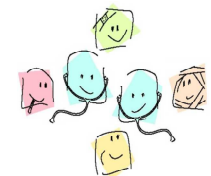


---

# Was sind Schlüsselkompetenzen und Wie kann man sie bestimmen?

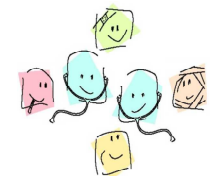
Folkert Fehr



# Aufbau der Präsentation

---

1. Warum die Medizinische Ausbildung ändern: Wandlung der Gesundheitsberufe
2. Bildung in den Gesundheitsberufen: Kompetenz und Performanz
3. Kompetenz: Definition
4. Relevante Perspektiven: Das 360°-Assessment
5. Schlussfolgerungen mit Kernaussagen

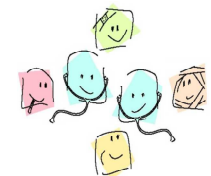


# Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

---

## Gutachten 2007 „Kooperation und Verantwortung Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“

1. Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung
2. Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung.
3. Integrierte Versorgung in der GKV: Entwicklung, Stand und Perspektiven
4. Krankenhauswesen: Planung und Finanzierung
5. Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung
6. Primärprävention in vulnerablen Gruppen

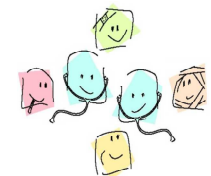


# Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

---

## Sondergutachten 2009 „Koordination und Integration“

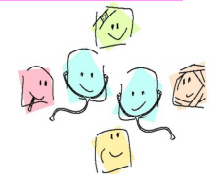
1. Einleitung: Generationenspezifische Versorgung als Koordinationsproblem
2. Generationenspezifische Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels
3. Spezielle Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen
4. Spezielle Versorgungsanforderungen im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter (transitional care)
5. Spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen
6. Status quo und Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung
7. Ausgewählte Konzepte für eine generationen- und populationsbezogene Versorgung
8. Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug



# Zitate aus „Koordination und Integration“

---

- In der Hausarztpraxis der Zukunft muss daher eine Neubewertung bestimmter Leistungen – vor allem in den Bereichen (Sekundär-) Prävention, Patientenaktivierung, Patientenzentriertheit, Routinemonitoring – erfolgen, die in der Folge eine stärkere Umstrukturierung der Prozesse und Arbeitsteilung im Praxisteam nach sich ziehen wird.  
[S.137 der Kurzfassung]
- Weiterhin muss die Kooperation aller an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beteiligten Berufsgruppen verbessert werden (s. GA 2007, I-2). Insbesondere Ärzte und Pflege können durch Teamstrukturen und gegenseitige Nutzung der Kompetenzen sehr voneinander profitieren und im Gegensatz zu oft geäußerten Befürchtungen an Autonomie und beruflicher Performance gewinnen. Eine weitergehende Kooperation dieser Berufsgruppen ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Bewältigung der kommenden Anforderungen.  
[S. 164 der Kurzfassung]



# Ausbildung und Weiterbildung?

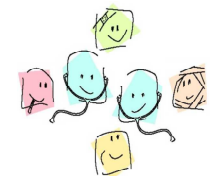
---

In beiden Gutachten werden viele Voraussetzungen für die Umsetzung der empfohlenen Veränderungen erwähnt. Die Kompetenzen der kooperierenden Gesundheitsberufe würde sich durchgreifend ändern müssen, aber:

**An keiner Stelle wird die Notwendigkeit einer Aus- und Weiterbildung der Berufe für ein Gesundheitswesen der Zukunft angesprochen, um sie darauf vorzubereiten!**

Und nun?

1. Literaturrecherche (z. B. Medical Education, Medical Teacher, Academic Medicine, GMS)
2. Lehr- und Lernforschung: Antriebskräfte, legitime Inhalte und Prozesse
3. Netzwerkbildung

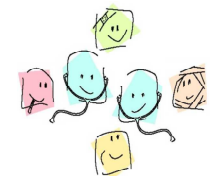


# Antriebskräfte

---

Aristoteles	Aus Wahrnehmung entsteht Erinnerung und aus Erinnerung durch Bündelung von Erinnerungsinhalten Erfahrung. Wissen verallgemeinert und ergründet Erfahrung.
Dewey 1904	„learning bei dewey-ing“, der Bezug abstrakter Konzepte und konkreter Situationen
Jonsen & Toulmin 1988	Regularly defy generalization and are often laced with uncertainty and ambiguity
Vygotsky 2002	Inquiries in ethics and health are particular, circumstantial and uncertain Individualistische vs kollektive Lerntheorien bzw. Ideologien, Self-directed Learning vs Social Learning
Stern 2006	Compound of identities, associated with multiple roles
Pauli 2000	Understanding of relationships between variables in intrinsically unstable systems operating far from equilibrium, complexity theory
Montgomery 2006	Medicine is neither an Art nor a Science, but a multidisciplinary 'practice'. Essential virtue: clinical judgment, the practical reasoning that enables physicians to fit their knowledge and experience to the circumstances of each Patient.
WHO	Changing from absence to presence of physical, mental, socioeconomic and spiritual wellness
M-WBO 2003	Kompetenzen: Inhalte eines Gebietes, Gegenstand der Weiterbildung (6.2010)

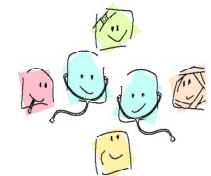
---



# Konzepte von „Kompetenz“

---

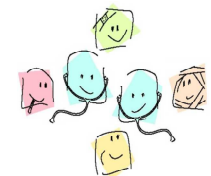
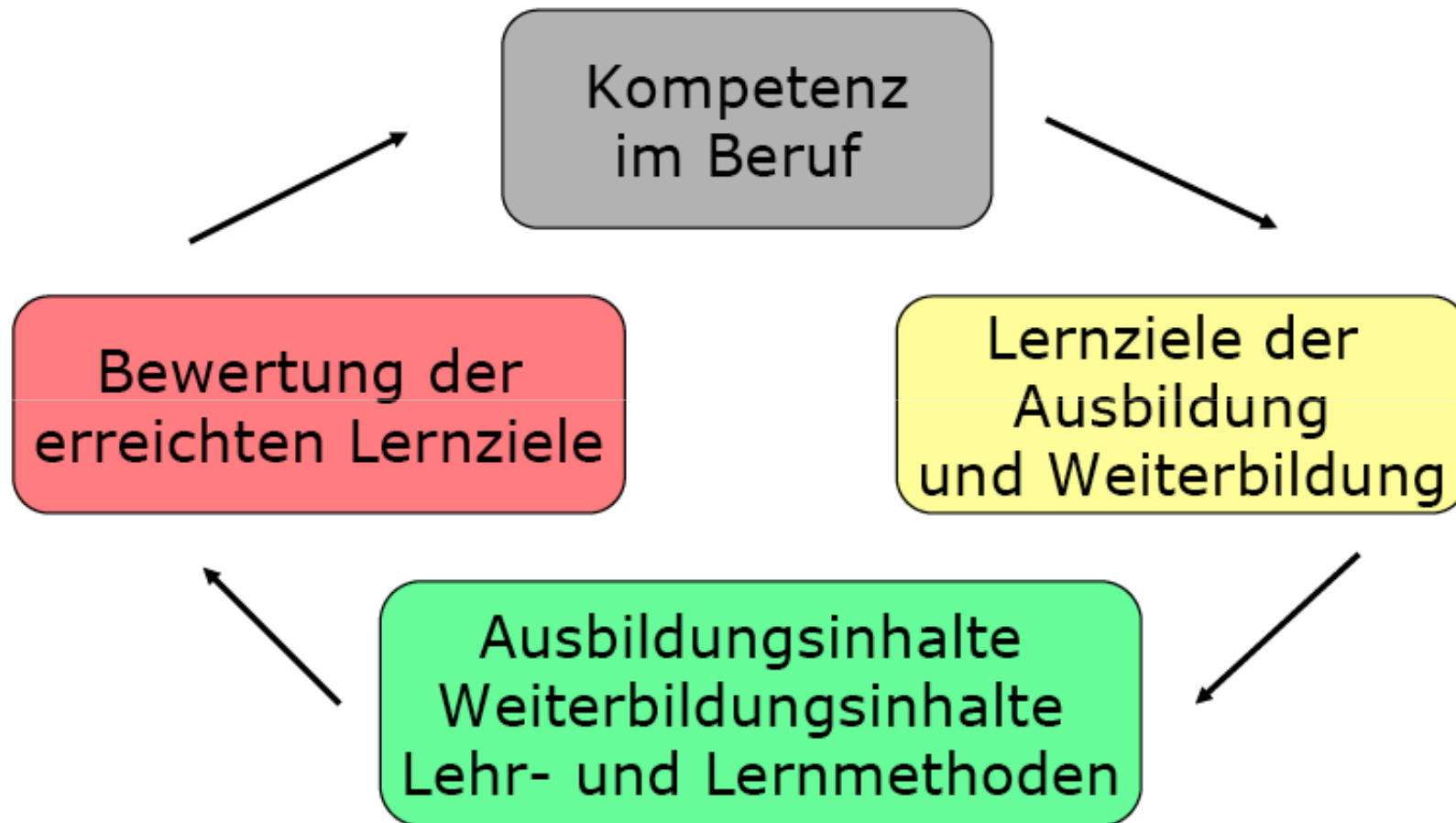
- Kombination aus Wissen, Fertigkeit und Verhalten, die für die Durchführung einer spezifischen Tätigkeit erforderlich sind: Sachgerecht, durchdacht, sowie individuell und sozial verantwortlich (Erpenbeck/Rosenstiel, 2003)
- Spezifisch, messbar, ausführbar, realistisch, terminierbar (Kehr 2004)
- Abgeleitet aus der **Berufswelt** (der Gesundheitsberufe) und den **Anforderungen** der Gesellschaft (Hahn 2009)
- Zusammengesetzt aus Teilkompetenzen, die auf Wissen, Fertigkeiten und Verhalten aufbauen
- Ergebnisorientiert, nicht-hierarchisch, authentisch, kriterienbasiert, evaluiert durch direkte Beobachtung, betont formative Prüfungen, Prozeß geführt vom Lernenden (Iobst 2010)
- Nicht nur etwas, über das man nachdenkt und redet, sondern auch etwas, was man tut





# Kompetenz und Performanz

---



# Schlüsselkompetenzen

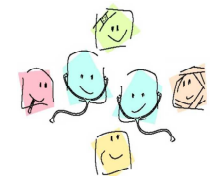
---

Perspektiven aus 360° (Reilly et al., 1996)

- A der Weiterzubildenden (INCHER, 2008; Giesler, Forster et al., 2011)
- B der Weiterbildner (Huwendiek, 2009)
- C der Curriculumplaner (canMEDS, 2007)
- D der Gesundheitssystemexperten (Sachverständigenrat 2007, 2009)
- E der Patienten und ihrer Familien (Kompetenzzentrum Gesundheitswissenschaften und Medizin Dresden, 2010)
- F anderer relevanter Institutionen

*„Every interpretation is tentative, it opens up a possible perspective.  
Definitive and comprehensive interpretation is non-existent“*

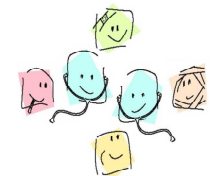
*Ten Have, 1990*



# Weiterzubildende

---

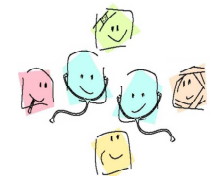
- bundesweite Befragung „Studienzufriedenheit und Berufserfolg“ mit Medizinerfragebogen vom Kompetenzzentrum für Lehrevaluation in der Medizin Baden-Württemberg an der Universität Freiburg.
- 1.237 Absolventen des Jahrgangs 2008 haben den speziellen Fragebogen ausgefüllt.
- Zielgruppe waren Ärzte, die 1 ½ Jahre nach dem Studium im Beruf tätig waren. Herkunft: 17 Universitäten aus 8 Bundesländern.
- 46 medizinische [Teil]Kompetenzen wurden dem "Freiburger Fragebogen zur Erfassung von Kompetenzen in der Medizin" (FKM; Giesler, Fabry, Forster & Biller 2008/2009) entnommen und in den für das Projekt entwickelten Medizinerfragebogen integriert.
- 44 Kompetenzen bei Studienabschluss als niedriger als im Beruf gefordert:



## > 30 % Diskrepanz bei den folgenden Kompetenzen

---

1. Fähigkeit, ein Stations-/Praxisteam anzuleiten/zu führen
  2. Allgemeine Kenntnisse und Fähigkeiten der ärztlichen Gesprächsführung in verschiedenen Situationen
  3. Fähigkeit zur Hilfe und Betreuung bei chronisch und unheilbar Kranken sowie Sterbenden
  4. Fähigkeit, effektiv mit allen Mitgliedern des Behandlungsteams über die Versorgung der Patienten und Betreuung der Angehörigen zu kommunizieren
  5. Allgemeine Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in der grundlegenden apparativen Diagnostik
  6. Fähigkeit, vorhandene Patienteninformation für Konsiliaranforderungen aufzuarbeiten und Konsilfragen zu formulieren
  7. Kenntnisse und Fähigkeiten über Strategien zum Zeitmanagement
  8. Allgemeine Fähigkeiten zur konservativen individuellen Therapieplanung bei häufig vorkommenden Erkrankungen
  9. Allgemeine Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten bezüglich differentialdiagnostischer Überlegungen
  10. Praktische Erfahrung im Umgang mit Patienten
- 



# Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin

---

- Medizinischer Fakultätentag und Gesellschaft für Medizinische Ausbildung
- 5 Hauptgruppen mit 21 Arbeitspaketen

## **1. Einleitung (AP 1)**

Hintergrund und rechtlicher Rahmen (ÄAppO, EU-Direktive [36/2005/EG]), Konsensusprozess

## **2. Arztbild (AP 2)**

Berufsordnung, ApprO

## **3. Dimensionen und Deskriptoren (AP 3)**

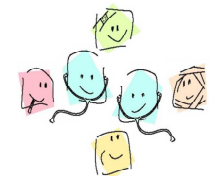
inklusive allgemeine Prüfungsmethoden

## **4. Rollen des Arztes (AP 4-11)**

abgeleitet aus CANMeds-Rollen

## **5. Anhänge (AP 12 - 21)**

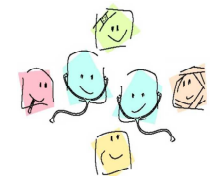
jeweils Einleitung mit Definition, Quellen, Ein- bzw. Ausschlusskriterien und geeigneten Prüfungsmethoden



# Die sieben ärztlichen Kernkompetenzen CanMeds

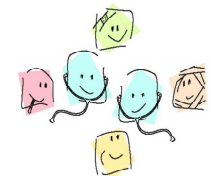
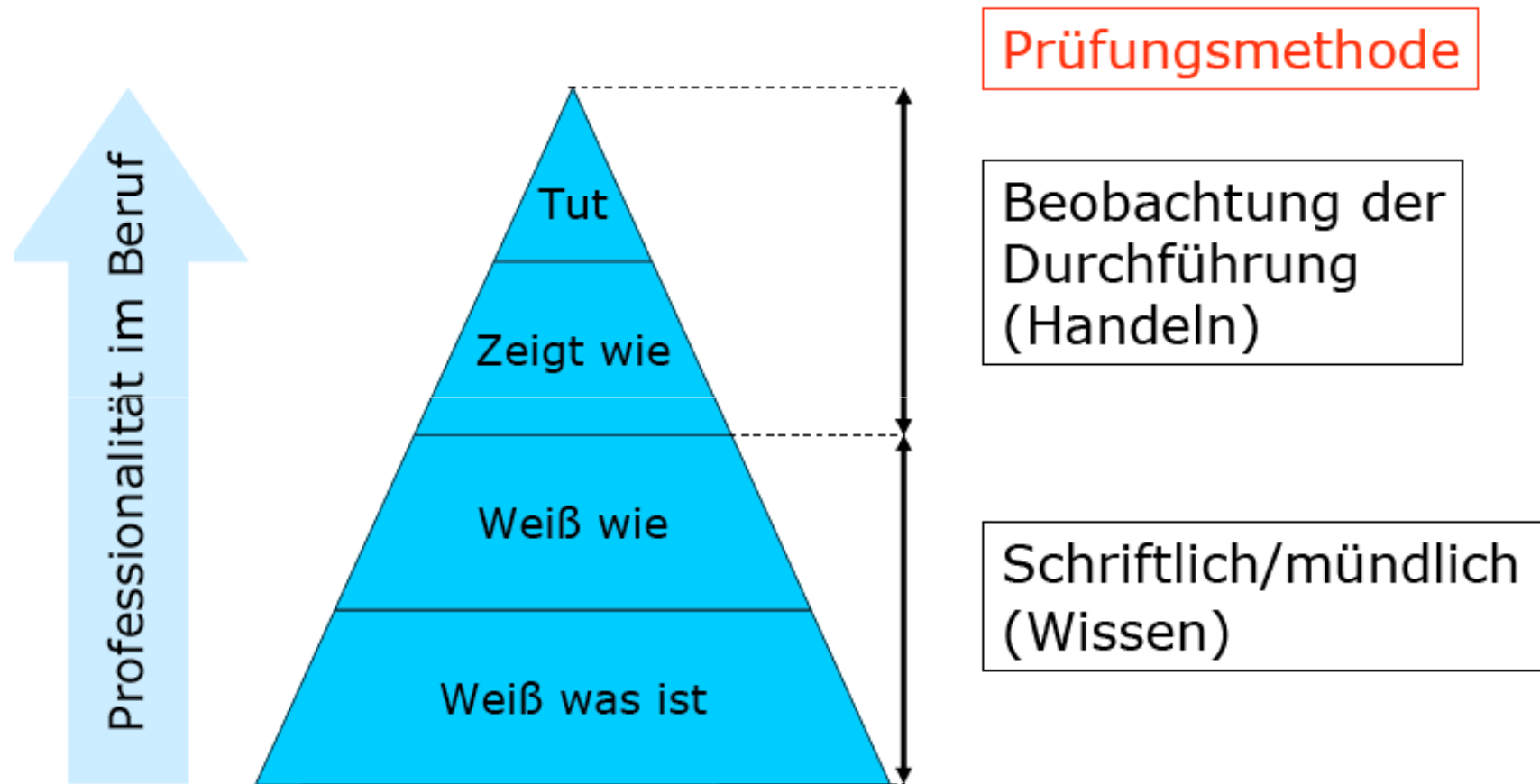
---

CanMeds 2005 Kernkompetenzen [Frank 2005]	
<b>Englisches Original</b>	<b>Deutsche Bezeichnung</b>
Medical Expert	Medizinischer Experte
Communicator	Kommunikator
Collaborator	Interprofessioneller Partner
Manager	Verantwortungsträger und Manager
Health Advocate	Gesundheitsberater und - Fürsprecher
Scholar	Wissenschaftler und Lehrer
Professional	Professionelles Vorbild



# Miller's Pyramide Klinischer Kompetenzen

Miller GE: The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance. Acad Med 1990; 65: 63-7



# Aktuelle Lehr- und Lernforschung (1)

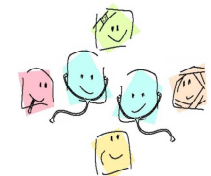
---

**DIU für Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin:** Analyse des Versorgungsspektrums niedergelassener Kinderärzten– Implementierung eines Erfassungstools sowie Datenerhebung und -auswertung

- Pädiatrische Versorgungsstrukturen ändern sich unter anderem aufgrund des demographischen Wandels und der sich verändernden epidemiologischen Bedingungen
- Zu Leistungsspektrum und Patientenstruktur in Niederlassung tätiger Fachärzte existieren bisher kaum empirische Aussagen
- Es wurde ein Erfassungstool erstellt, welches bei den niedergelassenen Fachärzten zum Einsatz kommt.

**Deutsche Gesellschaft für Allgemeine Ambulante Pädiatrie:** Analyse der „Global Standards for Pediatric Physicians“ des Global Pediatric Education Consortium

- Entwicklung eines Instruments zur Erkennung von Schlüsselkompetenzen ambulanter Pädiatrie (Potsdam 2010)
- Anpassung der canMEDs-Rollen an die aktuelle deutsche Versorgungssituation (Weimar 2011)
- Kanonisierung der validierten Schlüsselkompetenzen ambulanter Pädiatrie (fortlaufend)





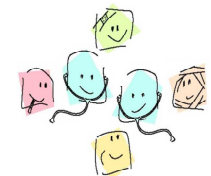
# Aktuelle Lehr- und Lernforschung (2)

---

## **Heidelberger Akademische Lehrpraxen und Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin:**

Literaturrecherche und Analyse von Schlüsselbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen

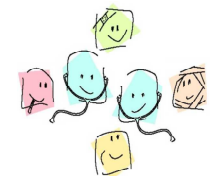
- Eltern möchten mit Ihrem Kind vorrangig zum Kinder- und Jugendarzt (Umfragen)
- Empathie wird unter den gewünschten Eigenschaften eines Arztes von Patienten überwiegend an erster Stelle genannt
- Im Medizinstudium kommt es zu einer Verminderung von Empathie (Newton et al., eigene Untersuchungen)
- Longitudinale, patientenzentrierte Lernerfahrungen werden als besonders geeignet angesehen, um Empathie bei Lernenden zu fördern
- In Heidelberg wurde das Pädiatrische Patenschaftsprojekt PÄPP konzipiert und seit 2007 durchgeführt
- Die Evaluation nach Randomisierung zeigt im Vergleich mit der Kontrollgruppe ansteigende Empathiewerte – ein Beispiel für eine erfolgreiche medizinpädagogische Intervention
- Generalisierung der Ergebnisse?



# Schlussfolgerung: Strukturierte Bildung

---

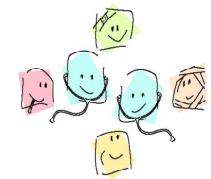
1. Die Aus- und Weiterbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen erfordert die Neudefinition der Aufgaben jedes Gesundheitsberufs
2. An den Aufgaben müssen sich kompetenzbasierte Lernzielkataloge für Curricula und Prüfungen orientieren
3. Lernziele, Methoden und Bewertung in der Aus- und Weiterbildung müssen der Tätigkeit in unserem Gesundheitswesen entsprechen: Kontext und Interprofessionalität
4. Strukturierte Aus- und Weiterbildung führt zu Absolventen, deren Kompetenz bekannt ist



# Was tut Not?

---

- Konsequent und kooperativ Schlüsselkompetenzen identifizieren, abstimmen, mitteilen und tun (Literatur, DGKJ, DGAAP, GMA, Ärztekammern, Weiterbilder)
- Weiterbildungsnetze, benchmarking, Lehr- und Lernforschung intensivieren
- Work-based education: Kompetenz und Kontext vom ersten Tag an durch Patientenkontakt („no teaching without the patient“: Osler)
- Valide und reliabele Beobachtungsprüfungen einführen
- Wissenschaftlichkeit und Urteilsfähigkeit fördern, Mehrdeutigkeit anerkennen, Unsicherheit handhaben
- Lebenslang von, mit und über Patienten lernen
- Den Aus- und Weiterbildungsträgern die nötigen Ressourcen geben



# Danksagung

---

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dank an die Arbeitsgruppe Didaktik und Methodik der Pädiatrie, Heidelberg

Dem Gemeinschaftspraxispartner und der Ärztin in Weiterbildung für Toleranz  
und Förderung meiner praxisabseitigen Interessen

Der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung für Diskussionen und Anregungen

Der Gesellschaft für Allgemeine Ambulante Pädiatrie für engagierte Mitwirkung

Meiner Frau für (nicht nur technische) Unterstützung

