

Kompetenzerhaltung und Rezertifizierung von Ärzten in Kanada: ein Modell für Deutschland?

1. Einleitung

Studium, Approbation und Facharztweiterbildung sind die Phasen ärztlicher Ausbildung und Berufsausübung, die auf verbindliche Weise staatlich reguliert sind. Den Erfolg des Studium gilt es im Staatsexamen zu beweisen. Für die Approbation ist darüber hinaus die persönliche und gesundheitliche Eignung zu belegen. Der Erfolg der Weiterbildung ist durch eine weitere Prüfung nachzuweisen. Diese Regelungen sind allgemein akzeptiert und gelten als »wesentliche Voraussetzung für eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung« (Bundesärztekammer 1997). Sind die genannten Hürden genommen, endet die Zeit der Verbindlichkeit. Auch für die sich anschließende Phase der Berufsausübung, die üblicherweise mehrere Jahrzehnte dauert, bestehen zwar Regelungen. Diese sind von der Selbstverwaltung der Ärzteschaft entwickelt und in der Berufsordnung verankert. Demnach ist der Arzt, der seinen Beruf ausübt, dazu verpflichtet, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist (Bundesärztekammer 2002). Dies muss er auch nachweisen können. Da aber zum einen die Art des Nachweises nicht geregelt ist und zum anderen der Nachweis nur auf Anforderung zu führen ist, kann hier nicht von Verbindlichkeit gesprochen werden. Das System der Aufsicht über die Berufsausübung ist bislang reaktiv. Nur wenn ein Anlass besteht, wird die Aufsicht aktiv. Ansonsten wird implizit vorausgesetzt, dass die Ärzte ihrer Fortbildungsverpflichtung nachkommen und dass damit eine dem Stand der Medizin entsprechende Behandlung der Patienten gewährleistet ist.

Vor diesem Hintergrund wird in Deutschland seit einiger Zeit verstärkt über Qualitätsprobleme in der ärztlichen Versorgung diskutiert. Die Probleme der gegenwärtigen Praxis können wie folgt zusammengefasst werden:

- In allen Bereichen der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung herrschen Über-, Unter- und Fehlversorgung.
- Nicht jeder einzelne Arzt arbeitet mit höchstmöglicher Qualität. Das Bild einer Normalverteilung ärztlicher Qualität dürfte der Wirklichkeit näher kommen.
- Die Kompetenz von Ärzten lässt im Verlaufe ihres Berufslebens tendenziell nach.

- Ein kleiner Anteil von Ärzten arbeitet inkompetent, gefährdet seine Patienten und stellt eine große Gefahr dar.
- Die Diffusion neuer, mit verbesserten Vorgehensweisen verbundener Erkenntnisse dauert unverhältnismäßig lang. Dies geht zu Lasten der Patienten.
- Die Vorstellung, dass Fortbildung in der traditionellen Form von Vorträgen zur Verbesserung ärztlichen Handelns beiträgt, hat sich als Mythos erwiesen (Klemperer 2002, Fox und Benett 1998, Oxman et al. 1995).

Jeder dieser Punkte weist auf Probleme der Qualität und der Patientensicherheit hin. Wie im folgenden Bericht dargestellt wird, hat die kanadische Ärzteschaft – und hier insbesondere die Ärzteschaft von Ontario – diese Probleme schon vor mehr als zwei Jahrzehnten aufgegriffen. Aus den Vorgehensweisen und Ergebnissen können die deutschen Ärztekammern – die bislang eher eine Problemvermeidungsstrategie verfolgen – viel lernen. Dazu sind sie auch angehalten, weil die offenen Fragen der Sicherstellung der Qualität ärztlicher Berufsausübung und das Thema Rezertifizierung kürzlich von anderen Akteuren im Gesundheitswesen an die sie herangetragen wurden.

Im Frühjahr 2001 sprach der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) die Empfehlung einer »Rezertifizierung von allen Ärzten nach angelsächsischem Vorbild« aus (SVR 2001). Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) befasste sich im Jahr 2001 mit dem Thema »Rezertifizierung von Ärzten«. Der Bericht einer Arbeitsgruppe bildet die Grundlage für die Befassung im Jahr 2002. Der einstimmig gefasste Beschluss setzt eine Reihe von Zeichen (GMK 2002):

- Der Begriff »Rezertifizierung« wurde konkretisiert und durch die Formulierung die »systematische Darlegung der Kompetenzerhaltung im Gesundheitswesen« um das eigentliche Ziel erweitert.
- Ärztliche Fortbildung sei eine notwendige, aber für sich allein keine hinreichende Voraussetzung für kompetentes ärztliches Handeln. Hiermit wird der Ärzteschaft unmissverständlich deutlich gemacht, dass die aktuellen Bemühungen um Fortbildungszertifizierung allein nicht ausreichen, um Kompetenz der Ärzte zu erhalten.
- Die GMK hält es von daher für geboten, »andere Systeme zur regelmäßigen Darlegung der ärztlichen Kompetenz in der Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung zu etablieren.« Der Ball wird hier also an die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern zurück gespielt. Die GMK gibt also der Ärzteschaft die Chance, eigene Lösungen zu entwickeln und benennt lediglich das Ziel.

– Die anderen Heilberufe und ihre Kammern sind in die Überlegungen einbezogen und zu vergleichbaren Anstrengungen aufgerufen.

Wie schon der SVR weist auch die GMK auf die im Ausland gemachten Erfahrungen hin. Über diese Erfahrungen hatte sich die GMK durch den Bericht der Arbeitsgruppe kundig machen können.

Tatsächlich ist die Entwicklung der Methoden und Systeme zur Sicherstellung ärztlicher Qualität in einigen anderen Ländern weiter gediehen. Rundum fertige Lösungen und Antworten sind allerdings nicht abrufbar. Vielmehr zeigt sich, dass die Suche nach Antworten ein Jahre oder sogar Jahrzehnte dauernder Prozess ist. Es zeigt sich aber auch, dass dort, wo sich Politik, ärztliche Selbstverwaltung und ärztliche Berufsverbände der Qualitätsfrage stellen, Antworten gefunden werden. Die gute Nachricht lautet, dass mittlerweile Konzepte und Methoden vorliegen, mit denen eine »lebensnah« definierte Qualität ärztlicher Berufsausübung erfasst, bewertet und verbessert werden kann; und als sei dies noch nicht genug des Guten: Die Konzepte und Methoden treffen auf Seiten der Ärzte auf ein außerordentlich hohes Maß an Akzeptanz.

Im folgenden wird die Entwicklung in Kanada dargestellt. 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 vergangenen Jahrhunderts zurückverfolgen.

2. *Ärztliche Selbstverwaltung in Kanada*

Die Medical Councils (MC) sind die Organe ärztlicher Selbstverwaltung in Kanada. Anders als ihr deutsches Äquivalent Landesärztekammer sind sie für die staatlichen Abschlussprüfungen zuständig sowie die Erteilung und den Entzug der Berufszulassung. Der Gedanke, dass Selbstverwaltung bedeutet, eine öffentlichen Aufgabe wahrzunehmen ist stark verwurzelt. Dies zeigt sich u.a. an der Einbeziehung von Vertretern der Öffentlichkeit in sämtliche Gremien und an auch an Leitmotiven, wie: »Protecting the public and guiding the profession«. Eine Vermischung der Wahrnehmung von öffentlichen Aufgaben und der Vertretung der Interessen des Berufsstandes gilt als nicht statthaft.

In einer gemeinsamen Anstrengung haben ärztliche Selbstverwaltung und Berufsverbände Mitte der 1990er Jahre das MEPP-Projekt fertig

gestellt. »Monitoring and Enhancement of Physician Performance« lässt sich mit »Beobachten und Verbessern der ärztlichen Berufsausübung« übersetzen. In einer Serie von Workshops wurde ein Rahmenkonzept für ein erweitertes System der Beurteilung der Qualität der Berufsausübung erstellt. Mit MEPP verfügen die Medical Councils der einzelnen Provinzen über einen Rahmen, den sie in jeweils eigener Verantwortung mit geeigneten Methoden auszufüllen haben.

Der Entwicklung des Konzeptes ging die Klärung einiger Schlüsselbegriffe voraus. Dazu zählten:

- Kompetenz – die Fähigkeit, Wissen, Fertigkeiten und Haltungen angemessen anzuwenden
- Performance – die Übertragung der Kompetenz in Handeln in der Patientenversorgung
- Erhaltung der Kompetenz – der dynamische Prozess, Wissen, Fertigkeiten und Haltungen zu erfassen und zu aktualisieren, um den Anforderungen aktueller Praxis zu entsprechen

Da die Performance, also die tatsächliche Berufsausübung, das ist, was für die Patienten die größte Bedeutung hat, kam man überein, dass die Performance das Ziel aller Programme des Assessment sein sollte.

Für die Probleme der Performance wurden vier Kategorien gebildet:

1. Unangemessenes Verhalten
2. unsachgemäße Nutzung von Ressourcen
3. defizitäre Kompetenz
4. Beeinträchtigung des Arztes

Ein System des Monitoring sollte alle vier Kategorien von Problemen ansprechen. Weiterhin sollten mit dem Monitoring alle praktizierenden Ärzte erfasst werden. Die Kompetenz jedes einzelnen Arztes in Kanada soll sichergestellt werden. Dafür ist ein dreistufiges Verfahren vorgesehen.

Die erste Stufe stellt ein Screening aller Ärzte dar. Alle Ärzte werden darauf hin geprüft werden, ob bei ihnen relevante Qualitätsprobleme bestehen könnten. Erprobte und evaluierte Screeningmethoden liegen noch nicht vor. Das Verfahren sollte sowohl valide als auch unaufwändig sein. In Betracht kommt die Auswertung von Routinedaten oder von Fragebögen.

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.

MEPP ist der Rahmen, den auf nationaler Ebene entwickelt wurde. 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.

3. *Das Qualitätssicherungsprogramm des College of Physicians and Surgeons of Ontario*

In Ontario bestanden sehr günstige Voraussetzungen für die Umsetzung der oben dargestellten nationalen Vorgaben. Bereits in den 1970er Jahren ging man davon aus, 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.

Drei methodologische Optionen zur Erfassung, Bewertung und Verbesserung ärztlicher Qualität 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. Peer Review wurde als die einzige unter den drei Methoden erkannt, die eine Beurteilung des tatsächlichen ärztlichen Handelns erlaubt. Zwei Pilotprogramme Ende der 1970er Jahre führten zur Ent-

wicklung des Peer Assessment Programm («Kollegen-Beurteilungsprogramm») mit folgenden Zielen:

- die Ärzte identifizieren, die auf einem inakzeptablen Niveau arbeiten
- Methoden entwickeln, um erkannte Defizite zu korrigieren und
- sicherstellen, dass diese Methoden effektiv sind (College of Physicians and Surgeons of Ontario 1979).

Seit 1981 wird das Peer Assessment Program routinemäßig durchgeführt. Bezogen auf das MEPP-Konzept handelt es sich um eine Methode der zweiten Stufe.

3.1 Das Peer Assessment

Peer Assessment bedeutet Assessment durch einen Kollegen. Der Ablauf stellt sich folgendermaßen dar (Faulkner 1998).

Ist ein Arzt für die Prüfung ausgewählt wird er benachrichtigt und erhält einen vorab auszufüllenden Fragebogen, aus dem u.a. sein Praxisprofil hervorgeht. Das College wählt dann einen Assessor mit einem so weit wie möglich entsprechenden Praxisprofil aus. Dem Arzt wird der Name des Assessors mitgeteilt; er hat das Recht, den Assessor abzulehnen, so wie auch umgekehrt der Assessor das Assessment ablehnen kann und soll, wenn z.B. ein Interessenkonflikt vorliegt.

Hauptteil des Peer Assessment ist ein halbtätiger Besuch am Arbeitsplatz. Dazu zählt ein einleitendes Gespräch, die Begehung der Praxis bzw. des Arbeitsplatzes, die Durchsicht einer Zufallsstichprobe von 25 bis 30 Patientenakten sowie ein abschließendes Gespräch über die Beobachtungen des Assessors. 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 wird daher als ein geeigneter Ausgangspunkt für die Beurteilung der Performance erachtet und stellt die Hauptkomponente des Assessment dar. Der Arzt hat die Möglichkeit, zusätzliche Krankenakten für die Prüfung auszuwählen. Die Prüfkriterien beziehen sich im Wesentlichen auf die Nachvollziehbarkeit von Untersuchungen, Diagnose und Behandlungsplan. Im Abschlussgespräch ist der Assessor gehalten, das Positive zu betonen, konstruktive Kritik anzubieten und keinesfalls, eine lehrmeisterliche Haltung einzunehmen. Der Assessor verfasst nun einen zusammenfassenden Bericht, den er dem Qualitätssicherungskomitee zur Verfügung stellt. Dieses Komitee, bestehend aus zehn praktizierenden Ärzten und vier Mitgliedern der Öffentlichkeit, führt die Bewertung anhand der in Abbildung 1 dargestellten Kriterien durch.

Abbildung 1: Bewertungssystem des Quality Assurance Committee des College of Physicians and Surgeons of Ontario

QUALITY ASSURANCE COMMITTEE DECISIONS DEFINITIONS OF PEER ASSESSMENT CATEGORIES

Cate- gory	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.

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 durch ein weiter gehendes Assessments erfolgen. Bei Allgemeinärzten kommt das Physician Review Program zur Anwendung, bei Fachärzten das Specialties Assessment Program. Ersteres soll hier umrissen werden.

3.2 Physician Review Program für Allgemeinärzte

Das Physician Review Program (PREP) wurde 1987 vom CPSO in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät der McMaster University entwickelt (College of Physicians and Surgeons of Ontario 2001a). 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.« Im Blickpunkt stehen die Bereiche Wissen, klinische Fertigkeiten und Haltungen (attitudes), die mit Methoden wie Chart stimulated recall, standardisierten Patienten und Multiple-Choice-Fragen untersucht werden. Auch hier erhält das Qualitätssicherungskomitee einen Bericht mit einer Bewertung und Zuordnung zu einer von fünf Kategorien («keine oder minimale Mängel« bis »kritische Mängel – unmittelbares Risiko für die Patientensicherheit«) und gegebenenfalls

Vorschlägen zur Abhilfe bei Defiziten. In einem Gespräch zwischen dem geprüften Arzt und der Qualitätssicherungskomitee wird dann eine für beide Seiten akzeptable Lösung gesucht. 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.

3.3 Disziplinarmaßnahmen des CPSO

Das Qualitätssicherungsprogramm des CPSO hat eine starke edukative Ausrichtung. Das Ziel besteht nicht in der Bestrafung von Ärzten, die Defizite aufweisen. 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 gegen die dann noch verbleibenden defizitär arbeitenden Ärzte werden disziplinarische Maßnahmen ergriffen. Erst an dieser Stelle geht es darum, die Haltung und das Verhalten des Arztes als berufliches Fehlverhalten zu klassifizieren und von den Sanktionsmöglichkeiten Gebrauch zu machen. Diese reichen von der Einschränkung der Berufszulassung und der Erteilung von Auflagen über den vorübergehenden bis hin zum endgültigen Entzug der Berufszulassung.

3.4 Ergebnisse des Peer Assessment

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

Von Beginn an stieß das Peer Assessment auf hohe eine Akzeptanz bei den geprüften Ärzten. Die neuesten Daten stammen von den zwischen Januar und Oktober 2001 geprüften Ärzten (College of Physicians and Surgeons of Ontario 2001b):

- 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.

Fasst man die Untersuchungen (McAuley und Henderson 1984, McAuley et al. 1990, Norton et al. 1997, Norton et al. 1998, Norton et al. 1999) zusammen, so ergibt sich folgendes Bild:

- 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. Eine besondere Bedeutung kommt der Beobachtung zu, dass die Zahl der Fortbildungsstunden keinen Einfluss auf das Ergebnis hat. Dies bestätigt das Ergebnis zahlreicher Studien, dass Fortbildungsaktivitäten kein Prädiktor für gutes ärztliches Handeln sind. Vor allem aber hat sich das Konzept darin bewährt
- einige Indikatoren der Leistung (performance) des Arztes zu untersuchen,
- dem Arzt ein direktes Feedback zu geben,
- die Selbstreflektion zu stimulieren und
- zu kontinuierlicher Fortbildung zu motivieren, die sich auf diese Reflexion gründet (Shulman und Gamble 2002, Bond 1999).

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 des 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 des CPSO. Den neuen Anforderungen des Gesetzgebers zufolge müssen nun aber die Patientenergebnisse insgesamt messbar verbessert werden. Daher werden die Konzepte derzeit überarbeitet. Im Blickpunkt steht dabei die Entwicklung eines Screeningverfahrens für alle Ärzte.

4. Physician Achievement Review Program und Screening in Alberta

Das College of Physicians and Surgeons of Alberta (CPSA) hat MEPP als Grundlage für ein eigenes Verfahren benutzt, das »Physician Achievement Review Program« – Programm zur Prüfung ärztlicher Leistung. Es handelt sich um ein »systematisches, fortlaufendes, strukturiertes Programm zur Bewertung ausgewählter Dimensionen ärztlicher Berufsausübung« (Kazandjian 1999). 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 www.par-program.org/PAR-Inst.htm 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 enthält 40 Aussagen mit deutlichem Focus auf Kommunikation und Verhalten. Die abschließende Frage lautet: »Ich würde einen Freund zu diesem Arzt schicken«.

Der Arztfragebogen umfasst 31 Aussagen u.a. über die Bereiche Kommunikation, diagnostische und therapeutische Fertigkeiten und Zuverlässigkeit.

Der Fragebogen, den jeder Arzt zur Selbstbewertung 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 ist mit 17 Fragen kürzer gefasst.

In einer Pilotstudie an 308 Ärzten erwiesen sich die PAR-Fragebögen als valide und reliabel (Hall et al. 1999). Zwei Drittel der Teilnehmer gaben an, ihre medizinische Praxis aufgrund der PAR-Ergebnisse 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.

5. *Fazit*

Erfahrungen aus Kanada legen die Annahme nahe, dass es möglich ist, die Performance, also die konkrete medizinische Berufsausübung, valide zu erfassen, zu bewerten und zu verbessern. In Kanada wird ein dreistufiges Verfahren angestrebt mit einem Screening aller berufstätigen Ärzte in Abständen von etwa fünf Jahren, einem Peer Assessment derjenigen Ärzte, die im Screening Hinweise auf mögliche Probleme geben und einer eingehenden Untersuchung derjenigen, die im Peer Assessment Hinweise auf gravierende Probleme geben. Sehr interessante und hoffnungsvolle Erfahrungen für das Screening wurden in Alberta mit einem Fragebogensystem gesammelt, das für eine Befragung des Arztes selbst, seiner Mitarbeiter, einer Stichprobe von Patienten und Kollegen genutzt wird. Für die zweite Stufe liegt mit dem Peer Assessment aus Ontario eine ausgereifte und evaluierte Methode vor. Auch für die dritte Stufe liegen bewährte Methoden aus Ontario vor.

Die ärztliche Selbstverwaltung in Deutschland ist derzeit von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder aufgefordert, ihre Konzepte zur Sicherstellung der Qualität der ärztlichen Versorgung zu überarbeiten. Mit der Erweiterung des Rezertifizierungsverständnisses auf die ärztliche Kompetenzerhaltung hat die GMK die Diskussion auf die Füße gestellt. Dazu hat sie den Ärztekammern unmissverständlich mitgeteilt, dass es mit Fortbildungszertifikaten allein nicht getan ist. Die empirischen Belege für die Ineffizienz herkömmlicher Fortbildung sind vorhanden und können jetzt von den Ärztekammern nicht länger ignoriert werden. Verstärkte Anstrengungen sind erforderlich. Die GMK hat den Ärztekammern die Möglichkeit eröffnet, die Frage des Nachweises der Kompetenzerhaltung selbst zu regeln. International ist ein immer stärker werdender Trend zur Darlegung ärztlicher Qualität als Bringschuld der Selbstverwaltung festzustellen. Die deutsche Ärzteschaft wäre in jeder Hinsicht gut beraten, sich hier nicht als »late adopter« zu profilieren. Nicht zuletzt sind es die Patienten, die ein höheres Maß an Transparenz und Sicherheit erwarten (Ärztezeitung 2002) und verdienen.

Literatur

- Ärzte Zeitung (2002): Bürger wollen mehr Kontrolle. 30.04.2002.
- Bond, G (1999): Monitoring and enhancing physician performance. CPSO Member's Dialogue, November/December 1999.
- Bundesärztekammer (1997): Gesundheitspolitisches Programm der deutschen Ärzteschaft. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag www.bundesaerztekammer.de/30/Gesundheitspolitik/13Programm/Kapitel_GPP/20Ausbildung.html.
- Bundesärztekammer (2002): Musterberufsordnung in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages 1997 in Eisenach, geändert durch die Beschlüsse des 103. Deutschen Ärztetages 2000 Köln, geändert durch die Beschlüsse des 105. Deutschen Ärztetages 2002 in Rostock.
- College of Physicians and Surgeons of Ontario (1997): Annual Report. July 1979. S. 21.
- College of Physicians and Surgeons of Ontario (2001a): The Physician Review Program. Information guide and frequently asked questions. January 12, 2001.
- College of Physicians and Surgeons of Ontario (2001b): Council of Physicians and Surgeons of Ontario. Quality Assurance Committee. Annual Report to Council November 22 & 23, 2001. Internes Papier, unveröffentlicht.
- Faulkner, D (1998): Dear Doctor: you have been selected for assessment by the Peer Assessment Program. CPSO Members' Dialogue, July 1998 www.cpso.on.ca/info_physicians/peer.htm.
- Fox, RD; Bennett, NL: Continuing medical education: Learning and change: implications for continuing medical education. BMJ 1998; 316: 466-468.
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2002): Ergebnisprotokoll TOP 11.1: Rezertifizierung oder systematische Darlegung der Kompetenzerhaltung im Gesundheitswesen. http://195.211.180.153/private/aktuell/rubrik_set552.htm.
- Hall, W; Violato, C, et al.: Assessment of physician performance in Alberta: the Physician Achievement Review. CMAJ 1999;161:52-57 www.cmaj.ca/cgi/content/full/161/1/52.
- Kazandjian, VA (1999): Power to the people: taking the assessment of physician performance outside the profession. CMAJ 161:44-5 www.cmaj.ca/cgi/content/full/161/1/44.
- 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.
- McAuley, RG; Henderson, HW (1984): Results of the Peer Assessment Program of the College of Physicians and Surgeons of Ontario. Can Med Assoc J 131: 557-561.
- McAuley, RG; Paul, WM; Morrison, GH; Beckett, RF; Goldsmith, CH (1990): Peer Assessment Program 1981-1985. Can Med Assoc J 143:1193-99.
- Norton, PG; Dunn, EV; Beckett, R; Faulkner, D (1998): Long-Term Follow-Up In The Peer Assessment Program. The Joint Commission Journal on Quality Improvement 1998;24:334-341.
- Norton, PG; Dunn, EV; Soberman, L (1997): What factors affect quality of care? Using the Peer Assessment Program in Ontario family practices. Can Fam Physician 43:1739-44.
- Norton, PG; Faulkner, D (1999): 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. 25: 252-258.

- 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.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001, Band II S. 97f.
- Shulman, S; Gamble, B (2002): 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.
- Violato, C; Hall, WG: Alberta Physician Achievement Review [Letter]. *CMAJ* 162: 1803 www.cmaj.ca/cgi/content/full/162/13/1803.