

Partizipative Qualitätsentwicklung durch Qualitätszirkel

OTTOMAR BAHRS

Als Kunden legen wir Wert darauf, dass Qualität prüfbar ist, und als Handelnde suchen wir nach bestem Wissen und Gewissen die Qualität unserer Tätigkeit kontinuierlich zu verbessern. Aber eine kritische Überprüfung unserer Praxis durch Dritte empfinden wir häufig als unangenehme Kontrolle und lehnen die dafür ggf. notwendige Dokumentation als überflüssigen bürokratischen Akt ab. Da gehen schon mal Formblätter und Dateien verloren.

Auf die Perspektive kommt es an. Denn wenn von Qualität die Rede ist, geht es auch um Selbstwert und Macht, um Kreativität und Effektivität: Wer definiert die Kriterien und wer bestimmt, ob und welche Qualität im jeweiligen Fall gegeben, was angemessen und wie zu entwickeln ist? Dementsprechend können systematisch ›top down‹ und ›bottom up‹ als unterschiedliche Strategien der Qualitätsentwicklung unterschieden werden. Sie dienen unterschiedlichen Zwecken und müssen sich nicht ausschließen, sondern können sich ergänzen (Kolip u. Müller 2009). Für die Förderung einer salutogenen Orientierung bieten sich **Qualitätszirkel** als klassisches bottom-up-Verfahren an, denn sie sind ihrer Struktur nach auf Partizipation angelegt. Die Teilnehmenden werden dabei als **Experten ihrer eigenen Praxis** verstanden, die gemeinsam ihren eigenen Erfahrungsschatz heben und ggf. anderen zur Verfügung stellen. Hierfür sind grundsätzliche Offenheit der Teilnehmenden und systematisches Vorgehen erforderlich: nicht Fehlersuche, sondern »**Optimierung eines grundsätzlich als gut unterstellten Alltagshandelns**« lautet die Devise (Gerlach 2001).

Für diese Form der Gruppenarbeit möchte ich werben – in Kürze und unter Verweis auf ausführlichere Texte, die Qualitätszirkel unter dem Aspekt von **Professionsentwicklung** (Bahrs u. Andres, in Vorbereitung), **Kooperationsförderung** (Bahrs 2013, Kuhn u.a. 2008), **Hausarztmedizin** (Bahrs u. Matthiessen 2007) sowie **Gesundheitsförderung und Prävention** (Bahrs 2009, Bahrs u.a. 2005, Bahrs u.a. 2008, BZgA 2005) thematisieren.

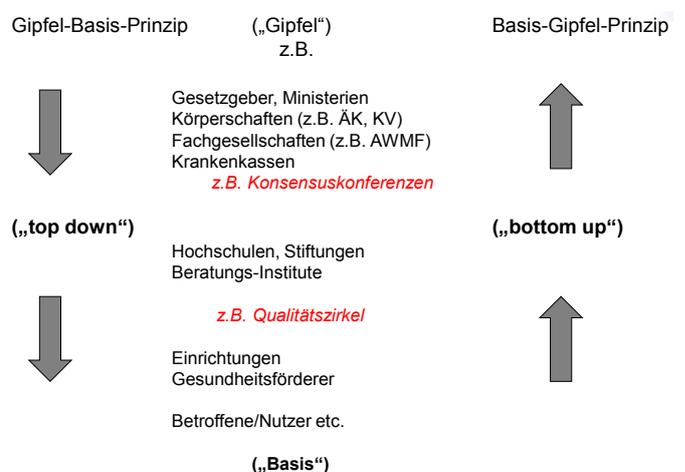


Abb.1: Top down versus Bottom up in der Qualitätsentwicklungspolitik

Was sind Qualitätszirkel?

QZ sind **moderierete Kleingruppen** (6–15 Teilnehmende), die sich für einen zunächst befristeten Zeitraum (ca. 1 ½ Jahre) kontinuierlich (alle 4–6 Wochen für je ca. 2–3 Stunden) freiwillig treffen, um mit Unterstützung eines Moderierenden selbst gesetzte Themen auf Basis nachvollziehbarer Informationen mit Bezug auf ihre beruflichen Erfahrungen zu diskutieren.

Dabei wird davon ausgegangen, dass Wissen im Alltag nicht nur angewendet, sondern stets auch neu produziert wird, dabei typischerweise aber implizit bleibt (Derboven u.a. 2002). Der Erfahrungsaustausch im Qualitätszirkel zielt daher auf **Explikation des praktisch wirksamen Regelwissens**. Die Diskussionen werden **lösungsorientiert** geführt und zu Protokollen zusammengefasst, die gewissermaßen als Gruppengedächtnis fungieren und Entwicklungsprozesse nachvollziehbar werden lassen.

Alle Teilnehmenden gelten – unabhängig von ihrer hierarchischen Position im Alltag – während des Treffens als **gleichrangig**. Der/die Moderierende organisiert den Erfahrungsprozess und wirkt als ›Geburtshelfer‹.¹ Ziel ist die Verbesserung des beruflichen Handelns, die zu Vereinbarungen über das Vorgehen in umschriebenen Situationen führen kann. Die Diskussionen ermöglichen **emotionale Entlastung**, fördern **Handlungssicherheit** und **Kollegialität** sowie Aufbau und Stabilisierung von **Kooperationsbeziehungen**. Der Erfolg der systematischen Gruppenarbeit wird durch **Evaluationen** überprüft. Insgesamt lässt sich die **Gruppenarbeit als gerichteter Prozess** in Orientierung am Qualitätszirkelkreislauf beschreiben, den Michael Röslen in seinem Beitrag in diesem Heft am Beispiel eines Pilotzirkels skizziert, so dass ich hier auf weitere Ausführungen verzichte (Röslen 2013).

Ursprünglich in den 1960er Jahren in der Industrie entstanden, haben sich Qualitätszirkel in weiteren Arbeitsfeldern (Verwaltung, Dienstleistung usw.; vgl. Gerlach 2001) bewährt und im Zuge der aufkommenden Qualitätssicherungsdebatte im Gesundheitsbereich in den vergangenen 20 Jahren verbreitet. Bereits seit Mitte der 1990er Jahre kam es u. a. mit Unterstützung von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen zur Breitenimplementierung in der ambulanten ärztlichen Versorgung (Bahrs u.a. 2001, Quasdorf 2013). **QZ funktionieren bei unterschiedlichsten Bedingungen**, innerbetrieblich ebenso wie institutions- bzw. sektorenübergreifend, unter Gleichgestellten wie unter Angehörigen verschiedener Hierarchiestufen, bei berufshomogenem Teilnehmerkreis oder auch transdisziplinär. Patienten können gezielt oder kontinuierlich einbezogen werden, Organisatoren von Selbsthilfegruppen können Qualitätszirkel zur Unterstützung ihrer Arbeit durchführen – und es liegen erste Erfahrungen über einen Patientenzirkel unter Expertenbeteiligung vor (Röslen 2013, in diesem Heft). Je nach Situation, Bedarf, Teilnehmenden und Rahmenbedingungen haben sich unterschiedliche Typen von Qualitätszirkeln ausgebildet (Derboven u.a. 2003; Bahrs u. Andres, in Vorbereitung).

¹ Die Rolle der Moderation und Möglichkeiten ihrer Unterstützung können aus Platzgründen hier nicht zum Thema gemacht werden. Vgl. ggf. Bahrs u.a. 2001, BZgA 2005, Kuhn u.a. 2008, Bahrs u.a. 2008

Qualitätszirkel befassen sich vor allem mit prozessualen Aspekten von Qualitätsentwicklung. Im Gesundheits- und Sozialbereich ist der Besonderheit Rechnung zu tragen, dass **Klienten bzw. Patienten Ko-Produzenten der Qualitäten sind**, die es zu beurteilen gilt. Auch sind die Professionellen als personale Gegenüber nicht austauschbar. Im konkreten Handeln sind Sach- und Beziehungsdimension miteinander verschränkt, so dass diese Mehrdimensionalität besonders zu beachten ist. Dies ist durch die strukturierte Fallarbeit im Qualitätszirkel möglich (Bahrs u.a. 2005; BZgA 2005)².

Die Arbeit am Fall

Was *wie* als ›Fall‹ angesehen wird, ist u.a. abhängig von Tätigkeit und Blickwinkel des Betrachters. Gemeinsam ist, dass eine Situation offenbar **eine sachlich und zeitlich abgrenzbare professionelle Tätigkeit** erfordert. Im Qualitätszirkel interessiert dabei die Entstehung der ›**Handlungssituation**‹ **aus der Perspektive des Teilnehmenden und im Hinblick auf Chancen zur Förderung der Qualität seines eigenen Handelns**. Der Aufmerksamkeitsfokus liegt auf dem von den Teilnehmenden selbst beeinflussbaren und zu verantwortenden Teil ihres Alltagshandelns. Kontextbedingungen werden insoweit berücksichtigt, als sie die Gestaltbarkeit begrenzen. Von den Gegebenheiten des Falls und den Interessen der Teilnehmenden hängt ab, wie die Prioritäten der Diskussion gesetzt werden, in der personale, inhaltliche und strukturelle Aspekte behandelt werden können. Damit geht es immer auch um die Frage, wie **Handlungschancen** systematisch erweiterbar sind.

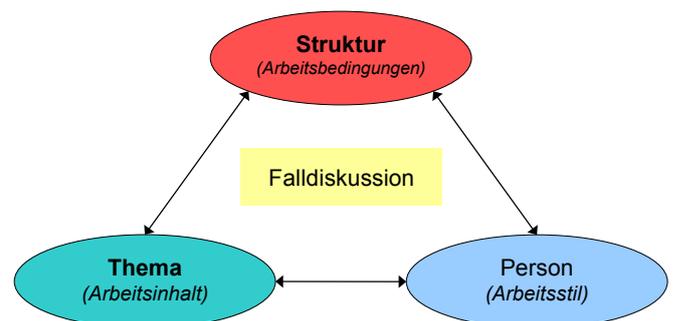


Abb. 2: Falldiskussion im QZ als Integration verschiedener Perspektiven (exemplarisches Lernen)

² Vor diesem Hintergrund haben wir das überlieferte QZ-Konzept mit ausdrücklicher Akzentuierung auf der Fallrekonstruktion weiterentwickelt zum Qualitätszirkel im Gesundheits- und Sozialwesen (QuiG[®]; vgl. www.gemeko.de).

Damit über konkrete Erfahrungen diskutiert werden kann, müssen diese nachvollziehbar gemacht werden. In welcher Form dies am besten möglich ist, hängt von den Situationen, den Fragestellungen und den jeweiligen Möglichkeiten ab. Video- bzw. Tonaufzeichnungen eignen sich für die Analyse von Gesprächen und non-verbale Interaktionen, teilnehmende Beobachtungen und Aktenanalysen erlauben Einblicke in institutioneller Abläufe, zusammenfassende schriftliche bzw. mündliche Berichte informieren über Projektentwicklungen usw.. Jede Dokumentationsform ermöglicht spezifische Einsichten und blendet anderes systematisch aus (Bahrs u.a. 2001, BZgA 2005), so dass die Rahmung bei der Analyse der Protokolle immer mitzudenken ist.

Die **Fallrekonstruktion** bildet den **Kern der QZ-Arbeit**. Befreit vom Entscheidungsdruck der Alltagspraxis können in der Diskussion unterschiedliche Interaktionsverläufe simuliert werden. Dabei wird die Aufmerksamkeit bewusst auf Handlungsroutinen gelenkt, die im Alltag nicht mehr reflektiert werden. So kann deutlich werden, welche Möglichkeiten in der Routine bislang regelmäßig genutzt werden und welche grundsätzlich vorstellbaren Alternativen außer Betracht bleiben. Wo Wahlmöglichkeiten bestehen, ist jeder Vorschlag gleichermaßen begründungsbedürftig, so dass die handlungsleitenden Theorien der Beteiligten und ihre Diskrepanz zur beobachtbaren Handlungslogik erkennbar werden. Individuelle Präferenzen wie professionstypische Deutungsmuster werden deutlich und unterscheidbar, Stärken und blinde Flecken thematisierbar. Als hilfreich eingeschätzte Praktiken lassen Teilnehmende als Modell fungieren, während bislang unbemerkt gebliebene Schwierigkeiten zum Auftrag für gemeinsame Lösungsfindung werden. Bisweilen stellt sich heraus, dass die vorgestellten Fälle mehrere am Zirkel Beteiligte betreffen, so dass Fragen der Kooperation besprochen und im Qualitätszirkel exemplarisch alltägliche Aushandlungsprozesse eingeübt werden können. Die Falldiskussion orientiert sich, wie die Serie der Treffen insgesamt, am **QZ-Kreislauf**. Zur Veranschaulichung ein Beispiel:

Nachhaltigkeit durch Kooperation:

Qualitätszirkel Rückenschule

An einem Gesundheitsamt wurde ein Qualitätszirkel mit den Mitarbeiterinnen initiiert, die für Gesundheitsförderung und Prävention von Kindern und Jugendlichen zuständig sind. Diese Fachkräfte haben u.a. die Aufgabe, Kinder mit einem Rückenschulprogramm vertraut zu machen und haben dafür eine Schulstunde pro Jahr zur Verfügung. Da die Wirksamkeit der Rückenschule von der Regelmäßigkeit der Umsetzung abhängt, sahen die Fachkräfte die zentrale Herausforderung für Qualitätsentwicklung in der Sicherung von Nachhaltigkeit. Die Maßnahme sollte also so gestaltet werden, dass die Übungen anschließend in den schulischen Alltag integriert werden und ggf. auch von den Kindern selbstständig durchgeführt werden konnten. Um sich über ihr eigenes Handeln in den Schulen verständigen zu können,

machte jede Fachkraft – zumeist ausgebildete Physiotherapeutin – von einer ihrer Stunden eine Videoaufzeichnung, und eine begleitende Kollegin fertigte zusätzlich ein Beobachtungsprotokoll an. Bei einer der Falldiskussionen berichteten beide Kolleginnen erfreut, dass die Grundschul Kinder voller Enthusiasmus mitgemacht hätten und die Stunde allen sehr viel Spaß bereitet habe. Die begleitende Kollegin schränkte etwas ein, die Klassenlehrerin habe sie etwas irritiert, sie wisse auch nicht genau warum. Beim Betrachten der Videoaufzeichnung wurde dann deutlich, dass die Lehrerin sich nicht an den Übungen beteiligt hatte. Sie saß abseits, verfolgte aber das Geschehen aufmerksam und machte sich eifrig Notizen.

- Im Qualitätszirkel tauchte die Frage auf, wie die Kinder die Zurückhaltung der Lehrerin interpretieren. Würden sie darin eine **Distanzierung** vom Rückenschulprogramm sehen, die einer nachhaltigen Umsetzung entgegen stehe? Es sei wünschenswert, dass in der Modellstunde alle aktiv mitmachen. Gerade die Unterstützung der Lehrerin sei wichtig, sie habe eine Vorbildfunktion. Andererseits wirkte die Lehrerin interessiert. Mache sie sich vielleicht deshalb so sorgfältig Notizen, damit sie das Programm gut und eigenständig aufgreifen könne, das ihr selber vermutlich noch unbekannt sei? Eine Nachfrage bei der Lehrerin bestätigte später diese Vermutung, und in der Konsequenz entwickelten die Zirkelteilnehmenden eine spezifische Fortbildung für Lehrer, die diesen die erforderlichen Kompetenzen vermitteln und die nötige Sicherheit bei der Umsetzung ermöglichen konnte (BZgA 2005).
- Die berichtete Irritation der Kollegin konnten viele Zirkelteilnehmerinnen nachempfinden. Einige fühlten sich an eine **Prüfungssituation** erinnert und angespannt. Offenbar habe die Lehrerin nicht aus ihrer Rolle heraustreten können. Andere Teilnehmerinnen machten darauf aufmerksam, dass in der Situation keine klare Rolle für die Lehrerin vorgesehen sei. Könne man erwarten, dass sie gemeinsam mit den Kindern zur Schülerin werde und ihre klassische Rolle aufgebe? Könne es sein, dass eine **latente Konkurrenz** im Raume stünde? Naheliegender wäre es, Ziel und Ablauf der Angebote künftig rechtzeitig mit den potentiellen Multiplikatoren abzusprechen – schade eigentlich, dass kein Lehrer hier im Zirkel vertreten sei.

Salutogenetische Orientierung im Qualitätszirkel

Qualitätszirkel gelten als besonders wirksame Form der Fortbildung. Der Effekt beruht dabei zunächst darauf, dass **Antworten auf selbst gestellte Fragen** erarbeitet werden, also im besten Sinne ein lernerzentriertes Lernen stattfindet, das an **vorhandenen Ressourcen** ansetzt und **umsetzbare Lösungen** ermöglicht. Dabei kann eine Orientierung am Modell ebenso erfolgen wie ein Erfahrungslernen, das vom eigenen Handeln ausgehend und durch beständige Evaluationsschleifen begünstigt, neue Vorgehensweisen erprobt. Die soziale Kontrolle durch die Gruppe und

der besondere Vertrauensvorsprung von Meinungsbildnern können besonders motivierend wirken (Grol 2003).

Qualitätszirkel machen von der Einsicht Gebrauch, dass eine salutogenetische Orientierung (Antonovsky 1997) nicht nur für die Adressaten von gesundheitsbezogenen Angeboten bedeutsam ist, sondern auch für die Professionellen selbst. Antonovsky zufolge hängt die Fähigkeit zur Bewältigung von Krisen und damit auch für Gesunderhaltung und -werdung entscheidend davon ab, inwieweit eine Person sich und ihre Welt als ›kohärent‹ erlebt. Dies hängt davon ab, inwieweit sie die Welt als Regeln folgend und vorhersehbar erlebt (›Verstehbarkeit‹), sie als gestaltbar ansieht (›Handhabbarkeit‹) und sich darin aufgehoben fühlt und ein Engagement – in welchem Lebensbereich auch immer – als sinnvoll ansieht (›Bedeutsamkeit‹). Das Kohärenzgefühl bildet sich unter Berücksichtigung der jeweiligen konstitutionellen Gegebenheiten in der sozialen Interaktion aus und scheint sich im Erwachsenenalter, von Umbruchsituationen abgesehen, nur noch wenig zu verändern. Krisensituationen sind daher Chancen und Gefahren zugleich. Professionelle werden typischerweise dann in Anspruch genommen, wenn Kohärenz in mindestens einer Dimension in Frage steht. Die Begegnung kann im Sinne eines Empowerments wirken, wenn sich der Ratsuchende angenommen fühlt und die je spezifisch zu beantwortende Frage danach, was gesund erhält, auch in der Situation eingeschränkter Handlungsfähigkeit gestellt und damit die Perspektive von Autonomie aufrecht erhalten wird. Indem auch vorhandene resp. erreichbare Ressourcen berücksichtigt werden und gemeinsame Behandlung im Hinblick auf eine vom Ratsuchenden gewünschte und selbst gestaltbare Zukunft Sinn gewinnt, wird »**stellvertretende Krisenbewältigung**« (Oevermann 1996) ermöglicht. Das Gelingen von Befähigung scheint nun auch davon abzuhängen, welches Krisenbewältigungspotential dem Professionellen selbst zur Verfügung steht und inwieweit er seine eigene Situation als stimmig erlebt. Die Arbeit im Qualitätszirkel kann als **kontrolliertes Krisenexperiment** begriffen werden, das zur Weiterentwicklung dieser Kompetenzen beiträgt. Die erfahrene Akzeptanz im QZ stärkt das Gefühl der Bedeutsamkeit der Teilnehmenden, die Rekonstruktion

von Handlungsprozessen stärkt das Gefühl von Verstehbarkeit, und die Erweiterung von Handlungsoptionen stärkt das Gefühl der Handhabbarkeit (Bahrs und Matthiessen 2007). Pointiert formuliert: **Partizipation wirkt ansteckend. Selbst erfahrene Beteiligung begünstigt es, seinerseits Partizipation überzeugend zu ermöglichen.**

Interprofessionelle Qualitätszirkel als Beitrag zur Professionalisierung³

Oevermann (1996) zufolge zeichnet sich Professionalität durch die widersprüchliche Einheit von Entscheidungsautonomie und Begründungsverpflichtung aus. Beide Pole müssen garantiert und hinsichtlich ihrer Qualität gesichert werden. Kein Wissen kann aus sich selbst heraus darüber entscheiden, ob es in der gegebenen Situation mit Bezug auf die betroffenen Akteure angemessen ist oder nicht, und doch muss gehandelt (oder unterlassen) werden. Auf der symbolischen Ebene wird durch die Unterstellung von Professionalität die Souveränität der Akteure gesichert, und darum ist der Erhalt der Entscheidungsautonomie der Professionellen notwendig. Andererseits ist keine Entscheidung jemals sicher. Insofern muss das Handeln gegenüber Betroffenen, gegenüber der Profession (vermittelt über Fachgesellschaften und Selbstverwaltungsorgane) sowie gegenüber Kostenträgern und Gesetzgebern legitimiert werden können. QZ sind ein Verfahren, das dieser Doppelstruktur Rechnung trägt. Sie ermöglichen eine

- **Professionalisierung der Beteiligten** in (tendenziell lebenslanger) Fortbildung, die Wissen, Verhalten und Einstellungen umfasst. Dabei fördert die Fallrekonstruktion exemplarisch die Kompetenz zur je kontextangemessenen Einzelfallentscheidung, indem Wissen aktualisiert und Wissenserwerb begünstigt wird sowie die Fähigkeit zur Explikation von Begründungen, von der im Alltagshandeln implizit Gebrauch gemacht wird, in bewusster Gestaltung geschult wird.
- **kontinuierliche Weiterentwicklung der Profession** durch Aufgreifen von Praxiswissen. Leitlinien können einem Praxistest unterworfen und erfahrungsbasiert weiterentwickelt wer-

Dimension nach Antonovsky	Teilnehmende	Institution	Berufsverbände und Kostenträger
Verstehbarkeit	Wissenszuwachs	Transparenz	Professionalisierung
Handhabbarkeit	Handlungssicher	weniger Reibungsverluste (z.B. durch bessere Kooperation / Abstimmung)	Förderung einer Kultur der Qualitätsentwicklung
Bedeutsamkeit	Emotionale Entlastung Berufszufriedenheit	Wettbewerbsvorteil Corporate Identity	Imagegewinn Gestaltungschancen

Abb. 3: Nutzenpotential von Qualitätszirkeln

³ Vgl. Bahrs und Andres (in Vorbereitung)

den. Umgekehrt können die praktisch wirksamen Konzepte (»theory in use«, Keller 1999) auf Basis protokollierter Zirkeldiskussionen analysiert werden und z.B. vermittelt über ausgearbeitete Musterfälle einen Beitrag zur Theorieentwicklung leisten (Kuhn u.a. 2008).

- **kontinuierliche Qualitätsentwicklung und eine Legitimation der Profession** insgesamt gegenüber der Gesellschaft durch ein Verfahren zur Förderung von Selbstkontrolle. Man kann dies als Kompromiss ansehen zwischen Luhmanns Forderung nach einer Legitimation durch Verfahren (Luhmann 2001) und der Idee von Habermas, die Geltungsbegründung an den herrschaftsfreien Dialog zu knüpfen (Habermas 1981). ■

Dr. Ottomar Bahrs, geb. 1951.

Studium der Sozialwissenschaften in Göttingen, danach wissenschaftlicher Mitarbeiter in Forschung und Lehre an medizinsoziologischen und allgemeinmedizinischen Abteilungen der Universitäten Göttingen (1978–1990) und der Medizinischen Hochschule Hannover (1992–1996); seit 1997 in Göttingen an der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leiter des Arbeitsbereichs Qualitätsentwicklung in der Primärversorgung; Vorstand der Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e.V., Vorstand des Dachverbands für Salutogenese e.V. (vormals Akademie für patientenzentrierte Medizin (APAM) e.V.); Mitherausgeber der Zeitschrift »Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin«

Arbeitsschwerpunkte:

Arzt-Patienten-Kommunikation; Salutogenese; Qualitätsentwicklung durch Qualitätszirkel; Gesundheitsförderung und Prävention; Kooperationsförderung und Selbsthilfe; Qualitative Forschung

Veröffentlichungen:

Bahrs O, Fischer-Rosenthal W, Szecsenyi J (Hrsg.) (1996): Vom Ablichten zum im-Bilde-Sein: Video-Dokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen im ärztlichen Qualitätszirkel, Königshausen & Neumann, Würzburg
 Van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandes F, Perez A, Messerli V, Opizzi L, Peltenburg M (1999): The Eurocommunication-Study – An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice; NIVEL, Utrecht

Kontakt:

Universität Göttingen,
 Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie,
 Waldweg 37a
 37073 Göttingen
 T.: 0551–398195
 @: obahrs@gwdg.de



Literatur

- Antonovsky A (1997). Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bahrs O (2009). Qualitätszirkel als Instrument der Qualitätsentwicklung. In: Kolip P, Müller V (Hrsg.) Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Hans Huber. S. 201–221.
- Bahrs O (2013). Interprofessionelle Qualitätszirkel als Instrument zur Förderung der Kooperation in der Versorgung von schwangeren Frauen; in: Wewetzer C, Winkler M (Hrsg.): Beratung schwangerer Frauen. Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Pränataldiagnostik; Kohlhammer, S. 98–116
- Bahrs O, Andres E (in Vorbereitung). Qualitätszirkel als Methode der Professionsentwicklung. In: Dick M, Marotzki W, Mieg H (Hrsg.) (in Vorbereitung) Handbuch Professionsentwicklung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt / UTB.
- Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, Andres E (2001). Ärztliche Qualitätszirkel: Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Bahrs O, Jung B, Nave M, Schmidt U (2005). Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention; Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 26. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Bahrs O, Matthiessen PF (Hrsg., 2007). Gesundheitsfördernde Praxen – Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis. Bern: Hans Huber.
- Bahrs O, Heim S, Jung B, Weiß M (2008). Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention – Chancen einer teilnehmerorientierten und kontinuierlichen Qualitätsentwicklung; Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation (GeMeKo), Göttingen.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hrsg., 2005). Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung und Prävention – Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren; Köln: Bzga.
- Derboven W, Dick M, Wehner T (2002). Die Transformation von Erfahrung und Wissen in Zirkeln. In: Fischer M, Rauner F (Hrsg.) Lernfeld Arbeitsprozess; Baden-Baden: Nomos. S. 369–391.
- Derboven W, Dick M, Wehner T (2003). Zirkel als Räume zur Schaffung, Aneignung und Diffusion von Wissen. In: Wirtschaftspsychologie 3:72–78.
- Gerlach FM (2001). Qualitätsförderung in Praxis und Klinik – Eine Chance für die Medizin. Stuttgart, New York: Thieme.
- Grol R (2003). The power of peers. Vortrag auf der Tagung des AQUA-Instituts: 10 Jahre Qualitätszirkel im Gesundheitswesen. Tagung vom 05.–06.09.2003 in Göttingen.
- Habermas J (2001). Theorie des kommunikativen Handelns (Bd. 1: Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung; Bd. 2: Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Keller V (1999). Congruence of Theories: applying the theoretical work of Argyris and Schön to physician-patient-communication; Manuskript
- Kolip P, Müller V (Hrsg.) (2009). Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Hans Huber
- Kuhn R, Schmidt U, Dewald A, Bruder A, Jung B, Bahrs O, Riehl-Emde A (2008). Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 30. Köln: BZgA.
- Luhmann N (2001). Legitimation durch Verfahren. 6. Auflage. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Oevermann U (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe A, Helsper W (Hrsg.) Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt: Suhrkamp. S. 70–182.
- Quasdorf I (2013). Qualitätszirkel – ein etabliertes Instrument der Qualitätsförderung in der vertragsärztlichen Versorgung. Vortrag, AQUA/SQG-Tagung am 12. Juni 2013, http://tagung-2013.sgg.de/2013/ppt/P5_Quasdorf_130612%20AQUA-Tagung_QZ.pdf.
- Röslen M (2013). Druck im Leben – Druck in den Gefäßen? Auf dem Weg vom interprofessionellen Qualitätszirkel QuiG® zum Patientenzirkel mit Expertenbeteiligung; Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin, 46: S. ...-...