Ziel und Nutzen des Arbeitsplatz-basierten Assessments im klinischen Alltag

Eine Einschätzung

Anja Rogausch[a], Christoph Berendonk[a], Max Giger[b], Werner Bauer[b], Christine Beyeler[a]

[a] Abteilung für Assessment und Evaluation AAE, Institut für Medizinische Lehre IML, Universität Bern
[b] Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF, Bern

Quintessenz

- Das Arbeitsplatz-basierte Assessment (AbA) verfolgt das Ziel, den Lernprozess des Arztes[1] in Weiterbildung effizient und effektiv zu unterstützen.
- Wiederholte strukturierte Beobachtungen im klinischen Alltag, gefolgt von konstruktiven Feedbacks von verschiedenen Weiterbildnern an den Assistenzarzt, sind die zentralen Elemente.
- Der potentielle Nutzen des AbA liegt auf der Ebene 1. des Assistenzarztes (zielgerichtetes Lernen), 2. des Weiterbildners und der Spitalleitung (gezielte Verantwortungsübergabe entsprechend dem Kompetenzniveau des Assistenzarztes) sowie 3. des Patienten und der Gesellschaft (Unterstützung einer qualitativ hochwertigen Weiterbildung zum Facharzt).

Anja Rogausch

Die Abteilung Assessment und Evaluation des Instituts für Medizinische Lehre (IML, Universität Bern) wird vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF für die Entwicklung, Implementierung und Evaluation des Arbeitsplatz-basierten Assessments in der Weiterbildung finanziell unterstützt.

Einführung, Hintergrund

Was bedeutet «Arbeitsplatz-basiertes Assessment»?
Arbeitsplatz-basiertes Assessment (AbA) umfasst verschiedene Methoden, die ein strukturiertes Feedback für Ärzte in Weiterbildung bezüglich ihrer Tätigkeiten im klinischen Alltag in den Mittelpunkt stellen [1]. Die am weitesten verbreiteten Instrumente des AbA sind die *Mini-Clinical Evaluation Exercise* (Mini-CEX) [2, 3] und die *Direct Observation of Procedural Skills* (DOPS) [4]. Folgende Elemente sind ihnen gemeinsam:

1. Die direkte Beobachtung durch einen Weiterbildner bei einer alltäglichen Arzt-Patienten-Interaktion;
2. Die systematische Einschätzung der ärztlichen Tätigkeit nach definierten Kriterien sowie
3. Das konstruktive Feedback durch den Weiterbildner und die gemeinsame Besprechung der nächsten Weiterbildungsschritte, um Gekonntes zu festigen, Schwächen zu beheben und neue Lernziele zu erreichen.

Mini-CEX und DOPS bauen damit auf dem bewährten Weiterbildungsprinzip «praktische Tätigkeit unter Supervision» auf.
Beispiel: Ein Assistenzarzt der Inneren Medizin verabredet mit dem Weiterbildner, dass dieser ihn bei der Instruktion einer Diabetestherapie beobachtet. Der Weiterbildner notiert sich während seiner Beobachtung unterschiedliche Aspekte, die ihm bei der Vorgehensweise des Assistenzarztes positiv auffallen bzw. die zukünftig verbessert werden können. Auf einer Skala schätzt er ein, wie er die Fertigkeiten des Assistenzarztes – gemessen an dessen Weiterbildungsstand – einordnet. Darauf aufbauend gibt der Weiterbildner dem Assistenzarzt ein Feedback, erfragt dessen Selbsteinschätzung und vereinbart mit ihm nächste Lernschritte.
Die Beobachtung und Beurteilung dauern rund 15 Minuten, das Feedback rund 10 Minuten. Bei der Mini-CEX stehen klinische Untersuchungen und kommunikative Aspekte im Mittelpunkt, während bei der DOPS der Fokus auf manuellen Fertigkeiten und Interventionen liegt [2–5].
Um eine Vielfalt von Tätigkeiten in unterschiedlichen Situationen beobachten zu können, müssen die Mini-CEX/DOPS während einer Weiterbildungsperiode wiederholt durchgeführt werden. Dies ist entscheidend, da Kompetenzen häufig «kontext- oder inhaltsspezifisch» sind und von Situation zu Situation variieren [6]. Mit anderen Worten: Wer einen guten Status erheben kann, kann nicht automatisch auch ein gutes Beratungsgespräch mit einem Patienten und dessen Angehörigen führen. Zudem ist es wichtig, dass nacheinander verschiedene mit dem AbA vertraute Weiterbildner beteiligt sind und jeweils aus ihrem Blickwinkel Feedback geben. Die subjektive Komponente, die mit jeder Kompetenzeinschätzung einhergeht, wird durch die Breite der Beobachtungssituationen (unter Einbezug unterschiedlicher Aufgaben mit unterschiedlicher Komplexität in unterschiedlichen Settings) und durch die Perspektivenvielfalt der Weiterbildner ausgeglichen. So entsteht ein verlässliches Bild der individuellen Stärken und des Weiterbildungsbedarfs eines Assistenzarztes [3, 7].
Beide Instrumente (Mini-CEX und DOPS) sind international in der medizinischen Aus- und Weiterbildung unterschiedlicher Länder erprobt [8–12]; in den Niederlanden und in Grossbritannien wird das AbA seit 2005 eingesetzt. In der Art der Anwendung gibt es jedoch Unterschiede: So werden in einigen Ländern die Assessments im Kontext von bilanzierenden Leistungsbeurteilungen eingesetzt (= summatives Assessment) [13]. Dagegen wird in der Schweiz das AbA zur Unterstützung von Lernprozessen genutzt, indem die Assessments einen Anstoss zu Supervision, Feedback und Reflexion geben (= formatives Assessment).

Das Arbeitsplatz-basierte Assessment in der Schweiz
In der Schweiz wurden Mini-CEX/DOPS seit 2006 im Rahmen zweier Pilotprojekte in der medizinischen Aus- und Weiterbildung eingeführt: In der Ausbildung ist das AbA an der Universität Bern heute ein fester Bestandteil des Curriculums. In der Weiterbildung führten rund 30 Pilotkliniken in zehn Fachgebieten AbA ein: Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Dermatologie, Gefässchirurgie, Gynäkologie & Geburtshilfe, Intensivmedizin,

1 Die männliche Form gilt in gleicher Weise für das weibliche Geschlecht.

Kinder- & Jugendmedizin, ORL, Psychiatrie & Psychotherapie und Rheumatologie. Zur Vorbereitung erhielten diese Kliniken interaktive Schulungen und schriftliche Unterlagen. Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) hiess 2010 ein Disseminationskonzept für das AbA auf Ebene der Fachgesellschaften gut. Verschiedene Fachgesellschaften haben das AbA bereits in ihr Weiterbildungsprogramm resp. Logbuch integriert. Gegenwärtig wird in den Fachgebieten Psychiatrie & Psychotherapie sowie Oto-Rhino-Laryngologie die Einführung umgesetzt.
Ausgehend von den Vorlagen des *American Board of Internal Medicine* [14] wurden die Assessmentbögen zunächst für die genannten Fachgebiete übertragen und durch Bögen zur Selbstevaluation durch die Assistenzärzte ergänzt. Im Weiteren wurde mehr Platz für Freitext geschaffen, um dem hohen Stellenwert des Feedbacks und der Formulierung von Lernzielen gerecht zu werden. Interessierte Leser finden detaillierte Informationen zu den Schulungsunterlagen und bisherigen Erfahrungen mit AbA in der Schweiz an anderer Stelle [15–17], da diese den Rahmen des vorliegenden Beitrags überschreiten würden. Ziel dieses Beitrags ist es, Einschätzungen zum Potential und Nutzen des AbA auf Grundlage theoretischer und empirischer Literatur zusammenzutragen. Da in der Schweiz Mini-CEX und DOPS als Instrumente des AbA eingeführt wurden, konzentriert sich die nachfolgende Darstellung auf diese beiden Methoden.

Nutzen des Arbeitsplatz-basierten Assessments

Der potentielle Nutzen des AbA lässt sich auf verschiedenen Ebenen bestimmen: der Ebene 1. des Assistenzarztes, 2. des Weiterbildners und der Spitalleitung und 3. des Patienten und der Gesellschaft. Zum jetzigen Zeitpunkt kann eine solche Einschätzung nur annähernd erfolgen, da bisher vor allem deskriptive oder Beobachtungsstudien, aber erst wenige randomisiert-kontrollierte Studien zum AbA existieren [18]. Die Mehrheit der Untersuchungen fokussierte zudem bisher auf Aspekte wie die Durchführbarkeit der Assessments sowie die Zufriedenheit der Beteiligten und nicht auf andere Endpunkte wie z.B. die Entwicklung der Kompetenz von Assistenzärzten. Die Erforschung des Letzteren wäre zwar wünschenswert, ist aber aufgrund der Vielfalt gleichzeitiger Einflussgrössen im klinischen Setting komplex und aufwendig [19].

Nutzen auf Ebene des Assistenzarztes

Aufwertung des Weiterbildungs-/Arbeitsplatzes
Das AbA ist in den Arbeitsalltag eingebettet und reflektiert damit Anforderungen, denen Assistenzärzte täglich begegnen. In Fokusgruppen-Interviews beschrieben es Assistenzärzte als positiv, dass sie so die Gelegenheit erhalten, ihre klinischen Kompetenzen «am Krankenbett» zu zeigen und aus den erhaltenen Rückmeldungen zu lernen [20]. Laut einer Umfrage in Grossbritannien werden Mini-CEX und DOPS von der Mehrheit der Assistenzärzte verschiedener Weiterbildungsrichtungen als «praktikabel», «fair» und als «für die persönliche Entwicklung hilfreich» bewertet [7]. Sowohl Assistenzärzte als auch Weiterbildner des Schweizer Pilotprojekts zeigten sich zufrieden mit der Durchführung von Mini-CEX oder DOPS [16]. Die Berner Studierenden stuften das Feedback, das sie bei AbAs während der Blockpraktika durch die Ausbildenden erhielten, als sehr hilfreich ein [21]. Ähnliche Einschätzungen werden aus internationalen Studien berichtet [3, 22, 23]. So kann die

Attraktivität einer Aus- oder Weiterbildungsstätte steigen, wenn sie regelmässig AbAs anbietet.

Informationsgewinn durch Feedback

Bei der tatsächlichen Arbeit mit und am Patienten werden Assistenzärzte relativ selten von ihren Weiterbildnern unmittelbar beobachtet [1, 12]. Fehlt dieses Element, kann kaum ein konkretes Feedback gegeben werden [1, 24]. Auch die Schweizer Umfrage 2008 bei Assistenzärzten weist darauf hin, dass Optimierungspotential im Hinblick auf die Sicherstellung eines regelmässigen spezifischen Feedbacks für Assistenzärzte besteht [25]. Diesem empfundenen Mangel möchte das AbA begegnen, indem die direkte Beobachtung einer Arzt-Patienten-Situation und das Feedback in den Mittelpunkt gestellt werden [1].

In einer der ersten Studien über Mini-CEX zeigte sich bereits, dass sich die über 1000 hier untersuchten Assessment-Situationen hinsichtlich verschiedener Aspekte variabel gestalten liessen [3], z.B. hinsichtlich der Komplexität der Patientenprobleme, des Settings oder der Aufgabenstellungen (Anamnese, klinische Untersuchung, Diagnosestellung, Therapieentscheidung oder Beratung). Die wesentliche Stärke von AbA ist somit, dass Assistenzärzte und Weiterbildner zu Supervision, Feedback und Reflexion bei einer grossen Bandbreite von klinischen Problemen angeregt werden [3, 13]. Nach Aussagen von Assistenzärzten und Weiterbildnern erhöht sich neben der Quantität auch die Qualität des Feedbacks [22]. Der Assistenzarzt erhält Informationen sowohl über den eigenen Fortschritt in der Weiterbildung als auch über Bereiche, in denen er zusätzliche Kompetenzen entwickeln muss [20]. Die Vereinbarung konkreter Lernschritte orientiert Assistenzärzte darüber, wie sie beobachtete Defizite beheben können. Ein solcher Handlungsplan ist ein wesentlicher Teil des Feedbackprozesses und sollte nicht vernachlässigt werden [1, 26].

> Wer einen guten Status erheben kann, kann nicht automatisch auch ein gutes Beratungsgespräch mit einem Patienten führen

Steigerung der Lerneffektivität

Testsituationen tragen dazu bei, dass Wissen und Fertigkeiten so abgespeichert werden, dass sie langfristig erhalten und in relevanten Situationen immer wieder abgerufen werden können *(test-enhanced learning)* [27]. Assessments können strategisch eingesetzt werden, um Lernaktivitäten in Richtung der erwünschten Ergebnisse *(outcomes)* zu steuern *(assessment drives learning)* [1]. Die Relevanz der Assessments steigt, wenn die einbezogenen Aufgabenstellungen einerseits und die Anforderungen des Weiterbildungsprogramms andererseits aufeinander abgestimmt sind [1].

Während bei der Neueinführung des AbA teilweise Prüfungsangst bei Assistenzärzten beschrieben wurde, treten dessen Qualitäten als Lernwerkzeug mit zunehmender Erfahrung in den Vordergrund [20]. Hier ist auch der Kontext der Anwendung von Mini-CEX und DOPS (z.B. die Feedbackkultur innerhalb einer Klinik) besonders zu berücksichtigen, da dieser den erreichbaren Nutzen von AbA stärker beeinflussen kann als die Instrumente *per se* [13, 28]. Insbesondere muss für alle Beteiligten geklärt sein, dass das AbA mit dem Ziel der Lernförderung (formativ) und nicht der Sanktionierung (summativ) eingesetzt wird, da anderenfalls dessen Potential zur Erhöhung der Lerneffektivität nicht zum Tragen kommt [13, 28]. Daher wurde vorgeschlagen, AbAs zutreffender als «Lerntätigkeiten am Arbeitsplatz» oder «Arbeitsplatz-basierte Assessments zum Lernen» zu bezeichnen [13, 29].

Nutzen auf Ebene des Weiterbildners und der Spitalleitung

Einschätzung des Weiterbildungsbedarfs der Assistenzärzte

Die Einschätzung der Stärken und des Weiterbildungsbedarfs eines Assistenzarztes erfolgt am besten durch direkte Beobachtung im Arbeitsalltag; leider findet diese in der Regel aber seltener als nötig statt [1, 12]. Da Ärzte in Weiterbildung nicht von einem Moment auf den anderen «plötzlich» qualifiziert sind, sondern ihre Kompetenzen über die Zeit zunehmen, passen sich die wiederholten «formativen» Beobachtungseinheiten dem sich entwickelnden Weiterbildungsstand an [30]. Auf Grundlage der direkten Beobachtung lässt sich fortlaufend abschätzen, welche Aufgaben einem Assistenzarzt eigenverantwortlich – ohne oder mit begrenzter Supervision – übertragen werden können und an welchen Stellen Weiterbildungsbedarf besteht [31, 32]. Zudem können Assistenzärzte, die in bestimmten Bereichen besonders begabt sind, erkannt und gezielt gefördert werden.

> Das AbA ist in den Arbeitsalltag eingebettet und reflektiert damit Anforderungen, denen Assistenzärzte täglich begegnen

Verbesserung der klinikinternen Kommunikationskultur

Das AbA unterstützt Weiterbildner dabei, ihre Beobachtungen zu strukturieren und verschiedene Handlungsaspekte – wie z.B. die Kommunikation mit dem Patienten – im Detail zu beachten [32]. Weiterbildner und Assistenzärzte werden angeregt, auch Verhaltensweisen anzusprechen, die ohne die Strukturierungshilfe des AbA seltener thematisiert würden. Zudem werden auch positive Aspekte im Verhalten eines Assistenzarztes betont, während sich unstrukturiertes Feedback oft auf negative Aspekte beschränkt [32]. Standards müssen diskutiert werden, so dass ein gemeinsames Verständnis davon entsteht, was einen «guten Arzt» und hochwertige medizinische Versorgung ausmacht [33]. Das AbA kann so zu einer Verbesserung der Feedback-, Kommunikations- und Fehlerkultur einer Klinik beitragen.

Nutzen auf Ebene des Patienten und der Gesellschaft

Förderung der ärztlichen Kernkompetenzen

Eine sorgfältige Anamnese und klinische Untersuchung bleiben die wichtigsten diagnostischen Werkzeuge, die

von Ärzten beherrscht werden müssen. Eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation ist zudem mit besseren Behandlungsergebnissen assoziiert [34]. Bisher existieren keine uns bekannten Studien zu den Auswirkungen einer verbesserten Weiterbildung mit Hilfe des AbA auf Mortalität, Morbidität, Komplikationen oder gesundheitsbezogene Lebensqualität, da entsprechende Studien komplex und aufwendig sind. Verbesserte Kommunikation im Behandlungsteam wirkt sich jedoch direkt auf die Patientensicherheit aus [35]. Da der intensivierte und strukturierte Austausch zwischen Assistenz- und Kaderärzten ein zentraler Bestandteil des AbA ist, sind positive Auswirkungen auf die Patientenversorgung zu erwarten.

Das AbA kann zu einer Verbesserung der Feedback-, Kommunikations- und Fehlerkultur einer Klinik beitragen

Ausblick

In der Literatur finden sich zahlreiche Hinweise auf positive Effekte des AbA auf der Ebene des Assistenzarztes und des Weiterbildners oder der Spitalleitung. Kostenschätzungen sind demgegenüber bisher noch vage und je nach Handhabung vor Ort variabel [36]. Werden alltägliche Situationen (z.B. die morgendliche Visite) für die AbAs genutzt, minimiert sich der Aufwand im Vergleich zur gesonderten Vereinbarung von Terminen [3, 32]. Da Beobachtung, Supervision und Feedback ein grundlegender Bestandteil jeglicher kompetenzbasierten Weiterbildung sind [29], dürften durch AbA nicht mehr Kosten als durch andere Formen effektiver Weiterbildung entstehen – sofern diese nicht vollständig autodidaktisch erfolgen soll.

Damit die oben skizzierten Vorteile zum Tragen kommen können, sind Art und Kontext der Anwendung von AbA entscheidend (z.B. die Feedbackkultur innerhalb einer Klinik). Bei der Einführung und Anwendung von AbA empfiehlt sich daher eine fortlaufende Verfeinerung und Anpassung an die lokalen Bedürfnisse [29].

Dank
Wir danken dem Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) für die ideelle und finanzielle Unterstützung des Projekts Arbeitsplatz-basiertes Assessment in der Schweiz.

Korrespondenz:
Dr. rer. nat. Anja Rogausch
Abteilung für Assessment und Evaluation
Institut für Medizinische Lehre
Konsumstrasse 13
CH-3010 Bern
anja.rogausch[at]iml.unibe.ch

Empfohlene Literatur

– Berendonk C, Beyeler C, Westkämper R, Giger M. Strukturiertes Feedback in der ärztlichen Weiterbildung: Mini-CEX und DOPS. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(32):1337–40.
– Montagne S, Jucker-Kupper P, Berendonk C, Rogausch A, Beyeler C, Giger M. Drei Jahre Erfahrung mit Arbeitsplatz-basiertem Assessment (Mini-CEX und DOPS) in der ärztlichen Weiterbildung. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(4):109–11.
– Wilkinson JR, Crossley JG, Wragg A, Mills P, Cowan G, Wade W. Implementing workplace-based assessment across the medical specialties in the United Kingdom. Med Educ. 2008;42(4):364–73.
– Norcini, JJ, Blank, LL, Duffy, FD, Fortna, GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. Ann Intern Med. 2003;138(6):476–81.
Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.