



## Bewertung des „Chirurgischen Qualitätssiegels“ (CQS), eines neuen Verfahrens zur Kontinuierlichen Professionellen Entwicklung von Chirurgen, durch die Teilnehmer

### Ergebnisse einer Pilotstudie

A. Klingenberg, D. Klemperer, M. Betzler, M. Rothmund, J. Szecseny

#### Zusammenfassung

**Hintergrund:** Im Rahmen einer Pilotstudie wurde das kanadische „Physician Achievement Review“ (PAR), ein mehrdimensionales Assessmentverfahren zur Bewertung ärztlichen Handelns, an deutsche Verhältnisse angepasst.

**Material und Methoden:** 60 Chirurgen baten ärztliche Kollegen, nicht-ärztliche Mitarbeiter und Patienten per Fragebogen um eine Bewertung ihres beruflichen Handelns. Die Chirurgen wurden nach Erhalt ihrer individuellen Befragungsergebnisse mit einem Evaluationsfragebogen um eine Bewertung des Ergebnisberichts sowie des Verfahrens insgesamt (in Deutschland CQS – Chirurgisches Qualitätssiegel<sup>1</sup>) gebeten.

**Ergebnisse:** Die Rücklaufquote betrug 75%. 98% der Teilnehmer fanden die Rückmeldungen der von ihnen Befragten „sehr/eher wichtig“. 73% hielten CQS insgesamt für „sehr/eher sinnvoll“. Die Teilnehmer äußerten Interesse an Angeboten zur beruflichen Fortbildung, berichteten von eigenen Aktivitäten, die sie aufgrund der Befragungsergebnisse unternommen hatten und äußerten Interesse an einer erneuten Durchführung des Verfahrens.

**Schlussfolgerungen:** Das Instrument soll Chirurgen in Deutschland im Rahmen des CME/CPD zur Verfügung gestellt und weiter optimiert werden.

**Schlüsselwörter:** Kontinuierliche Professionelle Entwicklung, Kompetenzdarlegung, Rezertifizierung, Qualitätsentwicklung, Chirurgie

#### Hintergrund und Fragestellung

In vielen Ländern der Welt sieht sich die Ärzteschaft mit der Forderung von Politik und Bürgern konfrontiert, die Qualität der Berufsausübung nachvollziehbar darzulegen und weiter zu entwickeln. Kompetenz und Qualität ärztlichen Handelns lassen im Verlaufe des Berufslebens nach (2, 9, 10, 12). Nach Berufszulassung und Facharztanerkennung sind Ärzte<sup>2</sup> in aller Regel nicht mehr gefordert, ihr Können gegenüber einer externen Stelle zu beweisen. In den angloamerikanischen Ländern sucht die Ärzteschaft daher intensiv nach validen und praktikablen Methoden zur Erfassung und Verbesserung ärztlicher Performance (4, 7). In Deutschland hat sich die ärztliche Selbstverwaltung der Frage der Kompetenzdarlegung noch nicht geöffnet. In einigen Berufsverbänden hat man jedoch die Berechtigung der Forderung erkannt und die Entwicklung eigener Konzepte in Angriff genommen – nicht zuletzt um staatlichem Handeln zuvor zu kommen. Die im Jahr 2001 vom Sachverständigenrat (14) sowie ein Jahr später von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (5) erhobene Forderung nach Rezertifizierung bzw. systematischer Kompetenzdarlegung von Ärzten waren der Auslöser für die Bildung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) zur Entwicklung von Konzepten zur kontinuierlichen professionellen Entwicklung von Chirurgen. Sie hat die Erprobung eines Instruments in Auftrag gegeben, das in Alberta, Kanada, bereits seit einigen Jahren erfolgreich eingesetzt wird, das „Physician Achievement Review“ (6, 15). Im Rahmen des PAR wird das berufliche Handeln einer Ärztin oder eines Arztes von Vertretern unterschiedlicher Berufsgruppen, die mit dieser Person zusammenarbeiten, sowie von Patienten bewertet. Dabei werden neben dem fachlichen Wissen und dem handwerklich-chirurgischen Können auch Kompetenzen im psychosozialen Bereich wie Kommunikation, Kooperation und Koordination, Um-

<sup>1</sup> Die Pilotstudien wurden zunächst mit dem Arbeitstitel ECKO – Evaluation Chirurgischer Kompetenzen – durchgeführt, Zwischenergebnisse wurden bereits unter diesem Namen veröffentlicht. Der endgültigen Namen CQS – Chirurgisches Qualitätssiegel – wurde dem Verfahren nach Abschluss der Pilotstudie gegeben.

<sup>2</sup> Wegen der besseren Lesbarkeit verwenden wir meistens die männliche Form oder den Plural. Sie stehen für Männer und Frauen gleichermaßen.



gang mit professioneller Verantwortung und mit Stress sowie dem Engagement für die eigene Fortbildung eine besondere Bedeutung für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zugeordnet. Die Ergebnisse der Befragungen werden in anonymisierter Form an den betreffenden Arzt zurückgemeldet. Sie geben ihm Hinweise auf mögliche Stärken und Schwächen und damit Anregungen für eine individuelle Gestaltung der professionellen Weiterentwicklung. Verfahren im Sinne eines „multisource feedback“ (Synonym: „360-degree-evaluation“) werden in anderen Ländern im Rahmen des „Continuous Professional Development“ (CPD) schon seit einigen Jahren entwickelt, angewendet und für sinnvoll erachtet (3, 8, 11, 13, 15). Eine Bewertung des an deutsche Verhältnisse angepassten PAR durch die teilnehmenden Chirurgen sollte im Rahmen der hier vorgelegten Studie Aufschluss darüber geben, ob das Verfahren aus deren Sicht sinnvoll und hilfreich ist, und wie es ggf. noch weiter optimiert werden kann.

## Studiendesign und Untersuchungsmethoden

In den Jahren 2004 und 2005 wurde vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, AQUA, Göttingen, im Auftrage des BDC und der DGCH eine zweiteilige Pilotstudie durchgeführt, die der Anpassung und Erprobung des kanadischen PAR an deutsche Verhältnisse diente. Im Rahmen dieser Studie baten 60 Chirurgen entsprechend der Vorgehensweise beim PAR jeweils 8 ärztliche Kollegen, 8 nicht-ärztliche Mitarbeiter und Kooperationspartner sowie 25 Patienten per Fragebogen um eine Bewertung ihres beruflichen Handelns. Darüber hinaus wurden die zu bewertenden Chirurgen um das Ausfüllen eines Selbstbewertungsbogens gebeten. Die ausgefüllten Bögen wurden von den Befragten zur Auswertung direkt an AQUA geschickt. Die Befragung umfasste folgende Themenbereiche:

- Medizinische Fachkompetenzen
- Patientenmanagement
- Kommunikation
- Teamfähigkeit und Kollegialität
- Praxis- und Klinikmanagement
- Professionelle Entwicklung

Die 60 Chirurginnen und Chirurgen wurden über die Berufsverbände für die Studie gewonnen. Teilnahmebedingung war der Abschluss der Facharztprüfung mindestens zwei Jahre vor Beginn der Studie. Darüber hinaus wurden gezielt Teilnehmer aus unterschiedlichen beruflichen Positionen einbezogen: Chefarzte, Oberärzte und Assistenzärzte aus Krankenhäusern sowie niedergelassene Ärzte. Am ersten Teil der Studie, der vor allem der Übersetzung und Auswahl der Fragen diente, nahmen 10 Chirurginnen und Chirurgen teil. Im zweiten Teil wurden das Verfahren

mit den überarbeiteten Fragebögen noch einmal von 50 weiteren Teilnehmern durchgeführt, um die Bögen und das Verfahren insgesamt erneut zu evaluieren. Alle 60 Studienteilnehmer erhielten nach Auswertung der Befragungsergebnisse einen 30-seitigen Bericht mit einer Darstellung ihres individuellen Ergebnisses im Vergleich zum durchschnittlichen Ergebnis aller Studienteilnehmer in Form von Grafiken und Tabellen. Die individuellen Befragungsergebnisse wurden jeweils nur an die betreffende Person selbst zurückgemeldet und streng vertraulich behandelt.

Zusammen mit dem Ergebnisbericht erhielten alle Teilnehmer (n=60) einen Evaluationsfragebogen, mit dem sie um eine Bewertung des Ergebnisberichts (Verständlichkeit der Darstellungen, Wichtigkeit der Ergebnisse, Umfang der zurückgemeldeten Informationen), sowie des Verfahrens insgesamt gebeten wurden. Der Fragebogen enthielt 29 standardisierte und 11 offene Fragen. Die Teilnehmer wurden gebeten, den Bogen anonym zur Auswertung an AQUA zu schicken. Es wurden zwei Erinnerungsschreiben (Reminder) versandt. An dieser Stelle werden die Ergebnisse der Evaluation vorgestellt.

## Ergebnisse

### Rücklaufquoten

45 von 60 Teilnehmern der Pilotstudie beantworteten den Evaluationsfragebogen (Rücklaufquote 75,0%). Die Rücklaufquote lag bei niedergelassenen Ärzten und leitenden Ärzten höher als bei Oberärzten und Assistenzärzten (Tab. 2).

### Soziodemografische Merkmale der Befragungsteilnehmer

Die Teilnehmer der Studie insgesamt waren im Durchschnitt 46,7 Jahre alt (33–63 Jahre), 21,7% waren weiblich. 24,4% der 45 Ärzte, die an der Evaluation teilnahmen, waren weiblich; das Alter wurde aus Gründen der Anonymisierung nicht erfragt. Die berufliche Stellung der Studienteilnehmer und der Evaluationsteilnehmer ist in den Tab. 1 und 2 dargestellt.

### Bewertung des Ergebnisberichts

Alle Inhalte des Ergebnisberichts (Einleitung, Befragungsergebnisse, Hinweise zum Umgang mit den Ergebnissen) wurden von der Mehrheit der Befragten für wichtig befunden (Tab. 3). Die Darstellung der persönlichen Ergebnisse und der durchschnittlichen Ergebnisse der anderen Studienteilnehmer waren dabei von besonderem Interesse. Die Rückmeldungen der befragten ärztlichen Kollegen, der nicht-ärztlichen Kooperationspartner und der Patienten wurden inhaltlich gleichermaßen geschätzt (97,7% bzw. 97,8% sehr wichtig/eher wichtig, Tab. 4). 64,4% der Befragungsteilnehmer fanden den 30-seitigen Bericht vom Umfang



Tab. 1 Berufliche Position der Pilotstudienteilnehmer

	Anzahl	Prozent
Niedergelassene/-r Arzt/Ärztin	18	30,0
Leitende/-r Arzt/Ärztin	15	25,0
Oberarzt/-ärztin	18	30,0
Assistenzarzt/-ärztin	9	15,0
<b>gesamt</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Tab. 2 Berufliche Position der Evaluationsteilnehmer

	Anzahl	Prozent	Rücklaufquote Evaluationsfragebögen
Niedergelassene/-r Arzt/Ärztin	16	35,6	88,9
Leitende/-r Arzt/Ärztin	14	31,2	93,3
Oberarzt/-ärztin	10	22,2	55,6
Assistenzarzt/-ärztin	5	11,1	55,6
<b>gesamt</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>75,0</b>

Tab. 3 Wichtigkeit der Inhalte des Ergebnisberichts

Darstellung im Ergebnisbericht (in der Reihenfolge der Darstellung)	% Angaben sehr wichtig/eher wichtig	n
Einleitung, Erläuterung zu den Zielen von CQS	86,7	45
Persönliches Ergebnis für jede einzelne Frage	93,2	44
Durchschnittliches Ergebnis aller Teilnehmer für jede einzelne Frage	93,3	45
Hervorhebung besonders positiver und besonders kritischer Bewertungen mit Hilfe von Symbolen (+ und ?)	88,9	45
Selbstbewertung im Vergleich zur Bewertung durch die Kollegen	84,4	45
Allgemeine Hinweise zum Umgang mit den Ergebnissen	73,3	45
Kontakthinweise zu CQS-Vertrauenspersonen (Rat für den Umgang mit den Ergebnissen, Hinweise auf Fortbildungsmöglichkeiten)	63,6	44

Antwortvorgaben: sehr wichtig/eher wichtig/eher unwichtig/völlig unwichtig.

her „gerade richtig“, 33,3% fanden ihn (etwas) zu umfangreich, ein Teilnehmer fand ihn etwas zu kurz. 2 Teilnehmer vermissen eine individuelle Zusammenfassung und Bewertung ihrer Ergebnisse, 3 Teilnehmer wünschten gezieltere Ratschläge für Verbesserungen bzw. für praktische Konsequenzen aus den Befragungsergebnissen.

Tab. 4 Wichtigkeit der Rückmeldungen der befragten Kollegen, Mitarbeiter und Patienten für die Teilnehmer

Inhaltliche Wichtigkeit der Rückmeldungen	% Angaben sehr wichtig/eher wichtig	n
Die Rückmeldungen von Seiten meiner Kollegen finde ich ...	97,8	45
Die Rückmeldung von Seiten meiner Mitarbeiter finde ich ...	97,8	45
Die Rückmeldungen von Seiten meiner Patienten finde ich ...	97,7	44

Antwortvorgaben: sehr wichtig/eher wichtig/eher unwichtig/völlig unwichtig.

Tab. 5 Zufriedenheit der Teilnehmer mit ihren persönlichen Ergebnissen

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Ergebnissen?	Häufigkeit	Prozent
sehr zufrieden	12	27,3
eher zufrieden	23	52,3
teils/teils	7	15,9
eher unzufrieden	1	2,3
sehr unzufrieden	1	2,3
<b>gesamt</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

## Zufriedenheit mit den Ergebnissen

Insgesamt 79,5% der Teilnehmer/-innen waren mit ihren persönlichen Ergebnissen „sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“, 20,5% machten die Angaben „teils/teils“, „eher unzufrieden“ oder „sehr unzufrieden“ (Tab. 5). Eine Teilnehmerin konnte den insgesamt sehr positiven Rückmeldungen, die sie erhalten hatte, nicht ganz trauen und führte diese darauf zurück, dass – entsprechend der Anleitung – sie selbst die zu befragenden Kollegen und Mitarbeiter ausgesucht und die Fragebögen ausgeteilt hatte. Andere Teilnehmer wiesen darauf hin, dass die Kritik, die sie erhalten hätten, teilweise auch „überraschend“ und „unerwartet“ gekommen sei, und dass die Informationen „erst verdaut“ werden mussten.

Vergleicht man die durchschnittliche Zufriedenheit der unterschiedlichen Berufsgruppen (Tab. 6), so zeigen sich signifikante Unterschiede<sup>3</sup>. Niedergelassene Ärzte und Oberärzte äußerten sich durchschnittlich zufriedener mit ihren Befragungsergebnissen als leitende Ärzte und Assistenzärzte. Die durchschnittliche Zufriedenheit männlicher und weiblicher Studienteilnehmer war mit Werten von 2,0 bzw. 2,1 nahezu gleich.

<sup>3</sup> (Mittelwertvergleich,  $p < 0,05$ ).



Tab. 6 Zufriedenheit von Teilnehmern in unterschiedlichen beruflichen Positionen mit ihren persönlichen Ergebnissen

Berufliche Position	Mittelwert Zufriedenheit*	n	Standardabweichung
Niedergelassener Arzt	1,7	15	0,458
Leitender Arzt	2,1	14	0,997
Oberarzt	1,8	10	0,632
Assistenzarzt	3,0	5	1,225
Insgesamt	2,0	44	0,859

\* Antwortvorgaben: 1= sehr zufrieden, 2 = eher zufrieden, 3 = teils/teils, 4 = eher unzufrieden, 5 = sehr unzufrieden.

Tab. 7 Bewertung des Verfahrens durch die Teilnehmer

Nach meinem derzeitigen Kenntnisstand halte ich CQS insgesamt für ...	Häufigkeit	Prozent
sehr sinnvoll	17	38,6
eher sinnvoll	15	34,1
teils/teils	7	15,9
eher nicht sinnvoll	4	9,1
gar nicht sinnvoll	1	2,3
gesamt	44	100

## Bewertung von CQS insgesamt

72,7% der Befragten bewerteten das Verfahren insgesamt auf einer 5-stufigen Skala mit „sehr sinnvoll“ oder „eher sinnvoll“, 15,9% machten die Angabe „teils/teils“ und 11,4% die Angaben „eher nicht sinnvoll“ oder „gar nicht sinnvoll“ (Tab. 7). Im Durchschnitt aller Teilnehmer wurde CQS mit „eher sinnvoll“ bewertet (Tab. 8). Betrachtet man die durchschnittliche Bewertung getrennt nach Berufsgruppen, so zeigen sich Unterschiede, die zwar statistisch nicht signifikant sind, jedoch mit den Teilnahmeraten an der Evaluation übereinstimmen: Am positivsten wurde das Verfahren von niedergelassenen und von leitenden Ärzten bewertet. Diese haben sich auch zu einem höheren Anteil an der Evaluation beteiligt (Tab. 2). Demgegenüber bewerteten Oberärzte und Assistenzärzte das Verfahren durchschnittlich etwas skeptischer, sie nahmen auch zu einem etwas geringeren Anteil an der Evaluation teil.

Von den männlichen Studienteilnehmern wurde das Verfahren mit einem durchschnittlichen Wert von 1,9 etwas positiver bewertet als von weiblichen Teilnehmern (2,4), der Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant.

## Positive Rückmeldungen

Für besonders sinnvoll hielten die Teilnehmer z. B.:

– „die Einschätzung durch Kollegen, Mitarbeiter und Patienten“,

- „den Vergleich zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung“,
  - „die Beurteilung der Sozialkompetenz und der Patientenzufriedenheit“,
  - „den Gesamtüberblick über verschiedene Bereiche zu bekommen“,
  - „die Aufdeckung von Schwachstellen, besonders in der Differenz zwischen Selbst- und Fremdbewertung“,
  - „den Vergleich mit den Kollegen“,
- sowie ganz allgemein
- „das Bemühen des Berufsverbands, die Qualität zu heben“,
  - und
  - „dass überhaupt irgendeine Form der Rückmeldung existiert. Man muss damit wiederholt arbeiten und dann auch auswerten, was dieses Verfahren im Längsschnitt über die Jahre und im Querschnitt der Kollegen bzw. der Fachdisziplinen zu leisten imstande ist.“

Einige Teilnehmer betonten ausdrücklich ihre Zustimmung:

- „Gutes Konzept!“
- „Ich würde gerne wieder mitmachen.“
- „Vielen Dank!“

## Kritik und Verbesserungsvorschläge

3 der 5 Teilnehmern, die CQS für „eher nicht sinnvoll“ oder „gar nicht sinnvoll“ hielten (Tab. 7), begründeten ihre Bewertung: Zwei kritisierten, dass die Auswahl der Befragten durch den zu Beurteilenden selbst erfolgte, einer hielt die Datenerhebung für manipulierbar.

Auch Teilnehmer, die das Verfahren im Prinzip für sinnvoll hielten, äußerten einzelne Kritikpunkte, wie z. B. die „Beurteilung des Wissens durch Andere“, und ebenfalls „die Auswahl der ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter durch den Arzt selbst“. Mehrere Teilnehmer berichteten davon, dass die Auswahl von zu befragenden Patienten im Krankenhaus nicht ganz einfach sei, da diese den behandelnden Chirurgen manchmal kaum kennen.

Verbesserungsvorschläge bezogen sich einerseits auf die Auswahl der zu Befragenden:

- „Genauere Empfehlung, nach welchen Kriterien gerade in einer Klinik die Teilnehmer ausgewählt werden sollen.“
- „Auswahl der Befragten durch eine anonyme, fremde Person.“
- „Besonders wichtig (ist) die Befragung von Patienten, die komplizierte Verläufe hatten.“

\* Einige Fragen an die ärztlichen Kollegen bezog sich auf die Einschätzung fachlicher Kenntnisse.



Tab. 8 Bewertung des Verfahrens durch Ärzte in unterschiedlichen beruflichen Positionen

Berufliche Stellung	Mittelwert Bewertung*	n	Standardabweichung
Niedergelassener Arzt/Ärztin	1,7	15	0,704
Leitender Arzt/Ärztin	1,8	14	1,311
Oberarzt/-ärztin	2,6	10	0,966
Assistenzarzt/-ärztin	2,4	5	1,140
<b>insgesamt</b>	<b>2,0</b>	<b>44</b>	<b>1,067</b>

\* Antwortvorgaben: 1 = sehr sinnvoll, 2 = eher sinnvoll, 3 = teils/teils, 4 = eher nicht sinnvoll, 5 = gar nicht sinnvoll.

Tab. 9 Von Teilnehmern gewünschte Angebote zur beruflichen Entwicklung

In folgenden Bereichen würde ich Unterstützungsangebote für sinnvoll halten	% Angaben ja/eher ja	n
Praxis- bzw. Klinikmanagement	55,8	43
Umgang mit Stress	51,2	43
Kommunikation und Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Mitarbeitern und Kooperationspartnern	50,0	44
Kommunikation mit Patienten	43,2	44
Kommunikation und Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen	41,9	43
Allgemeine Beratung bezüglich meines Ergebnisberichts und Möglichkeiten des weiteren Vorgehens	31,0	42
Medizinische Fachkenntnisse	19,5	41

Antwortvorgaben: ja/eher ja/eher nein/nein

Zum Anderen wurde von einigen Teilnehmern eine Auswertung der Ergebnisse bezogen auf bestimmte Untergruppen gewünscht:

- „Eine getrennte Auswertung für Chefärzte, leitende Oberärzte, Oberärzte und Fachärzte, da andere Aufgabengebiete innerhalb dieser Gruppen anfallen und dadurch andere Bewertungen erforderlich sind.“
- „Eine getrennte Auswertung für weibliche und männliche Teilnehmer.“
- „Ein Vergleich mit den Kollegen im Haus wäre interessant.“

### Interesse an Informationen, Beratung, Fortbildung

Die Befragungsteilnehmer wurden gebeten, Bereiche anzugeben, in denen sie für sich selbst Verbesserungspotenziale sehen und dazu auch Unterstützungsangebote für sinnvoll halten würden (z.B. in Form von Informationen, Beratung, Fortbildung, Workshops.) Jeweils mehr als 50% der Befragten hielten Unterstützungsangebote in den Bereichen „Praxis- bzw. Klinikmanagement“ sowie „Umgang mit Stress“ für sinnvoll, jeweils zwischen 40% und 50% in den Bereichen „Kommunikation mit nicht-ärztli-

chen Kooperationspartnern“, „mit Patienten“ und „mit ärztlichen Kollegen“, 31,0% konnten sich eine allgemeine Beratung bezüglich ihres Ergebnisberichts und Möglichkeiten des weiteren Vorgehens vorstellen, und 19,5% würden sich im Bereich „medizinische Fachkenntnisse“ noch weiter fortbilden wollen (Tab. 9).

Eine Teilnehmerin begründete ihr Interesse an Unterstützungsangeboten mit dem Hinweis: „Kommunikationsdefizite führen zu Missverständnissen, dies führt zu Ärger, dies führt zu verlorener Zeit, dies führt zu Unzufriedenheit, dies führt zu Kommunikationsbedarf: (Deshalb sind) Workshops und Seminare wichtig.“

Einige Teilnehmer berichteten von sich aus von durchgeführten oder geplanten Aktivitäten:

- „Habe die Ergebnisse mit der Pflegeleitung diskutiert. So haben wir den Test zum Anlass genommen, die Erwartungen zwischen leitendem Arzt und Stationsleitung zu evaluieren.“ (Leitender Arzt).
- „Aufgrund meiner Ergebnisse haben wir eine abteilungsinternen Workshop mit professionellem Kommunikationstrainer organisiert.“ (Leitender Arzt).
- „Die Fragezeichen (Markierung für besonders kritische Rückmeldungen, d. Verf.) geben Anlass zu Rückfragen bei Patienten und Zuweisern.“ (Niedergelassener Arzt).
- „Wir wissen jetzt, wo weiteres Optimierungspotenzial steckt!“ (Niedergelassener Arzt).

### Diskussion

Die Ergebnisse der Nachbefragung der teilnehmenden Chirurgen weisen darauf hin, dass CQS als Verfahren zur kontinuierlichen Professionellen Entwicklung tatsächlich etwas im gewünschten Sinne bewirkt hat: Die Befragungsergebnisse stießen bei den Evaluationsteilnehmern auf großes Interesse, sie regten zu weiteren Aktivitäten und zur Kommunikation mit den von ihnen Befragten an, und es wurden Wünsche nach Unterstützung bezüglich der Auswahl und Durchführung weiterer Maßnahmen zur Professionellen Entwicklung geäußert.

Eine gezielte Befragung der Teilnehmer zu einem späteren Zeitpunkt könnte noch einmal Aufschluss darüber geben, welche Effekte das Verfahren langfristig hatte. Einer Nachbefragung im Rahmen des kanadischen „Physician Achievement Review“ zufolge hatten 27% der teilnehmenden Chirurgen aufgrund ihrer Befragungsergebnisse bezüglich ihres beruflichen Handelns bereits Veränderungen vorgenommen, 71% hatten Veränderungen in Erwägung gezogen (15).

Die Ergebnisse der Evaluation weisen darauf hin, dass CQS von niedergelassenen Ärzten und Ärzten in leitender Position etwas



positiver aufgenommen wurde als von Oberärzten und Assistenzärzten, und dass Assistenzärzte und leitende Ärzte durchschnittlich unzufriedener mit ihren Ergebnissen waren. Leitende und niedergelassene Ärzte berichten davon, dass sie aufgrund der Befragungsergebnisse einen Workshop oder eine Teambesprechung organisiert haben. Entsprechende Aktivitäten als Reaktion auf die Befragungsergebnisse sind insbesondere für Assistenzärzte aufgrund ihrer Position vermutlich schwerer umzusetzen. Auch stehen sie wegen ihrer geringeren Berufserfahrung kritischen Rückmeldungen möglicherweise hilfloser gegenüber und empfinden Kritik eher als Entmutigung denn als Ermutigung zu Aktivitäten. Die Ergebnisse von Assistenzärzten können darüber hinaus sicher nur begrenzt mit denen von leitenden Ärzten verglichen werden. Dennoch hielten einzelne Assistenzärzte und Oberärzte das Verfahren für sinnvoll. Langfristig sollte jedoch überlegt werden, in welcher Form bei der Durchführung der Befragungen und der Auswertung der Ergebnisse die Unterschiedlichkeit der beruflichen Situationen angemessen berücksichtigt werden kann.

Einige Teilnehmer befürchteten eine Verzerrung der Ergebnisse, weil die zu Befragenden von den zu bewertenden Chirurgen und Chirurgen selbst ausgewählt wurden. Einer Untersuchung von Ramsey et al. (1993) zufolge hatte die Auswahl der zu Befragenden durch den zu bewertenden Arzt selbst im Vergleich zur Auswahl durch eine andere Person kaum Einfluss auf die Befragungsergebnisse (13). Vielleicht wird die Möglichkeit der Einflussnahme auf Befragungsergebnisse durch gezielte Auswahl der Befragten überschätzt. In Deutschland soll CQS freiwillig durchgeführt werden und ausschließlich der Selbstreflexion dienen, es findet keine Überprüfung der individuellen Ergebnisse durch die Berufsverbände statt. Die gezielte Auswahl von Personen, von denen besonders positive Ergebnisse erwartet werden, eine Einflussnahme auf die befragten Personen oder eine Manipulation der Ergebnisse durch den zu bewertenden Chirurgen machen vor diesem Hintergrund wenig Sinn. Möglicherweise haben Ärzte auch Interesse an der Befragung bestimmter Kooperationspartner, mit denen sie besonders eng zusammenarbeiten, oder auch gerade an der Befragung solcher Personen, mit denen die Zusammenarbeit weniger gut funktioniert, um etwas über mögliche Ursachen hierfür zu erfahren. Diese Auswahl können nur sie selbst treffen. Ärzten, die ihren Einfluss auf die Auswahl der zu Befragenden bewußt minimieren möchten, könnten Hinweise gegeben werden, wie dies zu bewerkstelligen ist – z. B. durch eine Auswahl aus allen in Frage kommenden Personen per Losverfahren oder die Delegation der Auswahl und der Aushandigung der Fragebögen an eine andere Person.

Theoretisches Wissen und handwerklich-technische Fertigkeiten können mit CQS nur indirekt, aus der Sicht Anderer erfasst werden. Andere Verfahren zur Förderung der entsprechenden Fähigkeiten sollten hier ergänzend eingesetzt werden. Mit CQS werden

jedoch Aspekte angesprochen, die anders als aus der subjektiven Sicht anderer Personen kaum zu bewerten, aber dennoch für eine professionelle Berufsausübung und eine gute, sichere Patientenversorgung von Bedeutung sind. Die Ergebnisse sollen zur Reflexion und zur Kommunikation sowie zu weiteren Aktivitäten im Sinne einer gezielten professionellen Entwicklung anregen. Die hier vorliegenden Evaluationsergebnisse weisen darauf hin, dass das Instrument tatsächlich in der gewünschten Weise wirken kann.

Es liegt nahe, dass eine Bewertung der eigenen Person bzw. des eigenen beruflichen Handelns durch Andere auch Fragen und Zweifel aufwirft. Die zu Bewertenden müssen mit kritischen Rückmeldungen rechnen – im Prinzip sind ja gerade diese sinnvoll – und müssen ggf. damit umgehen, was nicht immer einfach ist. Nachbefragungen im Rahmen von „360-Verfahren“ weisen darauf hin, dass Teilnehmer, die kritische Rückmeldungen erhalten, dazu neigen, das Verfahren negativ zu bewerten und die Aussagekraft der Ergebnisse in Frage zu stellen (1), sich durch die anonyme Kritik verletzt fühlen oder das Verfahren als bedrohlich empfinden können (11). Die Evaluation von CQS erfolgte anonym, so dass ein Zusammenhang zwischen den Bewertungen, die die Teilnehmer erhalten haben und der Frage, für wie sinnvoll sie das Verfahren halten, nicht untersucht werden kann. Die Rückmeldungen einzelner Teilnehmer weisen, jedoch darauf hin, dass gerade auch mit kritischen Rückmeldungen sehr kreativ umgegangen wurde. Es sollte jedoch deutlich gemacht werden, dass CQS weder eine Bewertung der chirurgischen Kompetenzen schlechthin noch eine Bewertung der Person insgesamt darstellt, sondern eine Rückmeldung der Sichtweise Anderer bezüglich ausgewählter Aspekte des beruflichen Handelns ist. Es sollten Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, die einen aktiven Umgang mit den Befragungsergebnissen ermöglichen und fördern.

## Schlussfolgerungen für die Praxis

Die Mehrheit der Befragten erachtete CQS für sinnvoll, einige Teilnehmer wünschten von sich aus eine wiederholte Durchführung zu einem späteren Zeitpunkt. Weitere Erfahrungen mit CQS sollen zeigen, welchen Nutzen das Instrument langfristig bringt, wie es weiter optimiert und in welcher Form es am sinnvollsten eingesetzt werden kann. Dabei wird auch noch einmal abzuwägen sein, in welcher Form das Verfahren der jeweiligen Situation in unterschiedlichen beruflichen Positionen am besten gerecht wird. Die Teilnehmer werden in Zukunft, u. a. über eine Website, Informationen wie z. B. Hinweise auf Fortbildungsmöglichkeiten erhalten, die es ihnen erleichtern sollen, aus den Befragungsergebnissen praktische Schlussfolgerungen zu ziehen. Darüber hinaus ist für die Teilnahme an CQS die Verleihung eines Zertifikats sowie die Vergabe von Fortbildungspunkten geplant.