

01.08.2015 Für Weiterbilder

Das Mastertrainerprogramm von BDC und BDI – Wie unterstützt man die Weiterbildung vor Ort?

M. Siebolds, J. Ansorg, M. Denkingen



Zum Thema Facharztweiterbildung bestimmen berufspolitische Auseinandersetzungen um strukturelle Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel Weiterbildungsordnungen, Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung sowie Gestaltung politischer Anreizsysteme zur Überwindung des zunehmenden Ärztemangels, die öffentliche Diskussion. Internationale Forschungsergebnisse zum Thema werden in dieser Diskussion nicht genutzt. Ebenso fehlen in der Fläche Konzepte zur Unterstützung der Weiterbilder und Assistenten bezüglich der Entwicklung von Lehr- und Lernkompetenzen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) hat

deshalb in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) ein Mastertrainer-Projekt aufgelegt. Dreißig speziell ausgebildete Mastertrainer (alle langjährig weiterbildende Chef- oder Oberärzte) vermitteln in eintägigen Fortbildungen ein sehr einfaches und alltagstaugliches Konzept der evidenzbasierten und strukturierten Facharztweiterbildung an interessierte Weiterbilder.

Arztbildung als Kernaufgabe

Arztbildung ist ein lebenslanger Prozess in dessen Verlauf verschiedene Ebenen der ärztlichen Entwicklung durchlaufen werden. Die hier genutzte Taxonomie ist an Benner [1] angelehnt:

1. Die Novizenebene – das Studium mit dem Ziel der Anlage des Potentials, als Arzt in die nächste Lehr- und Lernphase der Facharztausbildung eintreten zu dürfen: Dabei verfügt die Hochschule über klare Lehr- und Lernrollen und sieht den Medizinstudenten als abhängigen Lerner. Hochschule ist ein *primärer Lernort mit passageren Praxisphasen*. Ziel ist die formale Qualifikation im Sinne der Erlangung der Approbation.
2. Die Gesellenebene – die Facharztweiterbildung mit dem Ziel eigenverantwortlich und ohne weitere Aufsicht ärztlich arbeiten zu können: Die ärztliche Weiterbildung ist ein *Ort klinischer Berufstätigkeit mit passageren Lernphasen*. Der Lernende steht in einer klaren beruflichen Hierarchie. In der Berufspraxis geschieht die Weiterbildung aber in der Regel im Rahmen kollegialer Zusammenarbeit von Weiterbilder und Assistent in der alltäglichen klinischen Krankenversorgung. Das Bildungsziel ist eine Mischung aus der formalen Erlangung des Facharztstatus und der materiellen Qualifikation im Sinne einer oberarzt- bzw. niederlassungsreifen, chirurgischen

Performance des jungen Facharztes für Chirurgie, die Mindestanforderungen zur eigenverantwortlichen Beherrschung und Ausübung der chirurgischen Standardverfahren zu erfüllen.

3. Die Meisterebene – die nachfachärztliche Arztbildung mit dem Ziel der zunehmenden Entwicklung klinischer Reife: Diese befähigt den reifen Chirurgen zur Bewältigung atypischer chirurgischer Fallsituationen und zur Fähigkeit, werterelevante, klinische Entscheidungen in widersprüchlichen Situationen [2] leisten zu können. Bildungsziele sind die materielle Qualifikation zur zunehmenden Übernahme von Fallverantwortung bei komplexen chirurgischen Fragestellungen sowie die Vorbereitung auf die Übernahme von ärztlicher Leitungsverantwortung [3].

Facharztweiterbildung als paradoxer, klinischer Lernraum

Diese Taxonomie macht klar, dass Facharztweiterbildung und nachfachärztliche Arztbildung nicht die Fortsetzung des Medizinstudiums mit anderen Mitteln sein können. Der zunehmende Trend innerhalb der standespolitischen Diskussion zur „hochschulischen Didaktisierung“ und „curricularen Überstrukturierung“ der Facharztweiterbildung erkennt die Arbeitsrealität in den Weiterbildungsstätten und die eher auf Diskurs und Selbstorganisation ausgerichtete, traditionelle Lehrkultur in der Facharztweiterbildung, besonders in der Chirurgie. Will man vor Ort bei den Beteiligten akzeptierte Lösungen etablieren, die anschlussfähig an die vorherrschende Weiterbildungskultur in den Kliniken sind, so gilt es, mit diesem Spannungsfeld bewusst umzugehen.

Basiskonzept einer strukturierten Facharztweiterbildung

Um diesem Spannungsfeld gerecht zu werden, wurde folgendes Vorgehen gewählt. Im Rahmen der Erstellung eines Literaturreviews [4] wurden aus der verfügbaren Literatur nur evaluierte Konzepte ausgewählt, die einen nachweislichen Einfluss auf die Weiterbildung haben. Auf eine „curriculare Überstrukturierung“ wird klar verzichtet. Die verfügbaren Evaluationen in Deutschland [5] zeigen, dass die Anleitung in der Weiterbildung verbesserungsfähig ist, aber nicht das primäre Problem darstellt. Die eigentlichen Probleme sind Unverbindlichkeit und Unstrukturiertheit im Sinne der ungenügenden Förderung eigenständigen Lernens, der Feedbackgabe und der Wahrnehmung der individuellen Lernsituation des Assistenten in der Weiterbildung. Um die Autonomie der Beteiligten nicht über Gebühr einzugrenzen und kreative Ansätze in den Weiterbildungsstätten nicht einzuengen, baut das Basiskonzept konsequent auf diesen Vorgaben auf. Es umfasst die regelmäßige Einschätzung des Lernstandes auf der Basis des Kerncurriculums [6,7,8], ergänzt durch die Einschätzung der personellen ärztlichen Schlüsselkompetenzen (in Anlehnung an die Vorgaben des Accreditation Council for the Gradual Medical Education (ACGME) [7,10]), durch Weiterbilder und Assistent im Sinne der Gegenüberstellung von Eigen- und Fremdwahrnehmung des Weiterbildungsstandes. Darüber hinaus wird die regelmäßige Überprüfung des Weiterbildungsergebnisses auf der Ebene der klinischen Fertigkeiten im Rahmen von Testaten genutzt [8]. Zur Skalierung von Lernstandserhebung und Testaten wird eine Likert Skala mit fünf Kompetenzgraden genutzt. Die Nutzung des Konzeptes individueller, kriteriengeleiteter Lernstandseinschätzung und objektiver Leistungsrückmeldung sind das zentrale Agens, das Assistenten und Weiterbilder zur Entwicklung von Maßnahmen und Lernprozessen zur Weiterentwicklung der Weiterbildung anregt. Durch diesen ärztlich kollegialen Prozess und die konsequente Nutzung der ACGME Kernkompetenzen soll langfristig eine lehr- und lernaktive sowie ärztlich professionelle Haltung bei den jungen Ärzten angelegt werden [8,9]. Bei den begrenzten personellen Ressourcen zur chirurgischen Weiterbildung macht es Sinn, sich auf zwei Phasen der Weiterbildung zu konzentrieren. Die kontinuierliche Evaluation der Anwendung hat gezeigt, dass das Basiskonzept besonders die ersten beiden Weiterbildungsjahre erfasst, um eine zügige Berufseinmündung und Einarbeitung der jungen Kollegen zu unterstützen. Der Mastertraineransatz ist in der ersten Phase des Projektes auf die Vermittlung des Basiskonzeptes ausgelegt.

Die zweite Phase, in der die strukturierte Weiterbildung effektiv sein kann, ist der Zeitraum ein bis zwei Jahre vor der Facharztprüfung. Hier ist die Effektivität von Konzepten des Simulatortrainings [11] zur Vorbereitung auf komplexe oder gefahrenbehaftete OP-Verfahren, das chirurgische Assessment [12], das die OP-Performance unter atypischen Indikationen oder kritischen OP-Situationen beurteilt und klinische Fallanalysen im Rahmen von Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen [13], belegt. Das Mastertrainerkonzept wird mittelfristig auf diese Ansätze erweitert werden. In der folgenden Tabelle werden die Elemente des Basiskonzeptes vorgestellt.

Mastertrainer als kollegiale Unterstützungsstruktur

Das Mastertrainerkonzept ist Teil eines seit 2001 laufenden Projektes, in dem bisher 160 Fachabteilungen über je ein Jahr in verschiedenen Settings begleitet und evaluiert wurden. Mastertrainer werden in diesem Projekt seit 2013 ausgebildet. Es versucht, auf die oben skizzierte Problemlage eine Antwort zu geben. Im Spannungsfeld der heutigen Arbeitsbedingen in Kliniken, den kaum mehr funktionierenden traditionellen Weiterbildungsstrukturen und dem Trend zur Verschulung und Überregulation der ärztlichen Weiterbildung, basiert das Konzept auf zwei zentralen Annahmen:

Haltung: Gute Facharztweiterbildung braucht eine Haltung der Lehrenden und Lernenden, die es möglich macht, die Lust an der Entwicklung fachlicher Expertise zu wecken und die personelle Entwicklung des jungen Arztes zu sehen, wert zu schätzen und im Sinne einer Entwicklung hin zu einer im besten Sinne guten Arztpersönlichkeit zu fördern. Dies wurde in der Ausbildung durch die intensive Reflexion von Arztrolle und klinischen Arzthandeln vor dem Hintergrund der Professionstheorien [2] gewährleistet.

Evidenzbasierung: Mit Hilfe eines Literaturreviews aufbauend auf den Vorgaben des PRISMA Standards [4] wurden 890 Arbeiten bei der Erstsichtung identifiziert, von denen 202 Treffer aufgrund der Qualität der Arbeiten eingeschlossen werden konnten. Letztlich konnte eine Systematik erstellt werden, um diese Arbeiten zielgerichtet in der Konzeption von der strukturierten Weiterbildung zu nutzen. Letztlich finden sich auf die wesentlichen praktischen Fragen der Weiterbildungspraxis wissenschaftlich fundierte Theorien, Konzepte und Methoden. Als Basissatz der Strukturierung der Weiterbildung können folgende Elemente einer Weiterbildungspraxis gelten:

Tab. 1: Basiskonzept einer strukturierten Facharztweiterbildung

Inhalt	Erläuterung
Rolle des professionellen Arztes	Vermittlung von Ideen zur Entwicklung einer professionellen Haltung als Arzt zum Thema Weiterbildung
Kerncurriculum	Erstellung einer Liste absolut notwendiger Kompetenzen, die ein Assistent braucht, um in einer Abteilung verantwortlich arbeiten zu können. Es stellt keinen verbindlichen Lernplan dar – da dieser in der Klinik in der Regel nicht funktioniert. Es fungiert als Kriterienliste, um zu reflektieren, wo man in einem Weiterbildungsabschnitt steht!
Lernstandsrückmeldung und	Bearbeitung eines Fragebogens, der vor dem Weiterbildungsgespräch im Sinne von Selbst- und Fremdeinschätzung durch Weiterbilder und Assistent getrennt

Weiterbildungsgespräch	ausgefüllt wird. Er umfasst die Kriterien des Kerncurriculums der Abteilung und die sechs Kernkompetenzen eines guten Arztes der ACGME [7]. Die Bewertung erfolgt über fünf Kompetenzgrade. Diese Einschätzung dient als Grundlage des Jahresweiterbildungsgesprächs, in dem vier konkrete Zielvereinbarungen für die Weiterbildung im nächsten Jahr getroffen werden.
Testate	Objektive Bewertung der Performance, mit der ein Assistent eine klinische Tätigkeit ausübt. (z. B. Wundversorgung, einfache OP, Patientenaufklärung etc.)

Ausbildung der Mastertrainer

Die Ausbildung umfasst ein Wochenende mit 14 Lehreinheiten, zwei Supervisionen à fünf Stunden im Jahr sowie ein praktisches Training der eigenständigen Durchführung einer Fortbildung für Weiterbilder. Die Vermittlung der Basiselemente einer evidenzbasierten Weiterbildung (s.o.) ist Gegenstand der Ausbildung. Die Erfahrungen in einem ersten Durchlauf auf der 121. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2015 in Mannheim haben gezeigt, dass das Konzept erfolgreich umsetzbar ist.

Literatur

[1] Benner, P.: Stufen der Pflegekompetenz, Huber Bern 2012.

[2] Siebolds, M.: Eros und Ethos des Vertragsarztseins Teil 1: Dtsch Arztebl 2014; 111(29-30): A-1292 / B-1112 / C-1056.

[3] Siebolds M. „Chefarzt Sein“ – Klinisch leiten zwischen Arzt sein und Wertschöpfung. Passion Chirurgie. 2014 Oktober, 4(10): Artikel 02_02.

[4] Kahl, C. and M. Siebolds (2012). Sind die Definitionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung noch zeitgemäß? Ein Versuch der Taxonomieentwicklung, German Medical Science GMS Publishing House; Düsseldorf.2012.

[5] Korzillius, H.: Befragung der Ärzte in Weiterbildung: Im Großen und Ganzen zufrieden Dtsch Arztebl 2015; 112(3): A-74 / B-64 / C-64.

[6] Johnston KC (2003) Responding to the ACGME's competency requirements: an innovative instrument from the University of Virginia's neurology residency. Acad Med 78:1217–1220.

[7] Meyring, S.; Leoppold, H.C.; Siebolds, M.: Implementation of a competency-based graduate medical education program in a neurology department. Nervenarzt. 2006 Apr; 77(4):439-48.

[8] Siebolds, M.: Facharztweiterbildung in der Anästhesie. In: Eckart, Jaeger, Möllhoff: Anästhesiologie., Ecomed Verlag Landsberg 2009, 13. Erg.-Lfg. 7/09, Kap. 20.1.

[9] Siebolds, M. et al.: Strukturierte Facharztweiterbildung: Alter Wein in neuen Schläuchen oder Zukunftsoption? Dtsch Arztebl 2006; 103(42): A-2765 / B-2403 / C-2313.

[10] ACGME Outcome Projekt Weitere Details: <http://www.acgme.org/outcome/> (Stand: 5. August 2004).

[11] Bausch G, Adermann J, Andrack B, Dengl M, Handwerk J, Müller M, Seifert A, Steinke H, Sturm M, Korb W, Meixensberger J (2013): Design and development process of a next generation training system for spinal surgery. Simulation: Transactions of the Society for Modeling and Simulation International, Special Issue: Medical Simulation (accepted for publication).

[12] Reznick R.; Regehr G.; MacRae H.; Martin J.; McCulloch W.: Am. J. Surg. 180, Testing technical skill via an innovative "Bench Station" examination 226-230; Copyright 1997, with permission from Excerpta Medica Inc.

[13] Becker A.: Qualitätskriterien erfolgreicher Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Quality criteria for successful Morbidity and Mortality Conferences. Publiziert am: 23.10.2013. In: Interdisziplinäre Beiträge zum Krankenhausmanagement.

Siebolds M. / Ansorg J. / Denkinger M. / Das Mastertrainerprogramm von BDC und BDI – Wie unterstützt man die Weiterbildung vor Ort? Passion Chirurgie. 2015 August, 5(08): Artikel 02_01.

Autoren des Artikels



Dr. med. Jörg Ulrich Ansorg

Geschäftsführer

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) e. V.

ehem. BDC-Geschäftsführer

Straße des 17. Juni 106-108

10623 Berlin

[> kontaktieren](#)



Prof. Dr. med. Marcus Siebolds

Lehrbereich Medizinmanagement

Katholische Hochschule NRW

Fachbereich Gesundheitswesen 2

Wörthstrasse 10

50668 Köln

[> kontaktieren](#)



Prof. Dr. med. Michael Denkinger

Chefarzt und Ärztlicher Direktor

Geriatrie

AGAPLESION BETHESDA KLINIK ULM

Zollernring 26

89073 Ulm

