



Universität Bern
Medizinische Fakultät

Institut für Aus-, Weiter- und Fortbildung IAWF
Inselspital 37a, CH – 3010 Bern

Qualitätskriterien für die ärztliche Weiterbildung

**Entwicklung und Durchführung
von Qualitätsmassnahmen
in Weiterbildungsstätten**

im Lichte der Weiterbildungsordnung der FMH 2002

B. Rindlisbacher

Juni 2002

Im Auftrag der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Aktuelle Situation und Ziele	2
3. Prinzipien der Erwachsenenbildung	3
3.1 Erwachsenenbildung muss lerner-zentriert sein.....	3
3.2 Strukturierter, nicht wertender Feedback ist wichtig	3
3.3 Kenntnis der individuellen Lernbedürfnisse führt zu intrinsischer Motivation	3
3.4 Lernen ist ein aktiver Prozess.....	3
3.5 Es gibt verschiedene Lernstile.....	3
3.6 Zentral ist die Reflexion der eigenen Arbeit	4
4. Skizze einer idealen Weiterbildungs-Stätte	4
4.1. Struktur und Ausstattung.....	4
4.2. Lernumgebung	5
4.3. Supervision und Feedback	5
4.4 Didaktische Schulung.....	6
4.5. Evaluation und Qualität.....	6
5. Bemerkungen zu einigen für die Weiterbildungs-Qualität an einer bestimmten Weiterbildungs-Stätte besonders wichtigen Bereichen	6
5.1. Einführung in die Weiterbildungs-Stätte.....	6
5.2. Lernziele.....	7
5.3. Jede Arbeitssituation als Lernsituation nutzen.....	8
5.4. Feedback.....	9
5.5. Supervision.....	10
5.6. Didaktische Schulung der Weiterbildner und Assistenten.....	11
5.7. Coaching / Mentoring der Assistenten.....	11
6. Ziel und Gestaltung von „Visitationen“	12
7. Vorschlag für die konkrete Durchführung von Akkreditierungs-Visitationen	13
8. Vorgehen in den nächsten 2 Jahren	14
9. Literatur und Anmerkungen	15

Korrespondenzadresse:
Dr.med. B.Rindlisbacher
Institut für Aus-/ Weiter- und
Fortbildung IAWF / aae
Inselspital 37 a
3010 Bern

Im nachfolgenden Text wird die männliche Form stellvertretend für die weibliche und die männliche Bezeichnung verwendet.

1. Einleitung

Mit der revidierten Weiterbildungsordnung (WBO) der FMH wird ab 1.1.2002 das Anerkennungsprozedere für die Weiterbildungsstätten (WB-Stätten) neu gestaltet. Dabei muss insbesondere jede WB-Stätte neu ein explizites *WB-Konzept* formulieren und die Fachgesellschaften beurteilen die WB-Qualität in den WB-Stätten aufgrund von regelmässigen sogenannten „*Visitationen*“. Der Arbeitsvertrag der WB-Stätte mit dem weiterzubildenden Assistenten muss die zu vermittelnden Lerninhalte konkret umschreiben¹.

Diese Revision der WBO steht im Zusammenhang mit den folgenden nationalen und internationalen Entwicklungen bezüglich der ärztlichen Weiterbildung:

- Unter dem neuen Freizügigkeitsgesetz (FMPG)² geht die Oberaufsicht über die ärztliche Weiterbildung (WB) an den Bund über. Dieser beauftragt die FMH in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fakultäten mit der Durchführung der WB.
- Die Akkreditierung der WB-Programme durch den Bund ist an bestimmte Kriterien gebunden (Art. 13 FMPG). Daraus ergibt sich eine Rechenschaftspflicht über den eigentlichen Prozess der WB.
- Auch von der UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) werden Visitationen zur Qualitätssicherung der WB empfohlen. Sie hat dazu 1997 Richtlinien und Kriterien formuliert³.
- Ebenso wird von der Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors gefordert, dass die (Struktur-, Prozess- und Outcome-) Kriterien für die WB-Stätten klar definiert und breit bekannt gemacht werden und die Einhaltung dieser Kriterien durch „Inspektionen“ der WB-Stätten regelmässig überprüft wird⁴.
- In Kanada⁵, USA⁶ und Australien⁷ sind solche Visitationen seit Jahren normale Praxis.

Es kommen also wesentliche neue Aufgaben auf die Fachgesellschaften und die einzelnen WB-Stätten zu. Das vorliegende, im Auftrag der FMH formulierte Papier soll die Fachgesellschaften beim Anpacken und Lösen dieser neuen Aufgaben unterstützen.

Die vorliegende Schrift beleuchtet zuerst wichtige Prinzipien der Erwachsenenbildung und beschreibt anschliessend differenzierte, insbesondere didaktisch relevante Struktur-, Prozess- und Outcome-Kriterien für eine ideale Weiterbildungsstätte. Bei der Erarbeitung von (Muster-)WB-Konzepten und bei anstehenden Revisionen der WB-Programme, insbesondere der Kriterien für die Anerkennung der WB-Stätten, sollten diese Kriterien von den jeweiligen Entscheidungsgremien in Betracht gezogen und, wo als sinnvoll und realisierbar erachtet, übernommen werden. Nach angemessener Anpassungsfrist für die einzelnen WB-Stätten können dann die festgelegten Kriterien auch bei den in der WBO vorgesehenen Visitationen als Massstab für die „Lizenzerteilung“ angewendet werden.

Ebenfalls entsprechend dem Auftrag der FMH wird am Schluss des Papiers ein möglicher Ablauf für die Durchführung von Visitationen beschrieben.

2. Aktuelle Situation und Ziele

Bisherige Qualifizierungen von Weiterbildungsstätten beinhalteten v.a. *Strukturmerkmale* (z.B. Qualifikationen des ärztlichen Stabes). Wie ein Assistent während einer Assistenz ausgebildet wird (*Prozess* der Weiterbildung) und was er schliesslich genau gelernt hat resp. ob er das Gelernte kann (*Outcome*-Kontrolle), wird in heutigen WB-Stätten kaum erfasst oder beurteilt. Wenn aber erst einmal explizit gemacht wird, wie die WB an den einzelnen WB-Stätten abläuft, welches die Konzepte, die Vermittlungsmethoden und detaillierten Ziele sind, so kann das als Basis für einen kontinuierlichen Qualitätsförderungsprozess der WB dienen, eine Basis, die dann mit aktuellen Erkenntnissen aus dem Bereich der Medizindidaktik und der Erwachsenenbildung wo nötig ergänzt werden kann.

Diese Qualitätssicherung und –förderung der WB soll zudem an den Kliniken in Abstimmung mit den zunehmend implementierten Qualitätssicherungs-Programmen für die medizinische Dienstleistung erfolgen⁸.

In den WB-Programmen der Fachgesellschaften sind zwar globale Ziele für die in der Regel 5-6-jährige WB zum Facharzt definiert. Welche WB-Stätten aber dem Facharztanwärter welchen Anteil vom Weg zu diesen Zielen effektiv vermitteln und wie gewährleistet wird, dass ein Facharztanwärter schliesslich den gesamten Weg durchlaufen hat, bevor er unter eigener Verantwortung tätig wird, ist unklar. Für den Facharztanwärter ist es auch schwierig festzustellen, wo er am ehesten und effizientesten bestimmte Lücken noch schliessen kann.

Seit kurzem wird immerhin das Ergebnis oder der „outcome“ der WB in Form der Facharztprüfung überprüft. Sicher gibt das eine gewisse Sicherheit, sofern die Facharztprüfung die relevanten prüfungstheoretischen Anforderungen erfüllt. Selbst eine optimal konzipierte Facharztprüfung stellt aber eine Momentaufnahme dar und kann deshalb nicht allein der Bevölkerung Garantie bieten, dass jeder auf eigene Verantwortung tätige Arzt adäquat auf seine Aufgabe vorbereitet ist. Eine gute WB-Evaluation sollte zudem mithelfen, dass sich die ungenügende Eignung eines Kandidaten für ein bestimmtes ärztliches Berufsfeld nicht erst nach einer mehrjährigen WB bei der Facharztprüfung zeigt.

Durch das explizite Ausformulieren eines WB-Konzeptes in jeder WB-Stätte mit genauerer Umschreibung der Inhalte und Herunterbrechen der globalen Ziele auf einzelne, überprüfbare Teilziele werden zentrale Forderungen der Erwachsenen-Didaktik erfüllt. Auf wichtige Prinzipien der Erwachsenenbildung und wie diese auf die Situation in einer WB-Stätte übertragen werden könnten, wird in den nächsten zwei Kapiteln eingegangen.

Die WB-Konzepte und die Überprüfung (Visitation) der darin enthaltenen Zusicherungen gegenüber den für die WB verantwortlichen Instanzen und gegenüber den Assistenten, verbessern den Stellenwert der WB auch gegenüber den Dienstleistungsaufgaben an der WB-Stätte. Sie werten die Tätigkeit aller Ärzte auf, welche sich täglich in den einzelnen WB-Stätten für ihre jungen Kollegen und letztlich für die künftige Qualität der medizinischen Versorgung engagieren.

3. Prinzipien der Erwachsenenbildung⁹

3.1 Erwachsenenbildung muss lerner-zentriert sein

Ein zentraler Punkt in der Ausbildungsarbeit mit Erwachsenen ist, dass diese nur erfolgreich sein kann, wenn sie in enger Zusammenarbeit, im respektvollen Dialog zwischen Lernendem und Lehrer, lerner-zentriert geplant und durchgeführt wird. Die individuellen Lernbedürfnisse müssen geklärt und die Lernziele individualisiert, für den Lernenden massgeschneidert sein. Bei strukturierten Veranstaltungen für ein grösseres Publikum muss man in Erfahrung bringen, welche Inhalte den Bedürfnissen der Teilnehmer entsprechen und die Veranstaltung darauf aufbauen. Die grosse Kunst ist, eine Lernatmosphäre zu kreieren, wo sich die Lernenden sicher und nicht abgewertet oder bedroht fühlen, aber doch motiviert werden. Jede Art von Blossstellung zerstört die Sicherheit. Auch wo Hierarchien betont werden, wird das Lernen behindert¹⁰.

3.2 Strukturierter, nicht wertender Feedback ist wichtig

Der Lerner muss Klarheit haben (bzw. immer wieder erlangen) über seine Stärken und Schwächen bzw. wie weit er in den verschiedenen Kompetenz-Bereichen vom Ziel entfernt ist. Diese Klarheit erhält er einerseits durch bewusste Selbst-Einschätzung und Reflexion seiner Tätigkeit und andererseits durch Rückmeldungen von seiner Umgebung. Konstruktive, formative, möglichst präzise, beschreibende und nicht bewertende Rückmeldungen sind für den Lernenden von zentraler Bedeutung¹¹.

3.3 Kenntnis der individuellen Lernbedürfnisse führt zu intrinsischer Motivation

Dadurch, dass dem Lerner seine Lücken im Hinblick auf die selbst (mit)formulierten Lernziele (seine „learning needs“) klar werden, entsteht die intrinsische Motivation zum Lernen. Die intrinsische Motivation ist ein viel wesentlicherer Lernfaktor als irgendwelche äusseren Kräfte. Aus der Gedächtnisforschung weiss man, dass man Inhalte besser erinnert, wenn man sie für sich selber und die eigene Arbeit als relevant betrachtet. Deshalb ist die Abstimmung des Lernstoffs auf den Lernenden und die für ihn nachvollziehbare Vermittlung, warum dieser Stoff für ihn relevant ist, ebenso wichtig wie der eigentliche Inhalt.

3.4 Lernen ist ein aktiver Prozess

Lernen ist ein aktiver Prozess. Der Stoff wird durch Diskussion und Reflexion organisiert¹², d.h. die Gesamtfülle der Information wird in Konzepte¹³ strukturiert, so dass sie besser behalten werden kann. Anschliessend verbindet und vernetzt der Lernende die neue Information aktiv mit seiner bisherigen Erfahrung.¹⁴ Es gilt, den Lernenden in diesem Prozess zu unterstützen.

3.5 Es gibt verschiedene Lernstile

Weiter gilt es zu berücksichtigen, dass es verschiedene Lernstile gibt^{15,16}. Die einen Personen lernen besser, wenn ihnen zuerst ein abgerundetes Konzept, ein Überblick vermittelt wird, die andern müssen mehr von eigenen Erfahrungen ausgehen und brauchen stärker die Eigenaktivität.

3.6 Zentral ist die Reflexion der eigenen Arbeit

In der WB-Phase wird in einer „Lehrlings-Situation“ am Arbeitsplatz gelernt. Da gilt es, die Arbeitssituation möglichst weitgehend als Lernsituation zu nutzen. Wie oben erwähnt sind dabei ein unterstützendes aber auch anregendes und herausforderndes Lernklima und eine gute Klärung der Ziele wichtig. Ein allgemein anerkanntes Lernmodell (Lernzyklus nach Kolb¹⁷) geht davon aus, dass auf eine Erfahrung bei der Arbeit eine Reflexionsphase der bewussten Verarbeitung und Verbindung mit den Vorerfahrungen folgen muss. Das aus der Erfahrung gewonnene neue Wissen wird ins bisherige integriert und die so veränderte Weltsicht wird dann an weiteren Erfahrungen ausgetestet und eventuell weiter modifiziert. Dieser zyklische Prozess ist letztlich analog dem Forschungsprozess, wo ebenfalls aufgrund von Experimenten neu gewonnene Erkenntnisse mit der bisher gültigen Theorie verglichen und dann wenn nötig die Theorie angepasst wird.

Die Gewohnheit der bewussten Reflexion der eigenen Arbeit ist Voraussetzung für das lebenslange Lernen. Deshalb soll sie in der WB zur selbstverständlichen Routine werden. Die Reflexion wird insbesondere gefördert durch Präsentation und Diskussion der eigenen Arbeit bei Vorgesetzten und Kollegen, Gespräch über die Lehren, die aus einer Erfahrung gezogen werden können, durch das Schreiben von Berichten sowie das Führen eines eigenen Lerngebuchs¹⁸.

4. Skizze einer idealen Weiterbildungs-Stätte

In der Folge versuchen wir, eine WB-Stätte zu skizzieren, die sich an anerkannten didaktischen Prinzipien orientiert wie die genannten Erkenntnisse aus der Erwachsenenbildung¹⁹. Sie soll die Richtung vorzeichnen, in welche die Qualitätsentwicklung im Bereich der ärztlichen WB in den nächsten Jahren gehen sollte. Dabei können vielfältige Hindernisse diesen Weg erschweren. Insbesondere wird immer ein Spannungsfeld bestehen zwischen Dienstleistungsauftrag und WB-Auftrag einer WB-Stätte.

Wie weit das Idealziel überhaupt je erreicht werden kann, muss offen bleiben. Es wäre sinnvoll, an jeder WB-Stätte den einzelnen Kriterien eine bestimmte Priorität zuzuordnen und zu prüfen, welche der als besonders wichtig erachteten Kriterien mit relativ geringem Aufwand erfüllt werden könnten, um so den Optimierungsprozess einzuleiten.

Die folgenden Kriterien sind in einer idealen WB-Stätte erfüllt:

4.1. Struktur und Ausstattung

- Es besteht ein institutionalisiertes Gremium für WB welchem der WB-Verantwortliche und Vertreter der Weiterbildner und der Assistenten angehören. Pünktuell werden Vertreter der anderen Berufsgruppen im Spital einbezogen.
- Ein schriftliches WB-Konzept beschreibt detailliert das Lehrangebot der WB-Stätte.
- Eine Internet-Site beschreibt die WB-Stätte und die einzelnen WB-Stellen (Rotationen) mit den da vermittelten Kompetenzen.

- Eine leicht zugängliche Bibliothek, auch mit Lehrvideos, computergestützten Lernprogrammen und einem „Skills-lab“, steht zur effizienten Schulung von wichtigen Fertigkeiten zur Verfügung.
- Vom Arbeitscomputer des Assistenten besteht direkter Zugang zum Internet.

4.2. Lernumgebung

- Es steht eine genügende Anzahl Weiterbildner im Verhältnis zur Anzahl Assistenten zur Verfügung.
- Der WB-Verantwortliche und die Weiterbildner haben genügend Zeit zur Verfügung für die WB.
- Die Assistenten sind von arztfremden Tätigkeiten entlastet.
- Die Epidemiologie („patient load“) an der WB-Stätte entspricht den WB-Bedürfnissen und den vorgegebenen und individuell vereinbarten Lernzielen.
- Die Arbeit des einzelnen Assistenten ist soweit möglich auf die spezifischen Lernbedürfnisse und seine individuelle Situation ausgerichtet.
- Auf Wunsch ist Unterstützung und Freistellung für Forschungsarbeiten möglich.
- Der Assistenten arbeitet bei Massnahmen der klinisch-fachlichen Qualitätssicherung mit²⁰.
- Formale (strukturierte) Veranstaltungen decken diejenigen Bereiche ab, welche in der normalen Arbeit des Assistenten ungenügend vermittelt werden. Inhalte und Form werden in Zusammenarbeit mit den Assistenten geplant.

4.3. Supervision und Feedback

- Die individuellen Lernziele und Lernbedürfnisse des Assistenten werden 2 Monate vor Stellenantritt geklärt und in einer Lernvereinbarung²¹ festgehalten, die Tätigkeit an der WB-Stätte (Rotation) wird gleichzeitig festgelegt.
- Es wird eine direkte Supervision (vorwiegend Stufe 5 + 4, dann Stufe 3, siehe Kap.5.5.) des neu eintretenden Assistenten durch älteren Kollegen während 1-2 Wochen gewährleistet (Studienabgänger an der ersten Assistentenstelle länger).
- Die individuellen Lernziele (siehe Kap.5.2.) werden nach 4 Wochen aufgrund der bisherigen Erfahrungen revidiert und präzisiert. Es wird dann ein persönlicher Lernplan festgelegt^{22,23}.
- Die andauernde Supervision entsprechend den individuellen Fähigkeiten und Zielen mit regelmässigem konstruktivem Feedback (siehe Kap.5.4.), auch vom Pflegepersonal, ist gewährleistet.
- Vierteljährlich findet ein Feedback-Gespräch mit dem nächstverantwortlichen Weiterbildner/Mentor statt, mit Revision und Präzisierung der individuellen Lernziele fürs nächste Vierteljahr.

- Es wird darauf geachtet, dass der Assistent Feedback in allen Dimensionen der angestrebten ärztlichen Kompetenz (siehe Kap.5.2.) erhält.
- Bei der Patientenbesprechung mit dem Weiterbildner werden regelmässig Lerninhalt und Lernprozess reflektiert, der Assistent führt zum gleichen Zweck ein Lerntagebuch.

4.4 Didaktische Schulung

- Der WB-Verantwortliche und die Weiterbildner werden spezifisch geschult für ihre WB-Aufgaben.
- Der WB-Verantwortliche und interessierte Weiterbildner sind klinikübergreifend vernetzt, z.B. durch E-Mail-Listserver.
- Der Assistent wird ins Teaching für seine Kollegen und Studenten (Reflexion!²⁴) einbezogen und erhält anschliessend Feedback zur didaktischen Kompetenz.
- Es wird eine strukturierte Schulung des Assistenten für die eigene Arbeits- und Lernorganisation und für die Lehrtätigkeit durchgeführt.

4.5. Evaluation und Qualität

- Die medizinisch-fachliche Qualitätssicherung der WB-Stätte²⁵ ist gewährleistet.
- Das institutionalisiertes Gremium für WB ist verantwortlich für regelmässige formative und summative Evaluation²⁶ der WB-Stätte und gezielte Förderung der WB-Qualität²⁷.
- Es besteht ein Angebot von standardisierten formativen Evaluationsmöglichkeiten für den Assistenten, damit er sich ein objektives Bild von seinen Fähigkeiten und Fortschritten machen kann^{28,29,30,31}.
- Die Weiterbildner werden bezüglich ihrer Supervisions- und Lehrtätigkeit³² regelmässig evaluiert, u.a. durch die Assistenten.
- Es erfolgt eine regelmässige externe Evaluation der WB-Stätte durch Vertreter anderer WB-Stätten (formative Visitationen) und durch Befragung ehemaliger Assistenten.

5. Bemerkungen zu einigen für die Weiterbildungs-Qualität an einer bestimmten Weiterbildungs-Stätte besonders wichtigen Bereichen

5.1. Einführung in die Weiterbildungs-Stätte

Der erste Eindruck ist bekanntlich besonders wichtig und prägend, auch für eine Arbeitsbeziehung. So ist die Qualität der Unterstützung und Information³³, welche der Assistent bei Stellenantritt bekommt, entscheidend für die längerfristige Motivation. Eine gute Supervision und Unterstützung in der Einführungsphase dient auch der fachlich-medizinischen Qualitätssicherung des Hauses. Ungenügende Betreuung neu eintretender Assistenten erhöht dagegen

massiv den Stress für das Pflegeteam auf der Abteilung³⁴. Die Wichtigkeit der Einführung des Assistenten in die Klinik wurde auch vom VSAO erkannt³⁵.

Deshalb muss bei Stellenantritt eine „1:1“-Einführung von 1-2 Wochen durch den bisherigen Stelleninhaber oder einen andern mit der Klinik vertrauten Assistenten erfolgen. Nur so kann die schrittweise Übergabe der Verantwortung, der geordnete Übergang von einer Supervisionsstufe zur nächsten (siehe Kap. 5.5.) gewährleistet werden. Besonders wichtig ist dies, wenn der neue Assistent seine erste Assistentenstelle direkt nach der ärztlichen Schlussprüfung antritt. Er hat dann zwar ein gutes theoretisches Wissen, aber wenig Erfahrungswissen oder Anwendungswissen³⁶ und muss jetzt erstmals dem Pflegepersonal Anordnungen geben. Dabei weiss dieses Personal oft viel besser, wie ein Problem gelöst wird oder was im Besonderen an der betreffenden Klinik üblich ist. Das stellt eine Schlüsselsituation zur Schulung der sozialen Kompetenz dar. Der supervidierende Arzt muss das Verhalten des Assistenten beobachten und die Situation mit ihm reflektieren.

5.2. Lernziele

Lernziele können auf sehr verschiedenen Generalisierungs-Niveaus formuliert werden. In den WB-Programmen sind die Lernziele jeweils im Kapitel 3 für die gesamte Facharzt-WB definiert. Während globale Ziele wie „Probeexzision und Feinnadelpunktion“ oder „Komplikationen des Diabetes“ auf der Ebene des WB-Programmes durchaus adäquate Ziele sein können, müssen sie in der WB-Stätte auf ein wesentlich spezifischeres Niveau heruntergebrochen werden und sollten so formuliert werden, dass sie überprüfbar sind³⁷. Soll der Assistent fähig sein, die Indikation für die Probeexzision zu stellen und den Eingriff auszuführen? An welchen Organen? Auch bei erschwerten technischen Bedingungen? Welche Komplikationen des Diabetes muss der Assistent kennen? Soll er sie nur aufzählen können oder sie diagnostizieren bzw. wissen, wie man sie diagnostizieren kann? Soll er auch wissen, wie sie zu behandeln sind oder gar die Behandlung selber praktisch durchführen können? Beim Festlegen der individuellen Lernziele müssen solche Fragen möglichst gut geklärt werden, damit man sich einig ist, was man gegenseitig voneinander erwartet.

Bei der Formulierung der Lernziele besteht grundsätzlich die Gefahr, dass man sich weitgehend auf krankheits- und behandlungsbezogene Kenntnisse und Fertigkeiten beschränkt und dabei ausser acht lässt, dass ein Arzt wesentliche weitere Kompetenzen benötigt. In den USA³⁸ und Kanada³⁹ wurde je eine Liste der wichtigen Grundkompetenzen erarbeitet. Die Resultate sind sehr ähnlich und sind in der folgenden Liste kombiniert:

Grundkompetenzen des Facharztes:

- Als **klinischer Entscheidungsträger** und **Gesundheitsförderer** ist er fähig zu Patientenbetreuung, welche einführend, angemessen und wirksam ist zur Behandlung von Gesundheitsproblemen und zur Gesundheitsförderung. Er zeigt die nötigen diagnostischen und therapeutischen Fertigkeiten. Er kennt und berücksichtigt die Grenzen seiner Fähigkeiten.
- Als **medizinischer Experte** verfügt er über das nötige Wissen aus den etablierten und sich entwickelnden biomedizinischen, klinischen und verwandten (z.B. epidemiologischen und sozialen und Verhaltens-) Wissenschaften und ist fähig zur Anwendung

dieses Wissens auf die Patientenbehandlung. Er kann sich die relevante Information beschaffen und diese gewichten.

- Als **Lehrer und Lernender** ist er fähig, aus der täglichen Praxis heraus weiter zu lernen und sich zu verbessern. Das beinhaltet, die eigene Patientenbehandlung regelmäßig zu evaluieren und sie zu verbessern durch das Aufnehmen und Werten von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und den Erwerb neuer Fähigkeiten und Fertigkeiten.
- Als **Kommunikator** verfügt er über zwischenmenschliche und kommunikative Fertigkeiten, welche zu effektivem Informationsaustausch und guter Zusammenarbeit mit dem Patienten, seinen Angehörigen und anderen Gesundheitsfachleuten führt, in einer Atmosphäre von gegenseitigem Verständnis, Vertrauen und Empathie.
- Als **Vertreter der ärztlichen Profession** zeigt er Bereitschaft, berufliche Verantwortung zu tragen und ethische Prinzipien zu befolgen, und Sensibilität gegenüber der Vielfältigkeit der Patienten insbesondere bezüglich Kultur, Alter, Geschlecht und individuellen Fähigkeiten.
- Als **Manager** findet er ein zeitliches Gleichgewicht zwischen Patientenbetreuung, weiteren Aktivitäten und Privatleben und arbeitet systembewusst. Das heisst, er demonstriert das Bewusstsein, in einen grösseren Kontext und in ein Gesundheitswesen eingebunden zu sein, passt sich an diesen Kontext an und ist fähig, die in diesem System vorhandenen Ressourcen optimal für die Patientenbetreuung zu nutzen.

Sowohl bei der gemeinsamen Formulierung der individuellen Ziele als auch bei der täglichen Arbeit, bei Supervision und Feedback und bei der Organisation von strukturierten Veranstaltungen gilt es, das gesamte breite Spektrum der angestrebten Kompetenzen im Auge zu behalten^{40,41}.

5.3. Jede Arbeitssituation als Lernsituation nutzen

Aus der sogenannten „Expertise-Forschung“, welche gerade im Bereich der Medizin recht intensiv betrieben wird, ist bekannt, dass sich der Experte vom Neuling vor allem darin unterscheidet, dass der Experte Erfahrung hat mit einem ganzen Spektrum von einzelnen Fällen einer spezifischen Krankheit. Der Experte bildet in seinem Gedächtnis sogenannte „illness scripts“, er memorisiert also bestimmte „Krankheits-Szenarien“, was ihm bei einem neuen Fall ein rasches Erkennen bestimmter Muster ermöglicht. Mit zunehmender Erfahrung sind die zuerst eher theoretischen, lehrbuchartigen Szenarien immer mehr an explizite Fälle gebunden, bei welchen eine bestimmte Krankheit oder Konstellation von Befunden vorlag^{42,43}.

Der Lernprozess kann wesentlich gefördert werden, wenn die Erfahrung mit den einzelnen Patienten und allfällige Fehlüberlegungen und Irrtümer bewusst reflektiert werden (Kap.3). Bei der Betreuung des Assistenten sollten regelmässige Zeiten für die Reflexion eingeplant werden. Dabei wird zuerst der Assistent eingeladen, seine Erfahrungen und Überlegungen zu schildern. Es ist sinnvoll, auf die folgenden Punkte einzugehen⁴⁴:

- Wie ist sein allgemeiner Eindruck von der gemachten Erfahrung?
- Ergeben sich neue Fragen oder mögliche neue Lernziele?
- Was gelang ihm gut?
- Was ging ihm bei der Tätigkeit durch den Kopf?

- Welches waren die Schlüsselpunkte, wo er zwischen verschiedenen Optionen wählte?
- Wurde sein Verhalten von irgendwelchen Annahmen, Wertvorstellungen oder Vorurteilen beeinflusst?
- Was waren seine Gefühle?
- Was vermutete er, waren die Gedanken und Gefühle des Patienten oder anderer beteiligter Personen?
- Mit welchen Lerninhalten will er sich aufgrund dieser Erfahrung auseinandersetzen?

Dieselben Punkte können in einem Lerntagebuch individuell reflektiert werden.

Im Gespräch kann der Weiterbildner anschliessend Rückfragen stellen, damit bestimmte Punkte noch vertieft werden, und dann seine eigenen Überlegungen und seinen Feedback einbringen.

Wenn das Potential richtig genutzt wird, machen die Erfahrungen des Assistenten bei seiner Patientenarbeit und die Reflexion darüber⁴⁵ verbunden mit Feedback durch den Weiterbildner den wichtigsten Teil seines Lernens aus. Dies ist dann eine wesentlich intensivere Lernsituation als eine strukturierte Lehrveranstaltung.

5.4. Feedback

Die Wichtigkeit des Feedback wird oft unterschätzt in der WB. Jedem Arzt sind Feedback-Mechanismen geläufig von den internen, z.B. hormonellen Regulationssystemen. Auch das Einüben von Fertigkeiten kann durch Nutzen von Feedback-Mechanismen wesentlich gefördert werden. Gute praktische klinische Tätigkeit ist da dem Skirennfahren ähnlich: Es kann besser gezeigt als beschrieben werden. Genauso wie dort die Fahrt mittels Besprechung von Videoaufnahmen analysiert und dadurch die Leistung verbessert wird, kann der Weiterbildner dem Assistenten seine Beobachtung der vom Assistenten gezeigten Handlung schildern und ihm zeigen, wo mögliche Gründe liegen, dass das erreichte Resultat nicht optimal war. Dadurch wird dem Lernenden geholfen, sein Handeln zu optimieren. Solche beobachtbare Handlungen sind zum Beispiel die Aufnahme einer Anamnese, eine körperliche Untersuchung, eine Vorstellung des Patienten auf der Visite oder an einer Fallvorstellung, das Vorgehen beim Entscheid über eine Therapie, die Interaktion innerhalb des Teams etc. Natürlich setzt der Feedback zuerst bewusstes Beobachten durch den Weiterbildner voraus. Das kann auch anhand von Tonband- oder Videoaufnahmen geschehen.

Feedback darf nicht mit Evaluation verwechselt werden. Er hat mit der formativen Evaluation nur insofern etwas zu tun, als beide Methoden dem Assistenten helfen, eine realistische Einschätzung seiner Fähigkeiten und der eigenen Grenzen zu erlangen und sich über seine Lernbedürfnisse klar zu werden. Feedback soll dem Assistenten Information vermitteln, nicht eine Beurteilung. Oft wird er vermieden aus Angst vor einer emotionalen Reaktion. Tatsächlich gilt es, ein paar wichtige Punkte zu beachten.

Feedback soll⁴⁶:

- in einer entspannten, unterstützenden Atmosphäre stattfinden
- zum richtigen Zeitpunkt erfolgen und vom Assistenten erwartet werden

- auf Daten aus erster Hand (konkreten Beobachtungen) beruhen
- sich nur auf Verhaltensaspekte beziehen, welche veränderbar sind
- beschreibend sein, nicht bewertend
- sich auf bestimmte Situationen beziehen, nicht auf Verallgemeinerungen
- subjektive Angaben vermitteln, welche auch als solche formuliert sind
- sich auf Handlungen und Entscheide beziehen und nicht auf vermutete Absichten und Interpretationen
- lernerzentriert stattfinden, d.h. am besten wird es durch den Assistenten mit einer Schilderung dessen eröffnet, was er selber beobachtet hat

Das adäquate, differenzierte und konstruktive Geben von Feedback muss geschult werden (siehe Kap. 5.6.).

5.5. Supervision

Nicht nur aus didaktischen Gründen sondern auch zur fachlich-medizinischen Qualitätssicherung kommt der Supervision entscheidende Bedeutung zu. Nur bei guter Kenntnis der individuellen fachlichen Stärken und Schwächen des Assistenten können die Weiterbildner einerseits den Lernprozess optimieren und andererseits die Sicherheit für die Patienten gewährleisten. Dass die Qualität der von den Assistenten erbrachten medizinischen Betreuung mit der Intensität der Supervision korreliert, wurde in mehreren Studien nachgewiesen^{47,48}.

Es ist sinnvoll, Art und Intensität der Supervision in verschiedene Stufen zu unterteilen. Um den Austausch über die Supervision zu erleichtern, hat sich die folgende Einteilung bewährt. Sie unterscheidet 6 „Supervisions-Stufen“, wobei diese entsprechend der abnehmenden Intensität der Betreuung absteigend von 5 bzw. 4 = volle 1:1 Überwachung bis zu 0 = selbständige Tätigkeit ohne Kontrolle nummeriert sind:

Supervisionsstufen:

5. Der Assistent ist aktiver Zuschauer.
4. Der Assistent übt eine Tätigkeit unter direkter Beobachtung (oder Videoaufnahme) aus.
3. Der Assistent arbeitet ohne direkte Überwachung, fragt aber vor jeder Entscheidung den Weiterbildner.
2. Der Assistent gibt regelmässig, mindestens täglich Bericht über seine Tätigkeit und seine Entscheidungen.
1. Der Assistent übt die entsprechende Tätigkeit selbständig aus, der Weiterbildner ist auf Pikett bei Problemen erreichbar.
0. Der Assistent arbeitet selbständig (z.B. Stellvertretung in Praxis).

Es ist zu empfehlen, sich auf eine klare Terminologie in dieser Art zu einigen und dann bei der täglichen Arbeit regelmässig darüber zu kommunizieren, auf welcher Supervisionsstufe der Assistent bei bestimmten Aufgaben arbeiten soll und darf.

Grundsätzlich soll bei jeder Tätigkeit in der Stufe 5 oder 4 begonnen werden, der Schritt in eine tiefere Stufe erfolgt erst, wenn sich der Weiterbildner vergewissert hat, dass dies der aktuellen Kompetenzstufe des Assistenten entspricht. Die Kompetenzstufe richtet sich also nach der Schwierigkeit und Vertrautheit der einzelnen Aufgabe und bezeichnet nicht etwa eine über einen bestimmten Zeitraum fixe Einstufung des Assistenten. Oft lohnt sich für eine bestimmte Tätigkeit auch ein eher zirkuläres, nicht lineares Vorgehen, indem der Weiterbildner z.B. gewisse Lerninhalte erneut beobachtet, um sich über Fortschritte des Assistenten zu vergewissern. So macht er sich ein Bild vom weiteren Lernbedarf und wie er den Assistenten am besten unterstützen kann.

Das differenzierte Anpassen der Supervisionsstufe je nach Tätigkeit und Kompetenz des Assistenten schliesst natürlich ein schematisches, gleiches Vorgehen bei allen Assistenten bezüglich Übertragung von Verantwortung aus.

5.6. Didaktische Schulung der Weiterbildner und Assistenten

Die Weiterbildner können ihre Lehraufgaben - insbesondere die individuelle Zielformulierung mit dem Assistenten, die gute Supervision und das Geben von strukturiertem Feedback - nur optimal, effizient und mit eigener Befriedigung erfüllen, wenn sie dafür geschult werden⁴⁹. Das hilft auch, eine gemeinsame Sprache und eine „unité de doctrine“ zu entwickeln. Diese Schulung wird leider oft vernachlässigt⁵⁰. Wichtige Inhalte für solche Kurse sind das lernerzentrierte Vorgehen, das Gestalten einer günstigen Lernumgebung, das Geben von Feedback, die Reflexion der Rolle als Lehrer^{51,52,53}. Gemäss persönlicher Erfahrung kann schon ein recht kurzer Kurs von einem Tag, wie er seit mehreren Jahren vom Kollegium für Hausarztmedizin KHM für die Weiterbildner in Hausarztpraxen durchgeführt wird, eine wesentliche Wirkung haben.

Auch die Assistenten müssen geschult werden. Einerseits, damit sie möglichst optimal von ihrer Assistenzzeit profitieren können, andererseits, weil sie auch regelmässig Lehrfunktionen gegenüber anderen Assistenten und gegenüber Studenten wahrnehmen und nicht zuletzt auch, weil die „lernerzentrierte Lehrfunktion“ ein wichtiger Teil der Beratung der Patienten ist^{54,55,56,57,58}. Auch hier kann schon eine kleine Intervention eine messbare Wirkung haben⁵⁹.

5.7. Coaching / Mentoring der Assistenten

Die gute Planung der WB-Karriere eines Assistenten ist sicher wichtig für seine fachliche Qualität beim Übergang in die selbstverantwortliche Tätigkeit und hilft, die vorhandenen Ressourcen an WB-Stellen optimal zu nutzen. Deshalb soll für jeden Assistenten ein (möglichst selbstgewählter) Mentor zur Verfügung stehen, sei es an der WB-Stätte selbst, oder extern, während der gesamten WB. Dazu sind entsprechende Mentoren auszuwählen und zu schulen^{60,61,62}.

6. Ziel und Gestaltung von „Visitationen“

Gemäss der am 1.1.2002 in Kraft getretenen revidierten Weiterbildungsordnung (WBO) sind neu regelmässige Besuche der WB-Stätten durch Experten zur Sicherstellung der WB-Qualität, sogenannte „Visitationen“ vorgesehen. Nachfolgend wird skizziert, wie diese Visitationen gestaltet werden können.

Bei der Visitation gemäss WBO geht es grundsätzlich um eine *summative* Beurteilung der WB-Stätte. Es geht also darum zu überprüfen, ob eine WB-Stätte denjenigen Kriterien nachkommt, die ein Qualitätskonsens von Experten und Beteiligten festgelegt hat. Es geht also um einen Entscheid bezüglich Akkreditierung: ja/nein (allenfalls ein Provisorium mit Auflagen).

Es ist sinnvoll und hat sich auch in den 1997-98 durchgeführten Probevisitationen bewährt, wenn vorgängig zum effektiven Besuch möglichst alle nötigen Informationen mittels Fragebogen erhoben werden, welche jeweils durch die Verantwortlichen für die Weiterbildung und durch die Assistenten zu beantworten sind. Die Fachgesellschaften müssen diese Fragebogen erarbeiten. Bei deren Ausarbeitung muss als zentrale Voraussetzung gewährleistet sein, dass alle erfragten Punkte, also alle für die Beurteilung und „Lizenzerteilung“ massgebenden Kriterien, in ersichtlichem Zusammenhang mit den von der Fachgesellschaft im WB-Programm geforderten Kriterien für die WB-Stätten stehen.

Diese Fragebogen sollen vertraulich sein und in der Datenbank des zuständigen Sekretariates bleiben. Darauf basierend kann dann vom Visitationsteam der Bericht z.H. der WB-Stättenkommission (WBSK) verfasst werden, mit Kopie an den Leiter der WB-Stätte. In diesem Bericht werden die Informationen zusammen gefasst und aufgrund der Anzahl und Wichtigkeit erfüllter bzw. nicht erfüllter Kriterien wird ein Antrag gestellt.

Solange in den WB-Programmen der Fachgesellschaften fast ausschliesslich Strukturkriterien vorgegeben sind (Zusammensetzung des ärztlichen Mitarbeiterstabes, Art der klinischen Tätigkeit dieser Ärzte, Anzahl Stunden strukturierter Weiterbildung etc.), stellt sich die Frage, ob überhaupt die doch recht aufwändigen Visitationen durch drei Experten sinnvoll sind, oder ob diese Informationen nicht allein durch Fragebogen (mit höchstens punktueller Überprüfung vor Ort) erhoben werden könnten. Bei der Ausarbeitung der ebenfalls in der revidierten WBO neu vorgesehenen WB-Konzepte müssen in naher Zukunft ohnehin Prozesskriterien formuliert werden, welche dann auch Eingang in die Anerkennungskriterien für die WB-Stätten in den WB-Programmen (Kap.5) finden werden. Möglicherweise ist das geplante Visitations-System im Vollausbau erst dann sinnvoll, wenn diese neu zu formulierenden Anforderungen nach angemessener Anpassungsfrist für die WB-Stätten effektiv Rechtsgültigkeit erlangen.

Selbstverständlich ist es grundsätzlich sinnvoll, nach dem selben System auch Visitationen zu rein *formativen* Zwecken durchzuführen, im Sinne von „Peer-Evaluationen“, als gegenseitige Einschätzung der Stärken und Schwächen einzelner WB-Stätten. Bei einer „formativen“ Evaluation geht es nicht um das Erhalten bzw. Verlieren einer Lizenz, sondern um die gezielte Förderung der Qualität. Solche „formativen“ Visitationen könnten längerfristig zwischen den in relativ grossen Abständen durchgeführten „summativen“ Visitationen durchgeführt werden. Es bewährt sich jedoch, Qualitätssicherung im Sinne der abschliessenden (summativen) Beurteilung, auf welche dann ein Entscheid (Akkreditierung als WB-Stätte ja oder nein) abgestützt wird, strikte von der unterstützenden, formativen Qualitätsförderung zu trennen.

Tatsache ist, dass man bei einer Visitation zu formativen Zwecken, bei welcher keine negative Massnahme droht, offener auch über die Schwächen und Probleme bezüglich WB-Qualität sprechen und gemeinsam Lösungsvorschläge entwickeln kann. Im Bericht über die von der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation (SGAR) im Jahr 2000 durchgeführten Visitationen⁶³ wird denn auch vermerkt: "Hervorgehoben werden soll auch die Tatsache, dass sanktionierende Massnahmen nicht vorgesehen waren (...) und dies auch klar im Vorfeld der Besuche kommuniziert wurde. Diese Abmachung trug sicherlich zur positiven Arbeitsatmosphäre während der Besuche als auch zu einer besseren Akzeptanz von Verbesserungsvorschlägen bei."

Im Sinne der strikten Trennung der beiden unterschiedlichen Instrumente wird es andererseits von Vorteil sein, bei den Akkreditierungs-Visitationen nach WBO auf eine differenziertere qualitative Einstufung zu verzichten.

In einer Übergangsphase, bis die in der revidierten WBO vorgesehenen Akkreditierungsinstrumente wirklich greifen, sind solche formativen Evaluationen unter besonders motivierten WB-Stätten gezielt zu fördern, um damit Erfahrungen zu sammeln und auch die Instrumente auszutesten im Hinblick auf die allgemeine Einführung im Rahmen der summativen Evaluation.

7. Vorschlag für die konkrete Durchführung von Akkreditierungs-Visitationen

Der Prozess zur Entwicklung und Implementierung von adäquaten qualitätsüberprüfenden Instrumenten, wie die Visitation eines ist, steckt noch in den Anfängen. Wichtige Arbeiten müssen noch geleistet werden wie z.B. das Festlegen der schliesslich geltenden Beurteilungskriterien von WB-Stätten, die Erarbeitung des Standards (Bestehen der Akkreditierung) oder das Vertrautmachen der WB-Stättenleiter mit solchen Qualitätsförderungsinterventionen. Falls demnächst bereits eigentliche Akkreditierungs-Visitationen gemäss den Bestimmungen der WBO durchgeführt werden sollen, scheint aufgrund bisheriger Erkenntnisse und Erfahrung folgendes Vorgehen am zweckmässigsten:

1. Das für die Visitationen zuständige Sekretariat verschickt rechtzeitig eine Information über Zweck und Ablauf der Visitation an den WB-Stätten-Leiter, so dass es anschliessend, spätestens vier Monate im Voraus, mit dem WB-Stätten-Leiter den Termin und groben Ablauf der Visitation vereinbaren kann.
2. Gleich anschliessend werden die Visitatoren bestimmt und dem WB-Stätten-Leiter mitgeteilt, damit er allfällige Einwände vorbringen kann. Die Visitation wird nach WBO von einem Dreierteam, bestehend aus einem Delegierten der Fachgesellschaft, einem Vertreter des VSAO und einem von der KWFB bestimmten unabhängigen Experten, durchgeführt.
3. Spätestens acht Wochen im Voraus wird je ein Fragebogen für den WB-Stätten-Leiter und für die verschiedenen Gruppen der Weiterzubildenden verschickt mit der Verpflichtung, diese Fragebogen innerhalb von drei Wochen ausgefüllt zurückzuschicken. Der WB-Stätten-Leiter muss dafür sorgen, dass die Fragebogen für die Assistenten je von einer repräsentativen Gruppe (Assistenten in Facharztweiterbildung im selben Fach, Assistenten in Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin und Assistenten im

Fremdjahr) oder allenfalls von einem von den Assistenten selber bestimmten Vertreter ausgefüllt und direkt an das Sekretariat zurückgeschickt werden. Die Vertraulichkeit der Angaben muss gewährleistet sein.

4. Das Sekretariat sorgt dafür, dass die ausgefüllten Fragebogen spätestens zwei Wochen vor dem Visitationstermin den Visitatoren zur Planung des Besuches zur Verfügung stehen. Grundsätzlich sollen möglichst alle relevanten Informationen mit den Fragebogen erhoben werden, so dass sie bei der Visitation nur noch überprüft und Unklarheiten geklärt werden müssen.
5. Am Visitationstag wird dann zuerst ein Gespräch geführt mit der Leitung der WB-Stätte, dann mit den (Vertretern der) Assistenten. Es folgt eine Besichtigung der WB-Stätte (Gebäulichkeiten, Infrastruktur und einzelne Abläufe). Hierauf findet ein abschliessendes Gespräch mit beiden Gruppen und evtl. einem Vertreter der Spitalleitung und des direkt mit den Weiterzubildenden im Kontakt stehenden Pflegepersonals statt. Diese abschliessende Besprechung dient einerseits der Klärung allfälliger Differenzen und der Formulierung des ersten Eindrucks durch das Visitationsteam. Jede dieser vier Einheiten beansprucht etwa eine Stunde. Gut vorbereitet sollte somit eine Visitation in einem halben Tag durchführbar sein.
6. Nach erfolgter Visitation erarbeitet das Visitatorenteam einen Bericht zu Handen der WBSK, worin eine Empfehlung über die Anerkennung abgegeben wird. Dieser Bericht wird dem Leiter der WB-Stätte vor der Weiterleitung an die WBSK vorgelegt, für eine allfällige Stellungnahme.

8. Vorgehen in den nächsten 2 Jahren

Zur Implementierung der Visitationen empfehlen wir die folgenden Schritte:

1. Die Fachgesellschaften unterstützen in den nächsten Monaten insbesondere die WB-Stätten bei der Formulierung ihrer WB-Konzepte und der Lernvereinbarungen mit den Assistenten, u.a. indem sie fachspezifische Musterkonzepte und –vereinbarungen ausarbeiten.
2. Weiter nehmen sie die Überarbeitung der Anerkennungskriterien für die WB-Stätten (Kap. 5 der WB-Programme) an die Hand, um da auch Prozesskriterien aufzunehmen. Sie erarbeiten Fragebogen und konkrete Unterlagen für die Visitation.
3. Die Visitationen werden schrittweise, möglichst gut begleitet und „sanft“ eingeführt. FMH und Fachgesellschaften erarbeiten dafür ein Implementierungskonzept mit Information, Medienbegleitung, Gesprächen mit Beteiligten usw. Es ist zu berücksichtigen, dass zur Überprüfung der Kriterien, wie sie im Moment auf Grund der aktuell gültigen Reglemente angewendet werden können, das volle Konzept mit Besuch jeder WB-Stätte durch drei Experten einen unverhältnismässigen Aufwand mit sich bringen könnte.
4. Statt summative können zuerst *formative* Visitationen im Sinne einer Übergangsregelung durchgeführt werden. So werden Beurteilungskriterien erarbeitet und vorgetestet im Hinblick auf eine spätere Verwendung zur summativen Beurteilung.

5. Im weiteren wird die Auswahl von Visitatoren vorgenommen und deren Schulung entwickelt und durchgeführt.
6. Das Sekretariat der WB-Stätten-Kommission wird aufgebaut.
7. Auf jeden Fall sind die Fragebogen und das gesamte Visitations-Prozedere in einem prospektiv strukturierten Verfahren auszutesten und entsprechend den Erfahrungen zu adaptieren.

Es scheint möglich, dass bis Mitte 2004 für die gesamten Visitationen ausgetestete und bewährte Konzepte und Prozedere vorliegen und die nötige Anzahl von Visitatoren rekrutiert, geschult und in ihre Aufgabe eingeführt sind.

9. Literatur und Anmerkungen

Bei Internet-Adressen: Letzter Zugriff 21.6.2002

-
- ¹ Weiterbildungsordnung (WBO) 1.1.2002, FMH, Art. 39 – 44, <http://www.fmh.ch>
 - ² Bundesgesetz betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals 1877 (Revision per 1.6.2002, Kap.2, <http://www.fmh.ch>)
 - ³ Charter über die Visitation von Ausbildungs-(Weiterbildungs-)stätten, UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES (UEMS) Okt.1997 <http://www.uems.be/visit-d.htm>
Charter on Training of Medical Specialists in the European Community, UEMS 1993, 1.3, Article 3: "Quality Assurance: The National Authority is responsible for implementing at national level a programme for quality assurance of training and of teachers and training institutions ..."
<http://www.uems.be/5charte.htm>
Position paper of UEMS on Assessment of Training, 1999, <http://www.uems.be/assess.htm>
 - ⁴ Borman E, O'Grady P, Postgraduate Training. Policy paper prepared by the Subcommittee on Postgraduate Training: Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors, Medical Education 1997, 31, S. 3 - 8
 - ⁵ Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
http://rcpsc.medical.org/english/residency/accreditation/genstandards_e.html
 - ⁶ Accreditation Council for Graduate Medical Education <http://www.acgme.org>
 - ⁷ Postgraduate Medical Council of New South Wales <http://www.medeserv.com.au/pmc/about/standards.htm>
Standards for Junior Medical Officer Education and Supervision, Postgraduate Medical Council of New South Wales 2002 http://www.medeserv.com.au/pmc/publications/jmo2002_standards/jmo2002_standards.pdf
 - ⁸ Ellrodt GA, Introduction of total quality management (TQM) into an internal medicine residency, Acad Med, 1993, 68 (11), S. 817 - 23
 - ⁹ Eine ausgezeichnete Zusammenfassung dieser Prinzipien auf 4 Seiten bietet Imel S., Guidelines for working with adult learners, 1994, ERIC Digest 154, <http://www.askeric.org>
 - ¹⁰ Vella J., Learning to Listen - Learning to Teach, The power of Dialogue in Educating Adults, S. 22, 1994, Jossey-Bass Publishers, San Francisco
 - ¹¹ Ende J, Feedback in clinical medical education, JAMA, 1983, 250 (6), S.777-81
 - ¹² Baddeley A, Human Memory, Theory and Practice, Psychology Press 1997, Kap. 8: Organizing and Learning, S. 125 - 143
 - ¹³ Novak JD, Learning, Creating and Using Knowledge, Concept Maps™ as Facilitative Tools in Schools and Corporations, 1998, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey
 - ¹⁴ Steiner V. Exploratives Lernen, Pendo Verlag Zürich, 3.Auflage, 2000, S.125-33, 160-205
 - ¹⁵ OSWEGO State University of New York, Learning styles resource page
<http://www.oswego.edu/~shindler/lstyle.htm>
 - ¹⁶ Davies SM, Rutledge CM, Davies TC, Students' learning styles do affect performance (Letter to the editor), Acad Med, 1995, 70 (8), S. 659 - 60
 - ¹⁷ Kolb DA, Experiential Learning, 1984, Prentice Hall, Englewood Cliffs
 - ¹⁸ Steiner V. Exploratives Lernen, Pendo Verlag Zürich, 3.Auflage, 2000, S.43-47

-
- ¹⁹ Siehe auch:
 Hargreaves DH, A training culture in surgery, BMJ, 1996, 313, S. 1635 - 39
 Whitehouse A: Medical education in the USA – adult friendly? Postgrad Med J 1998, 74, S. 737 – 742.
 Hargreaves und Whitehouse beschreiben je ein reales „Idealbeispiel“ aus dem UK und den USA
- ²⁰ UEMS: „Training in the basic requirements of quality assurance like collecting and assessing data and in the implementation of quality assurance projects should be part of the daily practice of postgraduate training.“
 Charter on Quality Assurance in Medical Specialist Practice in the European Union,
<http://www.uems.be/zzqual.htm>
- ²¹ Ferrante J, Learner contracts, Fam Med, 1998, 30 (10), S. 703 - 04
- ²² Challis M, AMEE Medical Education Guide No.19: Personal learning plans, Medical Teacher 2000, 22 (3), S. 225 – 35
- ²³ Siriwardena AN, The acceptability of personal learning plans in vocational training, Postgrad Med J 1997, 73, S. 289-92
- ²⁴ Weiss V, Needlman R, To teach is to learn twice, resident teachers learn more, Arch Pediatr Adolesc Med 1998, 152, S. 190 - 2
- ²⁵ UEMS, Charter on Training of Medical Specialists in the EC, 3.3, Article 3: “Quality Assurance of the Training Institution: The training institution should have an internal system of medical audit or quality assurance including such features as mortality conferences, reporting of accidents in accordance with a structured procedure. Furthermore, various hospital activities in the field of quality control such as infection control and drugs and therapeutics committees should exist...”, <http://www.uems.be/5charte.htm>
- ²⁶ Formative Evaluation: Man evaluiert mit der Absicht, zu verbessern (Wenn der Koch die Suppe schmeckt, ist das formative Evaluation)
 Summative Evaluation: Man evaluiert, um eine Entscheid zu fällen, gut oder schlecht, kann weiterfahren oder nicht, Ziel erreicht oder nicht (Wenn der Gast die Suppe schmeckt, ist das summative Evaluation)
- ²⁷ Der folgende Artikel beschreibt, wie die gezielte Förderung der WB-Qualität aussehen könnte:
 Parsell G, Handbooks, learning contracts, and senior house officers: a collaborative enterprise, Postgrad Med J, 1997, 73, S. 395 -98
- ²⁸ Art. 13 FMPG: „Ein Weiterbildungsprogramm kann akkreditiert werden, wenn...
 es eine wirksame, kontinuierliche Beurteilung...der beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten der weiterzubildenden Personen vorsieht.“ a.a.O.
- ²⁹ Quattlebaum TG, Techniques for evaluating residents and residency programs, Pediatrics, 1996, 98 (6) S. 1277 – 83
- ³⁰ Holmboe ES, Hawkins RE, Methods for evaluating the clinical competence of residents in internal medicine: A review, Ann Int Med, 1998, 129 (1), S. 42 - 48
- ³¹ Rolfe I, Mc Pherson J, Formative assessment: how am I doing?, The Lancet 1995, 345, S. 837 - 39
- ³² Position paper of UEMS on Assessment of Training, Art.1, “The trainer: The teaching ability of the teacher should be assessed by the National Training Authority”, <http://www.uems.be/assess.htm>
- ³³ Ward SJ, Stanley P, Induction for senior house officers. Part I: The hospital programme, Postgrad Med J, 1999, 75, S. 346 -50
- ³⁴ Fischer W, Goerg D, Einblick in die Stresslandschaft der Krankenhäuser, 2001, Schweizerisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser, Koordinator : Nils Undritz, E-Mail office@undritz.ch, S.18 - 23
- ³⁵ APROZ Spitalzentrum Biel: „Leitfaden zur Einführung neuer Oberärzte/-innen und Assistenzärzte/-innen in den Departementen, Kliniken und Abteilungen“ Kontakt: Dr. Christoph Stettler, stettlerchris@gmx.ch
- ³⁶ Steiner V. Exploratives Lernen, Pendo Verlag Zürich, 3.Auflage, 2000, S.136-140
- ³⁷ Kern DE, Thomas PA et.al., Curriculum Development for Medical Education, A Six-Step Approach, The John Hopkins University Press Baltimore, 1998, S. 28 - 37
- ³⁸ Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) „Outcome project“, General Competencies: <http://www.acgme.org/outcome/comp/compFull.asp>
- ³⁹ The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada: “CanMEDS 2000 Project. Skills for the new millennium: report of the societal needs working group.”
http://rcpsc.medical.org/english/publications/canmed_e.html
- ⁴⁰ Harden RM, Crosby JR et.al., From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes, in: AMEE Education Guide No 14: Outcome-based education 1999, S.37 – 45
- ⁴¹ Hamilton JD, Outcomes in medical education must be wide, long and deep (Editorial), Medical Teacher, 1999, 21 (2), S. 125-6

-
- ⁴² Gruber H, Mustererkennung und Erfahrungswissen, in Fischer MR, Bartens W (Hrsg.), Zwischen Erfahrung und Beweis, Medizinische Entscheidungen und Evidence-Based Medicine, Huber Verlag, Bern 1999, S. 25 – 52
- ⁴³ Norman G, Issues in cognitive psychology: implications for professional education, Acad Med, 1996, 71, S. 988-1001
- ⁴⁴ Westberg J., Helping learners become reflective practitioners (Practical Advice), Education for Health, 2001 14 (2), S. 313-21
- ⁴⁵ Smith CS, Irby DM, The roles of experience and reflection in ambulatory care education, Acad.Med.1997, 72 (1), S. 32 - 35
- ⁴⁶ Ende J. Feedback in clinical medical education, JAMA, 1983, 250 (6), S.777-81
- ⁴⁷ Kilminster SM, Jolly BC, Effective supervision in clinical practice settings: a literature review, Medical Education 2000, 34, S. 827-40
- ⁴⁸ Cox CM, Burstin HR, The effect of supervision of residents on quality of care in five university-affiliated emergency departments, Acad Med, 1998, 73 (7), S. 776 - 82
- ⁴⁹ Gibson DR, Campell RM, Promoting effective teaching and learning: hospital consultants identify their needs, Medical Education, 2000, 34, 126 - 30
- ⁵⁰ Mennin SP, Standards for teaching in medical schools: double or nothing (Editorial), Medical Teacher 1999, 21 (6), S.543 – 545.
- ⁵¹ Pololi L, Clay M et.al., Reflections on integrating theories of adult education into a medical school faculty development course, Medical Teacher, 2001, 23 (3), S.276 – 283
- ⁵² Hewson MG, A theory-based faculty development program for clinician-educators, Acad Med, 2000, 75 (5), S. 498 – 501, <http://www.academicmedicine.org/cgi/reprint/75/5/498.pdf>
- ⁵³ Eine wissenschaftlich abgestützte Übersicht bezüglich geeigneter Methodik und wichtigen Inhalten liefern: Wilkerson L, Irby DM, Strategies for improving teaching practices: A comprehensive approach to faculty development, Acad Med, 1998, 73 (4), S. 387 – 96
Wichtige Wissensinhalte hat Irby schon in einer früheren Arbeit zusammengetragen:
Irby D, What clinical teachers in medicine need to know, Acad Med, 1994, 69 (5), S. 333 – 41
- ⁵⁴ Johnson CE, Bachur R et al, Developing residents as teachers: Process and content, Pediatrics 1996, S. 907 – 16
- ⁵⁵ White CB, Basalli RW et al, Teaching residents to teach, Arch Pediatr Adolesc Med, 1997, 151, S. 730 – 35
- ⁵⁶ Roberts KB, de Witt TG et al, A program to develop residents as teachers, Arch Pediatr Adolesc Med, 148, S. 405 –10
- ⁵⁷ Morrison EH, Palmer J, Yesterday a learner, today a teacher too: residents as teachers in 2000, Pediatrics 2000, 105 (1), S. 238 – 241
- ⁵⁸ Dunnington GL, DeRosa D, A prospective randomised trial of a residents-as-teachers training program, Acad Med, 1998, 73 (6), S. 696 - 700
- ⁵⁹ Hargreaves DH, Registrars as trainers: the use of questioning techniques in on-the-job training, Ann R Coll Surg Eng (Suppl), 1998, 80, S. 10 - 13
- ⁶⁰ Matheson K, Careers counselling, The National Association of Clinical Tutors, http://www.nact.org.uk/pdf/career_counselling.pdf
- ⁶¹ Rodenhauer P, Rudisill JR, Dvorak R, Skills for mentors and protégés applicable to psychiatry, Academic Psychiatry, 2000, 24 (1), S. 14 – 27, <http://ap.psychiatryonline.org/cgi/reprint/24/1/14.pdf>
- ⁶² Kerka S, New perspectives on mentoring, Eric digest No. 194, 1998, <http://www.askeric.org/plweb-cgi/obtain.pl> oder http://www.ed.gov/databases/ERIC_Digests/ed418249.html
für weitere on-line Artikel siehe auch: <http://www.mentors.ca/mentorpapers.html>
- ⁶³ Frei F., Schumacher P: Visitationen der Weiterbildungsstätten. Erste Erfahrungen der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR), SAeZ 2001, 82 (41), S.2177-79