handelt, die nicht quantitativ evaluiert ist. Wollte man dies tun, müsste die Einordnung durch die jeweiligen Interviewpartner erfolgen, was nur durch einen weiteren Befragungsprozess möglich gewesen wäre. Hierdurch würde auch eine zusätzliche Validierung der Konstrukte ermöglicht werden. Doch dies muss einer weiteren Untersuchung vorbehalten bleiben.

4. Einordnung und Bewertung

4.1. AZT und PZQ –die Konzepte im Vergleich

Betrachtet man die Auswertungen beider Interviews zum AZT, erkennt man, dass der Interviewpartner I. in seinen Beobachtungen und Aussagen die Arbeitsweise des AZT beschreibt. Die Prozessabschnitte:

- Kollegialer Austausch
- Beobachtung und Analyse der eigenen Tätigkeit
- Vergleich mit den Kollegen
- Bewertung des eigenen Stellenwerts

führen in seiner Wahrnehmung zu einem vertieften Wissen um Therapieansätze und damit zu einer Versachlichung der Therapieentscheidung.

Der AZT beschreitet hiernach den klassischen Regelkreis des Qualitätsmanagements. Dies tut er durch Thematisierung, Selbstbeobachtung, Dokumentation und Evaluation (Gerlach 1999).

Auch S. sieht als ein Ziel der Arbeit des AZT den Austausch über Therapiekonzepte. Sie führt hierzu eine Reihe von Kriterien an, die für das Gelingen maßgeblich sein könnten. Die eigene Kompetenz, die Vergleichsmöglichkeit mit den Kollegen, die Stärkung des Selbstwertgefühls durch die Gruppe und die Existenz einer Supervision sind ihr wichtig. Ein Aspekt, der in beiden Interviews thematisiert wird, ist der Umgang mit Misserfolgen. Die Sichtweise ist aber höchst unterschiedlich. Während I. den technischen Umgang mit dem Misserfolg als schwierig zu erlernen wertet, sieht S. den emotionalen Konflikt zwischen Anerkennen der Fehlbarkeit und notwendiger Rollensicherheit.

S. ist die Homogenität der Gruppe sehr wichtig. Sie gliedert dies in technische Parameter wie:

- kein wirtschaftlicher Konkurrenzdruck der Mitglieder
- gemeinsame Grundausbildung an der Akademie

sowie ideelle Parameter wie:

- gemeinsame offene Denkweise
- gemeinsame wissenschaftliche Interessen.

Die beiden letzten Punkte stellen für I. Kriterien der kollegialen Kompetenz dar. Bewertungen von Kollegen, die hiermit ausgestattet sind, haben für ihn einen hohen Stellenwert.

So kann man zwar unterschiedliche Sichtweisen einzelner Teilbereiche der Zirkelarbeit in den Wahrnehmungen der Interviewpartner ausmachen, richtige Gegensätzlichkeiten oder Widersprüche sind hingegen nicht zu finden.

Der Vergleich der Interviews, die den PZQ als Thema hatten, zeigt erstaunliche Parallelen. Der Praktiker E. erläutert auch hier den Arbeitsablauf:

- Erarbeitung eines klinischen Pfads durch kollegiale Diskussion
- Abgleich mit der aktuellen Wissenschaft
- Implementierung des Pfads in die Praxis
- Bewertung dieses Prozesses

Dies führt für ihn durch direkte praktische Umsetzung zu einem Gewinn in Diagnostik und Therapie, sowie Sicherheit im Umgang mit dem Patienten. Diese Arbeitsweise beschreibt den Entwicklungsprozess einer Leitlinie, die auf die individuellen Praxisbedürfnisse zugeschnitten ist.

Dieses ihn motivierende und begeisternde Konzept wird seiner Ansicht nach möglich durch das Zusammenwirken aus:

- Erkenntnis des eigenen Wissens,
- Akzeptanz des Kollegenwissens,
- problembezogener Wissensvermittlung durch Experten.

Das Interview mit dem Dozenten zeigt auch hier keinen Dissens. Das Zusammenspiel aus Praktikerwissen und Literaturwissen übt eine Faszination auf ihn aus. Auch aus seiner Sichtweise ist der offene Dialog unter Gleichgestellten ein entscheidendes Kriterium zum Gelingen des Kurses. Die Mischung aus eigener Subjektivität, der Individualität der Kollegenschaft und der Objektivität der wissenschaftlichen Standards wird als große Möglichkeit gesehen, in die Praxis implementierbare Lösungen zu schaffen.

Der Vergleich beider Systeme zeigt auf der einen Seite viele Parallelen. Der kollegiale Dialog, die gegenseitige Offenheit, die Entscheidungskompetenz der Praktiker, das gestärkte Selbstwertgefühl, das aus den Veranstaltungen gezogen

wird und der Gewinn an Sicherheit in der Entscheidungsfindung und gegenüber dem Patienten.

Andererseits werden Bereiche angeführt, die die Unterschiede deutlich machen: Der externe Input im AZT ist geringer, wogegen er im PZQ durch den Experten und den Veranstalter geliefert wird. Das Engagement im AZT in Form eines Qualitätskreislaufes ist langfristig angelegt. Die Entwicklung einer praxisindividuellen Leitlinie im PZQ ist ein begrenztes konkretes Projekt. Die Homogenität der Gruppe im AZT ist größer, was durch eine gemeinsame Wissensbasis aufgrund einheitlicher Ausbildung gewährleistet wird.

4.2. AZT und PZQ – Erfolg durch Gruppenbildung

Der Wissensaustausch innerhalb der Konzepte besteht aus einem bewertenden Dialog von Kollegen. Wie und durch wen diese Bewertung erfolgt, spielt bei der Integration von Erfahrungswissen eine große Rolle. Eine Sichtweise, die von den Interviewpartnern mehrfach betont wird. Diese ist kongruent mit den Feststellungen von Grol : “Summarizing the literature on audit and feedback one can state that these are particularly effective

1. if the feedback is personal individualized
2. if it is continued over a protracted period
3. if it is given by respected colleagues
4. if the audit and feedback are part of a more comprehensive peer review process” (Grol 1995)

Auch die Konstrukte finden hierin teilweise ein Äquivalent. Betrachtet man die Arbeitsweise des AZT, lassen sich den Aussagen Grols die entsprechenden Begriffe zuordnen:

- Zu 1. Der kollegiale Austausch ist individuell praxisbezogen (Praxisbezug)
- Zu 2. Das Engagement ist langfristig angelegt (zeitliche Dimension)
- Zu 3. Die kollegiale Wertschätzung ist hoch (Vertrauen)
- Zu 4. Durch interaktive Arbeitsweise Gleichgestellter soll tieferes Verständnis entstehen (Kommunikationsform, Arbeitsweise)

Entsprechend dem Punkt 3 wird der Sozialisation der Gruppe eine wichtige Funktion zugeordnet. Beide Konzepte arbeiten mit Sozialisierungseffekten. Der AZT durch die „gemeinsame Historie der Mitglieder“, das PZQ über Gruppenbildung mittels Moderation, Rekrutierung der Mitglieder aus dem Masterstudiengang und Klausur-atmosphäre. Die Beteiligten schätzen die Bedeutung dieser Gruppendynamik als sehr relevant ein. Das Konstrukt Vertrauen lässt vermuten, dass die Gruppe eine Art geschützten Raum darstellt. Ein Raum in dem ein Abstand zum alltäglichen Tun besteht. Dieser Abstand gestattet es den Teilnehmern, ihr eigenes Tun zu reflektieren und sich auf einer vertrauenswürdigen Ebene mit den Kollegen auszutauschen. Handlungs-routinen und scheinbar einfache und gewöhnliche, vor allem aber gewohnte Prozesse werden hinterfragt und einer Bewertung unterzogen (D. Z.114, S. Z.104-106).

Die Arbeit in der Gruppe wirkt motivierend. Ansporn und Gruppendruck bilden eine Dynamik, die es den Teilnehmern ermöglicht auch Aufgaben zu übernehmen, die über die tägliche Arbeitsroutine hinausgehen.

Die Gruppenarbeit findet auf einer Ebene gleichgestellter Kollegen statt. Selbst die Experten im PZQ werden als solche empfunden. Ein Ungleichgewicht zum Beispiel durch Mitarbeit ehemaliger Vorgesetzter bewertet eine Befragte als störend. Hierdurch werden zwei Effekte möglich: Die Akzeptanz des Kollegenwissens und die Erkenntnis der eigenen Expertenschaft. Diese Erkenntnis und die Möglichkeit der vertrauensvollen Rückversicherung in der Gruppe erhöhen die eigene Sicherheit, stärken die Rollensicherheit dem Patienten gegenüber und verbessern so das Selbstwertgefühl. Hierdurch sind erneut motivierende Effekte möglich.

Die gebildeten Gruppen sind als „Communities in Practice“ zu sehen, die in der Lage sind, zwischen abstraktem wissenschaftlichem Wissen und greifbarer Praxissituation zu vermitteln. Eine solche „Praxisgemeinschaft“ „braucht und produziert ein hohes Maß an gemeinschaftlich geteilten Sinn, indem sie gemeinsame Praxis interpretiert, koordiniert oder neu konstruiert“ (Wehner T 1996). Auf den gemeinschaftlichen Sinn, dem Zugewinn an Evidenz wird im nächsten Kapitel eingegangen werden. Ebenso auf die Arbeitsweise, deshalb sei hier vor allem auf das „braucht“ hingewiesen. Ohne einen entsprechend wiederkehrenden Anstoß und die Bewusstwerdung des „Sinns“ sind solche Gruppen nicht aufrecht zu erhalten (I. 552-553, S.687-699).

4.3. AZT und PZQ – Werkzeuge zur Integration von externer Evidenz und zum Explizitmachen von Erfahrungswissen

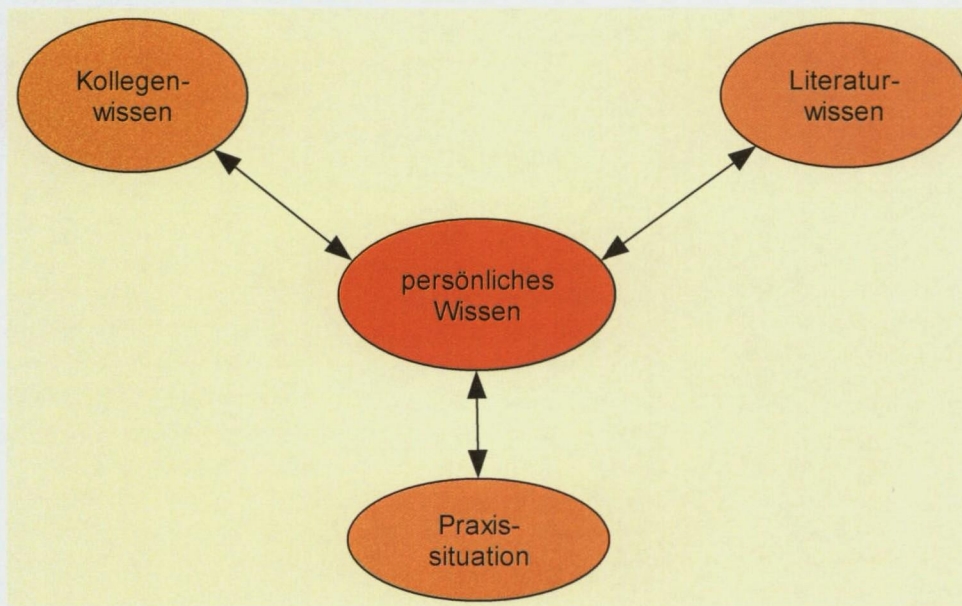
Die Arbeitsweise des AZT kann neben der Sichtweise als Qualitätskreislauf auch hinsichtlich des Wissensflusses analysiert werden. Zunächst wird im kollegialen Gespräch ein Thema frei gewählt und die Komplexität einer Therapie oder Diagnose erarbeitet. Dies ist ein erster Konsentierungsprozess, in dem vorhandenes Wissen zusammengetragen wird. In einem weiteren Schritt beobachtet der Teilnehmer seine eigene Behandlung und dokumentiert diese in der vorhandenen Vielschichtigkeit. Das eigene Wissen wird in seiner praktischen Anwendung überprüft. Er erhält so neue Erkenntnisse über seine eigene Arbeitsweise. Die Auswertung der gesammelten Dokumentationen der Beteiligten wird anschließend im kollegialen Gespräch erörtert. Durch die unmittelbare Gegenüberstellung verschiedener Behandlungsansätze zu ihren Ergebnissen wird ein Erkenntnisaustausch möglich, der einerseits eine methodische Grundlage hat, andererseits die Differenziertheit der individuellen Entscheidung nicht unberücksichtigt lässt. In diesem zweiten Konsentierungsprozess entsteht mit hoher Wahrscheinlichkeit neues Wissen. Der Zirkel betreibt so seine eigene Wissenschaft. Jeder Kollege kann hieraus für seine eigene Situation die als notwendig erachteten Konsequenzen einleiten und erneut in die Evaluation einfließen lassen. In der Theorie der Arbeitspsychologie erfüllt der AZT die Kriterien des Wissenszirkels, in dem er sich mit Wissensaustausch, Wissensentwicklung und Wissensnutzung beschäftigt (Derboven 2003).

Der PZQ geht einen anderen Weg. In einem kontinuierlichen Prozess werden Praktikerwissen und Expertenwissen entlang der Entwicklung des „Klinischen Pfads“ ineinander gefügt. Nach einer Implementierungsphase wird die individualisierte Leitlinie wieder vorgestellt und kollegial bewertet. Ein erneuter Abgleich zwischen Expertenwissen und Erfahrungswissen erfolgt. Das Wissen wird weiter getrieben (D. Z.23-26)

In allen Interviews kommt der Aspekt des „Abgleichs von Wissen“ zum tragen. Abgeglichen wird mit dem Kollegen, aber auch mit dem externen abstrakten Wissen der Literatur.

Hierbei erkennt man zunächst die verschiedenen Richtungen des Abgleichs ausgehend vom Teilnehmer selbst: Persönliches Wissen wird geprägt durch das tägliche Handeln in der Praxis, durch den Austausch mit Kollegen und externes Wissen aus Literatur und Internet.

Wissensaustausch im Trivialmodell:



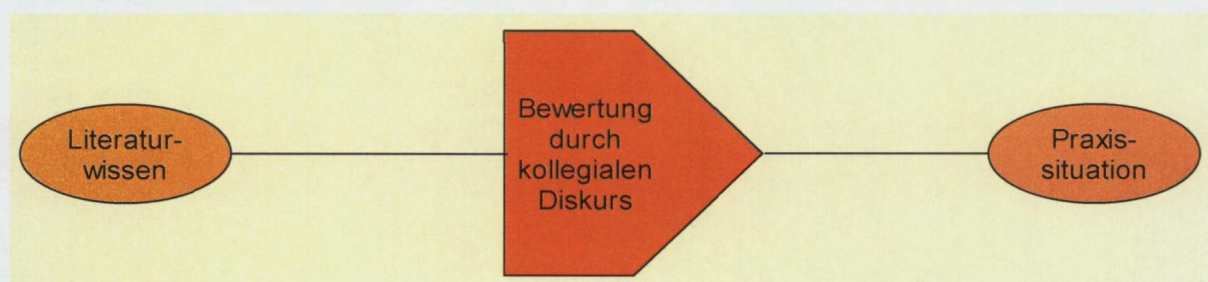
Die diesbezüglichen Aussagen der Interviews weisen aber darauf hin, dass dieser unmittelbare Einfluss des Literaturwissens, wie ihn die direkten Pfeile in obiger Graphik implizieren, selten existiert. Die Vorstellung von Wissen in Form einer Lagerverwaltung, das nur aus dem richtigen Fach gegriffen werden muss, scheint zu trivial. Wenn überhaupt, dann nur im Fall einer konkreten Fragestellung, die einfach zu beantworten ist und den durchschnittlichen Patientenfall zum Bezug hat. Die Matrix der Konstrukte zur Internetrecherche könnte in diesem Fall so aussehen:

Kommunikationsform	eindimensional	◇	interaktiv
Vertrauensbasis	niedrig		◇
Praxisbezug	abstrakt	◇	implementierbar
Motivationspotential	niedrig		◇
Arbeitsweise	selbstreflektiv	◇	supervision
Anwendungsbereich	Technik	◇	Verständnis
Wissensinput	intern		◇
Art des Wissensgewinns	objektiv	◇	subjektiv
Zeitliche Dimension	kurzfristig	◇	langfristig


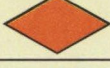
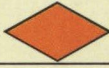


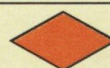

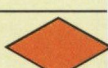

Aufgrund der Eindimensionalität des Wissensmediums ist im Falle von Unklarheiten ein Zugewinn an Verlässlichkeit der Informationen nicht möglich. Die Frage nach der Relevanz der Daten in Bezug zur eigenen Fragestellung ist häufig nicht beantwortbar, die Daten bleiben mehr abstrakt. Ohne Reflektion ist ein Verständnisgewinn nicht zu erwarten und trotz Objektivität kommt zu keiner Erhöhung der Behandlungssicherheit.

Ist dieser Weg des Wissenstransfers schon im konkreten Einzelfall schwierig, so ist er bei der allgemeinen Wissensvermittlung ohne konkreten Fragehintergrund kaum denkbar. „The major limitation of empirical evidence relate to the fact, that it cannot be directly applied to any particular patient“(Tonelli 2006, 252). Diese Problematik wird auch in den Interviews erkennbar. Nach den Aussagen der Befragten scheinen Zahnärzte abstraktes Wissen einfacher anzunehmen, wenn es eine Bewertung durch die Kollegen erfahren hat.

Wissensaustausch im Transfermodell:



In dieser Bewertung kommt es zur Adaptation des abstrakten Wissens an die individuelle Situation des Einzelnen oder der Gruppe. Ein Prozess, wie er im AZT bei der Besprechung einer Literaturrecherche stattfinden kann. Hierbei sieht die Konstruktmatrix anders aus:

Kommunikationsform	eindimensional		interaktiv
Vertrauensbasis	niedrig		hoch
Praxisbezug	abstrakt		implementierbar
Motivationspotential	niedrig		hoch
Arbeitsweise	selbstreflektiv		supervision
Anwendungsbereich	Technik		Verständnis
Wissensinput	intern		extern
Art des Wissensgewinns	objektiv		subjektiv
Zeitliche Dimension	kurzfristig		langfristig

Durch den interaktiven Prozess kommt es zu einer Adaptation der Daten auf den Einzelfall. Durch den Wissensaustausch mit den Kollegen wird die abstrakte Information aus verschiedenen Erfahrungsräumen heraus interpretiert. Unklarheiten, die sich für den Einzelnen aus diesen Daten ergeben, sind so eingrenzbar. Fragen der Anwendbarkeit auf die klinische Situation werden aus unterschiedlichen Wissensbeständen heraus beleuchtet. Kollegiale Zustimmung oder Ablehnung führt zu einem Zugewinn an Entscheidungssicherheit durch Intersubjektivität. Dieser Transformationprozess erfordert eine Vielzahl von Schritten:

1. Analyse der Entscheidungsgrundlage (Patientenfall/ Praxissituation)
2. Formulierung der entscheidenden Fragestellungen
3. Suche nach der bestmöglichen externen Evidenz
4. Analyse der Daten vor dem Hintergrund der individuellen Fragestellung
5. Analyse der Wissenslücke („Restzweifel“)
6. Versuch, durch kollegialen Wissensaustausch Lücke zu minimieren
7. Entscheidungsfindung

Bis auf Punkt drei erfordern alle Punkte die klinische Kompetenz des Praktikers und sein Erfahrungswissen. Und aus den Interviews wird sichtbar, dass nicht die externe Evidenz, sondern die kollegiale Bewertung die letzte Instanz vor der Entscheidungsfindung ist.

Objektives Wissen wird in oben beschriebenen Transformationsprozess durch Erfahrungen aus der täglichen Praxis und den individuellen Vorkenntnissen der Praktiker sortiert. Es ist anzunehmen, dass bei diesem Vorgang das Risiko des „Ausfilterns“ mit zunehmender Diskrepanz des abstrakten Wissens vom Erfahrungsstand zunimmt. Eine auf „externer Evidenz“ basierende Leitlinie, die nicht mit dem Erfahrungswissen der Praktiker abzustimmen ist, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht in die Praxis übernommen. Vorlesungsveranstaltungen, die in ihrer Thematik oder Aufbereitung zu weit von den Wahrnehmungen der Praxis entfernt sind, werden schlechter akzeptiert (E. Z.462.-467).

Dies könnte im Umkehrschluss heißen, dass die Integration empirisch gesicherten Wissens einfacher erfolgen kann, wenn das Erfahrungswissen des Praktikers möglichst differenziert und umfangreich ist (McAlister 1999, 236). Dieser Gedankengang wird in den Interviews an den Kriterien für eine erfolgreiche Gruppenarbeit erkennbar. Offene Denkweise, mündige Akademiker, Wissen um Therapieentscheidung, Wissen um verschiedene nebeneinander stehende Therapiekonzepte sind hierbei genannte Begriffe. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Interviewpartner allesamt sehr erfahrene Praktiker mit vielen Fortbildungsstunden sind. Ein Berufsanfänger mit sehr präsentem didaktischem Wissen mag dies anders sehen.

Das Interesse an Wissen und die höhere Sicherheit, die hieraus resultiert, ist aus allen Interviews ableitbar. Wissen ist die Motivationsquelle, an diesen Fortbildungsformen teilzunehmen. 1. sucht den „kollegialen Austausch“, um zu einer „Versachlichung der Therapieentscheidung“ zu gelangen. S. möchte mit Kollegen, die durch eine „Art des Denkens“ verklammert sind mehr „Sicherheit und Vorhersagbarkeit“ der Therapiekonzepte erarbeiten. E begeistert die „Erkenntnis, dass man [...]selber[...] doch ne Menge weiß“ und ist „stolz darauf“ den klinischen Pfad entwickelt zu haben. D. begeistert der „zutiefst demokratische Ansatz [...] in einen Dialog einzutreten“, um das „objektive Wissen mit der subjektiven Situation in

Einklang zu bringen" und dass „altes Wissen hinterfragt werden muss beziehungsweise weitergetrieben werden muss", dass „neues Wissen" entsteht.

Die Interviewpartner unterscheiden hierbei zwischen vertrauenswürdigen Wissen und bloßem Behaupten. Wissensquellen, wie das Internet können dabei sehr unterschiedlich gewertet werden. Foren werden als unglaubwürdig gesehen, wogegen die Internetrecherche vertrauenswürdig scheint. Aber auch Aussagen von Meinungsbildnern werden nach dem Parameter Glaubwürdigkeit gewertet (S.277-298,839-845; D. 261-277; 1. 271-275) und Verallgemeinerungen individueller Aussagen abgelehnt. Das Konstrukt Vertrauen überlagert die Unterscheidung Objektivität - Subjektivität. In der Realität heißt das: ein unbekannter Referent muss seine Beobachtungen objektiv belegen, wogegen der vertrauenswürdige Kollege nur seine Erfahrungen berichtet und in seiner Individualität akzeptiert wird. Alle Interviewpartner sehen ihr eigenes Wissen durch die Teilnahme an den interaktiven Konzepten in einem anderen Licht. Die ursprüngliche Konfrontation der Wissensformen wird durch die Anerkennung der Gleichwertigkeit fallen gelassen. Es kommt zu einer interpretierenden Anpassung von objektivem Literaturwissen und Erfahrungswissen mit Blick auf die individuelle Fragestellung. Beide Wissensformen sind hierbei gleichwertig. Der Zugewinn an Sicherheit des einzelnen Teilnehmers resultiert nicht nur aus der Integration externen Wissens, sondern vor allem durch die intersubjektive Betrachtung des Erfahrungswissens.

Erfahrungswissen wird in dieser Position nicht als persönliche Stellungnahme gewertet, sondern als das, was es ist: das Ergebnis tagtäglicher Entscheidungsprozesse und Beobachtungen. Hierzu sind „Empirische Evidenz durch klinische Forschung, Erfahrungs-Evidenz durch eigene, oder kollegiale Erfahrung, pathophysiologisches Verständnis, Wissen um Patientenwünsche und -werte sowie Kenntnisse über das gesellschaftliche Umfeld hinsichtlich Ressourcen, gesellschaftlichen und berufsständischen Werten, gesetzlichen Rahmenbedingungen und kulturellen Einflüssen" erforderlich (Tonelli 2006, 253).

Dieser Prozess bringt einerseits eine Versachlichung der individuellen Entscheidung aufgrund objektiverer Entscheidungskriterien, erkennt aber auch die Individualität der Patienten-Arzt-Situation an. Die Zuverlässigkeit und Belastbarkeit der Entscheidungen wird durch die Herstellung der Intersubjektivität erhöht. Intersubjektivität zwischen den Teilnehmern der Fortbildungskonzepte untereinander, aber auch zur externen Evidenz: dem wissenschaftlichen Wissen. Die Spaltung der

Wissensformen wird zurückgeführt. Das Ergebnis ist eine Professionalisierung der Entscheidungsfindung. Eine begründete Problemlösung, die sich deutlich von einer Einzel- oder Lehrmeinung absetzt.

5. AZT und PZQ –

In den Augen der Beteiligten Konzepte des Evidenzgewinns

Mit Einzug der EBM in die Zahnmedizin kommt es zu einer Unterscheidung zwischen objektivem Wissen der Wissenschaft und subjektivem Wissen der Praktiker. Klassifizierungen von Wissen, wie sie in der EBM eingeführt wurden, führen zu einer Unterschätzung des Erfahrungswissens. Im Gegenzug werden Implementierungsprobleme der wissenschaftlichen Erkenntnisse gesehen. Mit modernen Fortbildungskonzepten wird versucht dieser Problematik zu begegnen.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden zwei aktuelle Fortbildungskonzepte untersucht. Dies sind der Arbeitskreis zahnärztliches Therapieergebnis (AZT) und das Praxisforum zahnärztliche Qualitätsförderung (PZQ). Um der Individualität dieser Formen des Wissensmanagements gerecht zu werden, wurde eine qualitative Untersuchungsmethodik gewählt. Es kam ein mehrperspektivischen Ansatz mit narrativen Interviews einerseits und die Konstrukt generierende Darbietung von Schlagwörtern andererseits zum Einsatz. Es sollten Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie aus der Sicht der Teilnehmer Erfahrungswissen in den evidenzbildenden Prozess integriert werden kann und Kriterien isoliert werden, die in diesen Konzepten dem Zugewinn der Sicherheit in der zahnmedizinischen Entscheidungsfindung dienen.

Die Teilnehmer berichten in den Interviews über ihre Motivation, sich in einem solchen Konzept zu engagieren. Es ist die Suche nach Antworten auf Probleme des klinischen Alltags oder im Fall des Experten die Suche nach dem Abgleich mit dem Alltag. Ziel ist hierbei auf einer möglichst gesicherten Basis (Evidenz) eine optimale Patientenbetreuung zu ermöglichen.

Sie beschreiben die Arbeitsweisen der beiden Systeme: den Regelkreis mit Selbstevaluation im AZT und den Entwicklungsprozess mit externem Feedback im PZQ. Arbeitsmethode ist der kollegiale Austausch zum einen zur Entwicklung eines

klinischen Pfads (PZQ) oder im anderen Fall zur Beobachtung und Bewertung praxisüblicher Problemstellungen (AZT). Durch Bildung eines vertrauenswürdigen Raums in der Gruppe ist es möglich über Hinterfragen von Handlungsroutinen und Transformationsprozesse abstraktes Wissen und Erfahrungswissen abzugleichen. Grundvoraussetzungen für eine solche Arbeitsweise sind die Anerkennung der eigenen und kollegialen Kompetenz, eine offene Denkweise und gegenseitiges Vertrauen. Beide Verfahren gehen damit über eine bloße Konsensbildung des Kollegenwissens hinaus. Der AZT betreibt zur Objektivierung der eigenen Beobachtungen eine eigene Wissenschaft mit einer Langzeitdokumentation. Der PZQ gleicht sich mit objektivem Wissen durch die Integration von Expertenwissen ab. Durch die Vereinigung von externen objektivem Wissen mit eigenem subjektivem Know-how entstehen neue Erkenntnisse. Der individuelle Praxisbezug wird sichergestellt und eine gute Implementierbarkeit des neuen Wissens in die Praxis damit erleichtert. Durch die Zusammenführung von externer und intersubjektiver Evidenz handelt es sich bei der ärztlichen Entscheidungsfindung nicht mehr um eine „eigene Meinung“ sondern um eine begründete Problemlösung. Diese Versachlichung ermöglicht eine sicherere Darstellung von Therapiekonzepten und Entscheidungsprozessen dem Behandler selbst und dem Patienten gegenüber, und stärkt über eine höhere Behandlungssicherheit das Selbstwertgefühl des Arztes. In der Wahrnehmung der befragten Teilnehmer sind die Voraussetzungen für eine qualitativ adäquate Behandlung des Patienten geschaffen.

6. Literaturverzeichnis

- AHCPR(1992) : US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency Health Care Policy and Research. Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma. Agency for Health Care Policy and Research Publications, Rockville, MD. (AHCPR Pub 92-0038)
- Bero, L.A., Grilli, R., Grimshaw, J.M., Harvey, E. Oxman, A.D., Thomson M.A. (1998): Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group British Medical Journal 317 465-468
- Brown, J.S., Duguid, P. (1996): Organisational Learning and Communities-of-Practice. Toward a Unified View of Working, Learning and Innovation. In Cohen/Sproull (Hrsg.) 1996, 58-82
- Cohen, M.D., Sproull, L.S. (1996): Organizational Learning. Thousand Oaks (Sage)
- Davidoff, F., Haynes, B., Sackett, D., Richardson, S. (1995): Evidence based medicine : A new journal to help doctors identify the information they need. British Medical Journal 310:1085-1086
- Derboven, W., Dick, M., Wehner, T. (2003): Zirkel als Räume zur Schaffung, Aneignung und Diffusion von Wissen. Wirtschaftspsychologie 3/2003:72-78
- Dijkstra, R., Wensing, M., Thomas, R., Akkermans, R., Braspenning, J., Grimshaw, J., Grol, R. (2006): The relationship between organisational characteristics and the effects of clinical guidelines on medical performance in hospitals, a meta-analysis. Biomed Central health Service Research 6:53
- Endres, E., Wehner, T. (Hrsg.)(1996): Zwischenbetriebliche Kooperation. Die Gestaltung von Lieferbeziehungen. Weinheim (Beltz/ Psychologie Verlags Union)
- Grol, R., Grimshaw, J. (2003): From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients`care. The Lancet 362;11:1225-1230
- Grol, R. Lawrence, M. (1995): Quality improvement by peer review. Oxford: Oxford University Press
- Heners, M Die Bedeutung allgemein anerkannter Regeln und ihrer Kriterien für die Qualitätsdiskussion in der Zahnheilkunde. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 46,262 (1991)
- Heners, M;Walther W. Kritik an der Marxkors- Studie. Zahnärztliche Mitteilungen 84,728 (1994)
- Herrmann, J.M., von Uexküll T. (2000): Evidenz-basierte und patientenorientierte Medizin- zwei Modelle und ihr Zusammenhang. In Walther/ Micheelis (Hrsg.) 2000,87-94

- Kay, E.J., Blinkhorn, A.S. (1996): A qualitative investigation of factors governing dentists' treatment philosophies. *British Dental Journal* 180(5):171-176
- Kelly, G.A. (1986): *Die Psychologie der persönlichen Konstrukte*. Paderborn (Junfermann)
- Kienle, G.S. (2005): Gibt es Gründe für Pluralistische Evaluationsmodelle? Limitationen der Randomisierten Klinischen Studie. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätsförderung im Gesundheitswesen* 99;285-294
- McAlister, F.A., Graham, I., Karr, G.W., Laupacis, A.(1999): Evidence-based medicine and the practicing clinician. *Journal of General Internal Medicine* Apr 14(4):236-42
- Micheelis, W., Walther, W., Szecsesenyi, J. (1998): Merkmale des Modellversuchs „Zahnärztliche Qualitätszirkel“. In Micheelis/ Walther/Szecsesenyi (Hrsg.)1998:16-18
- Micheelis, W., Walther, W., Szecsesenyi, J (1998): Zahnärztliche Qualitätszirkel. Materialienreihe / Institut der Deutschen Zahnärzte Band 18. Köln (DÄV)
- Niederman, R., Badovinac, R.(1999): Tradition-based Dental Care and Evidence-based Dental Care. *Journal for Dental Research* 78(7):1288-1291
- Pjeturrson, BE, Tan, K., Lang NP, Bragger U., Egger M., Zwahlen M. (2004): A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. *Clin Oral Implants Res.* Dec; 15(6):625-42
- Richards, D. (2000): Entscheidungsfindung auf der Grundlage der besten externen wissenschaftlichen Evidenz: Eine Herausforderung für den Wissenschaftler und den Praktiker. In Walther/ Micheelis (Hrsg.) 2000, 41-51
- Sackett, D. (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312:71-72
- van der Sanden, WJ., Mettes, DG., Plasschaert, AJ., Grol, RP., Mulder, J., Verdonschrot, EH. (2005): Effectiveness of clinical practice guideline implementation on lower third molar management in improving clinical decision-making: a randomized controlled trial. *European Journal for Oral Science* Oct;113(5):349-54
- Scheyögg, G. (Hrsg.) (2001): *Wissen in Unternehmen. Konzepte, Maßnahmen, Methoden*, Berlin (Erich Schmidt Verlag)
- Strauss, A. (1994): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München (Fink/UTB)
- Tonelli, M.R. (2006): Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 12,3:248-256

Walther, W., Micheelis W. (Hrsg.) (2000): Evidence- Based Dentistry: Evidenz-
basierte Medizin in der Zahn-, Mund und Kieferheilkunde. Materialienreihe /
Institut der Deutschen Zahnärzte Band 23 Köln (DÄV)

Wehner, T., Dick, M. (2001): Die Umbewertung des Wissens in der betrieblichen
Lebenswelt: Positionen der Arbeitspsychologie und betroffener Akteure. In
Schreyögg (Hrsg.) 2001, 89-117

Wehner, T., Raeithel, A., Clases, C., Endres, E. (1996): Von der mühe und den
Wegen der Zusammenarbeit. Theorie und Empirie eines arbeitspsychologischen
Kooperationsmodells. In Endres/Wehner (Hrsg.)1996: 39-58

Wensing, M., Wollersheim, H., Grol, R. (2006): Organizational interventions to
implement improvements in patient care: a structured review of reviews.
Implementation Science1:2

Erklärung

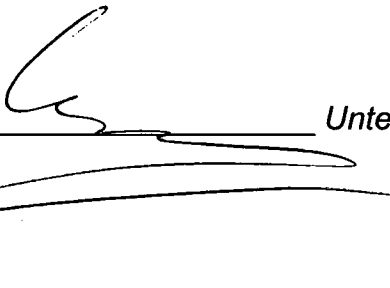
Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen und Hilfsmittel wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die Arbeit hat keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Ort, Datum

München, d. 11.08.06

Unterschrift

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script that is difficult to decipher. It is written over a horizontal line that spans across the signature area.