

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0948-048X

P02-203

**"Die Öffentlichkeit schützen
und den Berufsstand anleiten"
Kompetenzerhaltung, Fortbildung und
Rezertifizierung von Ärzten in Kanada**

von

David Klemperer

Berlin, März 2002

Publications series of the research unit Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

Die Einführung einer "Rezertifizierung von allen Ärzten nach angelsächsischem Vorbild" empfahl der Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001. Die Reaktion der Ärzteschaft war erwartungsgemäß ablehnend. Unbeirrt davon beschlossen die Ländergesundheitsminister die Bildung einer Arbeitsgruppe "Rezertifizierung von Ärzten" um möglicherweise Konsequenzen für die Gesetzgebung in Deutschland zu ziehen. Die Frage, was überhaupt Rezertifizierung bedeutet und welche Konzepte damit einhergehen ist somit aktuell. In diesem Band werden Strukturen und Konzepte in Kanada dargestellt. Hier wurde der ärztlichen Selbstverwaltung von Seiten der Öffentlichkeit und des Staates schon frühzeitig ein hohes Maß an Rechenschaftspflicht bezüglich der Qualität und der Sicherheit der Berufsausübung abverlangt. Daher ist die Entwicklung von Methoden zur zuverlässigen Erfassung und zur Verbesserung der ärztlichen Performance in Kanada weit vorangeschritten. Der ganz im Vordergrund stehende edukative Charakter hat zu einer hohen Akzeptanz auf Seiten der Ärzteschaft geführt. Der vorliegende Band soll dazu beitragen, die Diskussion um Fortbildung und Rezertifizierung in Deutschland zu versachlichen und auf die Kompetenzerhaltung und -verbesserung zu fokussieren.

"Und so muß denn der Arzt sein Leben lang Herz und Hand, Verstand und Charakter fortbilden, damit er ein Ganzes werde und als solcher dem Kranken gegenüber-treten kann, der selbst als Ganzer genommen werden will."

Johann Wolfgang von Goethe in einem Brief an den Arzt Christoph Wilhelm von Hufeland
Christoph Wilhelm von Hufeland (zitiert nach: Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 24 vom
18.06.99, Seite A-1624)

"Wenn wir uns aufrichtigen Herzens der Qualität ver-pflichten, funktioniert fast jede Methode. Tun wir es nicht, wird auch die eleganteste Methode versagen."

Avedis Donabedian

Quelle: The ISQUA Bulletin February 1999 p4

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9
Gesundheitssystem und Selbstverwaltung in Kanada.....	11
Berufsverbände.....	13
Maintenance of Certification-Program des Royal College of Physicians and Surgeons of Canada	14
Das Fortbildungsprogramm des College of Family Physicians of Canada.....	16
Ärztliche Selbstverwaltung – das Qualitätssicherungskonzept des Medical Council of Canada	17
Gesetzliche Grundlagen der Selbstverwaltung der Gesundheitsberufe am Beispiel Ontario	19
Das Qualitätssicherungsprogramm des College of Physicians and Surgeons of Ontario.....	22
Das Peer Assessment Program.....	24
Assessoren.....	25
Assessment.....	27
Off-site Review - eine ergänzende Herangehensweise zum Peer Assessment	31
Physician Review Program für Allgemeinärzte.....	32
Specialties Assessment Program für Fachärzte.....	35
Disziplinarmaßnahmen des CPSO	36
Ergebnisse des Peer Assessment.....	37
Die Peer Review Programme des College of Physicians and Surgeons of Ontario - Zusammenfassung.....	40
Ausblick	41
Physician Achievement Review Program des College of Physicians and Surgeons of Alberta	43
Zusammenfassung und Fazit.....	45
Danksagung:	49

Einleitung

Im Frühjahr 2001 sprach der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) die Empfehlung einer "Rezertifizierung von allen Ärzten nach angelsächsischem Vorbild" aus.¹ Die Bundesärztekammer reagierte darauf mit schroffer Ablehnung.² Leserbriefe im Deutschen Ärzteblatt ließen ein hohes Maß an emotionaler Beteiligung der Schreiber erkennen. Im Juni 2001 beschloss die 74. Gesundheitsministerkonferenz der Länder die Bildung einer Arbeitsgruppe "Rezertifizierung von Ärzten". Die Arbeitsgruppe soll der 75. Gesundheitsministerkonferenz der Länder einen Bericht über die Erfahrungen mit der Rezertifizierung in anderen Ländern geben, um gegebenenfalls Konsequenzen für die Gesetzgebung in Deutschland zu ziehen. Rezertifizierung ist somit einerseits ein aktuelles Thema. Andererseits fällt dem im Blickpunkt stehenden ärztlichen Berufsstand die Befassung nicht leicht. Dies erscheint aus zweierlei Gründen nachvollziehbar. Zum einen berührt die Rezertifizierung die Autonomie und damit den Kern des ärztlichen Selbstverständnisses und der ärztlicher Selbstverwaltung. Zum anderen ist der Begriff Rezertifizierung unscharf. Insbesondere bei denjenigen, die nicht über ausreichende Informationen verfügen, vermag allein das Wort Rezertifizierung tief sitzende Ängste zu wecken und dazu passende emotional gefärbte Reaktionen hervorzurufen.

Der SVR hat in seinem Gutachten das Thema lediglich gestreift. Hinweise auf angelsächsische Vorbilder, Credit-point-Systeme und zu bestehende Prüfungen waren allein wenig dazu geeignet, der Debatte Substanz zu geben. Der zwischen Bundesärztekammer und SVR ausgetragene Streit um das Ausmaß, in dem sich die Ärzte in Deutschland an traditionellen Fortbildungsmaßnahmen beteiligen, war ebenfalls für eine Versachlichung ungeeignet: zum einen existieren nur wenige aussagekräftige Daten über das Fortbildungsverhalten der Ärzte in Deutschland und die Qualität der Fortbildung.^{3 4} Zum andern fehlen die Beweise dafür, dass Fortbildung in der traditionellen, auf passiven Wissenserwerb ausgerichteten Vortragsform ärztliches Handeln überhaupt verbessern kann; bisherige Untersuchungen legen vielmehr nahe, dass der Stellenwert traditioneller Fortbildungskonzepte für Verhaltensänderungen und Qualitätsverbesserungen in der Regel zu hoch eingeschätzt wird.^{5 6 7 8 9 10}

¹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001, Band II S. 97 f.

² Gerst T. Ärztliche Fortbildung: Zertifiziert und freiwillig. Deutsches Ärzteblatt 2001;98:A-1308

³ Gerlach FM, Beyer M. Ärztliche Fortbildung aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte – repräsentative Ergebnisse aus Bremen und Sachsen-Anhalt. Z.ärztl. Fortbil. Qual.sich 1999;93:581-9

⁴ von Reis O, Bott U, Sawicki PT. Evaluation ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen in Innerer Medizin. arznei-telegramm 1999;o. Jg.: 33-34

⁵ Klemperer D. Schmerz Arbeitsgemeinschaft Bremen-Nord – eine Intervention zur Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität in einem Stadtteil am Beispiel der Schmerztherapie. Gesundheitswesen 2002; 64: 11-18

⁶ Fox RD, Bennett NL. Continuing medical education: Learning and change: implications for continuing medical education. BMJ 1998; 316: 466-468

⁷ Towle A. Changes in health care and continuing medical education for the 21st century. BMJ 1998; 316: 301-304

Die Chancen, die mit fundierten Konzepten der Rezertifizierung einhergehen, konnten daher bislang nicht deutlich werden. Am Anfang einer sachlichen Auseinandersetzung sollten zwei Dinge stehen. Zum einen sollte Klarheit über das zu lösende Problem bestehen. Zum anderen sollte deutlich sein, was Rezertifizierung zur Lösung beitragen kann. Die Frage, zu deren Antwort Rezertifizierung einen Beitrag leisten kann ist die Erhaltung der ärztlichen Kompetenz über das gesamte Berufsleben oder auch die Verbindlichkeit einer ärztlichen Berufsausübung von hoher Qualität und hoher Sicherheit. Eine große Anzahl wissenschaftlicher Untersuchungen und Expertisen, die weiter unten näher ausgeführt werden, hat eine Reihe von Kernproblemen identifiziert.

- Nicht jeder einzelne Arzt arbeitet mit höchstmöglicher Qualität. Vielmehr ist eine Normalverteilung der Qualität anzunehmen. Wie lässt sich die Normalverteilung ärztlicher Qualität insgesamt in einen höheren Bereich verschieben?
- Die Kompetenz von Ärzten lässt im Verlaufe ihres Berufslebens tendenziell nach. Wie lässt sich dem entgegenwirken?
- Ein kleiner Anteil von Ärzten arbeitet inkompetent und gefährdet dadurch seine Patienten. Wie können diese Ärzte identifiziert werden? Wie können Patienten geschützt werden? Wie kann diesen Ärzten wirksam geholfen werden?
- In allen Bereichen der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung herrschen Über-, Unter- und Fehlversorgung. Wie lässt sich dieses Problem lösen?

Diese Fragen haben eine sachliche Befassung verdient. In Deutschland muss der erste Schritt darin bestehen, dass die Ärzteschaft sie erst einmal wahrnimmt und akzeptiert. In anderen Ländern ist man diesbezüglich sehr viel weiter. Rundum fertige Lösungen und Antworten sind zwar nicht abrufbar. In einigen Ländern haben sich jedoch Politik, ärztliche Selbstverwaltung und ärztliche Berufsverbände diesen Fragen frühzeitig gestellt. Die Suche nach Antworten stellt einen über Jahre und Jahrzehnte verlaufenden Prozess dar. Die damit einhergehende Forschung und Diskussion hat an manchen Orten zu wirksamen, praktikablen und insbesondere von den praktizierenden Ärzten akzeptierten Methoden zur Sicherung ärztlicher Qualität geführt.

Der folgende Aufsatz stellt die Entwicklung in Kanada dar. Kanada zählt zu den Ländern, die sich Fragestellungen der medizinischen Qualität und der gesundheitlichen Versorgung schon früh geöffnet haben. Teil der gewachsenen Qualitätskultur ist das Bestreben von Politik und Selbstverwaltung, die Qualität der ärztlichen Berufsausübung darstellbar und transparent zu machen. Die Entwicklung und Anwendung von Methoden zur Beurteilung und Bewertung der Qualität ärztlichen Handelns lässt sich bis in die 70er Jahre des letzten Jahrhunderts zurückverfolgen. Mehr als zwei Jahrzehnte Erfahrungen haben bezüglich der eingesetzten Methodo-

⁸ Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal* 1995; 153: 1423-1431

⁹ Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; 274: 700-705

¹⁰ Haynes RB, Davis DA, McKibbon A, Tugwell P. A critical appraisal of the efficacy of continuing medical education. *JAMA* 1984; 251i: 61-64

logie zu einem hohen Maß an Qualität und Grad der Verfeinerung geführt. Darüber ist in Deutschland bisher wenig bekannt.¹¹

Mit der Darstellung der kanadischen Situation geht der Wunsch einher, der Diskussion hierzulande sachliche Substanz zu geben und dadurch negative Emotionen zu entziehen.

Zur Erhöhung des Gebrauchswertes sind so weit wie möglich die Internetadressen der benutzten Literatur und Websites angegeben. Dies soll es dem Leser bzw. der Leserin ermöglichen, auf Grund der Kenntnis der Quellen zu einem eigenen Urteil zu kommen. Alle Internetadressen wurden am 11.03.2002 auf ihre Gültigkeit überprüft.

Vorangestellt sei hier ein Vorschlag für eine Definition des Begriffs Rezertifizierung.

Für den Begriff Rezertifizierung gibt es keine einheitliche Definition. In unterschiedlichen Ländern und Settings wird mit Rezertifizierung Unterschiedliches bezeichnet. Im Wortsinn bezeichnet Zertifikat eine amtliche Bescheinigung bzw. Zeugnis. Es handelt sich also um ein Dokument, welches eine Tatsache oder einen Zustand bescheinigt. Als Zertifikat wird in diesem Sinne auch ein Dokument bezeichnet, das die Erlaubnis zur Ausübung eines Berufes oder auch eines Spezialbereiches innerhalb eines Berufes bestätigt.

Rezertifizierung von Ärzten bezeichnet grundsätzlich die in Abständen erfolgende Feststellung der Einhaltung bestimmter mit der ärztlichen Berufsausübung verbundener Kriterien. Zertifikate haben stets zum Ziel, das Vertrauen von Patienten und Kooperationspartnern zu fördern. Zertifikate berühren daher die Bereiche Qualitätssicherung und Patientenschutz. Jenseits dieser Gemeinsamkeiten unterscheiden sich die bestehenden Verfahren ärztlicher Zertifizierung und Rezertifizierung erheblich. Unterschiedliche Traditionen und unterschiedliche Anforderungen von außen bedingen unterschiedliche Philosophien und Vorgehensweisen. Dies zeigt sich vor allem in Unterschieden bezüglich der

- Zielrichtung
- Kriterien
- Methoden der Überprüfung
- Verbindlichkeit
- Konsequenzen bei Nichterfüllung der Kriterien.

Gesundheitssystem und Selbstverwaltung in Kanada

Kanada verfügt über ein soziales, steuerfinanziertes Gesundheitswesen. Der Zugang zu allen als medizinisch notwendig erachteten Leistungen besteht für die gesamte Bevölkerung. Eine Ausgrenzung ganzer Teile der Bevölkerung aus der medizinischen Versorgung wie im Nachbarland USA findet hier nicht statt. Den Rahmen für die Gesundheitsversorgung bildet das Gesundheitsgesetz von 1984. Einzelheiten finden sich auf der Website der Kanadischen Re-

¹¹ Gerst T. Fortbildung: Weiter in der Diskussion. Deutsches Ärzteblatt 2002;99:A-163

gierung.¹² Die Provinzen füllen den nationalen Rahmen im Bereich ihrer Jurisdiktion in eigener Verantwortung aus. Dem Gesundheitsministerium gegenüber sind sie rechenschaftspflichtig, dass sie die Versorgung quantitativ und qualitativ sicherstellen. Eine Reihe der dabei anfallenden Aufgaben – insbesondere im Bereich der Qualitätssicherung - wird von den Gesundheitsberufen im Rahmen ihrer Selbstverwaltung durchgeführt. Dabei ist es in Kanada im Vergleich zu Deutschland einer weitaus größeren Zahl von Gesundheitsberufen erlaubt, sich selbst zu verwalten.

Im Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung stellt der Medical Council of Canada (MCC)¹³ den nationalen Zusammenschluss der Medical Councils der zehn Provinzen und drei Territorien Kanadas dar. Der MCC ist in erster Linie mit der zentralen Durchführung der berufsqualifizierenden ärztlichen Abschlussprüfungen befasst. Er hat aber auch eine koordinierende Funktion für Fragen der Aufsicht über die Berufsausübung. Diese Aufgaben werden von Gesetzen auf der Ebene der Provinzen festgelegt und von den Medical Councils der Provinzen wahrgenommen. Diese sind dabei den jeweiligen Provinzregierungen gegenüber rechenschaftspflichtig. Die Medical Councils der Provinzen tragen zumeist die Bezeichnung "College of Physicians and Surgeons". Das Wort College steht hier nicht für eine Lehrereinrichtung sondern für eine Struktur, die in Deutschland einer Berufskammer entspricht. Zu Verwechslungen könnte auch der Name des nationalen Zusammenschlusses der medizinischen Fachgesellschaften führen ("Royal College of Physicians and Surgeons of Canada"¹⁴) und seiner Strukturen auf der Provinzebene.¹⁵

Struktur und Inhalt der ärztlichen Selbstverwaltung in Kanada unterscheidet sich von den deutschen Gegebenheiten. In Deutschland nehmen die Landesärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechts staatliche Aufgaben insbesondere im Bereich der Aufsicht über die Berufsausübung wahr. Die Bundesärztekammer ist dagegen keine Körperschaft öffentlichen Rechts sondern ein freiwilliger Zusammenschluss der Landesärztekammern mit dem juristischen Status eines privatrechtlichen Vereins. An der Konstruktion und der irreführenden Namensgebung Bundesärztekammer zeigt sich strukturell und inhaltlich besonders deutlich die in Deutschland vorherrschende unselbige Vermischung von Standesvertretung im Sinne von Interessenspolitik und Selbstverwaltung im Sinne der Wahrnehmung einer öffentlichen Aufgabe. Die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben als Körperschaften öffentlichen Rechts die im Sozialgesetzbuch V festgelegte Aufgabe, Rechte und wirtschaftliche Interessen der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen zu wahren sowie im Sinne eines Sicherstellungsauftrags dem sozialversicherten Patienten eine qualifizierte ambulante medizinische Versorgung zu garantieren (§ 75 SGB V).

¹² Website der kanadischen Regierung <http://www.hc-sc.gc.ca/english/care.htm>

¹³ Website des Medical Council of Canada <http://www.mcc.ca/>

¹⁴ Website des Royal College of Physicians and Surgeons of Canada : <http://rcpsc.medical.org/english/about/>

¹⁵ Website der Colleges of Physicians and Surgeons in Canada: http://rcpsc.medical.org/english/tools/links/colleges_e.php3

Ein weiterer deutlicher Hinweis auf Unterschiede in der Kultur der beruflichen Selbstverwaltung stellt die Zusammensetzung der Selbstverwaltungsgremien dar. In Deutschland werden die Gremien ausschließlich aus Angehörigen des Berufsstandes gebildet. In Kanada hingegen bilden die gewählten Repräsentanten des Berufsstandes zusammen mit von der Regierung ernannten Vertretern der medizinischen Fakultäten zwar die Mehrheit in den Selbstverwaltungsgremien. Stets sind aber auch Vertreter der Öffentlichkeit zugehörig, die von der Regierung ernannt werden. Der Einbezug der Öffentlichkeit in die Aufgaben der professionellen Selbstverwaltung dürfte wesentlich dazu beigetragen haben, dass die Selbstverwaltung in Kanada nicht zur Interessensvertretung des Berufsstandes mutiert ist. Die Selbstverwaltung einer Berufsgruppe als öffentliche Aufgabe und die Vertretung der Interessen der Berufsgruppe werden in Kanada als unvereinbar betrachtet. Die Wahrung der berufsständischen Interessen wird als Aufgabe der medizinischen Fachgesellschaften angesehen.

Die gesetzlichen Grundlagen der ärztlichen Selbstverwaltung werden weiter unten am Beispiel der Provinz Ontario näher ausgeführt.

Berufsverbände

Die medizinischen Fachgesellschaften sind auf der Ebene der Provinzen und Territorien organisiert und bilden drei nationale Zusammenschlüsse:¹⁶

- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC)¹⁴
- Collège des Médecins du Québec (CMQ)¹⁷
- College of Family Physicians of Canada (CFPC)¹⁸.

Im Gegensatz zu den deutschen Fachgesellschaften haben sie einen umfassenden Auftrag im Facharztwesen:

- Festlegen der Anforderungen für die Zulassung zum Facharzt
- Akkreditierung von Weiterbildungsprogrammen
- Beurteilung der Weiterbildung in den 16 medizinischen Fakultäten in Kanada
- Durchführung der Facharztprüfungen
- Erteilung der Facharztzulassung (hier als "Zertifikat"/"certificate" bezeichnet)
- Fortbildung incl. Rezertifizierung.

Die Mitgliedschaft in einer Fachgesellschaft war den Inhabern einer Facharztanerkennung lange Zeit frei gestellt. Bis dahin waren etwa 90 % der Fachärzte Mitglied einer Fachgesellschaft. Seit dem 1.7.1993 ist die Mitgliedschaft Voraussetzung für die Eintragung ins Arztre-

¹⁶ Persönliche Mitteilung Leonard Pierrette (The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada) 26.11.2000

¹⁷ Website Collège des Médecins du Québec <http://www.cmq.org>

¹⁸ Website College of Family Physicians of Canada <http://www.cfpc.ca>

gister. Dies hat zur Folge, dass – bis auf einige ältere Ärzte – alle Fachärzte einer Fachgesellschaft angehören:

Die Fortbildung stellt einen Schwerpunkt der Aktivitäten der Fachgesellschaften dar. Im Folgenden sollen die Konzepte des College of Family Physicians of Canada und des Royal College of Physicians and Surgeons of Canada unter dem Gesichtspunkt der Zielsetzung, der Methoden und der Verbindlichkeit dargestellt werden.

Den Konzepten beider Fachgesellschaften ist gemeinsam, dass sie eine Abkehr von dem bis dahin vorherrschenden und die Zuwendung zu einem neuen Lernparadigma darstellen.^{19 20 21} Das alte Lernparadigma ist gekennzeichnet durch

- die Absorption einer umschriebenen Menge an Faktenwissen
- Vermeidung von Unsicherheit und Nicht-Wissen
- Orientierung an Experten und
- die hohe Bedeutung von Intuition und Erfahrungswissen.

Die dazugehörige didaktische Form ist der Expertenvortrag.

Das neue Lernparadigma baut darauf

- zu wissen, was man nicht weiß (ohne sich dabei schlecht zu fühlen) und
- zu wissen wie man es herausfindet
- Unsicherheit anzuerkennen
- zu lernen durch fragen
- Dinge in Frage zu stellen
- Probleme in Fragen zu verwandeln
- Erfahrungswissen durch Beweise zu widerlegen oder zu bestätigen.

Die dazugehörige Didaktik und Methodik ist Lerner-zentriert und selbst-gesteuert (self-directed learning). Dem Lehrer fällt die Rolle eines Moderators von Lehr-Lernprozessen zu. Typisch ist Methodenvielfalt mit aktivierenden, von einem Problem und vom vorhandenen Wissen bzw. Nichtwissen ausgehende Formen des Lernens allein und in Gruppen.

Maintenance of Certification-Program des Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

Dem Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC) gehören 31.000 Fachärzte an, was etwa der Hälfte aller kanadischen Ärzte entspricht. Das RCPSC hat im Septem-

¹⁹ Smits PBA, Verbeek JHAM, de Buissonjé CD. Problem-based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. *BMJ* 2002; 324: 153-156

²⁰ Spencer JA, Jordan RK. Learner centred approaches in medical education. *BMJ* 1999; 318: 1280-1283

²¹ Holm HA. Quality issues in continuing medical education. *BMJ* 1998;316:621-624

ber 1998 beschlossen, die Pflicht zur Fortbildung einschließlich des Nachweises der damit verbundenen Aktivitäten zum 1. Januar 2001 einzuführen. Die Teilnahme am Programm zur "Erhaltung der Facharztzulassung" (MAINCERT - Maintenance of Certification)²² ist Voraussetzung für den Erhalt der Mitgliedschaft. Das RCPSC stellt ausdrücklich fest, dass es sich um eine Reaktion auf die gestiegenen Erwartungen der Öffentlichkeit an die Verantwortlichkeit (accountability) der Profession handelt; dem RCPSC gehe es auch darum, die Führerschaft in einem Prozess der sozialen Veränderung innezuhaben. Ziel des Programms sei es, "sicherzustellen, dass die Mitglieder in Bemühungen um die professionelle Entwicklung engagiert sind, die darauf abzielen, die Qualität der fachärztlichen Versorgung zu verbessern." Das Programm enthält u. a. folgende Elemente:

- Erwerb von 400 Fortbildungspunkten in einem Fünfjahreszeitraum durch Teilnahme an Fortbildungsaktivitäten, die sich nach den Bedürfnissen der aktuellen Berufsausübung richten
- jährliche Meldung der Fortbildungsaktivitäten durch den Arzt selbst
- Überprüfung der Meldungen anhand einer jährlichen Stichprobe von 3 %
- Einführung eines öffentlichen Registers zum 1.1.2001. Initial Aufnahme aller Mitglieder des RCPSC. Nach Ablauf der ersten Fünfjahreszeitperiode Verbleib nur bei Erfüllung der Fortbildungsanforderungen.

Dem Programm liegt eine ausformulierte Philosophie zugrunde, die in dem Bericht "Skills for the New Millennium"²³ dargelegt ist.

Folgende Fertigkeiten (skills) gelten als grundlegend für die ärztliche Berufsausübung und somit als Fortbildungsinhalt:

- Medical Expert ("Zeige diagnostische und therapeutische Fertigkeiten für eine ethische und effektive Patientenversorgung")
- Communicator ("Etabliere therapeutische Beziehungen mit Patienten bzw. Familien")
- Collaborator ("Arbeite effektiv mit anderen Ärzten und den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe zusammen")
- Manager ("Nutze Ressourcen effektiv, um die Patientenversorgung, die Lernbedürfnisse und die Außenaktivitäten im Gleichgewicht zu halten")
- Health Advocate ("Identifiziere die wichtigen Determinanten der Gesundheit, welche die Patienten betreffen")
- Scholar ("Entwickle, implementiere und beobachte eine persönliche kontinuierliche Lernstrategie. Trage zur Entwicklung neuen Wissens bei.")
- Professional ("Erbringe eine Versorgung von höchster Qualität mit Integrität, Aufrichtigkeit und Empathie").

²² Website <http://www.rcpsc.medical.org/english/maintenance/>

²³ Text auf der Website <http://rcpsc.medical.org/english/publications/>

Fortbildung, die sich an diesen Fertigkeiten orientiert, geht offensichtlich über die traditionellen medizinischen Themen hinaus und befasst sich mit bisher eher untypischen Themen, wie Arzt-Patient-Kommunikation und Teamfähigkeit.

Bezüglich der didaktischen Formen wird die Vielfältigkeit gefördert. Dazu zählen akkreditiertes Gruppenlernen, Selbstbewertungsprogramme, strukturierte Lernprojekte mit Aufzeichnung und Evaluation der Ergebnisse, Praxis-Audits und Patientenbefragungen. Verbindlichere Formen der Fortbildung werden mit einer höheren Punktzahl belohnt.

Für die Dokumentation der Aktivitäten stellt das RCPSC nicht nur spezielle Software zur Verfügung sondern auch die Möglichkeit, ein "Fortbildungskonto" über das Internet zu führen.

Die Wirkungen des Programms sollen evaluiert werden, u. a. unter dem Gesichtspunkt der Qualität der Patientenversorgung.

Auf die Ergebnisse der Evaluation darf man gespannt sein. Das Programm ist zwar vordergründig obligat. Das RCPSC begnügt sich aber mit der Verifizierung einer kleinen Stichprobe der Meldungen. Darüber hinaus werden bis zu 100 der 400 erforderlichen Punkte für nicht zu dokumentierende und daher nicht überprüfbare "andere Lernaktivitäten", wie z. B. nicht akkreditierte Fortbildungsveranstaltungen und Literaturstudium vergeben.

Das Fortbildungsprogramm des College of Family Physicians of Canada

Das College of Family Physicians of Canada (CFPC)¹⁸ ist seit 1969 für die Weiterbildung in Familienmedizin zuständig. Etwa 60 % der kanadischen Familienmediziner gehören dem CFPC an.

Mitte der 90er Jahre hat das CFPC ein neues Fortbildungskonzept eingeführt. Die Bezeichnung lautet MAINPRO (Maintenance of Proficiency/Erhaltung des Könnens)²⁴.

MAINPRO besteht aus zwei Komponenten – einem Teil für die Erhaltung der Mitgliedschaft in der Fachgesellschaft (MAINPRO-M) und einem darauf aufbauenden zusätzlichen Teil für die Erhaltung des Zertifikats für Allgemein- bzw. Familienmedizin (MAINPRO-C).

Zur Erhaltung der Mitgliedschaft wird der jährlich zu erbringende Nachweis von 50 Stunden Fortbildungsaktivitäten gefordert.

Die Gültigkeit des Zertifikats für Familienmedizin ist seit 1998 auf 5 Jahre begrenzt. Zur Erneuerung ist es über die jährlich zu erbringenden Fortbildungsaktivitäten erforderlich, einen

²⁴ Website MAINPRO <http://www.cfpc.ca/cme/mainpro/mainpro.asp>

Anteil der Fortbildung mit Aktivitäten zu erbringen, die selbstgesteuert, beweisgestützt (evidence-based) und reflektiv sind (Abb. 1). Details sind auf der Website dargestellt.²⁴

Abb. 1: Formen der Fortbildung für MAINPRO-C

- Pearls™ – An evidence-based practice reflection exercise
- Conferences, courses, and workshops
- Practice-based small group learning
- Practice audits
- Clinical traineeships
- Advanced life support programs
- The American Board of Family Practice Recertification Examination (US residents)
- Individual consideration

Ein Schwerpunkt liegt hier auf aktivierenden und Lerner-zentrierten Formen der Fortbildung. Neue Formen sind speziell geschaffen worden, wie z.B. das praxis-basierte Kleingruppenlernen, das an der McMaster University von den Urhebern des Evidence-based Medicine-Konzeptes entwickelt wurde.²⁵ Der Anrechnungsfaktor ist höher als für die traditionellen Formen.

Prüfungen kennt MAINPRO nicht. Die Meldung der erforderlichen Aktivitäten führt automatisch zur Verlängerung der Mitgliedschaft bzw. zur Erneuerung des Zertifikats.

Ärztliche Selbstverwaltung – das Qualitätssicherungskonzept des Medical Council of Canada

Im Vorgriff auf anstehende gesetzliche Regelungen hatte es der Medical Council of Canada bereits als unabweisable Aufgabe erkannt, "sicherzustellen, dass die Ärzte ein angemessenes Niveau der Berufsausübung für die gesamte Dauer ihres Berufslebens aufrecht erhalten".²⁶

In einer Serie von Workshops erarbeitete der Medical Council of Canada gemeinsam mit den Medical Councils der Provinzen und den großen Ärzteverbänden ein Rahmenkonzept für ein erweitertes System der Beurteilung der Qualität der Berufsausübung. Das Konzept erhielt das Akronym MEPP (model for the maintenance and enhancement of professional performance - Modell zur Erhaltung und Verbesserung der beruflichen Leistung).²⁶ ²⁷Mit MEPP verfügen die Medical Councils der einzelnen Provinzen über einen Rahmen, den sie in jeweils eigener Verantwortung mit geeigneten Methoden auszufüllen haben.

²⁵ Website Continuing Education der McMaster University <http://www-fhs.mcmaster.ca/conted/>

²⁶ Kaigas T. Monitoring and Enhancement of Physician Performance: A National Initiative, Part I-III. CPSO Member's Dialogue. November 1995, March 1996, September/October 1996.

²⁷ Dauphinee WD. Revalidation of doctors in Canada. BMJ 1999;319:1188-1190

Das Prinzip von MEPP ist ein dreistufiges Vorgehen.

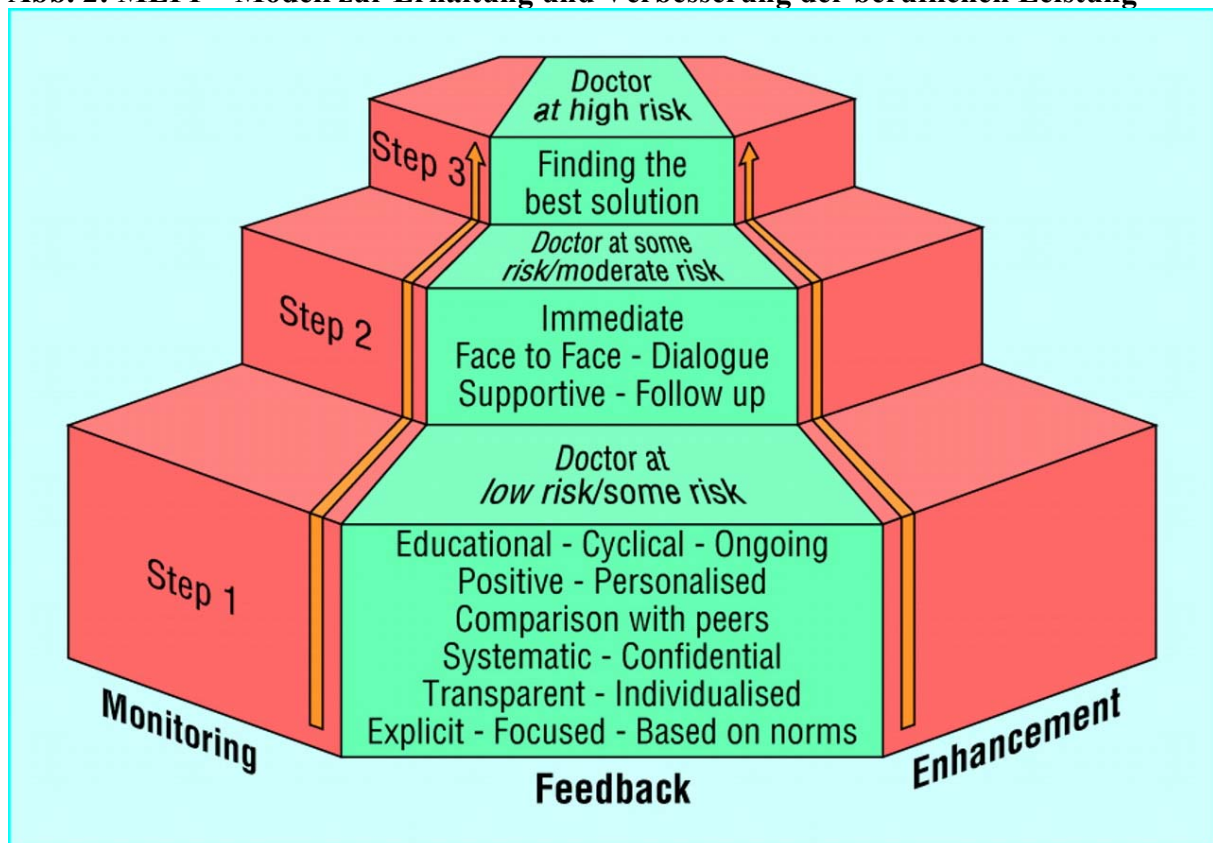
Die erste Stufe stellt ein Screening dar. Dies bedeutet, dass alle Ärzte darauf hin geprüft werden sollen, ob bei ihnen relevante Qualitätsprobleme bestehen könnten. Ein Screening aller Ärzte nach Qualitätskriterien stellt auch für Kanada etwas Neuartiges dar. Es war (und ist) daher eine Aufgabe der Medical Councils, geeignete Methoden zu entwickeln.

In der zweiten Stufe sollen die Ärzte, die im Screening Auffälligkeiten zeigen, einer näheren Prüfung unterzogen werden. Für diese Stufe liegen erprobte und evaluierte Methoden vor, zu denen das unten dargestellte Peer Assessment Program des College of Physicians and Surgeons of Ontario zählt. Auf Grund der Erfahrungen mit dem Peer Assessment Konzept geht man davon aus, dass zwischen 10 und 20 Prozent aller Ärzte in Stufe 2 geprüft werden.

Ist das Ergebnis der Prüfung in Stufe 2 unbefriedigend, erfolgt in Stufe 3 eine tief gehende und umfassende Überprüfung. Mit dem Physician Review Program und dem Specialties Assessment Program des College of Physicians and Surgeons of Ontario liegen auch hier erprobte Methoden für Allgemeinärzte bzw. Fachärzte vor. Man geht davon etwa aus, dass etwa 2 Prozent aller Ärzte in Stufe 3 verwiesen werden.

Das gesamte Verfahren soll soweit wie nur möglich edukativen Charakter haben. Der Blick wird also nicht nur auf etwaige Defizite gerichtet, sondern auch auf die Stärken. Wenn Defizite festgestellt werden, sollen von Seiten der Prüfer Vorschläge und Pläne zur Abhilfe unterbreitet werden.

Abb. 2: MEPP - Modell zur Erhaltung und Verbesserung der beruflichen Leistung



MEPP ist der Rahmen, den der Medical Council of Canada auf nationaler Ebene zur Verfügung gestellt hat. Die Provinzen und Territorien haben weitgehende Gestaltungsmöglichkeiten darin, das vorliegende Konzept zu nutzen.

Im folgenden wird der Stand der Umsetzung in zwei Provinzen dargestellt. Dabei soll deutlich werden, dass die Provinzen insbesondere in der Umsetzung des Screenings unterschiedliche Wege gehen.

Gesetzliche Grundlagen der Selbstverwaltung der Gesundheitsberufe am Beispiel Ontario

Den gesetzlichen Rahmen für die Selbstverwaltung der Gesundheitsberufe in der Provinz Ontario bildet der Regulated Health Professions Act (RHPA).^{28 29} Eine Übersicht über das RHPA findet sich auf der Website des Health Professions Regulatory Advisory Council.³⁰ Derzeit gilt das Gesetz für die mehr als 220.000 Angehörigen von 23 Gesundheitsberufe in der Provinz, die von 21 Colleges (als Bezeichnung für die jeweilige Selbstverwaltungsstruktur) repräsentiert werden. Für eine Reihe von Gesundheitsberufen gibt es darüber hinaus berufsspezifische Gesetze, so für die Ärzte den Medicine Act.³¹

Als übergeordnete Ziele nennt der RHPA

- die Öffentlichkeit vor Schaden zu schützen
- eine qualitativ hochwertige Versorgung zu fördern
- die regulierten Gesundheitsberufe der Öffentlichkeit gegenüber rechenschaftspflichtig zu machen.

Das Gesetz weist dem Gesundheitsministerium und den Colleges der Gesundheitsberufe einen Katalog von Aufgaben und Pflichten zu. Die Aufgaben und Pflichten sind so verteilt, dass die Colleges im Verhältnis zum Gesundheitsministerium und bezogen auf die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben an einer im Vergleich zu deutschen Verhältnissen sehr viel kürzeren Leine sind. Das Ministerium ist dafür verantwortlich, dass die regulierten Berufe professionelle Standards nicht nur entwickeln sondern auch einhalten und hat hierzu eine weitgehende Weisungsbefugnis. Die Colleges sind dem Ministerium jederzeit berichts- und rechenschaftspflichtig.

²⁸ Text des Regulated Health Professions Act: <http://www.hprac.org/english/index.asp> "RHPA" oder http://www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/English/91r18_e.htm

²⁹ The Ontario Gazette. O. Reg 51/95 1995, S.497-8

³⁰ Health Professions Regulatory Advisory Council: <http://www.hprac.org/english/rhpaSummary.asp>

³¹ Text des Medicine Act: http://www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/English/91m30_e.htm

Die Aufgaben der Selbstverwaltung, ihre Pflichten und Befugnisse, die Strukturen und Gremien bis hin zu ihrer Zusammensetzung und den Arbeitsweisen sind im RHPA und dem dazugehörigen Health Professions Procedural Code (einer Art Satzung) weitgehend geregelt.

Zu den Aufgaben des College zählen

- Erteilung (und Entzug) der Zulassung zum jeweiligen Beruf
- Führen eines Registers der Mitglieder des College
- Klärung von Beschwerden
- Wahrnehmung des Disziplinarrechts
- Klärung von Fragen der Berufstauglichkeit bzw. –untauglichkeit von Mitgliedern.

Für die Qualitätssicherung hat jedes College ein Quality Assurance Committee einzurichten, das ein Qualitätssicherungsprogramm für seine Mitglieder zu installieren hat. Der explizite Auftrag lautet, die Qualität der Berufsausübung sicherzustellen und die andauernde Kompetenz der Mitglieder zu fördern. Das Gesundheitsministerium hat den Auftrag kürzlich noch erweitert. Die Programme müssen demnach Komponenten enthalten, welche

- die Kompetenz der individuellen Mitglieder erhalten und verbessern
- die kollektive Qualität (performance) der Profession erhöhen und zwar gemessen an Patientenergebnissen
- Mitglieder identifizieren, die inkompetent sind und Vorgehensweisen für diese entwickeln.

In diesem Zusammenhang erhalten die Colleges auch die Möglichkeit, von ihren Mitgliedern das Bestehen von in Abständen stattfindenden Prüfungen zu verlangen. Hier wird also die rechtliche Voraussetzung für eine Rezertifizierung geschaffen.

In Abschnitt 82 des RHPA werden die Mitglieder dazu verpflichtet, aktiv an einem Peer Assessment mitzuwirken, dem Quality Assurance Committee zur Verfügung zu stehen, wenn dieses es wünscht und sich einer Evaluation des Wissens, der Fertigkeiten und der Urteilsfähigkeit zu unterziehen, wenn das Committee es für erforderlich hält.

Gegenüber Mitgliedern, deren Assessment unbefriedigend ausgefallen ist, wird das College zu einer Reihe von Maßnahmen autorisiert.

Das College ist unter bestimmten Voraussetzungen dazu berechtigt

- Mitglieder zur Teilnahme an spezifizierten Fortbildungsmaßnahmen zu verpflichten
- die Ausübung des Berufs an bestimmte Bedingungen oder Einschränkungen knüpfen
- von Mitgliedern ein psychologisches Assessment zu fordern
- von Mitgliedern zu fordern, sich bestimmten Maßnahmen zu unterziehen, wie Fortbildung, Therapie oder Beratung
- im Falle der Nichtbefolgung von Auflagen die Ausübung des Berufs an Bedingungen zu knüpfen oder zu beschränken.

Insgesamt hat der kanadische Staat mit den Gesundheitsberufegesetzen der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts seine Anforderungen an die Selbstverwaltung der Gesundheitsberufe auf eine neue Grundlage gestellt. Die Verantwortlichkeit der Selbstverwaltung gegenüber der Öffentlichkeit wurde spürbar erhöht. Die Forderung, eine hohe Qualität der ärztlichen Berufsausübung über das gesamte Berufsleben sicherzustellen, enthält weitgehende Implikationen und läuft auf die Entwicklung proaktiver und präventiver Konzepte zur Aufsicht über die Berufsausübung hinaus. Die Abkehr von den auch in Kanada bis dahin vorherrschenden reaktiven, auf Beschwerden und Disziplinierung gründenden Vorgehensweisen zur Sicherstellung der Standards der Berufsausübung wurde eingeleitet. Hervorzuheben ist die Forderung von Seiten des Staates, nicht nur die Qualität der Arbeit individueller Ärzte zu erhöhen sondern auch die kollektive Qualität der Profession, bezogen auf Patientenergebnisse. Dies ist eine außerordentlich weitgehende Anforderung an die Selbstverwaltung. Die Erfüllung setzt neue Denk- und Betrachtungsweisen voraus und die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Methoden zur Erfassung und Bewertung der Qualität gesundheitlicher Dienstleistungen.

Diese externen Anreize zur Entwicklung glaubhafter Strategien im Bereich der Aufsicht über die Berufsausübung bestehen in den übrigen Provinzen in vergleichbarer Form. Dies führte dazu, dass mehrere Medical Councils ihre Vorgehensweisen unter dem Gesichtspunkt des Patientenschutzes weiterentwickelt haben.^{27 32 33} Am Punkt Null brauchten sie bei Methodenentwicklung nicht anzufangen. Die Erfassung und Bewertung der von individuellen Ärzten erbrachten Qualität in der Patientenversorgung hat in Kanada eine bis in die 70er Jahre des letzten Jahrhunderts zurückreichende Tradition. Anfang der 90er Jahre waren bereits in sechs Provinzen Programme der Beurteilung durch Kollegen (Peer Assessment) eingeführt. Bei der Umsetzung der neuen Gesetze kann sich die Selbstverwaltung daher auf reichhaltige Erfahrungen stützen.

Die neuen Anforderungen spiegeln sich im Selbstverständnis der Selbstverwaltung wider. Der Medical Council of Canada bezeichnet es als eine seiner Hauptaufgaben, "Methoden und Strategien zur Evaluation ärztlicher Kompetenz zu entwickeln, zu validieren und zu implementieren".³⁴ Das College of Physicians and Surgeons of Ontario arbeitet unter dem Leitbild: "Die Öffentlichkeit schützen und den Berufsstand anleiten" ("Protecting the public and guiding the profession"). Das College of Physicians and Surgeons der Provinz Alberta hat zu seinem obersten Ziel erklärt, "sicherzustellen, dass die Ärzte kompetent sind in der Ausübung einer effektiven medizinischen Versorgung".³⁵

Auf einen Aspekt sei hier besonders hingewiesen: die Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung besteht in erster Linie in der Evaluation der ärztlichen Kompetenz und der konkreten Berufsausübung. Dafür entwickelt die Selbstverwaltung den Rahmen und die Methoden. Für ei-

³² Dixon M. The Changing Focus Of Professional Self-Regulation. CPSO Members' Dialogue. January 1996

³³ Southgate L, Dauphinee D. Maintaining standards in British and Canadian medicine: the developing role of the regulatory body. BMJ 1998;316:697-700

³⁴ Website des Medical Council of Canada <http://www.mcc.ca/mission.html>

³⁵ Website des College of Physicians and Surgeons of Alberta <http://www.cpsa.ab.ca/goals.htm>

nige Bereiche, die alle Fachgruppen betreffen, setzt sie Standards (z. B. für die Dokumentation). Das fachspezifische Fortbildungswesen liegt hingegen weitgehend in den Händen der medizinischen Fachgesellschaften. In der Konzeptionierung und Gestaltung ihrer Fortbildungskonzepte und Fortbildungsprogramme sind die Fachgesellschaften frei. Aber natürlich orientieren sie sich an den von den Medical Councils gesetzten Standards.

Das Qualitätssicherungsprogramm des College of Physicians and Surgeons of Ontario

Das College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO)³⁶ ist die Selbstverwaltungsstruktur für die 26.000 Ärzte der Provinz Ontario. Mit den oben geschilderten Einschränkungen entspricht sie in ihrer Funktion einer deutschen Landesärztekammer. Die folgenden Ausführungen werden aus deutscher Perspektive besser verständlich, wenn man sich die Auffassung des CPSO von ärztlicher Selbstverwaltung verdeutlicht:³⁷

"Das College of Physicians and Surgeons of Ontario wacht über die Ausübung der Medizin im öffentlichen Interesse. Es existiert nicht, um den medizinischen Berufsstand zu schützen. Die Interessen des Berufsstandes werden angemessen von anderen Körperschaften repräsentiert, z. B. der Canadian Medical Association, der Ontario Medical Association, der Canadian Medical Protective Association und der Professional Association of Interns and Residents of Ontario.

Dem medizinischen Berufsstand wurde es durch Gesetz erlaubt, eine führende Rolle im Schutz der Öffentlichkeit zu spielen. Er tut dies durch das College. Dies ist mit 'Selbstverwaltung' gemeint. Selbstverwaltung sollte niemals mit professioneller Autonomie verwechselt werden. Der Berufsstand ist durch das College immer gegenüber der Öffentlichkeit rechen-schaftspflichtig. (...)

Durch gesetzliche Vorgabe wird das College geleitet von einem Council von bis zu 34 Mitgliedern. Gerade etwas mehr als die Hälfte der Mitglieder sind Ärzte, 16 vom Berufsstand gewählt und drei von den Universitäten ernannt. Die übrigen Mitglieder sind Vertreter der Öffentlichkeit, die von der Regierung ernannt werden. (...)"

Die systematische Befassung des CPSO mit Fragen ärztlicher Qualität und der Transparenz ärztlichen Handelns lässt sich bis in die 70er Jahre des letzten Jahrhunderts zurückverfolgen. Im April 1977 wurde das "Committee on Peer Assessment and Education" geschaffen. Dieses Komitee hatte den Auftrag, alle Aspekte der Einführung eines weitergehenden ärztlichen Qualitätssicherungsprogramms zu untersuchen.³⁸

³⁶ Website des College of Physicians and Surgeons of Ontario: <http://www.cpso.on.ca>

³⁷ College of Physicians and Surgeons of Ontario. Fact Sheet Self Regulation. Ontario, ohne Datum. http://www.cpso.on.ca/info_public/factself.htm

³⁸ The College of Physicians and Surgeons of Ontario. Annual Report. July 1979. S. 21

Folgende Überlegung wurde als Ausgangspunkt genannt: "Die grundlegende Verantwortung der für die medizinische Berufszulassung zuständigen Körperschaften ist es, die Interessen der Öffentlichkeit zu schützen. Die Aufmerksamkeit war jedoch bisher in erster Linie auf die initiale Zulassung fokussiert und nicht auf die Erhaltung der Kompetenz."³⁹ Man müsse davon ausgehen, dass die einmalige Erfüllung der Eingangsvoraussetzungen für den ärztlichen Beruf keine Gewähr für ausreichende Qualität über das gesamte Berufsleben gibt. Aufgabe der Selbstverwaltung sei es aber gerade, die Kompetenz aller Ärzte auch nach der erstmaligen Zulassung zum Beruf zu gewährleisten. Das Augenmerk müsse daher auch auf die Erhaltung der Kompetenz und die Aneignung neuer Erkenntnisse und Vorgehensweisen gerichtet werden. Diese Überlegungen und die damit verbundene empfundene Verantwortlichkeit gegenüber der Öffentlichkeit prägen die Qualitätskultur des CPSO bis heute.

In einem ersten Schritt galt es, den Einstieg in die Entwicklung geeigneter Konzepte und Methoden zur Erfassung, Bewertung und Verbesserung ärztlicher Qualität zu finden.

Drei methodologische Optionen standen damals zur Debatte:

- periodische Wiederholungsprüfungen
- Pflichtfortbildung und
- Kollegenbeurteilung (peer review).

Wiederholungsprüfungen und Pflichtfortbildung wurden verworfen, weil beide Methoden keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Berufsausübung erlauben. Weder die Wiederholungsprüfungen noch die Pflichtfortbildungen prüfen, inwieweit Wissen in der Praxis angewandt wird. Auch Peer Review (Kollegenbeurteilung) wurde als problematisch angesehen – wegen der damals nur rudimentär entwickelten Methodik, der aufwändigen Logistik und der hohen Kosten. Allerdings wurde Peer Review als die einzige unter den drei Methoden erkannt, die eine Beurteilung des tatsächlichen ärztlichen Handelns erlaubt. Ermutigende Erfahrungen lagen dazu aus einem Audit-System vor, das damals bereits in den akkreditierten Krankenhäusern etabliert war. So beschloss das CPSO im November 1978 ein erstes Pilotprojekt für ein Peer Assessment Programm (PAP) mit 100 Ärzten. Im Jahr 1979 folgte ein weiteres Pilotprojekt mit 291 Ärzten.

Als explizite Ziele für ein Peer Assessment Programm ("Kollegen-Beurteilungsprogramm") wurden genannt:

- die Ärzte identifizieren, die auf einem inakzeptablen Niveau arbeiten
- Methoden entwickeln, um erkannte Defizite zu korrigieren und
- sicherstellen, dass diese Methoden effektiv sind.³⁸

³⁹ McAuley RG, Henderson HW. Results of the Peer Assessment Program of the College of Physicians and Surgeons of Ontario. Can Med Assoc J 1984;131:557-561

Die Auswertung des Pilotprogramms zeigte, dass es möglich war

- Ärzte zu identifizieren, deren Aufzeichnungen unvollständig waren
- Ärzte zu identifizieren, die auf einem nicht akzeptablem Niveau arbeiteten
- Veränderungen vorzuschlagen und
- Verbesserungen zu beobachten.

Die Beurteilung der Qualität erfolgte zum damaligen Zeitpunkt überwiegend anhand impliziter Kriterien. Trotzdem fiel die Beurteilung der angewandten Methode günstig aus. Sowohl für die Verlässlichkeit (Reliabilität, hier: interrater reliability) als auch für die Gültigkeit (Validität, hier: face validity und Konstruktvalidität) wurden bereits in der Testphase günstige Ergebnisse erzielt. Besonders hervorzuheben ist die hohe Akzeptanz durch die geprüften Ärzte: 97 Prozent waren mit der Art und Weise zufrieden, in der die Prüfung durchgeführt wurde, 69 Prozent hielten sie für wertvoll. Nachdem also die Pilotphase erfolgreich verlaufen war, wurde 1980 beschlossen, das PAP zum Jahr 1981 einzuführen.

Im folgenden werden Methode, Programm und Ergebnisse näher geschildert. Das Peer Assessment ist mittlerweile ein Bestandteil eines umfassenderen Qualitätssicherungsprogramms des CPSO. Zu den weiteren Elementen zählen:

- Physician Review (eine Methode zur Vertiefung des Peer Assessment, entsprechend der Stufe 3 des oben beschriebenen MEPP)
- Physician Enhancement ("Arztverbesserung", d. h. die Möglichkeiten, Ärzten mit defizitären Leistungen Auflagen zu erteilen)
- Regelungen zur Einschränkung der Berufsausübung für Ärzte mit defizitären Leistungen
- Durchführungsbestimmungen zum Schutz und zur rechtlichen Sicherheit der von einem Assessment betroffenen Ärzte sowie das
- Quality Assurance Committee⁴⁰ als Gremium zur Durchführung und Beaufsichtigung aber auch zur Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsprogramms und der damit verbundenen Methoden.

Wie bereits weiter oben unten ausgeführt, sind die Strukturen und die Verfahrensweisen durch ein Gesundheitsberufegesetz (Regulated Health Professions Act) kodifiziert.

Das Peer Assessment Program

Peer Assessments werden seit 1981 routinemäßig durchgeführt. Anfangs erhielten etwa 125 (von etwa 11.000) Allgemeinärzten und 60 Fachärzte pro Jahr ein Peer Assessment.

⁴⁰ Das Quality Assurance Committee war im Februar 1995 gegründet worden für den Umgang mit defizitär arbeitenden Ärzten. Im Dezember 1999 übernahm es die Aufgaben des Peer Assessment Committee, welches bis dahin für das PAP verantwortlich war. (Persönliche Mitteilung Claudia Frisch 21.2.2002)

Ärzte erhalten ein Peer Assessment

- durch Zufallsauswahl aus dem Arztregister
- wenn sie in einem gegebenen Kalenderjahr das 70. Lebensjahr erreichen
- wenn Bedenken bezüglich ihrer Berufsausübung identifiziert wurden (z.B. durch das Beschwerdekomitee)⁴¹

Wie weiter unten dargestellt wird, ist die Zahl der Peer Assessments in den letzten Jahren deutlich erhöht worden. Während 1999 noch 300 Peer Assessments durchgeführt wurden, waren es im Jahr 2000 bereits 553 und im Jahr 2001 550. Im Jahr 2002 soll die Zahl auf 750 gesteigert werden.⁴²

Assessoren

Assessor (Prüfer) kann jeder im Beruf befindliche und im Arztregister von Ontario geführte Arzt werden, wenn er bestimmte Anforderungen erfüllt. Diese Anforderungen werden vom Quality Assurance Committee des CPSO festgelegt.

Das Quality Assurance Committee bezeichnet die Assessoren und ihre Arbeit als einen wesentlichen Bestandteil der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der klinischen Praxis und der Patientenversorgung in Ontario.

Um seinem Auftrag gerecht werden zu können, soll jeder Assessor

- interessiert sein an der Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung
- geübt sein in Beobachtung, im Sammeln von Daten, in Kommunikation und im Erstellen von Berichten
- glaubwürdig und anerkannt sein von Peers und Kollegen
- ein Botschafter des CPSO sein
- ein Verfechter des Peer Assessment Prozesses sein⁴³.

Voraussetzung ist in jedem Fall das Abschneiden bei einem Peer Assessment mit einem sehr guten Ergebnis.

Das Committee unterstützt die Assessoren durch eine Reihe von Maßnahmen. Jeder Assessor erhält ein 76-seitiges Manual, in dem das Peer Assessment und seine praktische Durchführung detailliert dargestellt wird.⁴³ Ein "Literature and Resource Manual for Peer Assessors" versorgt die Assessoren mit umfassenden Informationen im Zusammenhang zum Peer Assess-

⁴¹ Faulkner D. Dear Doctor: you have been selected for assessment by the Peer Assessment Program. CPSO Members' Dialogue, July 1998 http://www.cpso.on.ca/info_physicians/peer.htm

⁴² College of Physicians and Surgeons of Ontario. Communiqué. The Newsletter for Peer Assessors. November 2001.

⁴³ The College of Physicians and Surgeons of Ontario Quality Assurance Committee. Peer Assessor Manual. December 2001

ment. Das Handbuch enthält in seiner aktuellen Fassung⁴⁴ im ersten Abschnitt eine Reihe von Artikeln, die den geschichtlichen Hintergrund sowie Auswertungen und Analysen der Qualitätssicherungsverfahren des CPSO beschreiben. Im zweiten Abschnitt werden die Anforderungen und Erwartungen an den Assessor dargestellt und praktische Tipps gegeben. Im dritten und vierten Abschnitt sind für den Praxisalltag bedeutsame Beschlüsse (policys statements⁴⁵) und Leitlinien des College enthalten. Darüber hinaus erhalten die Assessoren einen mindestens einmal im Jahr erscheinenden Newsletter und werden zu den jährlichen stattfindenden Assessor-Konferenzen eingeladen. Vor dem ersten eigenständigen Assessment steht in der Regel ein Trainingsprogramm. Dazu zählt, einen erfahrenen Assessor bei einem Assessment zu begleiten und einen eigenen Bericht zu verfassen, der vom Quality Assurance entgegengenommen und beurteilt wird. Ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung des Peer-Assessment-Verfahrens ist der Fragebogen, in dem der geprüfte Arzt nach Abschluss des Assessments eine Beurteilung des Assessors und des Assessments abgeben kann (Post-Visit Questionnaire for Physicians⁴⁶). 80 Prozent der Ärzte machen hiervon Gebrauch.⁴⁷ Der Fragebogen enthält sieben geschlossene Fragen, die mit dem Grad der Zustimmung auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu beantworten sind, sowie zwei offenen Fragen.

Bezogen auf den Assessor wird der Arzt gefragt

- ob der Termin für das Assessment im gegenseitigen Einvernehmen vereinbart wurde
- wie er die Kommunikationsfertigkeiten des Assessors einschätzt
- nach der Dauer des Abschlussgespräches
- inwieweit seiner Meinung nach die untersuchten Krankenakten die Versorgung widerspiegeln, die er leistet
- wie er den Lerneffekt der Diskussionen mit dem Assessor einschätzt.

In einer der beiden offenen Frage wird der Arzt gebeten mitzuteilen, ob und wenn ja in welchen Bereichen er seine Vorgehensweisen als Folge des Assessment verändern wird. In der zweiten Frage hat er Gelegenheit, das Assessmentverfahren zu kommentieren und Verbesserungsvorschläge zu machen. Abschließend wird gefragt, ob er ggf. selbst Assessor werden würde. Der Assessor erhält eine Kopie der zu seinen Prüfungen gehörigen Fragebögen.

Die Auswertung dieser Bögen gibt dem Quality Assurance Committee Auskunft darüber, wie ein Assessor bei den Ärzten "ankommt". Ein Assessor, der wiederholt negativ beurteilt wird, wird aufgefordert, seine Defizite zu beheben. Gelingt ihm dies nicht, erhält er keine Aufträge mehr für Assessments.

⁴⁴ College of Physicians and Surgeons of Ontario. Literature and Resource Manual for Peer Assessors. Ontario, December 2001

⁴⁵ College of Physicians and Surgeons of Ontario. Policy statements approved by Council:
<http://www.cpso.on.ca/Policies/policy.htm>

⁴⁶ Council of Physicians and Surgeons of Ontario. Post-Visit Questionnaire for Physicians. Internes Material. Ontario, December 9, 1999

⁴⁷ College of Physicians and Surgeons of Ontario. Assessor Bulletin. No. 7. 1998

Für die konkrete Prüfung wird grundsätzlich ein Assessor mit einem Praxisprofil ausgewählt, das dem Praxisprofil des zu prüfenden Arztes möglichst nahe kommt. Die Kenntnis und das Verständnis des Praxisalltags des zu prüfenden Kollegen auf Seiten des Assessors wird als Voraussetzung für eine vertrauensvolle und valide Prüfung angesehen. Derzeit besteht ein Pool von etwa 200 Assessoren.

Assessment

Der Ablauf eines Peer Assessment stellt sich folgendermaßen dar.⁴¹⁻⁴³

Der Arzt erhält eine Benachrichtigung vom CPSO, in der ihm das anstehende Assessment mitgeteilt wird. Er erfährt auch, ob er zufällig ausgewählt wurde oder ob ein spezifischer Anlass vorliegt. Er füllt einen sechsseitigen Fragebogen aus (Pre-Visit Questionnaire)^{43 p. 41-46}, in dem er sein Praxisprofil darstellt. Das College wählt darauf hin einen Assessor mit einem so weit wie möglich entsprechenden Praxisprofil aus. Der Assessor wird benachrichtigt. Er kann das Assessment ablehnen. Er ist gehalten, im Falle von Interessenskonflikten oder anderen Umständen, die ein Assessment verzerren können, den Auftrag abzulehnen oder im Zweifelsfalle sich mit dem College zu beraten. So sollen beispielsweise Assessor und Arzt, wenn sie bei früheren Beschäftigungsverhältnissen gemeinsam in einer Einrichtung gearbeitet haben, nicht in einem hierarchischen Verhältnis zueinander gestanden haben. Auch der für ein Assessment bestimmte Arzt hat die Möglichkeit einen Assessor abzulehnen. Der Assessor soll den Erstkontakt ausschließlich mit dem Arzt selbst herzustellen und nicht etwa über eine dritte Person, wie z. B. eine Sekretärin. Der Assessor ist weiterhin gehalten, einen Termin in beidseitigem Einvernehmen zu vereinbaren. Der Arzt erhält Informationen über den Ablauf.

Hauptteil des Peer Assessment ist der Besuch am Arbeitsplatz. Der Besuch nimmt üblicherweise einen halben Arbeitstag in Anspruch und besteht aus

- einem einleitenden Gespräch und einer Begehung der Praxis bzw. des Arbeitsplatzes
- der Durchsicht von zufällig ausgewählten Krankenakten
- einem abschließenden Gespräch von Assessor und Arzt über die Beobachtungen des Assessors.

Das einleitende Gespräch und die Begehung sollen dem Assessor eine vertiefte Kenntnis des Arbeitsalltags verschaffen. Teil der Begehung ist die Beurteilung der sachlichen Ausstattung der Praxis anhand einer Checkliste, die sich auf die Angemessenheit für den jeweiligen Zweck bezieht und auch die Notfallausrüstung einschließt.

Im zweiten Teil zieht der Assessor eine Stichprobe von 25 bis 30 Patientenakten. Er gibt dem Arzt Gelegenheit, zusätzliche Krankenakten für die Prüfung auszuwählen. Die Anforderungen an die Dokumentation in den Krankenakten sind in Kanada gesetzlich geregelt. Die Anforderungen sind umfassend und haben zum Ziel, alle Aspekte der Behandlung eines Patienten für eine dritte Person nachvollziehbar zu machen, die den Patienten nicht kennt. Die Überprüfung und Evaluation der Krankenakten ist daher die Hauptkomponente des Assessment. Die gesetzlichen Regelungen sowie Hinweise und Ratschläge zur Umsetzung sind in einer Broschü-

re festgehalten.⁴⁸ Dort finden sich auch die Kriterien, die der Assessor an seine Evaluation der Dokumentation anlegt. Diese beziehen sich im Wesentlichen auf die Nachvollziehbarkeit von Untersuchungen, Diagnose und Behandlungsplan.

Die Dokumentation in der Krankenakte ist der Ausgangspunkt für die Beurteilung der Qualität der Patientenversorgung. Hierfür vollzieht der Assessor die Behandlung eines jeden Patienten anhand der jeweiligen Krankenakte nach. Im Fokus stehen hier die Anamnese, die Angemessenheit der daraus folgenden Untersuchungen, die daraus folgenden Vorgehensweisen und die Verlaufsbeobachtung. Der Beurteilungskriterien sind in Abb. 3 dargestellt.

Abb. 3: Kriterien zur Beurteilung der Qualität der Patientenversorgung⁴¹

1. The documented investigation is appropriate to the complaint/condition.
2. The documented chief complaint, history, physical findings, and investigation reports lead to the making of an appropriate diagnosis.
3. The management plan (excluding prescribed medication) is appropriate to the condition being treated.
4. The medication prescribed is appropriate to the condition being treated.
5. The indications for surgical, obstetrical, gynaecological, and other procedures are documented (if relevant).
6. The follow-up of patients suffering from acute conditions is appropriate.
7. The follow-up of patients suffering from chronic conditions is appropriate.
8. If counselling sessions are indicated, are they performed and documented appropriately?
9. If psychotherapeutic sessions are indicated, are they performed and documented appropriately so as to include the physician's input and also information regarding the patient's response?
10. The records indicate that the physician is aware of and utilizes the various supportive social agencies in his/her community (e.g., public health nurse, home care, meals on wheels, etc.)
11. The records indicate that emergency problems are dealt with promptly and effectively.
12. Referrals to other physicians appear, from the record, to be appropriate.
13. There are appropriate arrangements in place for the physician's patients to be taken care of in his/her absence.

Der Besuch schließt mit einem Gespräch zwischen dem Assessor und dem Arzt ab. Hierbei ist der Assessor gehalten

- das Positive zu betonen
- konstruktive Kritik anzubieten
- den Arzt daran zu erinnern, dass der Assessor die Funktion eines Berichterstatters gegenüber dem Quality Assurance Committee hat
- den Besuch zusammenzufassen.

Im Peer Assessor Manual wird der Assessor dringend davor gewarnt, eine lehrmeisterliche Haltung einzunehmen. Vielmehr soll das Abschlussgespräch zu einem Gedankenaustausch

⁴⁸ College of Physicians and Surgeons of Ontario. A Guide to Current Medical Record- Keeping Practices: a focus on record-keeping in the office-based setting (Revised March 2001). Download: [http:// www.cpso.on.ca/Publications/med_record-keeping.pdf](http://www.cpso.on.ca/Publications/med_record-keeping.pdf)

über die Berufspraxis führen, bei dem auch der Assessor dem Arzt mitteilen soll, wenn er etwas aus der Berufspraxis des Arztes gelernt hat.

Zum Abschluss händigt der Assessor dem Arzt den oben beschriebenen Fragebogen aus⁴⁶. Ergänzend zur Beurteilung des Assessors ist der Arzt aufgefordert, das Assessmentverfahren selbst zu kommentieren und Verbesserungsvorschläge mitzuteilen.

Im Anschluss an die Prüfung verfasst der Assessor einen semistrukturierten Assessment Report und stellt ihn dem Quality Assurance Committee zur Verfügung. Der Bericht muss eine Reihe von Anforderungen erfüllen: der Assessor soll umfassend und akkurat berichten; er soll Bewertungen mit konkreten Fakten und Beispielen unterlegen und dadurch nachvollziehbar machen; er soll das Positive darstellen und keine Kommentare geben, die als beleidigend, abwertend oder spekulativ aufgefasst werden können.

Das weitere Vorgehen liegt in den Händen des Quality Assurance Committee. Dieses Komitee besteht aus zehn praktizierenden Ärzten und vier Mitgliedern der Öffentlichkeit. Anhand des Berichtes trifft das QAC eine informierte Entscheidung über die Bewertung anhand der in Abb. 4 dargestellten Kategorien und über das weitere Vorgehen. Die Bewertungsskala reicht von "keinerlei Beanstandung" bis zu "Beweise für unangebrachte Versorgung".

Abb. 4: Bewertungssystem des Quality Assurance Committee des College of Physicians and Surgeons of Ontario

**QUALITY ASSURANCE COMMITTEE DECISIONS
DEFINITIONS OF PEER ASSESSMENT CATEGORIES**

Category	Medical Records	Quality of Care	Definition
B1	++	+	RECORD AND CARE SATISFACTORY The physician's practice is completely satisfactory in all aspects of the assessment.
B2	+	+	RECORDS AND CARE SATISFACTORY WITH MINOR DEFICIENCIES The physician's practice is satisfactory in most aspects of the assessment. The Committee has concerns with various aspects of the physical facility and/or the organization and content of the medical records. The medical records meet most of the regulatory requirements and previously published guidelines of the College of Physicians and Surgeons of Ontario. If minor care concerns are identified in the assessment report, these concerns are not such that the overall care of a patient is compromised. Physicians may be advised regarding issues such as outdated medical samples, inadequate emergency tray, vaccine maintenance, etc. The physician may be sent educational literature.
C1	-	+	CARE SATISFACTORY, RECORDS INADEQUATE The physician is maintaining medical records which fall below the regulatory requirements or do not conform to the previously published guidelines of the College of Physicians and Surgeons of Ontario. If minor care concerns are identified in the assessment report, these concerns are not such that the overall care of a patient is compromised. The physician is sent material relating to record-keeping, and other educational literature, and the physician may be encouraged to attend a record-keeping course.
<i>C1</i>	<i>No Re-assessment</i>		Recommendation and literature are provided – no further action
<i>C1 (R)</i>	<i>On-Site Re-assessment</i>		The physician will be re-assessed by an assessor(s) visiting his/her office.
<i>C1+</i>	<i>Chart Re-assessment</i>		The physician will be re-assessed by providing photocopies of medical records, after six to twelve months.
C2	--	?	RECORDS INADEQUATE, CARE INDETERMINATE (INTERVIEW) The physician's medical records are deficient to the extent that the quality of care provided to patients cannot be determined. The physician is invited to meet with the Peer Assessment Committee to discuss his/her medical records and care provided to patients.
D	+ -	--	SIGNIFICANT CARE CONCERNS (INTERVIEWS) The physician is providing inappropriate or inadequate medical care either by omission or commission, such that overall patient care is compromised. The physician is invited to meet with the Peer Assessment Committee to discuss his/her medical records and care provided to patients.

Note: In all cases, the physician receives a letter stating the Committee's conclusions and recommendations, if any, as well as a copy of the assessment report.

Approved by Peer Assessment Committee – February 20, 1998

Der geprüfte Arzt erhält den vollständigen Prüfbericht und alle Prüfungsunterlagen des Peer Assessment. Ein Arzt, der zu Besorgnis Anlass gibt (Kategorien C2 und D), erhält zusätzlich konkrete Empfehlungen zur Verbesserung der beanstandeten Bereiche.

Das weitere Vorgehen wird jedem einzelnen Fall angepasst. Das übergeordnete Ziel ist in jedem Fall der Ausgleich von Defiziten und die Verbesserung der Qualität. Der größte Anteil der Ärzte erhält eine Mitteilung darüber, dass das Assessment ein gutes Ergebnis erbracht hat und ggf. kleinere Mängel durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen ausgeglichen werden sollten. Liegen die Defizite im Bereich der Dokumentation ohne dass die Patientenversorgung Anlass zur Sorge gibt, reichen die Maßnahmen von einem "Fortbildungsrezept" ("educational prescription) bis hin zu verschiedenen Formen des Re-assessments. Bei unklarer und bei unzulänglicher Qualität der Patientenversorgung wird der Arzt 3 bis 4 Monate nachdem er den Bericht erhalten hat, zu einem Gespräch mit dem Quality Assurance Committee eingeladen. Etwa die Hälfte dieser Ärzte kann bereits zu diesem Zeitpunkt zeigen, dass sie die Vorschläge zur Verbesserung ihrer Arbeit aufgegriffen und umgesetzt haben; für diese Ärzte ist damit das Verfahren bis zum nächsten Peer Assessment beendet. Bei den übrigen Ärzten geht es in dem Gespräch darum, Einvernehmen über den Weg zur Abhilfe der noch vorhandenen Mängel herzustellen. In den meisten dieser Fälle wird eine genauere Abklärung im Rahmen des weiter unten dargestellten Physician Review Program bzw. Specialty Assessment Program angestrebt.

Off-site Review - eine ergänzende Herangehensweise zum Peer Assessment

Im Bestreben, das Peer Assessment Program auf eine größere Zahl von Ärzten auszudehnen, wurde in den letzten Jahren das Off-site Peer Assessment entwickelt als komplementäres Verfahren zum Peer Assessment am Arbeitsplatz (on-site).⁶⁰ Das Verfahren steht bisher nur für die Allgemeinärzte zur Verfügung, soll aber möglicherweise auch auf andere Fachgebiete ausgedehnt werden. Die Vorgehensweise lehnt sich an das Peer Assessment an:

Der Arzt wird darüber informiert, dass er für ein Peer Assessment ausgewählt wurde. Er wird darum gebeten, bestimmte Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Ein erfahrener Assessor prüft die Unterlagen. Zu den Unterlagen zählen eine Schilderung der Berufstätigkeit und des konkreten Berufsalltags, eine Beschreibung des Arbeitsplatzes (Praxisräume usw.).

Den Schwerpunkt bildet auch hier die Prüfung der Patientenversorgung anhand von Krankenakten. Der Arzt stellt die Kopien von sechs Krankenakten zur Verfügung.

Die Auswahl der Krankenakten erfolgt nach den in Abb. 5 dargestellten Kriterien.

Abb. 5: Auswahl der Krankenakten für ein Off-site Assessment⁶⁰

Photocopies of six of your patients' records, ensuring that at least four of the following clinical areas are represented:

- diabetes mellitus
- hypertension
- obstetrical care
- well baby care
- female patient between 50-60 years of age, with medical problems
- elderly patient with multiple conditions
- patient to whom you provide primary psychiatric care

You will be asked to provide from these records copies of at least the last two years and at least five visits (for example, if you did not see this patient at least five times in the past two years, go back until five visits are included);

Cumulative Patient Profile/summary sheet or equivalent, if you use this component;
narrative notes for each visit;

all laboratory and diagnostic tests ordered and results which pertain to the photocopied portion of the record;

all consult letters and reports which pertain to the photocopied portion of the record.

Der Assessor prüft die Unterlagen, verfasst einen Bericht für das Quality Assurance Committee. Dieses entscheidet dann darüber, ob ein On-site Assessment erforderlich ist oder nicht. In den vergangenen zwei Jahren haben fast 200 Ärzte dieses Verfahren durchlaufen. Bei etwa 23 Prozent folgte daraus ein On-site Assessment. Dieses ergab für 65 Prozent ein gutes Ergebnis. Das Vorgehen für die übrigen 35 Prozent entsprach dem bereits oben geschilderten Vorgehen. Sie durchliefen bzw. durchlaufen die bereits oben geschilderten Maßnahmen (Re-assessment, Interview mit dem Quality Assurance Committee usw.).

Bei einer Befragung der im Jahr 2000 geprüften Ärzte äußerten sich mehr als drei Viertel positiv bezüglich der eigenen Erfahrungen sowie der Eignung der Methode zur Untersuchung der ärztlichen Praxis. 69 % bezeichneten die Methode als hilfreich dafür, eigene Verbesserungsbereiche zu identifizieren. 90 % waren der Meinung, dass die Methode beibehalten werden sollte.

Physician Review Program für Allgemeinärzte

Das Physician Review Program (PREP) wurde 1987 vom CPSO in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät der McMaster University entwickelt ^{49 50} Das Programm ist Eigentum

⁴⁹ Kaigas T. Making the grade: The Physician Review Program. CPSO Members' Dialogue, November 1994

des CPSO und wird von ihm durchgeführt und finanziert. Ort der Durchführung ist die McMaster University in Hamilton.

Das Assessment hat zum Ziel, "die vom CPSO zugewiesenen Allgemein- und Familienärzte zu evaluieren, um Defizite im Wissen, in den Fertigkeiten und in der Sicherheit der Berufsausübung auszuschließen oder zu bestätigen und zu quantifizieren."⁵⁰

Ein normales Assessment dauert einen vollen Arbeitstag, von 8.30 Uhr bis 17.30 Uhr. Ziel des Assessment ist es, die Fähigkeiten in der klinisch-praktischen Berufsausübung zu erfassen. Folgende Komponenten klinischer Kompetenz und Leistung werden untersucht:

1. Wissen
 - medizinisches Grundwissen
 - klinische Erfahrung

2. Klinische Fertigkeiten
 - Arzt-Patient-Kommunikation
 - Gesprächsfertigkeiten
 - Anamneseerhebung
 - körperliche Untersuchung
 - Datensammlung und Führung der Krankenakte
 - Beurteilung und Entscheidungsfindung
 - Problemformulierung und Problemlösung
 - die Handhabung des Falles (case management) einschließlich der angemessenen Untersuchungen und Überweisungen
 - die Planung des Follow-up

3. Haltungen, Einstellungen (attitudes)
 - interpersonale Beziehung zwischen Arzt und Patient
 - persönliche Eigenschaften

Zum Einsatz kommen schwerpunktmäßig drei Methoden:

- Test der praktischen Managementfertigkeiten: "Chart stimulated recall"
Der Test dient zur Untersuchung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens des Arztes. Grundlage bilden tatsächliche Fälle, die in den Krankenakten des Arztes festgehalten sind. Anhand dieser Fälle diskutiert der Assessor die Anamneseerhebung, die Untersuchungen, die Diagnose, das Management und die Dokumentation in den Krankenakten.
- Test der Datenerhebung und die interpersonalen Fertigkeiten: "Standardized Patients" (standardisierte Patienten)

⁵⁰ College of Physicians and Surgeons of Ontario. The Physician Review Program. Information guide and frequently asked questions. January 12, 2001

Standardisierte Patienten sind geschulte Schauspieler, die Patienten darstellen und Beschwerden zeigen, wie sie üblicherweise in der Alltagspraxis eines Allgemeinarztes auftreten. Fünf übliche "Problemszenarios" einschließlich psychologischer und sozialer Aspekte werden dem Arzt vom standardisierten Patienten dargeboten.

Vom Arzt wird erwartet, dass er für die identifizierten Probleme eine angemessene Untersuchungs- und Managementstrategie entwickelt. Der Assessor beobachtet dabei den Arzt durch einen Einwegspiegel. Für jedes Szenario wird vom Patienten und vom Arzt ein jeweils eigener Evaluationsbogen ausgefüllt.

- **Assessment des Wissens: Multiple-Choice-Fragen**
Dieser Test besteht aus 90 Fragen zu praktischem klinischen Wissen, das sich auf den hausärztlichen Alltag bezieht.

Aus den gesammelten Daten wird ein umfangreicher Bericht an den CPSO verfasst . Dieser Bericht bezieht die Ergebnisse der Untersuchungen auf den Zuweisungsgrund. Gegebenenfalls werden Maßnahmen und Pläne zur Verbesserung oder zur Abhilfe von Defiziten entwickelt.

Eine übergreifende Bewertung weist den Arzt einer von fünf Kategorien zu.⁵⁰

- **keine oder minimale Mängel**
Während des Assessment zeigte der Arzt keine oder nur minimale Mängel.
- **kleinere Mängel**
Während des Assessment zeigte der Arzt kleinere Mängel in der Leistung. Er werden Fortbildungsaktivitäten empfohlen, um die spezifischen Defizite zu behandeln
- **mittelgradige Mängel**
Während des Assessment zeigte der Arzt mittelgradige Leistungsmängel. Diese Mängel lassen kein unmittelbares Risiko für die Patientensicherheit erkennen. Eine fortlaufende Supervision ist erforderlich, um die festgestellten Fortbildungsziele zu erreichen.
- **ernste Mängel – potentiell Risiko für die Patientensicherheit**
Während des Assessment zeigte der Arzt ernste Leistungsmängel. Diese Mängel lassen potentielle Risiken für die Patientenversorgung und die Patientensicherheit erkennen. Eine engmaschige regelmäßige Supervision und eine strukturierte Abhilfe schaffende Fortbildung wird empfohlen, um in der eigenen Praxis zu bleiben. Ein Re-assessment ist notwendig; die Zeitvorgaben liegen im Ermessen des College of Physicians and Surgeons of Ontario.
- **kritische Mängel – unmittelbares Risiko für die Patientensicherheit**
Während des Assessment zeigte der Arzt kritische Leistungsmängel. Diese Mängel stellen ein sehr bedeutsames und unmittelbares Risiko für die Versorgung und die Sicherheit der Patienten dar. Zu unsicher, um in unabhängiger Praxis zu bleiben. Wenn Maßnahmen zur Abhilfe in Betracht kommen, wird ein genau strukturiertes, intensives Programm unter direkter Supervision empfohlen in einer anerkannten Ausbildungseinrichtung, dem ein Re-assessment folgt; die Zeitvorgaben liegen im Ermessen des College of Physicians and Surgeons of Ontario.

Das CPSO sendet dem Arzt eine Durchschrift des Berichtes. Der nächste Schritt besteht zu meist aus einem Gespräch zwischen Arzt und CPSO, in dem die Probleme erörtert werden mit dem Ziel, Lösungen zu finden, die für beide Seiten akzeptabel sind. Auf Grundlage dieses Gesprächs werden ggf. Auflagen zur Fortbildung und Nachschulung formuliert. Eine erneute Prüfung im Rahmen des Peer Assessment erfolgt 9 bis 12 Monate nach Erfüllung der Auflagen. Die Hälfte der Nachgeprüften erzielt dabei zufriedenstellende Ergebnisse. Die andere Hälfte gibt den Beruf auf. Dabei handelt es sich überwiegend um ältere Ärzte (>70 Jahre). Eine kleine Zahl von Ärzten (weniger als 2% aller geprüften Ärzte) erweist sich als nicht verbesserungswillig oder -fähig und wird den weiter unten dargestellten disziplinarischen Prozeduren des CPSO zugeführt.

Die vom Arzt für die Physician Review zu zahlende Gebühr beträgt \$3.700 kanadische Dollar (2.664,61 Euro, Stand: 08.03.02) und deckt etwa die Hälfte der Kosten; die andere Hälfte trägt das CPSO.

Specialties Assessment Program für Fachärzte

Fachärzte, die im Peer Assessment Hinweise auf mögliche gravierende Defizite gezeigt haben, werden mit Hilfe des Specialties Assessment Program (SAP) beurteilt.⁵¹

Analog zum PREP der Allgemein- und Familienärzte geht es auch hier vorwiegend um das medizinische Handeln im Alltag.

Ziele des SAP sind

- die Beurteilung des Wissens, der Fertigkeiten und der Urteilsfähigkeit
- zu bestimmen, ob der Facharzt die Standards erfüllt, die von Fachärzten in Ontario erwartet werden
- zu bestimmen, ob der Facharzt weiter in Einzelpraxis arbeiten kann, ohne dass Patienten gefährdet werden
- im Falle der Notwendigkeit zur Verbesserung: zu bestimmen, ob den Mängeln abgeholfen werden kann und mit welchen Verbesserungsmaßnahmen ggf. eine sichere, effektive und kompetente Berufsausübung sicher gestellt werden kann.

Die Beurteilung erstreckt sich u. a. auf die folgenden Bereiche:

- medizinisches und klinisches Basiswissen
- Gesprächsfertigkeiten
- körperliche Untersuchung
- technische Fertigkeiten

⁵¹ College of Physicians and Surgeons of Ontario. The Specialties Assessment Program. Information Booklet. January 12, 2001

- klinisches Urteil
- Dokumentation
- interpersonale Fertigkeiten mit Patienten, Angehörigen, Kollegen und Mitarbeitern einschließlich Haltungen (attitudes) und Verhalten
- Fortbildungskonzept
- professionelles und ethisches Verhalten
- kritisches Denken/Entscheidungsfindung
- Integration neuen Wissens
-

Die dafür eingesetzten Methoden gehen weit über das PREP hinaus. Die Prüfung dauert bis zu drei Tage und findet am Arbeitsplatz des Arztes statt.

Am ersten Tag führt der Prüfer Gespräche mit Mitarbeitern der Leitungsebene, den Chefärzten verschiedener Abteilungen, Kollegen der gleichen Fachrichtung und mit Personen, die vom Geprüften vorgeschlagen werden.

Am zweiten Tag begleitet der Prüfer den Facharzt bei dessen Arbeit und beobachtet die Behandlung von meist 3-5 Patienten. Zusätzlich prüft er 20-30 ausgewählte Krankenakten.

Am dritten Tag geht es um die Behandlung ambulanter Patienten (in Kanada behandelt ein Facharzt im Krankenhaus sowohl stationäre als auch ambulante Patienten). In einem abschließenden Gespräch teilt der Prüfer dem Facharzt seine Beobachtungen und Eindrücke mit.

Der Prüfer verfasst einen detaillierten Bericht, in dem er dazu Stellung nimmt, ob die Sorgen, die zu der Prüfung Anlass gaben, sich bestätigt haben oder nicht. Werden Defizite festgestellt, erfolgt eine Quantifizierung analog zum PREP: "keine oder minimale Mängel", "kleinere Mängel", "mittelgradige Mängel", "ernste Mängel – potentiell Risiko für die Patientensicherheit", "kritische Mängel – unmittelbares Risiko für die Patientensicherheit".

Der Prüfer nimmt dann auch dazu Stellung, welche Maßnahmen für eine Besserung erforderlich sind. Das weitere Vorgehen liegt dann – analog zum Physician Review Program – in der Hand des Quality Assurance Committee.

Disziplinarmaßnahmen des CPSO

Das Qualitätssicherungsprogramm des CPSO hat eine starke edukative Ausrichtung. Das Ziel besteht nicht in der Bestrafung von Ärzten, die Defizite zeigen. Alle Vorgehensweisen sind vielmehr darauf ausgerichtet, dem Arzt die Möglichkeit zu geben und ihn darin zu unterstützen, etwaige Qualitätsdefizite auszugleichen, auch wenn sie gravierend sind. Ein kleiner Anteil von Ärzten – weniger als 10 pro Jahr – erweist sich jedoch als "verbesserungsresistent". Von diesen – meist älteren Ärzten – gibt ein Teil freiwillig die Berufstätigkeit auf. Nur die dann noch verbleibenden defizitär arbeitenden Ärzte werden den disziplinarischen Prozeduren zugeführt. Das Quality Assurance Committee ist für das weitere Vorgehen dann nicht mehr zuständig, es gibt diese Fälle an die entsprechenden Ausschüsse des CPSO weiter (Executive

Committee, Discipline Committee, Fitness to Practise Committee). Hier geht es darum, die Haltung und das Verhalten des Arztes als berufliches Fehlverhalten (professional misconduct) zu klassifizieren, z. B. als "Versagen, den Standards der Berufsausübung der Profession zu genügen" (Failing to maintain the standard of practice of the profession⁵²). Die dann folgenden Verfahrensweisen, die Kompetenzen der Ausschüsse einschließlich der Sanktionsmöglichkeiten und der Einspruchsmöglichkeiten für die betroffenen Ärzte sind im Medicine Act und im Health Professions Procedural Code begründet. Dadurch haben sie Gesetzeskraft.⁵²

Die Sanktionsmöglichkeiten reichen von der Einschränkung der Berufszulassung und der Erteilung von Auflagen über den vorübergehenden bis hin zum endgültigen Entzug der Berufszulassung.

Ergebnisse des Peer Assessment

In den über 20 Jahren seines Bestehens hat das Peer Assessment einen umfangreichen Bestand an Daten und Ergebnissen hervorgebracht. Mit diesen Daten wurde Peer Assessment unter verschiedenen Gesichtspunkten ausgewertet und evaluiert.

An erster Stelle soll hier auf die Akzeptanz in der Ärzteschaft hingewiesen werden⁵³. Die von Januar bis Oktober 2001 geprüften Ärzte gaben mit Hilfe des oben dargestellten Post-visit Questionnaires für Ärzte folgende Bewertung ab (404 ausgewertete Fragebögen):

- 94 Prozent der geprüften Ärzte beurteilten die Kommunikationsfertigkeiten der Prüfer als gut bis sehr gut
- 85 Prozent gaben an, dass sie zutreffend beurteilt wurden
- 81 Prozent bewerteten den Fortbildungscharakter der Prüfung als gut bzw. sehr gut
- 84 Prozent änderten ihre Vorgehensweisen.

Eine frühe Auswertung der Prüfergebnisse bezog sich auf die Jahre 1980 und 1981.³⁸ In diesem Zeitraum wurden 391 Ärzte geprüft.

- 325 Ärzte (83 %) erhielten eine gute Bewertung (Kategorie B1 bzw. B2).
- 33 Ärzte (8,5 %) gaben Anlass zur Sorge (Kategorie C2 und D).

Diese Ärzte wurden vom Peer Assessment Committee interviewt. Ein Arzt wurde wegen ernsthafter Sorge um die Patientensicherheit dem Vorstand des CPSO zugewiesen. 97 % der geprüften Ärzte äußerten sich auch hier schon zufrieden mit der Durchführung der Prüfung; 69 % bezeichneten die Prüfung als wertvoll und über 80 % der Ärzte und der Assessoren waren der Meinung, dass die Krankenakten die Versorgungsqualität akkurat widerspiegeln.

⁵² Council of Physicians and Surgeons of Ontario. Website Professional Misconduct. <http://www.cpso.on.ca/Policies/profmisc.htm>

⁵³ Council of Physicians and Surgeons of Ontario. Quality Assurance Committee. Annual Report to Council November 22 & 23, 2001. Internes Papier, unveröffentlicht.

Eine weitere Auswertung wurde für die Jahre 1981 bis 1985 durchgeführt.⁵⁴ 918 Ärzte waren bis dahin geprüft worden.

- 82 % (n=749) erhielten eine gute Bewertung (Kategorie B1 bzw. B2).
- 11 % (n=101) schnitten schlecht ab (Kategorie C2 und D).

Es zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit für ein schlechtes Ergebnis mit zunehmendem Alter stieg (bis auf 35 % in der Gruppe der Ärzte von 75 Jahren oder mehr); weiterhin bestand eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für schlechte Ergebnisse bei Ärzten, die keiner Fachgesellschaft angehörten. Entgegen auch heute weit gehegten Vorstellungen hatte die Zahl der Fortbildungsstunden keinen Einfluss auf das Ergebnis. Eine schlecht geführte Krankenakte ließ mit hoher Wahrscheinlichkeit (Sensitivität 93 %, Spezifität 88 %) auf eine defizitäre Patientenversorgung schließen. Die 101 Ärzte der Kategorie C2 bzw. D wurden vom Peer Assessment Committee nach dem oben dargestellten Verfahren interviewt. 66% dieser Ärzte zeigten gravierende Defizite, erhielten spezifische Empfehlungen und wurden nachgeprüft. 29 % erhielten Empfehlungen ohne dass eine Nachprüfung erforderlich war. 3 % wurden dem Vorstand überwiesen, weil sie ein mögliches Risiko für die Öffentlichkeit darstellten und 2 % gaben ihren Beruf auf. Von den 56 Ärzten, die nachgeprüft wurden, erschienen die Probleme bei 52 % gelöst, 21 % hatten sich verbessert aber noch nicht ausreichend, 20 % hatten sich nicht verbessert und weitere 7 % hatten den Beruf in der Zwischenzeit aufgegeben. Die Bewertung des Peer Assessment durch die geprüften Ärzte zeigte hier bei hohem Rücklauf der Fragebögen (81 %, n=745) erneut eine hohe Akzeptanz.: die meisten (75 %) bezeichneten die Prüfung als wertvoll, 90 % gaben an, dass die Prüfung ihre Krankenversorgung widerspiegelt.

Eine weitere Studie befasste sich mit dem Abschneiden der Allgemeinärzte in den Jahren 1990 bis 1994.⁵⁵ Jüngere Ärzte, weibliche Ärzte, von der Fachgesellschaft zertifizierte Ärzte sowie in einer Stadt tätige Ärzte erzielten bessere Ergebnisse. Bei den Frauen erhielten 89,6 % eine gute Bewertung (B1 und B2), bei den Männern lediglich 60,3 %.

Eine neuere Auswertung kann nun schon Langzeitergebnisse vorweisen.⁵⁶ In dieser Studie werden die Ergebnisse der Jahre 1990-1994 dargestellt und mit früheren Ergebnissen verglichen. Dabei erweist sich die Verteilung in die Kategorien über die Zeit als stabil – eine generelle Anhebung des Qualitätsniveaus ist also nicht festzustellen. Die Gruppe der älteren Ärzte schneidet im Vergleich zu den Jüngeren schlechter ab. Nur 13,9 % der Älteren erhielten die Bestnote B1 im Vergleich zu 26,4 % der Jüngeren. Dagegen erhielten 17,8 % der Älteren die schlechte Bewertung C2 bzw. D im Vergleich zu 11,9 % bei den Jüngeren.

⁵⁴ McAuley RG, Paul WM, Morrison GH, Beckett RF, Goldsmith CH. Peer Assessment Program 1981-1985. *Can Med Assoc J* 1990;143:1193-99

⁵⁵ Norton PG, Dunn EV, Soberman L. What factors affect quality of care? Using the Peer Assessment Program in Ontario family practices. *Can Fam Physician* 1997;43:1739-44

⁵⁶ Norton PG, Dunn EV, Beckett R, Faulkner D. Long-Term Follow-Up In The Peer Assessment Program. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 1998;24:334-341

Die Hälfte der Ärzte, die wegen schlechter Ergebnisse vom Peer Assessment Committee interviewt wurden, haben ihr Leistungen in den 3-4 Monaten, die zwischen Erhalt des Prüfberichts und Interview liegen, bereits anhand der Empfehlungen im Prüfbericht verbessert. Die verbleibenden Ärzte werden mithilfe des Physician Review Program einer intensiven Prüfung unterzogen und erhalten Empfehlungen und Auflagen. Die Nachprüfung dieser Gruppe problematischer Ärzte 9-12 Monate nach Abschluss der Verbesserungsmaßnahmen zeigt für die Hälfte eine Verbesserung in eine Einstufung oberhalb der schlechten Kategorien C2 und D. Die Mehrheit der anderen Hälfte – meist ältere Ärzte – hat den Beruf aufgegeben. Es verbleibt eine kleine Zahl von Ärzten, die sich nicht verbessern können oder wollen (weniger als 2 % von allen geprüften Ärzten). Für diese Fälle stehen dem CPSO, wie oben beschrieben, entsprechende Maßnahmen gesetzlicher und disziplinarischer Natur zur Verfügung. Bemerkenswert ist der positive Effekt des Peer Assessment auf die Ärzte, die in der Erstprüfung gravierende Defizite zeigten (Kategorie C2 oder D). Für 81 Ärzte lagen die Ergebnisse einer regulären Folgeprüfung vor. Das Durchschnittsalter betrug 60 Jahre, der Abstand zur Erstprüfung im Mittel 6 Jahre. Mehr als ein Viertel dieser initial schlechten Ärzte (27,5 %) erhielt in der Zweitprüfung die beste Bewertung (B1), mehr als ein Drittel die zweitbeste (B2 - 37,3 %). Im Vergleich mit einer Gruppe von erstmalig Geprüften schnitten diese Ärzte besser ab. Insgesamt war es also gelungen, in der Gruppe der zuvor als problematisch beurteilten Ärzten nachhaltige Verbesserungen zu erzielen. Es verblieb jedoch eine Gruppe von 14 Ärzten (13,7 %), die bei der Erstprüfung schlecht abgeschnitten hatten, sich dann verbessert zu haben schienen und bei der Zweitprüfung erneut schlecht eingestuft wurden. Die Defizite in der Zweitprüfung waren die gleichen wie in der Erstprüfung.

In der bisher letzten Auswertung des Peer Assessment Program⁵⁷ wurden die Ergebnisse von 109 Allgemeinmedizinern untersucht, die ein gutes bzw. ausreichendes Ergebnis (B1, B2 oder C1) bei der Erstprüfung erzielt hatten und eine Zweitprüfung im Abstand von mindestens 10 Jahren durchlaufen hatten (erste Prüfung zwischen 1981 und 1987, zweite Prüfung zwischen 1991 und 1997). Das mittlere Alter bei Erstprüfung lag bei 51 Jahren, bei der Zweitprüfung bei 63 Jahren. Der mittlere Zeitraum zwischen den Prüfungen betrug 12 Jahre. 70 (64,2 %) der 109 Ärzte erhielten eine schlechtere Einstufung, 35 (32,1%) die gleiche Einstufung und nur 4 (3,7 %) eine bessere Einstufung. Dies bestätigt die auch an anderer Stelle gemachte Beobachtung, dass sich die Qualität der Berufsausübung bei Ärzten im Laufe des Berufslebens zumeist verschlechtert.^{58 59}

⁵⁷ Norton PG, Faulkner D. A Longitudinal Study of Performance of Physicians' Office Practices: Data from the Peer Assessment Program in Ontario, Canada. The Joint Commission Journal on Quality Improvement. 1999;25: 252-258

⁵⁸ Ramsey PG, Carline JD, Inui TS, Larson EB, LoGerfo JP, Norcini JJ, Wenrich MD. Changes over time in the knowledge base of practicing internists. JAMA 1991;266:1103-7

⁵⁹ Norcini JJ, Lipner RS, Benson JA Jr, Webster GD. An analysis of the knowledge base of practicing internists as measured by the 1980 recertification examination. Ann Intern Med. 1985;102:385-9

Die Peer Review Programme des College of Physicians and Surgeons of Ontario - Zusammenfassung

Das Peer Assessment Program des College of Physicians and Surgeons of Ontario wurde 1980 in Ontario mit der Zielsetzung eingeführt, die Einhaltung der Standards medizinischer Praxis durch die Profession gewährleisten zu können. Bei der Auswahl der Methoden verwarf man ausdrücklich die Methoden, die sich ausschließlich mit kognitivem Wissen befassen und nicht mit der Berufspraxis. Peer Review (Kollegenbeurteilung) erschien als geeignetes Konzept, weil damit das reale ärztliche Handeln im Berufsalltag geprüft und bewertet werden kann.

Die Ergebnisse und Erfahrungen aus mittlerweile mehr als zwei Jahrzehnten zeigen vor allem, dass das Peer Assessment dazu geeignet ist,

- einige Indikatoren der Leistung (performance) des Arztes zu untersuchen
- dem Arzt ein direktes Feedback zu geben
- die Selbstreflektion zu stimulieren
- zu kontinuierlicher Fortbildung zu ermutigen, die sich auf diese Reflektion gründet^{60 61}

Darüber hinaus hat sich gezeigt:

- 85-90 Prozent der geprüften Ärzte liegen im "grünen Bereich", d.h. in einer der drei oberen Stufen der fünfstufigen Skala
- 10-15 Prozent der Ärzte zeigen schlechte Ergebnisse, werden eingehender geprüft und erhalten Verbesserungsvorschläge
- Ärzte, die in der Erstprüfung schlecht abschnitten, zeigten in der Zweitprüfung mehrheitlich nachhaltige Verbesserungen
- Ärzte, die in der Erstprüfung schlecht abschnitten, zeigten in der Zweitprüfung bessere Ergebnisse als erstmalig Geprüfte
- einige wenige der schlecht bewerteten Ärzte sind nicht dazu in der Lage oder nicht dazu motiviert, sich zu verbessern. Erst hier kommen disziplinarische Mittel zur Anwendung.
- mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil gut bewerteter Ärzte
- in einer Zweitprüfung nach 10 oder mehr Jahren zeigen die Ärzte deutlich schlechtere Ergebnisse als bei der Erstprüfung, nur sehr wenige verbessern sich
- der Anteil von Ärzten mit besorgniserregender Leistung steigt mit zunehmendem Lebensalter und zwar bis auf 35 % bei den über 75-jährigen Ärzten, die noch praktizieren
- Eine globale Verbesserung der ärztlichen Qualität in Ontario wurde nicht erzielt - die Verteilung der Ärzte auf die Kategorien ist über die Zeit stabil, der Anteil der als gut bewerteten Ärzte hat sich nicht erhöht.

⁶⁰ Shulman S, Gamble B. A Complementary Approach to Peer Assessment. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Member's Dialogue. January/February 2002.
www.cpso.on.ca/Publications/Dialogue/0102/peera.htm

⁶¹ Bond G. Monitoring and enhancing physician performance. CPSO Member's Dialogue, November/ December 1999

Das in Ontario geschaffenen Konzept des Peer Assessment ermöglicht eine am klinischen Alltag orientierte lebensnahe Beurteilung von relevanten Indikatoren für die ärztliche Qualität. Mit seinem edukativen, auf Fortbildung und Verbesserung ausgerichteten Charakter ist es gelungen, Ärzte mit schlechtem Ergebnis (die möglicherweise auch eine Gefahr für ihre Patienten darstellen) auf ein höheres und teils sehr gutes Qualitätsniveau zu bringen. Disziplinarische Maßnahmen werden als letztes Mittel nur dann eingesetzt, wenn alle anderen Methoden versagt haben. Das Peer Assessment hat gleichzeitig zeigen können, dass die Qualität der Berufsausübung mit zunehmendem Alter tendenziell deutlich schlechter wird. Weiterhin hat sich erwiesen, dass es einen kleinen Anteil von Ärzten gibt, der trotz gravierender Mängel seinen Beruf ausübt. Der Sachverhalt, dass die bisherigen Anstrengungen nicht zu einer Verbesserung des generellen Qualitätsniveaus geführt haben, verdient besondere Beachtung. Zwei Erklärungen bieten sich dafür an. Zum einen scheint die Existenz der Peer Assessment keine messbare Wirkung auf die Qualität der Berufsausübung der nicht geprüften Ärzte zu zeigen. Zum anderen reicht offenbar die Größe der Stichprobe trotz deutlicher Wirkung auf der Mikroebene nicht für messbare Veränderungen auf der Makroebene aus. Die jährliche Stichprobe betrug bis vor kurzem ein Prozent, zuletzt zwei Prozent und soll jetzt auf drei Prozent aller Ärzte gesteigert werden. Die große Mehrheit zeigt gute Ergebnisse, Verbesserungen größeren Ausmaßes erfolgten daher bei einer eher kleinen Minderheit – so betrachtet erscheint das Ausbleiben eines messbaren Effektes auf einer höheren Aggregationsebene und in Anbetracht des Verdünnungseffektes eher weniger verwunderlich.

Die realitätsnahe Erfassung und Beurteilung des ärztlichen Alltags, der konsequent edukative Charakter, die messbaren Verbesserungen insbesondere bei den defizitär arbeitenden Ärzten sind die Erfolgskriterien der Konzepte des CPSO. Wegen ihrer Erfolge haben sie weltweite Anerkennung und Nachahmung gefunden. Die Anforderungen des Gesetzgebers und des Medical Council of Canada gehen jedoch noch über das Erreichte hinaus. Der Gesetzgeber fordert mittlerweile genau das, was man bisher nicht erreichen konnte, nämlich die kollektive Qualitätsverbesserung, gemessen an den Ergebnissen der Patientenbehandlung. Die im folgenden Abschnitt beschriebene Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsverfahren soll dieser Tatsache Rechnung tragen.

Ausblick

Der Gesetzgeber fordert im Health Professions Act von 1996³⁰ von der ärztlichen Selbstverwaltung die "regelmäßige Überprüfung und Verbesserung" der Qualität ärztlicher Berufsausübung und im Zusammenhang damit Programme zur Sicherstellung der Kompetenz über das gesamte Berufsleben. Die geforderte Qualitätssicherung bezieht sich aber nicht nur auf die Kompetenz der individuellen Ärzte sondern auch auf die kollektive Qualität der Berufsgruppe gemessen an den Patientenergebnissen. Unter diesem Gesichtspunkt hat das Qualitätssicherungs-Komitee des CPSO die bisherige Entwicklung in Ontario bilanziert und seine Strategien überarbeitet. In einem internen Bericht hat es Ende November 2001 den Rahmen der künftigen Arbeit festgelegt.⁵³

Das übergeordnete Ziel besteht darin "die medizinische Praxis zu verbessern und das höchstmögliche Niveau der Patientenversorgung sicherzustellen". Unter diesem Vorzeichen sollen die Funktionen der klinischen Fortbildung, der beweisgestützten (evidence-based) klinischen Praxis und der vom Staat anvertrauten Selbstverwaltungsaufgaben integriert werden, um die Versorgung der Patienten auf der individuellen Ebene und auf der Systemebene messbar zu verbessern.

Das Komitee geht davon aus, dass diese Ziele mit den bisherigen Mitteln allein nicht zu erreichen sind. Die Zahl der Peer Assessments wurde zwar zuletzt auf 500 pro Jahr gesteigert, ist aber nicht beliebig vermehrbar. Schon jetzt betragen die Kosten \$ 600.000 Kanadische Dollar pro Jahr.

Das Gewicht der Fortbildung im Verfahren des Peer Assessment soll weiter erhöht werden. Dazu soll die Arbeit der Ontario Guideline Collaborative beitragen. An dieser Arbeitsgemeinschaft beteiligen sich neben dem CPSO die Medizinischen Fakultäten von Ontario und eine Reihe von Fachgesellschaften. Das Peer Assessment Program soll künftig einen wichtigen Beitrag zur Implementation, Umsetzung und Evaluation der Leitlinien leisten. Das Profil der Peer Assessors soll in diesem Sinne geschärft werden. Die Peer Assessors sollen (und wollen) als diejenigen, die der Alltagspraxis am nächsten sind, die Umsetzung einer beweisgestützten Praxis fördern. Das Qualitätssicherungskomitee bekräftigt das dreistufige Prüfkonzept.

Abb. 6: Das Stufenmodell des College of Physicians and Surgeons of Ontario⁶²



Quelle ⁶³

Noch offen ist die Frage von geeigneten Screeningmethoden für die Stufe 1. Hier liegt zur Zeit der Schwerpunkt in der Entwicklungsarbeit. Fertige und evaluierte Methoden für das Screen-

⁶² Bond G. Regular physician review and enhancement. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Member's Dialogue, November/December 1999

⁶³ Bond G. Regular physician review and enhancement. Council of Physicians and Surgeons of Ontario. Member's Dialogue,

ing aller Ärzte existieren bisher weltweit nicht. Ausgehend von den Erfahrungen des Peer Assessment für Allgemein- und Familienärzte – das der 2. Stufe entspricht und am Arbeitsplatz durchgeführt wird (On-site Review) – wurde die oben beschriebene Methode einer "Off-site Review" entwickelt. Trotz der ermutigenden ersten Ergebnisse ist die Frage noch nicht geklärt, ob sich hiermit ein regelmäßiges Screening aller Ärzte in Ontario möglich ist. Erst einmal wird das Assessment "off-site" ab dem Jahr 2002 routinemäßig ergänzend zum Assessment "on-site" angewandt. Dadurch soll die Zahl der jährlichen Prüfungen um 50 Prozent auf 750 erhöht werden. Die gesetzlich geforderte regelmäßige Prüfung aller Ärzte ist damit aber noch nicht gegeben. Eine weitere Screening-Methode, der deshalb nachgegangen wird, ist die Auswertung bestimmter Routinedaten, die in der Patientenbehandlung anfallen. Dabei geht es darum, diese Daten mit Qualitätsindikatoren zu verbinden, die eine valide Aussage über die Berufspraxis erlauben. Ob dies gelingt ist noch offen, methodologische Fragen sind noch zu klären. Wenn es aber gelingen sollte, stünde ein außerordentlich effektives Screening-Verfahren zur Verfügung.

Neben einer Reihe von Details sind zum jetzigen Zeitpunkt einige Fragen der Praktikabilität und nicht zuletzt der Kosten ungeklärt. Das dreistufige Modell befindet sich also auch in Ontario noch in der Entwicklung und Erprobung.

Physician Achievement Review Program des College of Physicians and Surgeons of Alberta

Das College of Physicians and Surgeons of Alberta (CPSA)⁶⁵ hat MEPP als Grundlage für ein eigenes Verfahren benutzt, das "Physician Achievement Review Program" – Programm zur Prüfung ärztlicher Leistung.⁶⁴

Dieses Programm beruht auf einer Methodik, die vom CPSA in Kooperation mit den Universitäten von Calgary und von Alberta entwickelt wurde. Es handelt sich um ein "systematisches, fortlaufendes, strukturiertes Programm zur Bewertung ausgewählter Dimensionen ärztlicher Berufsausübung"⁶⁵

Mit dem Physician Achievement Review Program (PAR) erhält der Arzt eine strukturierte Rückmeldung über die Stärken und Verbesserungsbereiche seiner Berufspraxis. Er erhält ein Bewertungsprofil, anhand dessen er sich mit den Kollegen seiner Fachgruppe vergleichen kann. Diese Rückmeldung wird gebildet aus den Antworten von Arztkollegen, Mitarbeitern, Kooperationspartnern und Patienten. Der Methode liegen sechs Dimensionen ärztlicher Praxis und vier Kategorien von Informationsquellen zugrunde.

⁶⁴ Website Physician Review Program (PAR): <http://www.par-program.org/>

⁶⁵ Kazandjian VA. Power to the people: taking the assessment of physician performance outside the profession. CMAJ 1999;161:44-5. <http://www.cma.ca/cmaj/vol-161/issue-1/pdf/pg44.pdf>

Als Dimensionen ärztlicher Praxis wurden definiert:

- medizinisches Wissen und Fertigkeiten (medical knowledge and skills)
- Haltungen und Verhalten (attitudes and behaviour)
- Berufspflichten (professional responsibilities)
- Aktivitäten zur Verbesserung der Praxis (practice improvement activities)
- administrative Fertigkeiten (administrative skills)
- persönliche Gesundheit (personal health)

Als Informationsquellen dienen:

- der Arzt selbst
- Patienten
- Arztkollegen und Ärzte, an die der betroffene Arzt Patienten überweist
- Angehörige von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, mit denen der Arzt zusammenarbeitet.

Auf dieser Grundlage wurden Fragebögen entwickelt. Das vollständige Set der Fragebögen ist ins Internet gestellt und unter der URL <http://www.par-program.org/> einsehbar. Den Fragebögen liegen Aussagen zugrunde, über die der Adressat seinen Grad der Zustimmung bzw. Ablehnung auf einer fünfstufigen (Likert-)Skala (von "strongly disagree" über "neutral" bis "strongly agree") mitteilt.

Der Patientenfragebogen (<http://www.par-program.org/Patient.pdf>) enthält 40 Aussagen mit deutlichem Focus auf Kommunikation und Verhalten. Die abschließende Frage lautet: "Ich würde einen Freund zu diesem Arzt schicken".

Der Arztfragebogen (<http://www.par-program.org/MedColl.pdf>) umfasst 31 Aussagen u. a. über die Bereiche Kommunikation, diagnostische und therapeutische Fertigkeiten und Zuverlässigkeit.

Der Fragebogen, den jeder Arzt zur Selbstbewertung (<http://www.par-program.org/Self.pdf>) ausfüllt, enthält die gleichen 31 Aussagen wie der Kollegenfragebogen, so dass hier ein Vergleich der externen mit der eigenen Bewertung möglich ist.

Der Fragebogen für nicht-ärztliche Mitarbeiter bzw. Kooperationspartner (<http://www.par-program.org/Co-work.pdf>) ist mit 17 Fragen kürzer gefasst.

In einer Pilotstudie an 308 Ärzten erwiesen sich die PAR-Fragebögen als valide und reliabel.^{66 67 68} Zwei Drittel der Teilnehmer gaben an, ihre medizinische Praxis aufgrund der PAR-Er-

⁶⁶ Hall W, Violato C, et al. Assessment of physician performance in Alberta: the Physician Achievement Review. CMAJ 1999;161:52-57. <http://www.cma.ca/cmaj/vol-161/issue-1/0052.htm>

⁶⁷ Norman G, Cunningham J. Show us the evidence [Letter]. CMAJ 2000;162:489. <http://www.cma.ca/cmaj/vol-162/issue-4/0489b.htm>

⁶⁸ Alberta Physician Achievement Review [Letter]. CMAJ 2000;162(13):1803. <http://www.cma.ca/cmaj/vol-162/issue-13/1803a.htm>

gebnisse verändern zu wollen bzw. bereits verändert zu haben. Der am häufigsten genannte Veränderungsbereich war die Kommunikation mit den Patienten. Seit Februar 1999 läuft das Programm im "Echtbetrieb". Jeder Arzt muss sich in Abständen von 5 Jahren dem Verfahren unterziehen. In Alberta gibt es etwa 4.700 Ärzte, von denen jährlich etwa 20 % geprüft werden sollen. Der Ablauf der Prüfung sieht folgendermaßen aus:

Der Arzt erhält ein Paket mit Unterlagen zur Erklärung des Verfahrens und mit den Fragebögen. Er füllt den Bogen zur Selbst-Evaluation aus und verteilt Fragebögen an 25 Patienten, 8 Arztkollegen und 8 Angehörige von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen. Die ausgefüllten Fragebögen werden an eine unabhängige Einrichtung geschickt, welche die Daten auswertet und in eine Berichtsform bringt. Der Bericht besteht aus Textanteilen und Grafiken, aus denen ersichtlich wird, wie der Arzt im Vergleich zu anderen Ärzten seiner Fachgruppe steht. Nur der Arzt selbst und das Physician Performance Committee des CPSA erhalten den Bericht. Die Vertraulichkeit der Informationen im Rahmen des PAR werden durch ein 1998 eigens verabschiedetes Gesetz garantiert. Die Informationen dürfen nicht für gerichtliche oder disziplinarische Zwecke verwendet werden. Ergibt der Bericht Hinweise auf Probleme, arbeitet das Komitee aus einer Qualitätsverbesserungs-Perspektive mit dem Arzt zusammen. Eine formale Untersuchung kann nur dann veranlasst werden wenn

- ein unmittelbares Risiko für die Öffentlichkeit besteht
- eine ernste ethische Verfehlung vorliegt
- ein unbegründetes Versäumnis vorliegt, sich dem PAR zu unterziehen.

Die derzeit eingesetzten Methoden werden ausdrücklich als Ausgangspunkt für eine kontinuierliche Verbesserung und Erweiterung der Methodik betrachtet. Die Ergebnisse von PAR sollen auch zur Entwicklung von spezifischen Fortbildungsinhalten und -methoden genutzt werden.

Erste Erfahrungen liegen jetzt auch aus dem "Echtbetrieb" vor⁶⁹. Von März bis November 1999 wurden 1.062 Ärzte im Rahmen des PAR-Programms geprüft. 195 Ärzte wurden wegen auffälliger Ergebnisse interviewt. Von diesen wurden 52 einer weitergehenden Prüfung zugeführt. 34 von diesen wurden wiederum von einem speziell geschulten Kollegen am Arbeitsplatz überprüft. Dem Prüfer wurde der Grund für die Prüfung nicht bekannt gegeben, um die Objektivität und den Fortbildungscharakter der Prüfung so weit wie möglich zu erhalten.

Zusammenfassung und Fazit

Die Aufgaben der Selbstverwaltung der Gesundheitsberufe sind in Kanada umfassend und weitgehend. Der Kern des Auftrags lautet:

⁶⁹ The Messenger. College of Physicians and Surgeons of Alberta. Issue 83. January 2001. S. 3
[http://www.cpsa.ab.ca/messenger/The%20Messenger%2083%20\(Jan%202001\).pdf](http://www.cpsa.ab.ca/messenger/The%20Messenger%2083%20(Jan%202001).pdf)

- die Öffentlichkeit vor Schaden zu schützen
- eine qualitativ hochwertige Versorgung zu fördern
- die regulierten Gesundheitsberufe der Öffentlichkeit gegenüber rechenschaftspflichtig zu machen.

Zu den Pflichtaufgaben der beruflichen Selbstverwaltung zählt die Durchführung eines Qualitätssicherungsprogramms, das folgende Ziele verfolgt:

- die Kompetenz der individuellen Mitglieder erhalten und verbessern
- die kollektive Qualität (performance) der Profession erhöhen und zwar gemessen an Patientenergebnissen
- Mitglieder identifizieren, die inkompetent sind und Vorgehensweisen für diese entwickeln.

Das aufsichtsführende Gesundheitsministerium wacht über die Erfüllung der Aufgaben. Die Selbstverwaltungsorgane sind dem Ministerium jederzeit berichts- und rechenschaftspflichtig. Das Ministerium verfügt ihnen gegenüber über eine weitgehende Weisungsbefugnis. Der Rahmen für eine verbindliche Beschreibung und Erfüllung der Selbstverwaltungsaufgaben ist somit gegeben. Dies geht einher mit einem weit entwickelten Bewusstsein dafür, dass die berufliche Selbstverwaltung die Wahrnehmung einer öffentlichen Aufgabe darstellt, die strikt zu trennen ist von der Wahrnehmung der Interessen des Berufsstandes. Die Vertretung der ärztlichen Standesinteressen gilt als eine legitime Aufgabe der Ärzteverbände und der Fachgesellschaften. Die Beteiligung von Vertretern der Öffentlichkeit an allen Gremien der beruflichen Selbstverwaltung ist seit langem eine Selbstverständlichkeit.

Diese Bedingungen haben sich für die Entwicklung einer Qualitätskultur als förderlich erwiesen. Die reale Situation einer Berufsgruppe mit ihren Stärken und Problemen konnte zum Ausgangspunkt für die Entwicklung und Anwendung von Methoden der Qualitätssicherung gemacht werden. Zu diesen Problemen und Fragen zählt z. B., dass

- nicht jeder einzelne Arzt mit höchstmöglicher Qualität arbeitet sondern vielmehr eine Normalverteilung der Qualität anzunehmen ist. Wie lässt sich die Normalverteilung ärztlicher Qualität insgesamt in einen höheren Bereich verschieben?
- dass die Kompetenz von Ärzten im Verlaufe ihres Berufslebens tendenziell nach lässt. Wie lässt sich dem entgegenwirken?
- dass ein kleiner Anteil von Ärzten inkompetent arbeitet und dadurch seine Patienten gefährdet. Wie können diese Ärzte identifiziert werden? Wie können Patienten geschützt werden? Wie kann diesen Ärzten wirksam geholfen werden?
- dass in allen Bereichen der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung Über-, Unter- und Fehlversorgung herrschen. Wie lässt sich dieses Problem lösen?

Das College of Physicians and Surgeons of Ontario hat mit seinem Qualitätssicherungsprogramm gezeigt, dass es möglich und praktikabel ist, die Qualität der Berufspraxis von individuellen Ärzten anhand von praxisnahen Kriterien darzustellen und zu verbessern. Die Methode des Peer Assessment gründet auf das Assessment von Ärzten durch speziell geschulte Kol-

legen mit einem vergleichbaren Berufsalltag. Dies dürfte einer der Gründe für den hohen Grad an Akzeptanz auf Seiten der Ärzteschaft sein. Der zweite Grund liegt in der konsequent edukativen Ausrichtung des Qualitätssicherungsprogramms. Im Vordergrund des Assessment der Ärzte steht die Anerkennung der positiven Ergebnisse und die Unterstützung bei der Verbesserung erkannter Defizite. Das Assessment erfolgt also nicht mit der Absicht, Defizite zu finden und den Arzt dafür zu bestrafen. Disziplinarische Maßnahmen stehen zwar zur Verfügung, kommen aber nur in seltenen Fällen als letztes Mittel zur Anwendung. Dem CPSO ist es gelungen, mit relativ einfachen Mitteln die berufliche Praxis gerade derjenigen Ärzte nachhaltig zu verbessern, die es am nötigsten haben. Die bei der Erstprüfung als bedenklich eingestuften Ärzte schneiden - als Gruppe betrachtet - in der Zweitprüfung sogar besser ab als die Gruppe erstmalig Geprüften. Dies ist ein spektakuläres Ergebnis.

Auf diesen Erfolgen kann sich die Selbstverwaltung aber nicht ausruhen, denn wesentliche Ziele sind noch nicht erreicht:

- Die Tendenz zum Nachlassen der ärztlichen Kompetenz im Verlaufe des Berufslebens konnte durch die bisherigen Bemühungen nicht umgekehrt werden: In der Zweitprüfung schnitten die Ärzte, die in der Erstprüfung in eine der drei oberen der fünf Kategorien fielen, insgesamt schlechter ab.
- Es ist nicht gelungen, die Qualität der ärztlichen Leistung insgesamt zu verbessern: Die Prüfungsergebnisse sind seit Bestehen der Prüfung nicht etwa besser geworden sondern konstant geblieben.

Hier ist hervorzuheben, dass dies außerordentlich ehrgeizige Ziele sind, die auf der Ebene von Provinzen, Bundesländern oder Ärztekammerbezirken vermutlich noch nirgendwo umgesetzt werden konnten. Die Lösung zeichnet sich aber mit zunehmender Deutlichkeit ab. Es gilt, eine Screening-Methode zu entwickeln, die unter allen berufstätigen Ärzten diejenigen herausfiltert, welche mit höherer Wahrscheinlichkeit mit unzureichender Qualität arbeiten. Pilotprojekte in den Provinzen Ontario und Alberta sind vielversprechend. Damit kommt man der Realisierung eines dreistufigen Modells näher.

Die erste Stufe bildet ein Screening aller Ärzte in Abständen von 5-10 Jahren. Dies könnte anhand von bestimmten Indikatoren erfolgen, die aus Daten gebildet werden, die im Routinebetrieb anfallen oder auch durch ein Peer Assessment auf Grundlage von Krankenakten (Off-site Peer Review). Eine weitere Methode stellt die Befragung von Patienten, ärztlichen Kollegen und anderen Beschäftigten in den Gesundheitseinrichtungen dar. Die Berufspraxis der Ärzte, die im Screening Hinweise für mögliche Defizite zeigen, wird in der zweiten Stufe mit einer Methode wie dem On-site Peer Assessment geprüft. Nach bisherigen Erfahrungen wird es sich um 10-20 % der gescreenten Ärzte handeln. Diejenigen, die hier auffallen, werden mit einer Methode wie Physician Review bzw. Specialty Assessment einer umfassenden und tiefergehenden Prüfung unterzogen.

In Deutschland geht es derzeit noch darum, die Voraussetzungen für vergleichbare Entwicklungen zu schaffen. Die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesund-

heitswesen ausgesprochene Empfehlung für eine "Rezertifizierung von allen Ärzten nach angelsächsischem Vorbild" hat, wie eingangs beschrieben, zwar eine aufgeregte Debatte ausgelöst. Die Ärztekammern reagierten aber – ganz im Sinne von Standesorganisationen – mit heftiger Ablehnung. Sie verwiesen auf ihr kürzlich verabschiedetes Konzept des freiwilligen Fortbildungszertifikates, das sich auf die überkommene Vorstellung der qualitätsverbessernden Wirkung der Teilnahme an traditionellen Fortbildungsveranstaltungen gründet. Daran ist ersichtlich, dass die ärztliche Selbstverwaltung in Deutschland ihre Haltung überdenken und weiterentwickeln muss. Ihre intrinsische Motivation hat bisher nicht dazu ausgereicht, erforderliche Entwicklungen zu initiieren. Daher sind Anstöße von außen notwendig. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat dies erkannt und wird sich noch im Jahr 2002 mit der Rezertifizierung von Ärzten auf Grundlage einer Expertise befassen, die derzeit von einer Arbeitsgruppe der Obersten Landesgesundheitsbehörden unter Einbeziehung von SVR, Ärztekammern, Fachgesellschaften und Patientengruppen erstellt wird.

Eine konstruktive Debatte benötigt Klarheit über die Probleme und die Ziele. Eine Zielformulierung könnte in Anlehnung an kanadische Sichtweisen lauten: "Die Patienten schützen – die Ärzte unterstützen - eine sichere, kompetente und auf aktuelles Wissen gestützte ärztliche Berufsausübung über das gesamte Berufsleben gewährleisten." Bestünde über eine derartige Zielsetzung und somit über den Daseinszweck der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland Einigkeit, ginge es im zweiten Schritt darum, die Mittel und Wege zu finden, die zu diesem Ziel führen. Ob die Methode dann den Namen Rezertifizierung oder Kollegenbeurteilung oder einen anderen Namen trägt, erscheint nachrangig, solange sie dem Erreichen des Ziels dient. Was die Methoden betrifft, um die Probleme zu lösen und das Ziel zu erreichen, kann Deutschland als ein Land mit annähernd "No Practice" von den kanadischen Erfahrungen, die "Best Practice" darstellen, in jeder Hinsicht lernen und profitieren.

Danksagung:

Mein Dank gilt Claudia Frisch und Dan Faulkner vom College of Physicians and Surgeons of Ontario für die zur Verfügung gestellten Materialien sowie Claudia Frisch und Silke Stroth für die kritische Durchsicht früher Versionen des Manuskripts.

Korrespondenz:

Prof. Dr. David Klemperer

Obere Regenstraße 31

93059 Regensburg

david.klemperer@soz.fh-regensburg.de