

Willkommene Neuerung oder alter Wein in neuen Schläuchen?

Adi Marty^a, Stefan Eisoldt^b, Sonia Frick^c

^a Dr. med., MME, Institut für Anästhesiologie, UniversitätsSpital Zürich; ^b Dr. med., Chirurgie Ausserschwyz GmbH, Churerstrasse 54, 8808 Pfäffikon;

^c KD Dr. med., MME, Medizinische Klinik, Spital Limmattal

«Was soll eigentlich dieser Rummel um EPAs?» – ist kein ungewöhnlicher Kommentar und zeigt, dass noch viel Unsicherheit rund um kompetenzbasierte Weiterbildung und speziell um die «Entrustable Professional Activities» (EPAs) herrscht. Mit diesem Artikel möchten wir den Leserinnen und Lesern auf griffige Art aufzeigen, was EPAs sind und weshalb sie gerade für die Weiterbildung im hektischen klinischen Alltag einen Gewinn bedeuten.

Warum braucht es EPAs?

Von Kompetenzen zu Tätigkeiten

In den letzten Artikeln dieser Serie wurden kompetenzbasierte Weiterbildung und Kompetenz-Modelle wie die CanMEDS-Rollen ausführlich diskutiert [1, 2]. Ihre konkrete Umsetzung als Instrument für Lehre und Assessment im Arbeitsalltag gestaltet sich jedoch schwierig. Die Rollen sind nur beschränkt messbar und bergen die Gefahr, die Person in ihre Eigenschaften oder Kompetenzen zu zerstückeln. Diese Schwierigkeit führte zur Einführung von EPAs. Sie machen die komplexe Lerntheorie der kompetenzbasierten Medizin im klinischen Alltag umsetzbar.

Eine **Entrustable Professional Activity (EPA)** ist eine **klinische Tätigkeit**. Diese kann Lernenden zur selbstständigen Ausführung **übertragen** werden, wenn sie oder er die notwendigen **Kompetenzen** gezeigt hat [3].

Die wichtigste Unterscheidung deshalb gleich zu Beginn: Kompetenzen sind Eigenschaften einer Person – EPAs sind Tätigkeiten. Anhand EPAs beurteilen wir, wie

eine Assistenzärztin oder ein Assistenzarzt – mit all ihren oder seinen Kompetenzen – eine bestimmte klinische Tätigkeit ausübt.

Von Bewertungsskalen zu Supervisions-Levels

Eine wichtige Neuerung, die EPAs mit sich bringen, ist die Bewertungsskala. Während herkömmlich oft von «gut» oder «schlecht» sowie «erreicht» oder «nicht erreicht» die Rede war, wird hier bewertet, **wie viel Supervision jemand für die Ausübung einer Tätigkeit**

EPAs machen die die komplexe Lerntheorie der kompetenzbasierten Medizin im klinischen Alltag umsetzbar.

braucht [4, 5] (Tab. 1). Diese Art der Bewertung verwenden wir vermutlich intuitiv schon jetzt, jedoch bleibt diese oft implizit und undokumentiert.

Folgende Frage steht im Zentrum: *Würde ich meine Angehörigen von dieser oder diesem Lernenden behandeln lassen? Und wenn ja, wie viel Supervision braucht sie oder er dabei?* [6]

Tabelle 1: Entrustment-Supervision-Skala: mit steigender Autonomie von unten nach oben [5].

Level	Beschreibung
Andere supervidieren	Darf jüngere Lernende bei dieser Tätigkeit supervidieren
Entfernte Supervision	Supervisor/in ist nicht physisch präsent, kann telefonisch erreicht oder in ca. 20–30 Min. dazu gerufen werden.
Indirekte Supervision	Reaktive Supervision: Supervisor/in kann innert kurzer Zeit dazu gerufen werden.
Direkte Supervision	Proaktive Supervision: Supervisor/in führt Tätigkeit gemeinsam mit Lernenden durch
Beobachten	Darf zuschauen bzw. aktiv assistieren, aber Tätigkeit noch nicht selber ausführen

Tabelle 2: Beeinflussende Faktoren der Lernenden [10].

Agency	Proactive towards work, team, safety, personal development
Reliability	Conscientious, predictable, accountable, responsible
Integrity	Truthful, benevolent, patient-centered
Capability	Knowledge, skills experience, situational awareness
Humility	Recognizes limits, asks for help, receptive to feedback

Diese Beurteilung ist immer subjektiv und kontextabhängig. Das mag erstaunen, war doch «Objektivität» bisher immer das Ziel von Assessments. Mittlerweile wird jedoch die hohe Wertigkeit der Subjektivität bei arbeitsplatzbasierten Bewertungen anerkannt: So wie mehrere Pixel zusammen ein Bild ergeben, ermöglicht nämlich die Summe subjektiver Beurteilungen unterschiedlicher Situationen durch mehrere Weiterbildende eine zuverlässige Aussage über die

Ein weiterer Anspruch von EPAs ist es, ein besseres Kontinuum zwischen Aus-, Weiter- und Fortbildung zu erreichen.

Performance einer lernenden Person [7,8]. Dieses Konzept nennt man «Programmatic Assessment» und wird in einem der nachfolgenden Artikel genauer beschrieben.

Ihre Perspektive als Weiterbildnerinnen und Weiterbildner ist letztlich die einzige relevante Einschätzung, denn nur Sie haben die Expertise, zu beurteilen, ob in der gegebenen klinischen Situation eine Tätigkeit einer oder einem Lernenden anvertraut werden kann.

Interessant sind die Faktoren, welche unsere Beurteilung als Weiterbildnerin und Weiterbildner beeinflus-

sen. Es sind dies die Komplexität der Situation, der Kontext der Aufgabe, die klinische Erfahrung der Weiterbildnerin oder des Weiterbildners sowie die Beziehung zwischen den Lernenden und den Weiterbildenden [9]. Wichtige Faktoren, die die Lernenden betreffen, sind in folgender Tabelle aufgeführt (Tab. 2).

Daraus ergibt sich das Akronym «A RICH decision» [10]. Sich dieser Einflüsse bewusst zu sein, erhöht die Aufmerksamkeit und die Sorgfalt einer Beurteilung. Es ermöglicht auch, diese Faktoren zum Thema eines Feedbackgesprächs zu machen, weil gerade sie oft unangesprochen bleiben.

Von retro- zu prospektiv

Die Einschätzung des Supervisions-Levels kann retro- oder prospektiv vorgenommen werden. Beurteilt man retrospektiv, beschreibt man das benötigte Level. («Das hast du alleine gemacht», «ich musste dir helfen...»). Ein zentraler Punkt von EPAs ist die prospektive Beurteilung: «Basierend auf der eben beobachteten Leistung, wie viel Supervision würde die oder der Lernende das nächste Mal für die gleiche/ähnliche Situation mit gleicher Komplexität brauchen?» Diese prospektive Einschätzung ist deshalb relevant, weil wir oft vor der Entscheidung stehen, jemandem eine klinische Tätigkeit zur selbstständigen Ausführung zu übertragen, ohne diese selber beobachtet zu haben. Bei solchen Entscheidungen benötigen wir die vorgängigen Beurteilungen unserer Kolleginnen und Kollegen zu dieser EPA.

Zusätzlich braucht es Vertrauen, dass die Assistenzärztin oder der Assistenzarzt ihre Kompetenzen auf die neue Situation übertragen kann und dabei ihre/seine Grenzen kennt, um rechtzeitig Unterstützung anzufordern. Das bedeutet «Entrustable» in EPAs.

Tabelle 3: Vorlage für Struktur und Inhalt einer EPA [3].

Titel	Oft werden Kurztitel verwendet. Ein vollständiger Titel enthält immer ein Verb.
Spezifikationen und Limitationen	Genauere Beschreibung der Tätigkeit: Klinischer Kontext, Patientengruppe, zeitlicher Rahmen, Abgrenzung gegenüber anderen EPAs.
Risiken	Risiko, wenn die Tätigkeit nicht richtig ausgeführt wird. Dies soll auch begründen, warum man diese EPA braucht.
Kompetenzen	Erwähnen der relevanten CanMEDS-Rollen. Jede EPA deckt mehrere Kompetenzen ab.
Knowledge Skills Attitudes (KSA)	Herzstück einer EPA. Wissen, Fertigkeiten und Haltung, die Lernende zeigen müssen, um diese EPA selbstständig ausführen zu dürfen.
Assessment Methoden	Direkte Beobachtung (Arbeitsplatz-basierte Assessments, wie DOPS, MiniCEX oder Field-notes); alternativ auch fallbasierte Diskussionen (z. B. Entrustment-based Discussions); Für longitudinale Beurteilung: Multi-Source Feedback (360°-Feedback)
Voraussetzungen	Anzahl verlangter Beobachtungen. Obligatorische Lerneinheiten und Kurse.
Erwartetes Supervisions-Level	Definiert das Supervisions-Level zu relevanten Zeitpunkten in der Weiterbildung, insbesondere zur Facharztreife.
Ablaufdatum	Ohne kontinuierliche nachgewiesene Praxis geht besonders bei risikoreichen Tätigkeiten das erreichte Level mit der Zeit wieder verloren.



Ab wann kann der Assistenzarzt die Aufgabe selbstständig bewältigen?

Von Segmentierung zum Kontinuum

Ein weiterer Anspruch von EPAs ist es, ein besseres Kontinuum zwischen Aus-, Weiter- und Fortbildung zu erreichen. Mit der Einführung von EPAs im Medizinstudium durch die PROFILES erarbeiten sich Studierende eine Palette konkreter klinischer Tätigkeiten. Mehrere Fachgesellschaften entwickeln heute EPAs, welche auf den PROFILES-EPAs aufbauen und diese auf ein Facharztniveau erweitern. Beispiele dafür sind: «Durchführen einer Reanimation» oder «Behandeln einer Patientin oder eines Patienten mit Herzinsuffizienz». Diese Beispiele zeigen auch, dass EPAs über mehrere Fachgebiete hinweg ähnlich sein und sich so Synergien in der Weiterbildung ergeben können.

Die innere Struktur einer EPA

Häufig werden uns in der Literatur nur die Titel der EPAs präsentiert. Der wahre Wert liegt aber in deren detaillierten Beschreibung, welche eine klare Struktur mit acht Rubriken aufweist (Tab. 3). Hier wird sichtbar, was eine Tätigkeit beinhaltet und warum sie für eine Fachgesellschaft relevant ist.

Das Herzstück der EPAs ist die Beschreibung von Wissen, manuellen Fertigkeiten und Haltung (Knowledge, Skills and Attitudes = KSA). Diese Rubrik definiert, was Lernende zeigen müssen um die EPA selbstständig ausführen zu dürfen. Obwohl häufig als Liste dargestellt, soll diese Rubrik nicht als Checkliste, sondern als Orientierung für die Durchführung der EPA oder für das Feedbackgespräch verwendet werden. Die erwähnte EPA-Struktur ist zum Beispiel im Europäischen Kardiologie-Curriculum zu finden, welches nun auch in der Schweiz eingeführt wird [11].

EPAs und AbAs

In den letzten Ausgaben der SAEZ wurden arbeitsplatzbasierte Assessments (AbAs) vorgestellt [12]. EPAs selber sind keine Assessment-Tools, sondern sind konkrete klinische Tätigkeiten, die man mittels AbAs beurteilen kann. Die beste Grundlage für die Beurteilung von EPAs ist deren direkte Beobachtung, wie wir sie von den AbAs kennen. Daraus ergeben sich auch die hilfreichsten Feedbackgespräche. Weil jedoch aus zeitlichen oder logistischen Gründen nicht immer alles beobachtbar ist oder gewisse klinisch relevante Situationen (zum Beispiel Notfallsituationen) selten sind, können Falldiskussionen (Entrustment-based discussions [13]) oder auch die Analyse einer Krankenakte zur Einschätzung eines Supervisions-Levels für eine bestimmte Tätigkeit dienen.

Individuelle EPA-Profile

Um ein möglichst klares Bild über den Weiterbildungsstand von Lernenden zu erhalten, ist es wichtig, die EPA-basierten Beurteilungen zu dokumentieren. Dies ist dank mobiler Technologie problemlos innerhalb von Minuten möglich. Durch die Zusammenstellung von Assessment-Daten ergeben sich individuelle EPA-Profile, die es den Lernenden ermöglichen, bestehende Lücken zu erkennen. Für die Supervisorinnen und Supervisoren ist es dadurch möglich, ihre begrenzten zeitlichen Ressourcen gezielter einzusetzen. Das individuelle EPA-Profil kann von den Lernenden an jede nachfolgende Weiterbildungsstätte mitgenommen und dort weiter bearbeitet werden.



Dr. med. Adi Marty, MME, arbeitet als Oberarzt meV am Institut für Anästhesiologie des UniversitätsSpitals Zürich, wo er auch die Funktion als Leiter «Medical Education» am Simulationszentrum innehat. Er ist internationaler Experte für EPAs und Mitglied der SIWF EPA-Kommission. Zudem ist er Chief Visionary Officer bei der precisionED AG.



KD Dr. med. et MME Sonia Frick ist Internistin und Intensivmedizinerin. Sie arbeitet als Chefarzt Stellvertreterin in der Medizinischen Klinik, Spital Limmattal und ist Mitglied der SIWF EPA-Kommission.



Dr. med. Stefan Eisoldt ist Facharzt für Chirurgie und Fellow of the European Board of Surgeons (EBSQ coloproctology). Er arbeitet als niedergelassener Chirurg in der Chirurgie Ausserschwyz in Pfäffikon.

Konkretes Beispiel im Alltag

Um ein praktisches Beispiel anzufügen: Eine Lernende oder ein Lernender entscheidet sich, für eine bevorstehende oder durchgeführte EPA eine Beurteilung einzuholen (z.B. eine Intervention oder ein Patientengespräch). Dies soll möglichst unmittelbar nach der Durchführung der EPA stattfinden. Nachdem sich die Weiterbildnerin oder der Weiterbildner entweder durch direkte Beobachtung der Ausführung der EPA oder durch eine Fallbesprechung über die EPA ein gutes Bild der Fähigkeiten der Lernenden erhalten hat, findet eine Beurteilung des Supervisions-Levels und ein Feedbackgespräch statt. Die Beschreibung der EPAs dient,

wie oben beschrieben, als hauptsächliche Ressource. Es ist durchaus möglich oder sogar sinnvoll, nur auf einen Teilaspekt einer EPA zu fokussieren. Wichtig ist, dass am Schluss gemeinsam ein Supervisions-Level und ein möglichst hilfreiches Lernziel für die Weiterentwicklung definiert wird. Um den administrativen Aufwand für alle möglichst gering zu halten, eignen sich für die Dokumentation spezifische Smartphone-Apps besser als papierbasierte Lösungen [14].

Zusammenfassung und Vision

Warum soll nun die Weiterbildung mit EPAs besser werden? Das Ziel der Weiterbildung ist es, angehende Fachärztinnen und Fachärzte möglichst effizient in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Das erreichen wir am besten, wenn erstens von Anfang an klar ist, welche Tätigkeiten beherrscht werden müssen und zweitens, wenn möglichst oft Beurteilungen und Feedbackgespräche stattfinden. Diese beiden Punkte werden durch EPAs vereinfacht und gestärkt: Mit EPAs wird der Arbeitsalltag in umschriebene, beobachtbare Einheiten portioniert, auf die man sich für eine Beurteilung und das dazugehörige Feedbackgespräch fokussieren kann. Die konkreten Beschreibungen der EPAs (insbesondere die KSA) dienen dabei als perfekte Gesprächsgrundlage. Der Effekt dieses Gesprächs kann sogar noch gesteigert werden, indem man die Beurteilung der oder des Lernenden mit derjenigen der Weiterbildnerinnen oder Weiterbildner vergleicht [14]. Die Supervisions-Levels zeigen den Lernenden, wo sie stehen und wo Lernbedarf besteht. Dadurch können sie ihre Weiterbildung selber steuern. Gerade weil EPAs so praxisnah sind, sind wir von ihrem positiven Einfluss auf die Lern- und Lehrkultur überzeugt.

EPAs – eine willkommene Neuerung und neuer Wein in alten Schläuchen!

Bildnachweis

Katarzyna Bialasiewicz | Dreamstime.com

Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code



Literatur

- 1 Meienberg A et al. Bin ich eine gute Ärztin? Bin ich ein guter Arzt? *SaeZ*. 2022;103(08):238–41
- 2 Breckwoldt J, Brodmann Maeder M. Kompetenzbasierte Bildung – eine Einführung. *SaeZ*. 2022;103(06):170–3
- 3 Ten Cate O et al. Curriculum development for the workplace using entrustable professional activities (EPAs): AMEE guide no. 99. *Med Teach*. 2015;37(11):983–1002.
- 4 Weller J et al. Can I leave the theatre? A key to more reliable workplace-based assessment. *Br J Anaesth*. 2014;112:1083–91.
- 5 ten Cate O, Schwartz A, Chen HC. Assessing trainees and making entrustment decisions: on the nature and use of entrustment-supervision scales. *Acad Med*. 2020;95(11):1662–9.
- 6 Jonker G et al. Would you trust your loved ones to this trainee? Certification decisions in postgraduate anaesthesia training. *Br J Anaesth*. 2020;125(5):e408–e410
- 7 Heeneman S et al. Ottawa 2020 consensus statement for programmatic assessment–I. Agreement on the principles. *Med Teach*. 2021;43:1139–48.
- 8 Boursicot K et al. Performance assessment: Consensus statement and recommendations from the 2020 Ottawa Conference. *Med Teach*. 2021;43(1): 58–67.
- 9 Hauer K et al. Understanding trust as an essential element of trainee supervision and learning in the workplace. *Adv Health Sci Ed*. 2014;19:435–56.
- 10 Ten Cate O; Chen HC. The ingredients of a rich entrustment decision. *Med Teach*. 2020;42(12):1413–20.
- 11 Tanner F. et al. ESC core curriculum for the cardiologist. *Eur Heart J*. 2020; 41(38):3605–92.
- 12 Lörwald A et al. Mini-CEX und DOPS zur Unterstützung der ärztlichen Weiterbildung. *SaeZ*. 2022;103(13):420–2.
- 13 Ten Cate, O and Hoff, RG. From case-based to entrustment-based discussions. *Clin Teacher*. 2017;14(6):385–9.
- 14 Marty, AP et al. A mobile application to facilitate implementation of programmatic assessment in anaesthesia training. *Br J Anaesth*. 2022 Apr 8:S0007-0912(22)00136-2.