

Erfahrungen mit Methoden der systematischen Kompetenzdarlegung und Rezertifizierung in der Medizin in Kanada

Chancen für Deutschland

Rezertifizierung von Ärzten nach angelsächsischem Vorbild“ forderte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) im Frühjahr 2001 [1]. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) rief eine Arbeitsgruppe Rezertifizierung von Ärzten ins Leben und fasste auf Grundlage des Berichts dieser Arbeitsgruppe im Jahr 2002 einen Beschluss, in dem sie den vom SVR nicht näher definierten Begriff „Rezertifizierung“ mit „systematischer Kompetenzdarlegung“ präziser fasste [2]. Fortbildung wurde darin als notwendig bezeichnet, jedoch nicht hinreichend für kompetentes ärztliches Handeln. Diese Absage an traditionelle Fortbildungskonzepte als alleinige Methode ärztlicher Kompetenzerhaltung verband die GMK mit der Aufforderung an die ärztliche Selbstverwaltung, geeignete Methoden „zur regelmäßigen Darlegung der ärztlichen Kompetenz in der Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung zu etablieren“.

Erfahrungen mit unterschiedlichen Formen der Rezertifizierung liegen u. a. aus den USA, Australien, Neuseeland und Kanada vor. Unterschiede finden sich in der Namensgebung, der Zielrichtung, im Träger, in den Methoden, in der Verbindlichkeit und in den Konsequenzen bei schlechtem Ergebnis. In den kanadischen Provinzen Ontario und Alberta hat sich die ärztliche Selbstverwaltung frühzeitig der Entwicklung von Methoden zur Qualitätsdarlegung zugewandt. Ontario verfügt bereits über 25 Jahre Erfahrung in der systematischen Beurteilung ärztlicher Kompetenz

durch ein Peer-Assessment-Verfahren. Alberta hat sich hingegen für ein Multisource-Feedback-Instrument entschieden, das seit 1999 eingesetzt wird.

Die Verpflichtung zur Fortbildung ist in Deutschland traditionell ein Bestandteil der ärztlichen Berufsordnung. Die Bundesärztekammer bezeichnet Fortbildung als notwendig für die Erhaltung und die Entwicklung der erforderlichen Fachkenntnisse und als Instrument der Qualitätssicherung. Das wichtigste Ziel von Fortbildung sei die Verbesserung ärztlichen Handelns [3]. Die Ärztekammern haben diese programmatische Äußerung jedoch in kein stringentes, nach außen hin überzeugendes Fortbildungssystem umgesetzt. Vielmehr stand die Fortbildungspflicht bis Ende 2003 nur auf dem Papier, die Nichterfüllung blieb genauso wie die Erfüllung ohne Folgen. Die Politik hat mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eine Konkretisierung

der Fortbildungspflicht angeordnet. Darauf haben die Ärztekammern ein auf Teilnahme an Fortbildungsaktivitäten bauendes Konzept installiert. Dieses Konzept bietet Chancen für die Verbesserung der Qualität, Effektivität und Differenzierung der Fortbildungsaktivitäten [3]. Bezogen auf den Zielparame- ter „Verbesserung ärztlichen Handelns“ ist ein auf Sammeln von Fortbildungspunkten gründendes Konzept als alleinige Maßnahme aber unzureichend, was sowohl empirische Studien [4, 5, 6] als auch Erkenntnisse der Gehirnforschung und der Lerntheorie [7] sowie der Psychologie [8] überzeugend und konsistent belegen.

Zufrieden stellen kann ein Fortbildungskonzept erst, wenn es Teil eines umfassenden Konzeptes der Qualitätsentwicklung und des Patientenschutzes ist. Antworten müssen auf folgende Sachverhalte und Anforderungen gefunden werden:

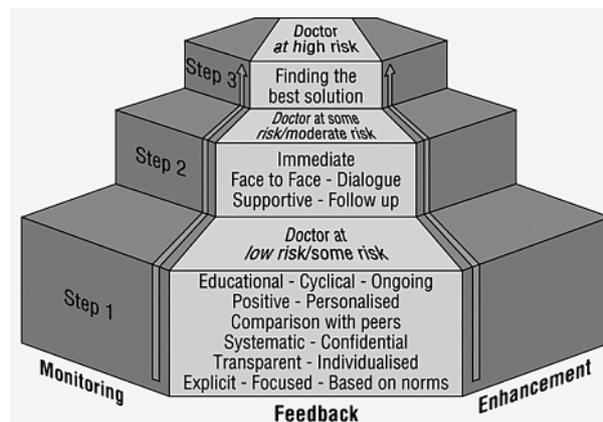


Abb. 1 ◀ **Stufenmodell des Medical Council of Canada zur Erhaltung und Verbesserung der beruflichen Leistung [22]**

- Die vorherrschenden traditionellen Fortbildungsformen wie Vortragsveranstaltungen und Lektüre von Fachliteratur sind wenig geeignet, ärztliches Handeln zu verbessern [4, 5, 6, 9].
- Ärztliche Kompetenz und die Qualität ärztlichen Handelns lassen im Verlaufe des Berufslebens nach [10, 11, 12]. Dies wurde zuletzt in einer systematischen Übersichtsarbeit für die Bereiche Wissen, Befolgen gesicherter Standards in Diagnostik und Therapie und Behandlungsergebnisse aufgezeigt [13].
- Über-, Unter- und Fehlversorgung und das Abweichen von gesicherten medizinischen Standards sind weit verbreitet [2, 14]. Dies bedeutet für Patienten eine suboptimale bis gefährliche Behandlung.
- Die Befriedigung der kommunikativen, kognitiven und emotionalen und auf Partizipation gerichteten Bedürfnisse der Patienten ist häufig unzureichend [15, 16].
- Der Transfer gesicherten Wissens in die Praxis (evidence into practice) dauert unverhältnismäßig lange [17].
- Ausgehend von der Annahme, dass die Qualität der Gesamtheit der Ärzte einer Normalverteilung folgt, ist diese Kurve so weit wie möglich zu verschlanken und in Bereiche höherer Qualität zu verschieben.
- Patienten müssen vor Ärzten mit fachlichen, gesundheitlichen und charakterlichen Problemen geschützt werden [18].

Diese Problembereiche erfordern Konzepte, die auf externe Überprüfung und Edukation aller Ärzte bauen. Im europäischen Raum hat sich die European Federation of Internal Medicine im Medical Professionalism Project diesen und anderen Qualitätsfragen programmatisch in der Physician's Charter geöffnet [19]. In Deutschland haben bislang einzelne Berufsverbände die Notwendigkeit der externen Überprüfung der Kompetenz und des beruflichen Handelns ihrer Mitglieder erkannt. Erste Erfahrungen sind hoffnungsvoll [20]. Die Erfahrungen in Kanada bieten zahlreiche Anregungen für die Entwicklung von Konzepten und Methoden systematischer ärztlicher Kompetenzdarlegung.

Das kanadische Dreistufenmodell

Administrativ ist die Aufgabe der Erteilung der Erlaubnis zur Berufsausübung (licensure) sowie ggf. der Entzug dieser Erlaubnis den Provinzen und Territorien zugeordnet. Die damit beauftragten Organe der Selbstverwaltung tragen zu meist die Bezeichnung College of Physicians and Surgeons. Der nationale Zusammenschluss dieser Einrichtungen ist die Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada (FMRAC) (<http://www.fmrac.ca>). Im Jahr 1993 wurde die FMRAC initiativ und entwickelte in einer Serie von 3 Konferenzen (den sog. „Aylmer-Konferenzen“, benannt nach dem Ort, in dem die ersten 3 Treffen stattfanden) ein Konzept für ein Assessment aller Ärzte. Dieses Konzept erhielt die Bezeichnung „Model for the Maintenance and Enhancement of Professional Performance“ (MEPP: Modell zur Erhaltung und Verbesserung der beruflichen Performance) [21, 22]. Explizites Ziel war die Sicherstellung eines angemessenen Niveaus der Berufsausübung nicht nur für den Berufseinstieg, sondern für das gesamte Berufsleben. Beteiligt waren der Medical Council of Canada (zuständig für die landeseinheitlichen Staats-examina), die Canadian Medical Association (ärztlicher Berufsverband) und die ärztlichen Fachgesellschaften. Das Konzept baut auf ein gestuftes Verfahren externer Überprüfungen (■ **Abb. 1**).

Die erste Stufe besteht aus einem breiten Screening aller berufstätigen Ärzte in regelmäßigen Intervallen mit dem Ziel, auffällige Ärzte zu erkennen. Spezifische Methoden werden nicht vorgegeben. Das Multisource-Feedback-Instrument des College of Physicians and Surgeons of Alberta (CPSA), das weiter unten vorgestellt wird, kann als ein solches Screening-Instrument betrachtet werden.

Relevante Auffälligkeiten im Screening führen zu einem Assessment auf der zweiten Stufe. Dieses Assessment ist intensiver und tiefer gehend und findet in der spezifischen Arbeitsumgebung des Arztes statt. Das Peer Assessment des College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO), das ebenfalls weiter unten beschrieben wird, ist eine derartige Methode. Das Peer Assessment ähnelt europäischen Konzepten, wie dem holländischen Visitatje-Mo-

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch -
Gesundheitsschutz 2006 · 49:418–425
DOI 10.1007/s00103-006-1250-7
© Springer Medizin Verlag 2006

D. Klemperer

Erfahrungen mit Methoden der systematischen Kompetenzdarlegung und Rezertifizierung in der Medizin in Kanada. Chancen für Deutschland

Zusammenfassung

Rezertifizierung und systematische Kompetenzdarlegung sind Bestandteile einer entwickelten medizinischen Qualitätskultur. Kanada verfügt über einen Erfahrungsschatz in der Entwicklung und Anwendung von Assessmentmethoden, von dem Deutschland profitieren kann. Im Folgenden wird das 3-stufige kanadische Assessmentsystem und seine Umsetzung in den Provinzen Ontario und Alberta dargestellt.

Schlüsselwörter

Rezertifizierung · Revalidation · Systematische Kompetenzdarlegung · Qualitätsentwicklung · Qualitätskultur

The Canadian experience with methods of systematic assessment of performance and revalidation in medicine. Chances for Germany

Abstract

Recertification and systematic assessment of performance are components of well-developed medical quality culture. Canada has accumulated a wealth of experience in the development and application of methods of assessment. Germany can learn from the Canadian experience. In this article the Canadian three-step approach to assessment is introduced as well as the experience of its implementation in the provinces of Ontario and Alberta.

Keywords

Recertification · Revalidation · Quality development · Quality culture

dell und dem Europäischen Praxisassessment (<http://www.europaeisches-praxisassessment.de>).

Die dritte Stufe besteht aus einem detaillierten, mehrere Tage dauernden Assessment von kognitivem Wissen, Fertigkeiten, Haltungen und Aspekten der seelischen Gesundheit mit standardisierten und validierten Methoden. Das CPSO setzt dafür das Physician Review Program für Allgemeinärzte und das Specialties Assessment Program für Fachärzte ein. Mit der Durchführung ist eine universitäre Einrichtung beauftragt. In Ontario durchlaufen etwa 2% aller Ärzte ein Assessment der Stufe 3.

MEPP stellt den Rahmen dar, den die einzelnen Provinzen und Territorien in jeweils eigener Verantwortung ausfüllen. Die somit bestehenden Freiheitsgrade fördern die Methodenvielfalt.

Verfahren des College of Physicians and Surgeons of Ontario

Bereits im April 1977 wurde am CPSO das Committee for Peer Assessment and Education gegründet [23]. Die Arbeit dieses Komitees gründete auf der Erkenntnis, dass der einmalige Nachweis der Qualifizierung für den Beruf nach Abschluss des Studiums und der Weiterbildung keine Gewähr für ausreichende Qualität über das gesamte Berufsleben gibt. Zu dieser Aufgabe – Erhaltung und kontinuierliche Weiterentwicklung der ärztlichen Kompetenz und Performance – bekannte sich die Selbstverwaltung ausdrücklich. Das Komitee richtete daher von Anfang an sein Augenmerk auf die Erhaltung, die Weiterentwicklung und die systematische Erfassung und Darlegung der Kompetenz der Qualität ärztlichen Handelns. Drei methodologische Optionen wurden im Komitee diskutiert:

- periodische Wiederholungsprüfungen,
- Pflichtfortbildung und
- Kollegenbeurteilung (Peer Review).

Staatsexamensähnliche Wiederholungsprüfungen und Pflichtfortbildung wurden verworfen, weil beide Methoden keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Berufsausübung (performance) erlauben. Peer Review stellte in den Augen des Komitees die einzige unter den 3 Methoden

dar, die eine Beurteilung des tatsächlichen ärztlichen Handelns erlaubt. Zwei Pilotprogramme Ende der 1970er-Jahre führten zur Entwicklung des Peer Assessment Program (Kollegen-Beurteilungsprogramm) mit folgenden Zielen:

- Ärzte erkennen, die auf einem inakzeptablen Niveau arbeiten,
- Methoden entwickeln, um erkannte Defizite zu korrigieren, und
- sicherstellen, dass diese Methoden effektiv sind [23].

Seit 1981 wird das Peer Assessment Program routinemäßig durchgeführt. Bezogen auf das MEPP-Konzept handelt es sich um eine Methode der zweiten Stufe. Durch das Gesetz über die Gesundheitsberufe (Regulated Health Professions Act <http://www.hprac.org/english/legislation.asp>), das zum 31.12.1993 in Kraft trat, ist das CPSO auf ein Qualitätssicherungsprogramm mit weitgehenden Zielen verpflichtet [24]. In Abschnitt 8 wird die Selbstverwaltung dazu verpflichtet, Programme mit folgenden Zielsetzungen zu entwickeln:

- maintain and improve the competence of individual members,
- raise the collective performance of the profession by focusing on improved patient/client outcomes; and
- identify and provide ways of dealing with members who are incompetent.

Das CPSO entwickelt derzeit sein Konzept zu einem System der Revalidation weiter, um diese Vorgaben noch besser zu erfüllen. Revalidation wird vom CPSO folgendermaßen definiert: „Revalidation is a coordinated system of education and assessment that will give physicians insight and information about their practices and their performance throughout their medical careers. The purpose of revalidation is continuous improvement that strengthens the accountability of the profession to the public“ [25].

Die ersten beiden Anforderungen – Erhaltung und Verbesserung der Kompetenz der individuellen Ärzte sowie Verbesserung der kollektiven Kompetenz der Ärzte – sollen mit folgenden 3 Elementen erfüllt werden:

1. Commitment to Competence: ein edukatives Element auf Grundlage ei-

ner kontinuierlichen, individualisierten, auf die Berufspraxis gründenden Fortbildung. Ein Multisource-Feedback von Patienten, Kollegen und Mitarbeitern dient der Selbstreflexion und Entwicklung des persönlichen Fortbildungsplanes. Die Teilnahme ist verpflichtend, Kriterien für Bestehen bzw. Nichtbestehen sind nicht vorgesehen.

2. Demonstration of Competence: entspricht dem Peer Assessment (s. unten) bei einer Zufallsauswahl von Ärzten.

3. Proof of Competence: entsprechend dem Physician Review Program bzw. dem Specialties Assessment Program (s. unten), einem sehr gründlichen Assessment für Ärzte, die im Peer Assessment schlechte Ergebnisse erzielt haben.

Eine besondere Herausforderung stellt der Nachweis der Verbesserung der kollektiven ärztlichen Qualität dar. Als Kriterien kommen Patientenergebnisse wie Blutdruckkontrollen, Häufigkeit von Herzinfarkt und Schlaganfall, Erfolgsquoten bei der Raucherentwöhnung oder auch der Vergleich der Ergebnisse des Peer Assessment vor und nach Einführung der Revalidation infrage [26].

Der dritten Anforderung – Identifikation von und Umgang mit inkompetenten Ärzten – dient das Peer Assessment von jährlich 700 Ärzten sowie die Untersuchung der mehreren Tausend Beschwerden pro Jahr durch das Beschwerdekomitee. Ergeben sich dabei Hinweise auf Kompetenzprobleme, wird das Qualitätssicherungskomitee eingeschaltet, das dann zumeist ein Peer Assessment veranlasst. Auch sind Ärzte gesetzlich dazu verpflichtet, Kollegen zu melden, von denen sie wissen, dass sie Patienten sexuell missbrauchen oder die aus anderen Gründen unfähig für den Beruf sind, wie z. B. Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Drogen [26].

Peer Assessment

Peer Assessment bedeutet Assessment durch einen Kollegen [27, 28]. Ist ein Arzt für das Assessment 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 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 Interessenskonflikt vorliegt. Hauptteil des Peer Assessment ist ein Besuch am Arbeitsplatz, der etwa 3 Stunden beansprucht. Dieser umfasst ein einleitendes Gespräch, die Begehung der Praxis bzw. des Arbeitsplatzes, die Durchsicht einer Zufallsstichprobe von 25–30 Patientenakten sowie ein abschließendes Gespräch über die Beobachtungen des Assessors. Die Anforderungen an die Dokumentation in den Krankenakten sind in Kanada verbindlich geregelt. Sie sind umfassend und zielen darauf, alle Aspekte der Behandlung eines Patienten für eine dritte Person, die den Patienten nicht kennt, nachvollziehbar zu machen [29]. Die Überprüfung und Evaluation der Krankenakten wird daher als ein geeigneter Ausgangspunkt zur Beurteilung der Performance betrachtet und stellt die Hauptkomponente des Assessments 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 10 praktizierenden Ärzten und 4 Mitgliedern der Öffentlichkeit, bewertet die Leistung des Arztes aufgrund der Unterlagen als:

- vollständig in Ordnung,
- in Ordnung mit kleineren Mängeln,
- Versorgung in Ordnung, aber Krankenakten unzulänglich,
- Krankenakten unzulänglich, Versorgung nicht beurteilbar,
- gravierende Bedenken.

Der geprüfte Arzt erhält den vollständigen Prüfbericht und alle Prüfungsunterlagen des Peer Assessments. Für Bereiche, in denen Verbesserungen erforderlich sind, erhält er zusätzlich konkrete Empfehlungen für die Weiterentwicklung.

Das weitere Vorgehen wird jedem einzelnen Fall angepasst. Das übergeordnete Ziel

ist stets 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, 3–4 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 Fällen wird dann eine genauere Abklärung durch ein weitergehendes Assessment erfolgen. Bei Allgemeinärzten kommt das Physician Review Program zur Anwendung, bei Fachärzten das Specialties Assessment Program. Ersteres soll hier umrissen werden.

Physician Review Program für Allgemeinärzte

Das Physician Review Program (PREP) wurde 1987 vom CPSO in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät der McMaster University entwickelt [30]. 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). Verschiedene Methoden werden für das Assessment eingesetzt (so z. B. Chart stimulated recall, standardisierte Patienten und Multiple-Choice-Fragen). Chart stimulated recall ist eine Form des Interviews, in dem die Krankenakte als Erinnerungshilfe benutzt wird. Auch hier erhält das Qualitäts-

sicherungskomitee einen Bericht mit einer Bewertung und Zuordnung zu einer von 5 Kategorien („keine oder minimale Mängel“ bis „kritische Mängel – unmittelbares Risiko für die Patientensicherheit“) und ggf. Vorschläge zur Abhilfe bei Defiziten. In einem Gespräch zwischen dem geprüften Arzt und dem 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 Assessments erfolgt 9–12 Monate nach Erfüllung der Auflagen. Die Hälfte der Nachgeprüften erzielt dabei zufrieden stellende 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 unten dargestellten disziplinarischen Prozeduren des CPSO zugeführt.

Disziplinarmaßnahmen

Das Qualitätssicherungsprogramm des CPSO hat eine explizit edukative Ausrichtung. Das Ziel besteht nicht in der Bestrafung von Ärzten, die Defizite aufweisen. Alle Vorgehensweisen sind vielmehr darauf ausgerichtet, den Arzt darin zu unterstützen, etwaige Qualitätsdefizite auszugleichen, selbst 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 die Berufstätigkeit freiwillig auf. Nur gegen die dann noch verbleibenden Ärzte werden disziplinarische Maßnahmen ergriffen. Erst an dieser Stelle wird das Disziplinarkomitee eingeschaltet, das die Haltung und das Verhalten des Arztes als berufliches Fehlverhalten klassifiziert, und von den Sanktionsmöglichkeiten Gebrauch gemacht. Diese reichen von der Einschränkung der Berufszulassung und der Erteilung von Auflagen über den vorübergehenden bis zum endgültigen Entzug der Berufszulassung.

Ergebnisse des Peer Assessment

In den 25 Jahren seines Bestehens hat das Peer Assessment einen umfangreichen Be-

stand an Daten und Ergebnissen hervorgebracht. Auf Basis dieser Daten wurde es unter verschiedenen Gesichtspunkten ausgewertet und evaluiert. Von Beginn an stieß das Assessment bei den geprüften Ärzten auf hohe Akzeptanz. Die zwischen Januar und Oktober 2001 geprüften Ärzte bewerteten dieses wie folgt [31]:

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

Das Peer-Assessment-Programm wurde mehrfach evaluiert [32, 33, 34, 35, 36]. Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild:

- 85–90% der geprüften Ärzte liegen im „grünen Bereich“ – ihr berufliches Handeln wird als sicher bewertet.
- 10–15% der Ärzte zeigen Ergebnisse mit kleineren oder größeren Mängeln. Diese Ärzte werden eingehender geprüft, erhalten Vorschläge zur Behebung der Defizite und werden erneut geprüft.
- Ärzte, die in der Erstprüfung schlecht abschnitten, zeigten in der Zweitprüfung mehrheitlich nachhaltige Verbesserungen. Im Durchschnitt zeigen sie bessere Ergebnisse als erstmalig Geprüfte.
- Einige wenige der schlecht bewerteten Ärzte sind nicht in der Lage oder nicht motiviert, ihre Defizite zu beheben. Hier kommen disziplinarische Mittel zur Anwendung.
- Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil von Ärzten mit Defiziten im Assessment.
- 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, deren Leistungen als besorgniserregend eingestuft werden, steigt mit zunehmendem Lebensalter, und zwar bis auf 35% bei den über 75-jährigen noch praktizierenden Ärzten.
- Eine höhere Zahl an Fortbildungsstunden korreliert nicht mit einem guten

Ergebnis im Assessment. Fortbildungsaktivitäten stellen hier keinen Prädiktor für kompetente Berufsausübung dar.

- Die Ergebnisse des Assessments sind im Längsschnitt konstant: Die Verteilung der Ärzte auf die Kategorien ist über die Zeit stabil, der Anteil der als gut bewerteten Ärzte hat sich nicht erhöht. Eine globale Verbesserung der ärztlichen Qualität wurde also nicht beobachtet.

Das Peer Assessment als eine Methode der Stufe 2 im oben erläuterten MEPP-Konzept des MCC hat sich darin bewährt, einige Indikatoren der Performance von Ärzten zu untersuchen, dem Arzt ein direktes Feedback zu geben, die Selbstreflexion zu stimulieren und zur kontinuierlichen Fortbildung zu motivieren, die sich auf diese Reflexion gründet [37, 38]. Peer Assessment allein hat sich aber als ungeeignet erwiesen, die Qualität ärztlicher Berufsausübung insgesamt anzuheben. Dies ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass die jährliche Stichprobe klein ist (anfangs 1%, zuletzt 3%) und der qualitätssteigernde Effekt nicht auf Dauer anzuhalten scheint. Darüber hinaus zeigt das Peer Assessment offensichtlich keine Wirkung auf die Ärzte, die nicht geprüft werden. Das oben dargestellte Konzept der Revalidation setzt genau an diesen Punkten an.

Verfahren des College of Physicians and Surgeons of Alberta

Bezüglich der Stufen 2 und 3 des MEPP-Konzeptes verfügt das College of Physicians and Surgeons of Alberta (CPSA) über Instrumente, die denen des CPSO vergleichbar sind. Für die erste Stufe hat das CPSA ein spezifisches Instrument entwickelt, das international beachtet wird. Das zugrunde liegende Konzept wird als „Physician Achievement Review Program“ (PAR) bezeichnet. Den Kern bildet ein Multisource Feedback (MSF).

MSF (Synonym: 360 Grad Feedback) ist ein Befragungsinstrument, das von der Industrie zur Unterstützung von Personalentscheidungen und zur Qualitätssteigerung entwickelt wurde. Es gilt als ein praktikables Instrument für das Assessment von Kompetenzen am Arbeitsplatz. Die zu beurteilende Person wird aus unterschiedlichen Perspek-

tiven betrachtet, z. B. aus der Perspektive von Personen auf der gleichen, der höheren und der niedrigeren Hierarchieebene. Dies soll ein umfassendes Bild der Performance ergeben. Die Fragebögen erfassen beobachtbares Verhalten, schriftliche und mündliche Kommunikationsfertigkeiten, Teamfähigkeit, kollegiale Interaktion und Problemlösungsfähigkeiten. Der Beurteilte erhält ein aggregiertes Feedback einschließlich der Darstellung seiner Ergebnisse in Relation zu den aggregierten Werten zuvor Beurteilter, z. B. Durchschnitt, obere/untere 10% [39].

Das CPSA setzte im Jahr 1995 eine Arbeitsgruppe zur Entwicklung einer Methode ein, die die Beurteilung der ärztlichen Performance ermöglichen sollte. Beteiligt waren die Universitäten von Calgary und Alberta, die Alberta Medical Association sowie Vertreter der Öffentlichkeit [40]. Ein Feedback von Patienten wurde für wesentlich erachtet, weil sich ein hoher Anteil der dem CPSA zugehenden Beschwerden auf die Arzt-Patient-Kommunikation bezogen. Eine detaillierte Beschreibung der Entwicklung des MSF-Instrumentes findet sich in [40].

Seit 1999 wird PAR zum routinemäßigen Assessment der Performance aller berufstätigen Ärzte in Alberta eingesetzt und stellt den Kern eines „systematischen, fortlaufenden, strukturierten Programms zur Bewertung ausgewählter Dimensionen ärztlicher Berufsausübung“ dar [41]. Explizites Ziel ist die Verbesserung der Performance auf Grundlage der Reflexion, die das strukturierte Feedback ermöglicht. Für PAR wurden folgende Dimensionen ärztlicher Praxis 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.

Das vollständige Set der Fragebögen ist im Internet einsehbar (<http://www.par-program.org/PAR-Inst.htm>). Die Ursprungsversion bezog sich auf Allgemeinärzte, modifizierte Fassungen wurden für Fachärzte generell sowie für Chirurgen und Anästhesisten entwickelt. Den Fragebögen liegen Aussagen zugrunde, über die der Adressat seinen Grad der Zustimmung bzw. Ablehnung auf einer 5-stufigen (Likert-)Skala (von „strongly disagree“ über „neutral“ bis „strongly agree“) mitteilt (■ **Abb. 2**).

Der Patientenfragebogen enthält 40 Aussagen, die auf ärztliche Kommunikation und ärztliches Verhalten fokussieren. Das abschließende Item 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 der Arzt zur Selbstbewertung ausfüllt, enthält die selben 31 Aussagen wie der Kollegenfragebogen, sodass hier ein Vergleich zwischen der externen und der eigenen Bewertung möglich ist. Der Fragebogen für nicht-ärztliche Mitarbeiter bzw. Kooperationspartner ist mit 17 Fragen kürzer gefasst.

In einer Pilotstudie mit 308 Ärzten erwiesen sich die PAR-Fragebögen als valide und reliabel [40]. Zwei Drittel der Teilnehmer gaben an, ihre medizinische Praxis aufgrund der PAR-Ergebnisse verändern zu wollen bzw. bereits verändert zu haben. Der diesbezüglich am häufigsten genannte Bereich war die Kommunikation mit den Patienten.

Die Prüfung vollzieht sich wie folgt: Der Arzt erhält ein Paket mit Fragebögen sowie mit Unterlagen, die das Verfahren erläutern. Er füllt den Bogen zur Selbstevaluation aus und verteilt Fragebögen an 25 Patienten, 8 Arztkollegen sowie 8 Angehörige nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe. Die nahe liegende Annahme, dass die Auswahl durch den Arzt selbst zu einer positiven Verzerrung der Ergebnisse führt, trifft nach bisherigen Erkenntnis-

4151193611

College of Physicians and Surgeons
Province of Alberta

Patient Questionnaire

PAR

Marking Instructions
Please indicate your answer by filling in the bubbles like this: ● not like ☉ or ☉. Thank you!

Interpretation of the Rating Scale
This form is used by a variety of patients, therefore, not all of the following items may be relevant to you. If any of these items are NOT relevant to you, mark these 'Unable to Assess'.

Indicate how much you agree with the statements on the left side of the page using the following scale.

	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree	Unable to Assess
	1	2	3	4	5	UA
Based on the MOST RECENT VISIT to your doctor:						
1. Your doctor explained your illness or injury to you thoroughly	○	○	○	○	○	○
2. Your doctor adequately explained your treatment choices	○	○	○	○	○	○
3. Your doctor clearly explained your problem and how to avoid it in the future	○	○	○	○	○	○
4. Your doctor explained when to return for follow-up care	○	○	○	○	○	○
If your doctor gave you a prescription for medicine:						
5. Your doctor clearly explained how and when to take your medicine	○	○	○	○	○	○
6. Your doctor told you of any side effects of the medicine	○	○	○	○	○	○
Based on ALL OF YOUR VISITS to your doctor's office, how do you feel about your doctor's attitude and behavior towards you? My doctor:						
7. Spends enough time with me	○	○	○	○	○	○
8. Shows interest in my problems	○	○	○	○	○	○
9. Asks details about my personal life, when appropriate	○	○	○	○	○	○
10. Answers my questions well	○	○	○	○	○	○
11. Examines me appropriately for my problems	○	○	○	○	○	○
12. Treats me with respect	○	○	○	○	○	○
13. Helps me with my fears and worries	○	○	○	○	○	○
14. Talks with me about treatment plans	○	○	○	○	○	○

Please turn over

G Page 1 of 2

Abb. 2 ▲ Physician Achievement Review – Patientenfragebogen, Seite 1 von 2

sen nicht zu [42]. Denkbar sind an dieser Stelle jedoch betrügerische Manipulationen in Form direkter Einflussnahmen auf die Personen, die zur Beurteilung ausgewählt werden. Dazu ist Folgendes anzumerken: PAR ist ein edukatives, für Zwecke der Qualitätsentwicklung entwickeltes Instrument. Im Rahmen einer modernen Qualitätskultur erhalten die Ärzte die Chance, Impulse zur Verbesserung ihrer Performance durch externes Feedback zu erhalten. Manipulationen, wenn sie auffallen, werden als Hinweis auf Qualitätsprobleme zu interpretieren sein und Anlass für ein vertieftes Assessment geben. Zur Sicherheit des Verfahrens trägt bei, dass sowohl die Ärzte im unteren als auch die Ärzte im oberen 10-Prozentbereich ein Assessment der Stufe 2 erhalten.

Die ausgefüllten Fragebögen werden direkt an eine unabhängige Einrichtung übermittelt, die die Daten auswertet und in eine Berichtsform bringt. Der Bericht umfasst Textanteile und Grafiken, aus denen ersichtlich wird, wie der Arzt im Vergleich zu anderen Ärzten seiner Fachgruppe abschneidet. Nur der Arzt selbst und das Physician Performance Committee des CPSA erhalten den Bericht. Die Vertraulichkeit der Informationen wird durch ein 1998 verabschiedetes Gesetz garantiert. Sie dürfen nicht für gerichtliche oder disziplinarische Zwecke verwendet werden. Ergibt der Bericht Hinweise auf Probleme, arbeitet das Komitee auf Basis einer Qualitätsverbesserungsperspektive 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 des PAR sollen auch zur Entwicklung spezifischer Fortbildungsinhalte und -methoden genutzt werden.

Seit 1999 ist jeder der 4700 Ärzte in der Provinz Alberta dazu verpflichtet, sich dem Verfahren in Abständen von 5 Jahren zu unterziehen. Die Namen von Ärzten mit schlechten oder unvollständigen Ergebnissen werden einem einzigen Mitglied des Survey Subcommittees mitgeteilt. Diese Person nimmt mit dem Arzt Kontakt auf, versucht die offenen Fragen zu klären und bespricht den Fall im Ausschuss in anonymisierter Form. Ggf. wird ein Peer Assessment (Peer Office Visit) angeordnet. Bis Anfang November 2003 haben 3743 Ärzte das PAR-Verfahren durchlaufen. Bei 112 Ärzten (3%) wurde ein Peer Office Visit für notwendig erachtet und bei nur sehr wenigen Ärzten ein grundlegendes Assessment der Stufe 3 [43].

Das PAR wurde mittlerweile von 2 weiteren kanadischen Provinzen übernommen (College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia <http://server1.kljsolutions.com/nspar/index.htm>) und College of Physicians and Surgeons of Ontario [25]) und dient als Grundlage für das Verfahren des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur Evaluation chirurgischer Kompetenzen (ECKO) [20]. Vom Medical Council of Canada haben die PAR-Entwickler im Jahr 2004 als Anerkennung den Outstanding Achievement Award erhalten (http://www.mcc.ca/english/news/press_release_2004_10_25_e.html).

Eine Vision für Deutschland

Das deutsche Fortbildungssystem ist auch in seiner erneuerten Form nicht dazu geeignet, die Qualität und Sicherheit ärztlicher Berufsausübung zu gewährleisten. Es handelt sich weiterhin um ein traditionelles CME-System, das mit seinen vorherrschenden

den Lehr-Lern-Formen auf den Erwerb kognitiven Wissens fokussiert, aber nicht die Erhaltung und die Verbesserung von Kompetenz und Performance sicherstellen kann [30] (Abb. 3). Darüber hinaus besteht kein Mechanismus, der die individuellen Lernbedürfnisse berücksichtigt – Ärzte neigen dazu, sich in den Gebieten fortzubilden, auf denen sie bereits kundig sind.

Die Verbesserung der Performance erfordert weiter gehende Konzepte der Fortbildung im Sinne eines Continuous Professional Development (CPD). CPD bezeichnet Konzepte selbst gesteuerten Lernens, die an den individuellen Lernbedürfnissen ansetzen, auf aktivierende Lernmethoden bauen und einen erweiterten Begriff ärztlicher Kompetenzen enthalten, der z. B. Fertigkeiten in Kommunikation, Wissenserwerb und Qualitätsentwicklung einschließt. Im Sinne einer sicheren, patientenorientierten, evidenzbasierten und auch wirtschaftlichen Medizin sollte die Ärzteschaft CPD auf die in Ontario bereits etablierten Ziele ausrichten, d. h.:

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

Die kanadischen Erfahrungen zeigen, dass es möglich ist, Indikatoren für die Qualität ärztlicher Performance zu definieren, diese zu messen und die Ergebnisse im Rahmen edukativer Konzepte zur individuellen Verbesserung zu nutzen. Die weitgehende Trennung edukativer von disziplinarischen Konzepten ist für die Akzeptanz

der Verfahren innerhalb der Ärzteschaft entscheidend. Die Ergebnisse der Assessmentverfahren dienen ausschließlich zur Qualitätsentwicklung und dürfen grundsätzlich nicht an andere Stellen weitergegeben werden. Disziplinarische Maßnahmen werden hingegen durch Beschwerden und Meldungen ausgelöst.

Den beschriebenen Methoden der systematischen Kompetenzdarlegung könnte auch in Deutschland die Funktion zukommen, den Erfolg der individuellen, institutionellen und kollektiven Bemühungen um die „Verbesserung ärztlichen Handelns“ [3] zu belegen und nach außen darzustellen. Das 3-stufige kanadische Konzept stellt derzeit weltweit die best practice dar. Dennoch ist Elwyn et al. [45] und Swiniarski [46] zuzustimmen, dass die Instrumente und Methoden kontinuierlich evaluiert, weiterentwickelt und verfeinert werden müssen.

Analog zu Kanada sollten sich die Ärztekammern als Garanten der Qualität ärztlicher Performance verstehen. Sie sollten Konzepte und Methoden entwickeln, die die individuelle und die kollektive ärztliche Qualität erfassen und verbessern. Den Fachgesellschaften könnte die Aufgabe zukommen, ihren Mitgliedern strukturierte Fortbildungsprogramme anzubieten, die an deren Lernerfordernissen ansetzen. Die erfolgreiche Erfüllung der Fortbildungspflicht im Rahmen individualisierter Fortbildungspläne sollte zu einem obligaten Bestandteil der Kompetenzdarlegung werden.

In welchem Ausmaß CPD und systematische Kompetenzdarlegung die medizinische Qualität insgesamt verbessern können, ist noch nicht bekannt. In jedem Fall bieten die geschilderten Konzepte eine Grundlage für die Befassung mit den unabweisbaren Fragen nach Beurteilung und Verantwortlichkeit (assessment and accountability) in

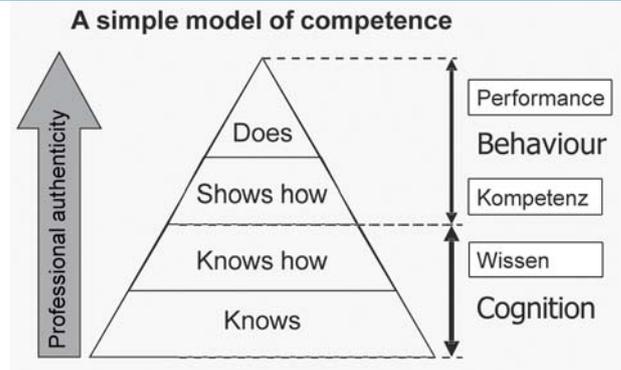


Abb. 3 Ein einfaches Modell von Kompetenz [30] (Modifikation Klemperer)

der Medizin, wie sie seit Ende der 1980er-Jahre von Politikern und Bürgern mit zunehmender Dringlichkeit gestellt werden [47].

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. D. Klemperer

Fachbereich Sozialwesen,
Fachhochschule Regensburg,
Seybothstraße 2, 93053 Regensburg
E-Mail: klemperer@klemperer.info

Danksagung

John Swiniarski vom College of Physicians and Surgeons of Alberta und Bill McCauley vom College of Physicians and Surgeons of Ontario danke ich für die geduldige und ausführliche Beantwortung aller meiner Fragen.

Literatur

1. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000–2001. Band III.1. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker. http://kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/SVR/SVR2001III1.pdf
2. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2002) Rezertifizierung oder systematische Darlegung der Kompetenzerhaltung im Gesundheitswesen. Beschluss der 75. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 20.6.2002, TOP 11.1. http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_75&id=75_11.1
3. Bundesärztekammer (2003) Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung. 2. Aufl. <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfdx/Empffortb.pdf>
4. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB (1995) Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 274: 700–705
5. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB (1995) No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Can Medical Association J* 153: 1423–1431
6. Klemperer D (2002) Schmerzärztegemeinschaft Bremen-Nord – eine Intervention zur Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität in einem Stadtteil am Beispiel der Schmerztherapie. *Gesundheitswesen* 64: 11–18. http://kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/P/2002SchmerzAg.pdf
7. Spitzer M (2002) Lernen. *Gehirnforschung und die Schule des Lebens*. Spektrum, Heidelberg Berlin
8. Gialdini RB (2004) Die Psychologie des Überzeugens. 3. korr. Aufl. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
9. Davis D, Evans M, Jadad A et al. (2003) The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. *BMJ* 327: 33–35
10. Norton PG, Faulkner D (1999) A longitudinal study of performance of physicians' office practices: data from the peer assessment program in Ontario, Canada. *Joint Commission J Quality Improvement* 25: 252–258
11. Ramsey PG, Carline JD, Inui TS et al. (1991) Changes over time in the knowledge base of practicing internists. *JAMA* 266: 1103–1107
12. Norcini JJ, Lipner RS, Benson JA Jr, Webster GD (1985) An analysis of the knowledge base of practicing internists as measured by the 1980 recertification examination. *Ann Intern Med* 102: 385–389
13. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB (2005) Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 142: 260–273
14. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America (2001) *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. National Academies Press, Washington, DC
15. Klemperer D, Rosenwirth M (2005) *Chartbook shared decision making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen*. 2. Aufl. Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh. <http://www.patient-im-mittelpunkt.de>
16. Schoen C, Osborn R, Huynh PT et al. (2005) Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Affairs Web Exclusive*, November 3
17. Shojania K, Grimshaw J (2005) Evidence-based quality improvement: the state of the science. *Health Affairs* 24: 138–150
18. <http://www.problemdoctors.de>
19. Medical Professionalism Project (2002) Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Lancet* 359: 520–522. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673602076845/fulltext> Deutsche Übersetzung: Köbberling J (2003) Charta zur ärztlichen Berufsethik. *ZaeFQsich* 97: 76–79
20. Betzler M (2006) Von der permanenten ärztlichen Fortbildung (CME) zur kontinuierlichen beruflichen Entwicklung (CPD). Das Beispiel der chirurgischen Fortbildung. *Bundesgesundheitsblatt* 49
21. Kaigas T (1995, 1996) Monitoring and enhancement of physician performance: a national initiative, Part I–III. College of Physicians and Surgeons of Ontario – Member's Dialogue. November 1995, March 1996, September/October 1996
22. Dauphinee WD (1999) Revalidation of doctors in Canada. *BMJ* 319: 1188–1190
23. College of Physicians and Surgeons of Ontario (1979) Report of the Committee on Peer Assessment and Education. Annual Report. July 1979, 21
24. Regulated Health Professions Act vom 31.12.1993. <http://www.hprac.org/english/legislation.asp>
25. College of Physicians and Surgeons of Ontario (2005) Questions and answers about revalidation. September 30. http://www.cpso.on.ca/Whats_New/RevalidQASept30_05.pdf
26. McCauley B (2005) Persönliche Mitteilung
27. Faulkner D (1998) Dear Doctor: you have been selected for assessment by the Peer Assessment Program. College of Physicians and Surgeons of Ontario – Members' Dialogue, July
28. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Peer Assessment. Website: http://www.cpso.on.ca/Info_physicians/peer2.htm
29. College of Physicians and Surgeons of Ontario (2005) A guide to current medical record-keeping practices. Revised: April. http://www.cpso.on.ca/Publications/medrec_ap05.pdf
30. Klemperer D (2002) Die Öffentlichkeit schützen und den Berufsstand anleiten – Kompetenzerhaltung, Fortbildung und Rezertifizierung von Ärzten in Kanada. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P02-203, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin. http://www.wz-berlin.de/ars/ph/abstracts/2003/sp_i_2003-302.de.htm
31. College of Physicians and Surgeons of Ontario (2001) Quality Assurance Committee. Annual Report to Council November 22 & 23. Internes Papier, unveröffentlicht
32. 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
33. McCauley RG, Paul WM, Morrison GH et al. (1990) Peer Assessment Program 1981–1985. *Can Med Assoc J* 143: 1193–1199
34. 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: 1739–1744
35. Norton PG, Dunn EV, Beckett R, Faulkner D (1998) Long-term follow-up in the Peer Assessment Program. *Joint Commission J Quality Improvement* 24: 334–341
36. Norton PG, Faulkner D (1999) A longitudinal study of performance of physicians' office practices: data from the Peer Assessment Program in Ontario, Canada. *Joint Commission J Quality Improvement* 25: 252–258
37. Shulman S, Gamble B (2002) A complementary approach to Peer Assessment. College of Physicians and Surgeons of Ontario – Member's Dialogue. January/February
38. Bond G (1999) Monitoring and enhancing physician performance. College of Physicians and Surgeons of Ontario – Member's Dialogue, November/December
39. Lockyer J (2003) Multisource feedback in the assessment of physician competencies. *J Contin Educ Health Prof* 23: 2–10
40. Hall W, Violato C, Lewkonja R et al. (1999) Assessment of physician performance in Alberta: the Physician Achievement Review. *CMAJ* 161: 52–57. <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/161/1/52>
41. Kazandjian VA (1999) Power to the people: taking the assessment of physician performance outside the profession. *CMAJ* 161: 44–45. <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/161/1/44>
42. Ramsey PG, Wenrich MD, Carline JD et al. (1993) Use of peer ratings to evaluate physician performance. *JAMA* 269: 1655–1662
43. Swiniarski J (2005) Persönliche Mitteilung
44. Miller GE (1990) The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine (Supplement)* 65: S63–S67
45. Elwyn G, Lewis M, Evans R, Hutchings H (2005) Using a „peer assessment questionnaire“ in primary medical care. *Br J Gen Practice* 55: 690–695
46. Swiniarski J (2005) Persönliche Mitteilung
47. Relman AS (1988) Assessment and accountability: the third revolution in medical care. *N Engl J Med* 319: 1220–1222