

# Kompetenz-basierte Weiterbildung: An ihren Taten sollt ihr sie erkennen



Dr. Folkert Fehr

Die Entwicklung von Gegenstandskatalogen hin zu einer kompetenzbasierten Weiterbildung ist ein großer Schritt. Nach einem der bedeutendsten Wissenschaftsphilosophen des 20. Jahrhunderts, Thomas Kuhn<sup>1</sup>, sprechen wir von einem Paradigmenwechsel, wenn in der Wissenschaft vor und nach einer Veränderung der Theorien nicht mehr mit gleichem Maß gemessen werden kann. Dieser Sachverhalt liegt derzeit in der Ausbildungsforschung vor.

## Den Patienten im Blick

Haben wir es mit Gegenstandskatalogen zu tun, reicht es aus, die dort verzeichneten Inhalte zu kennen. Wer weiß, was im Katalog steht, hat ausreichende Kenntnisse. Fragen wir jedoch nach den Ergebnissen der Weiterbildung, kommen schnell die Patientinnen und Patienten in den Blick, denn ärztliches Handeln wird auf sie angewandt und dadurch in ihrem Ergebnis sichtbar.

Wie stellen wir nun aber fest, dass unsere Weiterbildung den Menschen nützt? Wie kommen wir von der Ausbildungstheorie zur ärztlichen Praxis? Wenn wir das Wohlergehen unserer Patienten ins Zentrum rücken, brauchen wir tätiges Wissen um die Evidenzbasis von Bildung. Wir sollten Fragen stellen nach der Berechtigung von Inhalt und Form der Weiterbildung, nach Weiterbildungszielen, Weiterbildungsorten und der Umsetzung erzielter Ergebnisse in das Weiterbildungscurriculum. Gerade bei der Umsetzung sind viele kritische Punkte zu berücksichtigen. Ohne die Lösung dieser Kontroversen werden die Bedürfnisse der Kinder, Jugendlichen und Familien leicht wieder aus dem Blick verloren gehen.

## Kompetenz alleine genügt nicht

Besonders kritisch ist die Übersetzung der allgemeinen ärztlichen Kompetenzen in die Praxis der Weiterbildung. Dazu mag auch die Unschärfe des Begriffs „Kompetenz“ beitragen. Deshalb wird in diesem Artikel zuerst der Kompetenzbegriff geklärt und dann die Idee eines Kompetenznetzwerks mit der Arbeitswelt von Ärzten verknüpft. Zur Überbrückung kann der Begriff der kritischen „professionellen Tätigkeiten“ dienen, die Ärzte regelmäßig und routiniert durchführen. Diese Tätigkeiten sollen nach Olle ten Cate vom Lernenden so ausgeführt werden, dass sie ihm ohne permanente Supervision gestrost zum Wohl der Patienten anvertraut werden können und dass auch die Lernenden sich selbst zutrauen, diese Tätigkeiten meisterlich auszuführen: Nennen wir sie „anzuvertrauende professionelle Tätigkeiten“ oder APT. (In der englischsprachigen Literatur als *entrustable professional activities* [EPA] bezeichnet).

Als die internationale Ausbildungsforschung begann, sich mit ergebnisbasierter Weiterbildung zu beschäftigen, sprachen sich viele Institutionen dafür aus, Kompetenzen zu identifizieren und zu prüfen<sup>2</sup>. Kompetenz-ba-

sierte Weiterbildungskonzepte sind nicht neu, werden jedoch aktuell in Großbritannien, den Niederlanden, den USA und Kanada in bisher unbekanntem Ausmaß praktisch eingesetzt<sup>3</sup>. Diese Entwicklung mag gerechtfertigt sein, aber viele an der Weiterbildung Beteiligte sind nicht überzeugt, dass kompetenzbasierte Weiterbildung die Qualität der Weiterbildung oder der Gesundheitsversorgung verbessert. Manche halten sie für eine Mode, die mit der Zeit verschwinden wird. Manchmal wird dabei Kompetenzorientierung im Gegensatz zu fachlicher Expertise gesehen. Trifft das zu?

Kompetenznetze sind üblicherweise logisch aufgebaut und lesen sich als eine Sammlung genereller ärztlicher Qualitäten, die jeder erwerben sollte<sup>4</sup>. Sie werden von vielen Experten formuliert, überarbeitet, diskutiert und publiziert, sind aber trotzdem theoretische Gedankengebäude. Wenn Kompetenzen in ein reales Weiterbildungscurriculum übertragen werden sollen, ist die Bedeutung erlernbarer Kompetenzen oft weniger klar. Einerseits versteht man dann darunter Zuschreibungen an den „guten Arzt“ an sich. Andererseits werden sie besonders unter dem Prüfungsaspekt oft auf konkrete Fertigkeiten reduziert, so zum Beispiel ein EKG zu lesen oder Eltern eines muskelkranken Kindes zu beraten; teilweise werden auch einzelne Aktivitäten aufgelistet, so zum Beispiel Muskelatrophie zu messen oder die Wirbelsäule zu untersuchen. Natürlich kann man umgangssprachlich sagen, dass jemand die „Kompetenz besitzt, ein EKG zu lesen“.

Bildungsforscher sprechen sich jedoch dafür aus, Kompetenz als persönliche Qualität und nicht als Aktivität zu verstehen. Denn dann kann man unterscheiden zwischen dem konzeptionellen Status einer Person, dem beobachtbaren Verhalten der Person, einer Aktivität oder einem Wissensinhalt. Wenn die derzeitige Musterweiterbildungsordnung fordert, dass ein Pädiater die Kompetenzen haben sollte, die „körperliche, soziale, psychische und intellektuelle Entwicklung eines Kindes und Jugendlichen“<sup>5</sup> zu beurteilen, dann sollte unsere nächste Frage sein, was diese Kompetenzen denn genau sind. Diese Frage wird selten gestellt und noch seltener beantwortet. Deshalb wird der Begriff „Kompetenz“ nur in folgendem Sinne weiter gebraucht: Die Fähigkeit, etwas erfolgreich zu tun.



Schritt 1 und 2 werden aktuell in den Gremien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeine Ambulante Pädiatrie (DGAAP) diskutiert. Dazu ist die Mitwirkung aller in der pädiatrischen Weiterbildung Erfahrenen sinnvoll und er-

wünscht. Naturgemäß handelt es sich um einen Arbeitsentwurf im Fluss der pädiatrischen und Ausbildungsforschung.

### Entwurf einer Bereichsbeschreibung mit Subkompetenzen:

Anzuvertrauende professionelle Tätigkeit <sup>7</sup>	Medizinischer Experte	Kommunikator	Verantwortungsträger und Manager	Gesundheitsberater und -försprecher	Interprofessioneller Partner	Wissenschaftler und Lehrer	Professionelles Vorbild	I. Weiterbildungsdröttel	II. Weiterbildungsdröttel	III. Weiterbildungsdröttel
Primärkontakt mit einem zuvor gesunden Kind, das mit einem häufigen akuten Problem vorgestellt wird	Essentielle und akkurate Informationen sammeln Vollständige und akkurate körperliche Untersuchung durchführen Diagnostische und therapeutische Entscheidungen informiert treffen zu bestem klinischen Urteil	Patienten und Familien beraten Effektiv mit Patienten und Familien kommunizieren Interaktionen angemessen managen	Kosten- und Risiko-Nutzen-Vergleich erwägen Übertragungsgefahr erkennen und managen Leitlinien berücksichtigen	Vorausschauend beraten Wissen, wie für die Gesundheitsverbesserung und Krankheitsvermeidung der Bevölkerung einzutreten ist. Effektive Gesundheitserhaltung vorhalten	Effektiv mit MFA, ggf. Weiterbildungsassistenten, PJ, Studierenden zusammenarbeiten	An Forschungsvorhaben dieser Problemgruppe planend und/oder ausführend teilnehmen	Angemessenes Rollenvorbild vorhalten. An der Identifikation von Systemfehlern und deren Lösung mitarbeiten	Weiterzubildender bedarf moderater Supervision, abhängig von Situation und Nachfrage des Weiterzubildenden	Weiterzubildender hat das Privileg unabhängiger Praxis	Weiterzubildender kann andere supervidieren

Den Subkompetenzen werden spezifische, messbare, anspruchsvolle, relevante und terminierte Lernziele zugeschrieben. Diese Lernziele wirken wie Meilensteine der Kompetenzentwicklung zu einer Gesamtmeisterschaft der beschriebenen Tätigkeit. Der Lernende kann sich einzeln in Beobachtungsprüfungen dafür zertifizieren. So können APTs zu einer kompetenzbasierten Weiterbildung mit geteilter Verantwortung für Lehrer und Lerner beitragen.

<sup>7</sup> Jones M Douglas Jr et al: Perspective. Acad Med 2011, 86(2), 161-16

### Der Patient kommt zur Tür herein, keine Diagnose

In einem auf APTs aufgebautem Curriculum der Weiterbildung wird auf Stärken unseres Weiterbildungssystems aufgebaut. Klinische Lehrer sind geübt darin, die Vertrauenswürdigkeit von Lernenden für gut beschriebene Tätigkeiten zu beurteilen. Sie wissen, dass nicht die Krankheiten aus dem Lehrbuch zur Tür hereinkommen und prompt mit dem passenden ICD-Code begrüßt werden können, sondern kranke Menschen mit ihren Symptomen und Erfahrungen<sup>8</sup>. Wir sind vertraut mit Wissensprüfungen, machen zunehmend Erfahrungen mit Logbüchern, kennen Stationenlernen (OSCE) aus dem gegenwärtigen Medizinstudium, sind vertraut mit Fallvorstellungen. Sicher ist es nötig, dass sich Weiterbildner und Prüfer weiter mit dem internationalen wissenschaftlichen Standard von Ausbildung und Prüfung in der Medizin vertraut machen, wozu psychologische und psy-

chometrische Ergebnisse der Ausbildungsforschung beitragen können. Dazu werden sie die Unterstützung der zuständigen Körperschaften wie Ärztekammern und Verbände brauchen. Zeit, Expertise, finanzielle und organisatorische Mittel sind erforderlich, um die Rolle des klinischen Lehrers zu stärken. Den individuellen Weiterbildner in der täglichen Praxis zu unterstützen, sollte das zentrale Anliegen jeder Neuerung in der Weiterbildung sein. Denn eine ergebnisorientierte Weiterbildung zum Nutzen der Kinder, Jugendlichen und Familien ist nicht zum Nulltarif zu haben.

Literatur beim Verfasser

Dr. Folkert Fehr  
Kinder- und Jugendarzt  
DGAAP-Arbeitsgruppe Aus- und Weiterbildung  
Karlsplatz 5  
74889 Sinsheim

Red.: ge