

Peer-Review-Verfahren in der Pathologie

Zehn Jahre Erfahrungen im Freistaat Sachsen

M. Eberlein-Gonska¹, Gustavo Baretton¹, Jörg-Olaf Habeck²

Zusammenfassung

Die Bedeutung des Peer-Review-Verfahrens wurde bereits 1991 im Positionspapier der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Pathologie herausgestellt. Hieraus entwickelte sich die Initiative sächsischer Pathologen, dieses Instrument der Qualitätssicherung im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer einzuführen. Seit dem 14. Mai 1999 haben sich 17 Institute und Gemeinschaftspraxen für Pathologie und Zytologie zur Ausübung einer interinstitutionellen Qualitätskontrolle auf freiwilliger Basis zusammengeschlossen. Ziel ist die Verbesserung der Prozess- und insbesondere der Ergebnisqualität mittels einer gegenseitigen Qualitätsbeurteilung (Stichprobenfallanalyse) durch Fachkollegen anhand definierter Kri-

terien. Eine positive Bewertung führt zur Empfehlung der Ausstellung eines Zertifikates seitens der Sächsischen Landesärztekammer.

Insgesamt fanden von 1999 bis 2011 56 Peer-Review-Verfahren statt. Die Verbesserungspotentiale betreffen insbesondere die zum Teil immer noch in Anwendung befindliche „Küchenpathologie“ (zum Beispiel kirsch- oder erbsgroß etc.) bei der makroskopischen Beschreibung, die Qualität der histologischen Beschreibung mit teilweise unzureichender Nomenklatur, die Qualität der Tumorklassifikation und immunhistologischer Untersuchungen.

Mögliche Aussagen über den Nutzen des Verfahrens betreffen insbesondere den sektorübergreifenden Ansatz durch die konsequente Einbeziehung niedergelassener Pathologen. Eine eindeutige Qualitätsverbesserung oder -verschlechterung bei den teilnehmenden Einrichtungen ist durch den langjährigen Vorlauf und die überschaubare Anzahl durchgeführter Verfahren nicht festzustellen. Insgesamt wurde bei drei Verfahren die Empfehlung zur Ausstellung eines Zertifikates nicht gegeben.

Insofern stellt sich die Frage, wie „restriktiv“, wie formal und wie transparent ein Peer-Review-Verfahren sein kann – sein soll. Bei den Pathologen im Freistaat Sachsen steht die Selbstbestimmung, der Wille zu effektivem Lernen voneinander und das klare Engagement um die Sache, das heißt der Qualitätsver-

besserung willen, im Vordergrund. Insofern hat das Peer-Review-Verfahren Zeichen gesetzt, wie mit freiwilligem Engagement eine systematische, auf die Patientenversorgung fokussierte Qualitätsbeurteilung über mehr als zehn Jahre möglich sein kann. Und es hat wichtige Impulse für die derzeitige Entwicklung der Peer-Review-Methode in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und Fachgebieten in Deutschland geliefert.

Schlüsselwörter: Peer Review, Qualitätssicherung, Pathologie, Freistaat Sachsen

Einleitung

Das Fachgebiet der Pathologie hat in den letzten Jahrzehnten einen Wandel in seinen Aufgaben erlebt. Stand früher die klinische Obduktion ganz im Vordergrund der Tätigkeit des Pathologen, ist heute die prä-intraoperative Untersuchung von Zell- und Gewebematerial lebender Patienten der „Goldstandard“ aller diagnostischer Verfahren und einer differenzierten Therapieplanung. Demzufolge ist der pathomorphologischen Diagnostik ein extrem hoher Qualitätsanspruch immanent, da ihre Ergebnisse die therapeutischen Konsequenzen für die Patienten entscheidend beeinflussen. Folglich sind die Anforderungen an das Fachgebiet der Pathologie deutlich gestiegen, indem die Dokumentation, Messung und Bewertung definierter Kriterien und Kennzahlen kritische

¹ Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement,

¹ Institut für Pathologie

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

² Zentrum für Histopathologie, Unritzstraße 21 d, 09117 Chemnitz

Erfolgsfaktoren für die Tätigkeit des Pathologen darstellen und damit zugleich die Brücke zu Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements schlagen.

Die Anwendung der verschiedenen Werkzeuge und Instrumente der Qualitätssicherung wie zum Beispiel Ringversuche, Zweitmeinungsverfahren, Standards und Leitlinien bis hin zur Messung und Bewertung von Indikatoren, hat sich in der Vergangenheit innerhalb des Fachgebietes der Pathologie bewährt². Dabei hat eine Methode, das Peer-Review-Verfahren, einen besonderen Stellenwert erhalten, wissend, dass eine pathologisch-anatomische Diagnostik eben nicht mit einem Laborwert als Maßzahl bzw. Messwert vergleichbar ist. Bereits in den 90er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurden erste Ergebnisse zur Peer-Review-Methode als interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahme veröffentlicht^{3,4}. Auch die Zytopathologie nutzte schon frühzeitig das Peer-Review-Verfahren als interne Qualitätssicherungsmaßnahme^{5,6}. Weitere Veröffentlichungen zur systematischen Identifikation der Fehlerrate in bioptischem Material mittels des sogenannten „Blind-reviews“ folgten⁷. Und auch für die Forschung, insbesondere bei der Überwachung von tierexperimentellen Studien wird die Bedeutung des Peer-Review-Verfahrens herausgestellt⁸. In Deutschland wurde bereits 1991 seitens des Arbeitskreises Pathologie des Ausschusses „Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung“ bei der Bundesärztekammer ein Positionspapier zur Qualitätssicherung in der Pathologie vom Vorstand beschlossen⁹. Dies war Auslöser für eine Initiative sächsischer Pathologen, das Peer-Review-Verfahren im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) einzuführen. Seit dem 14. Mai 1999 haben sich mehrere Institute für Pathologie und Gemeinschaftspraxen für Pathologie und Zytologie zur Ausübung einer interinstitutionellen Qualitätskontrolle auf freiwilliger Basis zusammengeschlossen. Ziel war und ist die Verbesse-

rung der Prozess- und insbesondere der Ergebnisqualität mittels einer gegenseitigen Qualitätsbeurteilung durch Fachkollegen anhand definierter Kriterien. Zum 01.02.2006 hat der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer das Verfahren als „Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle – Pathologie“ beschlossen (www.slaek.de → Home → Qualitätssicherung). Sie trägt das Votum aller beteiligten Pathologen im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer im Sinne eines konsentierten Beschlusses.

Die vorliegende Untersuchung fasst die Ergebnisse dieser freiwilligen Qualitätsinitiative Pathologie im Freistaat Sachsen zusammen und analysiert, inwieweit sich dabei das Peer-Review-Verfahren über die Jahre bewährt hat.

Methodik

Die Teilnahme am Peer-Review-Verfahren Pathologie im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer ist prinzipiell freiwillig und kann sich auch über ihren Zuständigkeitsbereich hinaus erstrecken. Für die inhaltliche Koordination und Organisation steht ein aus dem Kreis der teilnehmenden Institutionen benannter Fachkollege jeweils für den ost- und westsächsischen Bereich zur Verfügung. Die teilnehmenden Einrichtungen sind der Richtlinie „Freiwillige Qualitätskontrolle – Pathologie“ zu entnehmen; insgesamt handelt es sich aktuell um 17 teilnehmende Einrichtungen von insgesamt 22. Der Direktor des Instituts für Pathologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden ist für den ostsächsischen, der Sprecher des Zentrums für Histopathologie in Chemnitz für den westsächsischen Bereich der verantwortliche Ansprechpartner. Beide werden durch das Referat Qualitätssicherung der SLÄK bei der Koordination und Organisation unterstützt.

Methodisch basiert das Peer-Review-Verfahren Pathologie auf der Stichprobenfallanalyse unter Berücksichtigung von Struktur-, Prozess- und insbesondere der Ergebnisqualität, das heißt der diagnostischen und epikritischen Aussage für die weitere dia-

gnostische und therapeutische Strategie des behandelnden Arztes.

Jährlich mehrfach treffen sich die leitenden Pathologen im Wechsel in einem der Institute/Praxen, wobei innerhalb von drei Jahren alle Teilnehmer ein Peer-Review-Verfahren erhalten. Für die betreffenden Einrichtungen werden nach Zufallskriterien die Untersuchungsfälle (Histologie, Zytologie, Obduktionsfälle) nach festgelegten Kriterien ausgewählt. Zusätzlich erfolgt eine Begehung der Einrichtung zur Orientierung. Die Fälle, der die Sitzung ausrichtenden Institution, werden in der Regel vom Koordinator des „Peer-Review-Verfahrens Pathologie“ ausgewählt; für seine eigene Einrichtung von dem Teilnehmer, bei dem das vorhergehende Treffen stattgefunden hat. Neben den Präparaten (Histologie, Zytologie und Immunhistologie) sind anonymisierte Kopien der Untersuchungsanträge und der Befunde der jeweiligen Fälle vorzulegen. Bei kleineren Instituten/Praxen mit relativ beschränktem Umfang an immunhistologischen Untersuchungen muss der Pathologe belegen können, wohin und wie oft er die dazu notwendigen ergänzenden Untersuchungen als Konsilfall versendet. Bei der Frage nach dem Anteil an Doppelbeurteilungen durch einen zweiten Pathologen oder durch ein Referenzzentrum wird grundsätzlich vorausgesetzt, dass Doppelbeurteilungen bei schwierigen und/oder umstrittenen Fällen den Normalfall darstellen, wobei der Anteil von der Gesamtzahl der Untersuchungen und vom Leistungsprofil der klinischen Einsender abhängt. Doppelbeurteilungen werden nicht als Ausdruck der Unsicherheit, sondern als Ausdruck positiven Qualitätsbestrebens gewertet¹⁰.

Die Bewertung erfolgt standardisiert nach Qualität der Schnittpräparate, gegebenenfalls erforderlichen Zusatzuntersuchungen sowie Inhalt der Begutachtung, gegebenenfalls mit Differenzialdiagnose. Verbesserungspotenziale werden anschließend gemeinsam diskutiert. Kann die Peer-Group mehr als zwei Fälle nicht akzeptieren, erfolgt keine Bestätigung zum erfolgreichen Ablauf des

Verfahrens. Der Gastgeber kann dann nach Abstellung der Mängel die Peer-Group wiederholt zum Peer-Review einladen.

An den Treffen können Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der SLÄK (zum Beispiel Vorsitzende des „Ausschusses Qualitätsmanagement“) teilnehmen. Von jedem Treffen ist ein zusammenfassendes Protokoll vom Koordinator zu erstellen, aus dem die gastgebende Institution, die anwesenden Vertreter der einzelnen Einrichtungen sowie die Ergebnisse der Bewertung hervorgehen. Die Bewertungskriterien sind folgende:

- technische Qualität der Präparate,
- ausreichende Zahl der angefertigten Präparate und eventueller spezieller Färbemethoden,
- makroskopische und mikroskopische Beschreibung (deskriptiver Teil),
- Qualität der Diagnose (Beurteilung, Begutachtung),
- gegebenenfalls Qualität des Kommentars,
- gegebenenfalls Qualität der Tumorklassifikation,
- Frage nach der Erledigung des diagnostischen Auftrages seitens des Einsenders,
- weitere Kritikpunkte.

Jede Institution erhält von diesem Protokoll eine Kopie. Eine positive Bewertung mit Empfehlung zur Ausstellung eines Zertifikates muss einstimmig von allen Teilnehmern während des Peer-Review-Verfahrens nachvollziehbar, das heißt dokumentiert, erfolgen. Erst danach wird das Protokoll an die SLÄK weitergeleitet. Letztere erstellt eine Bestätigung, das heißt ein Zertifikat über die erfolgreiche Teilnahme an der „Freiwilligen Qualitätskontrolle Pathologie“, das eine Gültigkeit von drei Jahren hat. Das Dokument wird vom Präsidenten der SLÄK sowie der Vorsitzenden des „Ausschusses Qualitätsmanagement“ unterzeichnet. Sollte im Rahmen des Peer-Review-Verfahrens die Ausstellung des Zertifikats nicht befürwortet werden, ist hierüber der „Ausschuss Qualitätsmanagement“ zu informieren. Darüber hinaus wird bei nichtkonsensfähigen Themen zunächst der Sprecher der jeweils anderen Gruppe einbezogen.

Ergebnisse

Von 1999 bis 2002 erfolgte eine zusammenfassende Bewertung seitens des jeweiligen Koordinators Ost- und Westsachsen über den Verlauf des Peer-Review-Verfahrens. Diese wurde mit der Empfehlung zur Ausstellung des Zertifikates an die SLÄK gesandt. Zur besseren Nachvollziehbarkeit und Transparenz wurde 2003 ein Protokoll mit den entsprechenden Bewertungskriterien seitens des westsächsischen Koordinators erfolgreich eingeführt. Zugleich erfolgte ein Wechsel beim ostsächsischen Koordinator, sodass im Verlauf von 2004 bis 2005 lediglich ein Peer-Review-Verfahren durchgeführt wurde. Mit der Neubenennung des ostsächsischen Koordinators im Jahr 2006 wurde die Vorgehensweise des Peer-Review-Verfahrens Pathologie aktualisiert, zwischen beiden Gruppen Ost- und Westsachsen harmonisiert und als einheitliche „Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle – Pathologie“ vom Vorstand der SLÄK beschlossen. Seit dieser Zeit liegen die Protokolle zusätzlich zum Empfehlungsschreiben des Koordinators entsprechend nachvollziehbar in der SLÄK vor.

Die nachfolgende Auswertung konzentriert sich insbesondere auf die „Kritikpunkte“ der vorliegenden Protokolle und bezieht die persönlichen Kommentare aus den Zusammenfassungen der ersten Jahre mit ein. Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass regelmäßig auch Stärken herausgestellt und dokumentiert wurden.

Insgesamt fanden 1999 bis 2011 56 Peer-Review-Verfahren im Fachgebiet der Pathologie im Freistaat Sachsen bzw. darüber hinaus statt; 35 innerhalb der Gruppe Westsachsen, 21 innerhalb der Gruppe Ostsachsen (Abb. 1). Die Vollständigkeit der Teilnahme am Peer Review liegt zwischen 70 bis 100 Prozent (Tab. 1). Die Kritikpunkte zu den einzelnen Bewertungskriterien über die vergangenen 13 Jahre sind in Abb. 2 und Tab. 2 zusammengefasst dargestellt und in Tab. 3 im Einzelnen aufgeführt. Dabei konnten prinzipiell keine Unterschiede zwischen den Peer-Review-Verfahren in West- oder Ostsachsen festgestellt werden, auch wenn erst durch die Neuauflage der Richtlinie ein direkter nachvollziehbarer Vergleich tatsächlich möglich ist. Prinzipiell zeigen sich seit dem Beginn des Verfahrens im Jahr 1999 immer wieder die gleichen folgenden Brennpunkte:

- die zum Teil immer noch in Anwendung befindliche „Küchenpathologie“ bei der makroskopischen Beschreibung,
- die fehlende, missverständliche oder zu kurze histologische Beschreibung bis hin zu einer fehlenden, unmissverständlichen klaren Diagnose mit korrekter Nomenklatur,
- die Qualität, Quantität und Vollständigkeit immunhistologischer Untersuchungen und in ganz besonderem Maße klare Mängel bei

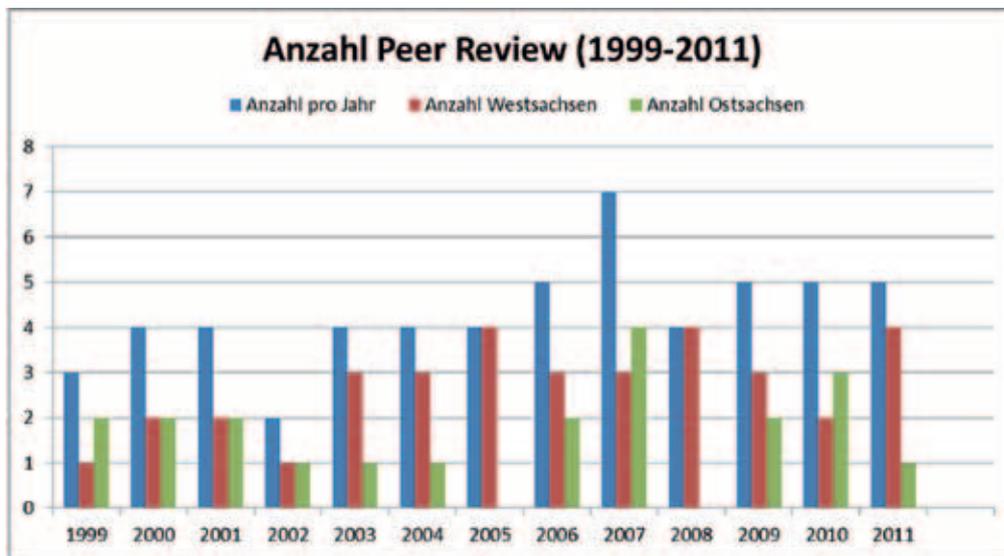


Abb. 1: Gesamtzahl und Verteilung der Peer Reviews Pathologie im Zeitraum 1999 und 2011

der Qualität der Tumorklassifikation.

Darüber hinaus sind in Zeiten nahezu bedeutungslos gewordener Obduktionszahlen die diesbezüglichen Berichte in ihrem Aufbau, in der inhaltlichen Beschreibung sowie bezüglich

des Zeitpunktes des Berichtsabschlusses immer wieder, auch aktuell, verbesserungswürdig.

Hinsichtlich der Empfehlung zur Ausstellung eines Zertifikates erfolgte diese in zwei Fällen, und zwar in den Jahren 2007 und 2008, nicht. In diesem Kontext ergab sich Handlungs-

bedarf für eine Erweiterung des Protokolls bezüglich einer einvernehmlichen Entscheidung zur erfolgreichen oder nicht erfolgreichen Teilnahme während des Peer-Review-Verfahrens und zur Vorgehensweise bei Unstimmigkeiten. Darüber hinaus wurden 2006 klare Mängel bei der Anwendung der korrekten Nomenklatur und der Beschreibung zytologischer Befunde in einem Fall vorgefunden. Es wurde vereinbart, nach einem halben Jahr erneut Stichproben vorzunehmen und im Rahmen einer Delphi-Runde zu überprüfen. Nach Eingang aller Stellungnahmen konnte einvernehmlich festgestellt werden, dass die Mängel beseitigt wurden und die Empfehlung für die Ausstellung eines Zertifikates seitens der SLÄK nach erfolgreichem Peer Review wurde erteilt.

Eine interne Regelung besagt außerdem, dass, wenn auch das Peer-Review-Verfahren insgesamt als erfolgreich bewertet wird, Auffälligkeiten, insbesondere bei falscher Klassifikation, im Nachgang an die betreffende Klinik nachberichtet, das heißt, korrigiert werden müssen.

Darüber hinaus wurde auch geringeren Auffälligkeiten genau nachgegangen, was folgendes Beispiel veranschaulichen soll: In einem Fall wurde eine zu hohe zytoplasmatische Hintergrundfärbung bei der Her2/neu-Immunhistologie beim Mammakarzinom festgestellt und protokolliert. Durch Überprüfung zur erfolgreichen Teilnahme an den QuIP®-Ringversuchen zur Her2/neu-Immunhistologie und -ISH konnte ein diagnostischer Fehler ausgeschlossen werden.

Diskussion

Angesichts des stetig zunehmenden Veränderungsdrucks im Gesundheitswesen hat der Stellenwert von Qualitätsmanagement in den vergangenen zwei Jahrzehnten in allen Versorgungsbereichen deutlich zugenommen. Ausgesprochener Nachholbedarf besteht dabei im Hinblick auf eine wissenschaftlich fundierte, evidenzbasierte Evaluation all dieser Maßnahmen und Aktivitäten im Hinblick auf ihre Nutzenbewertung. Die aktuelle Studien- und Datenlage lässt

Tabelle 1: Übersicht über teilnehmende Einrichtungen im Bereich Ostsachsen mit Angaben zur Vollständigkeit der Teilnehmer (Auszug)

Datum	Einrichtung	GP Zwickau ab 23.09.05	GP Hof ab 14.05.09	Klinikum Saalfeld ab 14.02.03	GP Schneider/Schmidt Leipzig	Zytol. Zentrum Zwickau	Klinikum Chemnitz bis 2010	Klinikum St. Georg Leipzig	Zentr.f.Histopathol.Chemnitz ab 09.12.11	GP Stollberg	Uniklinik Leipzig	Klinikum Plauen v. 27.06.03-07/06	GP Elspark Leipzig ab 01.05.05	Teilnehmerfrequenz (%)
04.11.05	Klinikum St. Georg Leipzig	0		X	X	X	X	X		X	X	0	X	8 (80)
27.01.06	Zytologisches Zentrum Zwickau	X		0	X	X	X	X		X	0	X	X	8 (80)
19.05.06	Klinikum Saalfeld	0		X	X	X	X	X		0	0	0	0	5 (50)
17.01.06	GP Schneider/Schmidt	X		0	X	X	X	X		X	X	0	X	8 (80)
30.03.07	Uniklinik Leipzig	0		X	X	0	X	X		X	X	0	X	7 (70)
15.06.07	GP Stollberg	X		0	X	0	0	X		X	0		X	5 (55)
09.11.07	Klinikum Chemnitz	X		X	X	X	X	X		X	X	0	X	9 (90)
04.04.08	GP Zwickau	X		X	X	X	X	X		0	0		X	7 (78)
30.05.08	GP Elspark Leipzig	0		X	0	X	X	X		X	X		X	7 (78)
17.10.08	Klinikum St. Georg Leipzig	X		X	X	X	X	X		0	X		X	8 (89)
07.11.08	Zytol. Zentrum Zwickau	X		X	X	X	X	X		X	X		X	9 (100)
08.05.09	Klinikum Saalfeld	X		X	X	X	X	X		X	0		0	7 (78)
09.10.09	GP Hof	X	X	X	X	X	X	X		X	X		0	9 (90)

dabei Fragen, inwieweit Qualitätsmanagement eine bessere und effizientere und auf das Behandlungsergebnis sowie den Patienten zentrierte Versorgung fördert, zumindest hinsichtlich des Einflusses auf das Gesamtsystem offen¹¹. Ursache ist die Komplexität der verschiedenen dynamischen Einflussfaktoren, und einzelne Untersuchungen werden immer nur Aspekte des facettenreichen Gebildes der Qualitätsanalyse abbilden können. Gleichwohl zeigen Untersuchungen von Scott¹² aus dem Jahr 2009, dass lokal begrenzte Programme mit klarer Ziel- oder Fragestellung wie zum Beispiel Peer-Review-Verfahren, Leitlinien, klinische Pfade, interne Audits einschließlich die medizinische Weiterbildung eine höhere Evidenz aufweisen als flächendeckende Aktivitäten, Berichtssysteme, Pay-for-Performance, Zertifizierungsverfahren bis hin zu gesetzgeberischen Vorgaben. Mit dieser Aussage stellt sich die Frage, inwieweit nach einem Zeitraum von mehr als zehn Jahren aus



Abb. 2: Zusammenfassende Darstellung aller Kritikpunkte der insgesamt 56 Peer Reviews (graphisch)

den Ergebnissen des Peer-Review-Verfahrens Pathologie im Freistaat Sachsen (und darüber hinaus) Aussagen zum konkreten Nutzen getroffen werden können, und zwar sowohl für die beteiligten Pathologen als auch indirekt für die Patienten.

Prinzipiell ist zunächst festzustellen, dass die Einbeziehung niedergelassener Pathologen aus dem Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Versorgung zu Beginn nicht einfach war. Vielmehr galt es Vorbehalte abzubauen, um diese für ein

Tab. 2: Zusammenfassende Darstellung aller Kritikpunkte der insgesamt 56 Peer Reviews (tabellarisch)

Bewertungskategorien	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Technische Qualität der Präparate	0	3	3	2	0	0	0	0	0	0
Ausreichende Zahl der angefertigten Präparate und eventueller spezieller Färbemethoden	0	1	1	2	1	1	0	1	1	0
Deskriptiver Teil (makroskopischen und mikroskopischen Beschreibung) der Begutachtung	0	7	2	0	5	5	0	3	2	1
Qualität der Diagnose	0	0	1	2	2	1	1	0	0	0
Qualität der Diagnose (Beurteilung, Begutachtung): Qualität des Kommentars	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1
Qualität der Diagnose (Beurteilung, Begutachtung): Qualität der Tumorklassifikation	1	1	1	2	1	3	0	4	2	2
Andere Kritikpunkte	0	2	0	1	0	0	0	3	1	0

gemeinsames Peer-Review-Verfahren Pathologie zu gewinnen. Nachdem über viele Jahre eine diesbezügliche

Stabilität zu verzeichnen war, hat die Entwicklung der zertifizierten Organzentren mit den hohen Anforderun-

gen seitens der beteiligten Fachgesellschaften zu einer gewissen Konkurrenzsituation zwischen den Patho-

Tab. 3: Übersicht aller Kritikpunkte der insgesamt 56 Peer Reviews

Bewertungskategorien mit Kritikpunkten im Einzelnen (I)	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Technische Qualität der Präparate										
Grad der Entwässerung			1							
Färbequalität bei HE-Schnitten		1	1	1						
Färbequalität bei Zytologiepräparaten: Kernfärbung		1		1						
Schnitttechnik bei Schleimhautbiopsien		1	1							
Ausreichende Zahl der angefertigten Präparate und eventueller spezieller Färbemethoden										
Qualität und Quantität immunhistologischer Untersuchungen		1	1	2				1	1	
Vollständigkeit der immunhistologischen Untersuchung bei Lymphomverdacht						1				
Anzahl histologischer Untersuchungen bei Obduktionsfällen					1					
Deskriptiver Teil (makroskopischen und mikroskopischen Beschreibung) der Begutachtung										
metrische Angaben (auch bei Biopsien)		1			2	3			2	
Unübersichtliche bzw. zu knappe Beschreibung bei der Makroskopie		2								
Größenbeschreibung auch von Biopsiefällen		1				1				
Mischung der Lokalisation bei Magenbiopsien auf einem Schnitt		1								
Fehlende, missverständliche oder zu kurze histologische Beschreibung					1	1		2		
Systematik bzw. Aufbau sowie Ausführlichkeit des Obduktionsberichtes		1	1		1			1		1
Abschlussdatum der Obduktionsberichte nicht erkennbar		1			1					
Unklare Nomenklatur im Obduktionsbericht			1							
Bewertungskategorien mit Kritikpunkten im Einzelnen (II)	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Qualität der Diagnose										
Missverständliche, nicht korrekte oder fehlende Nomenklatur				1	1	1				
Diskrepanz zur Einschätzung des Grades der Dysplasie			1							
Befunddiskrepanz				1						
Unklarheiten bei oralzytologischen Befunden					1		1			
Qualität der Diagnose (Beurteilung, Begutachtung): Qualität des Kommentars										
Klare und kurze Beurteilung am Ende der mikroskopischen Beschreibung		1								
Unklarheiten bei der Epikrise			1					1		1
Qualität der Diagnose (Beurteilung, Begutachtung): Qualität der Tumorklassifikation										
Vollständigkeit, Korrektheit und Sorgfalt bei der Anwendung der UICC-/TNM-Klassifikation	1	1	1	2	1	1		4	2	2
Anwendung der WHO-Klassifikation bei urothelialen Neoplasien						1				
Regressionsgrading nach neoadjuvanter Therapie						1				
Erledigung des diagnostischen Auftrages (Mehrfachnennungen)										
Fehlende Einsendescheine										
Fehlende Klinische Fragestellungen										
Andere Kritikpunkte										
Unklarheit über den Zustand des eingesandten Materials		1								
Aufwand der histologischen und immunhistologischen Bearbeitung		1		1				2	1	
Sauberkeit der Laborräume								1		

logen geführt und sich auch auf die gegenseitige Bewertung ausgewirkt. Mit der Überarbeitung der „Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle – Pathologie“ im Jahr 2006 hat der Vorstand der SLÄK entsprechend reagiert und die verbindliche Grundlage für das weitere Verfahren geschaffen.

Für die verschiedenen Zertifizierungsverfahren selbst spielten bzw. spielen die Peer-Review-Verfahren Pathologie eine untergeordnete Rolle. Der Grund liegt hier mit hoher Wahrscheinlichkeit an der mangelnden Kenntnis dieser sächsischen Initiative seitens der Fach- und Zertifizierungsgesellschaften. Dies eröffnet Handlungsbedarf für die sächsischen Pathologen, das Peer-Review-Verfahren Pathologie als wichtige Form der externen Qualitätssicherung zum Beispiel auch in der eigenen Fachgesellschaft zu bewerben.

Die Auswertung der Ergebnisprotokolle zeigt immer wieder auf die gleichen Schwerpunkte, wie die unzureichende makroskopische („Küchenpathologie“) und histologische Beschreibung (einschließlich unklarer Diagnose und korrekter Nomenklatur), die unzureichende Qualität und fragliche Quantität immunhistologischer Untersuchungen und vor allem die eindeutigen Mängel bei der Qualität der Tumorklassifikation. Eine eindeutige Schlussfolgerung zur Verbesserung oder Verschlechterung der Qualität der teilnehmenden Einrichtungen ist durch den langjährigen Vorlauf und die überschaubare Anzahl durchgeführter Verfahren nicht möglich. Es finden sich auch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Einrichtungen in West- und Ostsachsen bzw. zwischen Instituten oder Praxen. Dies eröffnet die Frage danach, wie „restriktiv“ und formal ein Peer-Review-Verfahren sein kann – sein soll?! Im Vordergrund der „Freiwilligen Qualitätskontrolle – Pathologie“ stand und steht der gemeinsame Konsens, der Wissens- und Erfahrungsaustausch und die gegenseitige Fortbildung. Das Peer-Review-Verfahren soll dabei helfen, die Qualität zu verbessern und insbesondere auf die innere Qualitätssicherung Einfluss zu nehmen.

Damit besteht eine klare intrinsische Motivation, die über mehr als zehn Jahre aufrechterhalten werden konnte. Die nicht erfolgreiche Bestätigung oder die Wiederholung eines Peer-Review-Verfahrens erfolgte lediglich in drei Fällen, bei denen allerdings auch klare Auswirkungen für die weitere Patientenbehandlung befürchtet werden mussten. Ansonsten blieben die Verbesserungspotenziale im geschützten Raum der teilnehmenden Pathologen und bildeten eine Chance für die eigene, das heißt die innere Qualitätssicherung der jeweiligen Einrichtung.

Eine gemeinsam mit beteiligten Pathologen erarbeitete Kraftfeldanalyse¹³ soll diese Problematik verdeutlichen:

Die „vergleichbare Beurteilung“ und die „Möglichkeit der Ausweitung über die Grenzen“ werden sowohl als Chance als auch als Risiko eingeschätzt.

Was spricht für, was gegen die QS-Maßnahme Peer-Review-Verfahren Pathologie?

+	-
Vertrauensbildende Maßnahme unter Kollegen – Prinzip der Freiwilligkeit	fehlende Verbindlichkeit
nicht nur Überprüfung, sondern auch Erfahrungsaustausch, persönlicher Kontakt	Zeit- und Personalaufwand
„jeder kommt dran“	Abhängigkeit vom Moderator
PDCA-Zyklus (Chance für die Interne Qualitätssicherung)	zunehmende Wettbewerbssituation
vergleichbare Beurteilung Möglichkeit der Ausweitung über die Grenzen.	

Gemäß der Selbstbestimmungstheorie nach Deci und Ryan¹⁴ ist das Peer-Review-Verfahren Pathologie im Freistaat Sachsen eindeutig der intrinsisch motivierten Seite der Lernmotivation zugeordnet. Im Vordergrund steht die Selbstbestimmung, der

Wille zu effektivem Lernen voneinander und das klare Engagement um der Sache, der Qualitätsverbesserung willen. Das Verfahren wurde autonom, das heißt von den Pathologen selbst initiiert, konfiguriert und durchgeführt. Die SLÄK fungiert als organisatorischer Rahmen mit der Kompetenz zur Ausstellung eines Bestätigungsnachweises. Angesichts der Entwicklung des Peer-Review-Verfahrens in Deutschland (Initiative Qualitätsmedizin, Peer Review Intensivmedizin) könnte es eine Chance für das Verfahren Pathologie sein, wenn sich die beteiligten Pathologen der Diskussion stellen, inwieweit das Verfahren mehr „regulatorische“ Mechanismen wie zum Beispiel eine verbindliche Transparenz nach innen und außen bedarf. Dies betrifft gegebenenfalls auch Instrumente der Kontrolle und Überwachung. Die Diskussion ist an dieser Stelle erst initiiert und bedarf bezüglich einer fachkompetenten Bewertung zur Entwicklung eines zukunftsfähigen

Peer-Review-Verfahrens in Deutschland mit nachweislichem Nutzen (Evidenz) für die Patientenversorgung nicht nur Experten aus dem Gesundheitswesen, sondern weitere Fachdisziplinen wie zum Beispiel Pädagogen und Psychologen.

Eines steht für die „Freiwillige Qualitätskontrolle – Pathologie“ und das seit 1999 etablierte Peer-Review-Verfahren fest: Es hat das Ansehen um die Qualitätsverbesserung in der Pathologie im Freistaat Sachsen und über die Grenzen hinweg gestärkt. Es hat klare Zeichen gesetzt, wie mit freiwilligem Engagement eine systematische, auf die Patientenversorgung fokussierte Qualitätsbeurteilung über mehr als 10 Jahre möglich sein kann. Und es hat wichtige Impulse für die derzeitige Entwicklung des Peer-Review-Verfahrens in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und Fachgebieten in Deutschland geliefert.

Aufgrund dieser guten Erfahrungen wird nun auch im intensivmedizinischen

Bereich ein Peer-Review-Verfahren im Freistaat Sachsen in Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer eingeführt. Die ersten beiden Pilotverfahren starten im ersten Halbjahr dieses Jahres in den Intensivstationen des Universitätsklinikums Dresdens und Leipzigs. Nach einer Evaluation und Abstimmung zur konkreten Vorgehensweise werden interessierte weitere Intensivstationen mit einbezogen werden. Bei Rückfragen stehen Frau Priv.-Doz. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska (maria.eberlein-gonska@uniklinikum-dresden) bzw. Frau Rändler (quali@slaek.de) zur Verfügung.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:
Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Maria Eberlein-Gonska
Zentralbereich Qualitäts- und
Medizinisches Risikomanagement
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
E-Mail: maria.eberlein-gonska@
uniklinikum-dresden.de