

# Entrustable professional activities in post-licensure training in primary care pediatrics: Necessity, development and implementation of a competency-based post-graduate curriculum

## Abstract

There is an absence of broad-based and binding curricular requirements for structured competency-based post-graduate medical training in Germany, and thus no basis for comparing the competencies of physicians undergoing training in a medical specialty (*Ärzte im Weiterbildung*). In response, the German Society of Primary Care Pediatrics' working group on post-graduate education (DGAAP) has identified realistic entrustable professional activities (EPAs) in primary care, defined their number, scope and content, selected competency domains, specified required knowledge and skills, and described appropriate assessment methods. These guidelines are referred to as *PaedCompenda* and can be accessed electronically by educators in pediatric medicine; the use and effectiveness of these guidelines are monitored by the German Association for Medical Education's committee on post-graduate education (GMA). Teaching and training in pediatric medicine should take EPAs into consideration. To accomplish this, phases dedicated to primary care should be integrated into formal medical specialty training. Primary care pediatrics must enhance the sites where such training takes place into learning environments that prepare physicians trainees and turn the practicing specialists into mentoring educators.

**Keywords:** Post-licensure training in primary care, Primary care, Networked post-graduate programs, Primary care pediatrics, Practice

Folkert Fehr<sup>1</sup>  
Christoph Weiß-Becker<sup>2</sup>  
Hera Becker<sup>3</sup>  
Thomas Opladen<sup>3</sup>

1 Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin, Sinsheim an der Elsenz, Germany

2 Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin, Husum, Germany

3 Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik Kinderheilkunde I, Heidelberg, Germany

## Introduction

### Needs and challenges

Post-graduate medical training in Germany is currently governed by the rules and regulations of the German Medical Association (Bundesärztekammer), and post-graduate programs vary widely between different medical disciplines as well as between programs in the same discipline. In pediatric medicine, up to 24 months of practice are required; however the majority of physicians receiving specialized post-licensure pediatric training do so in the hospital setting, while half of the specialists in pediatric and adolescent medicine practice as primary care practitioners.

Most children in Germany are seen in the practices of primary care pediatricians. The reasons for their visits to primary care practices have changed significantly. Today, pediatricians spend 25% of their time providing care for new morbidities and another 30% on early screening and immunizations. The physician trainees spend the majority of their time in the hospital, where the spectrum of pediatric and adolescent medicine has changed from general pediatrics to neonatal and premature infant care and the

highly specialized care of rare diseases. Physicians newly established in primary care pediatrics indicated in a survey that they do not feel sufficiently trained to handle the difficult cases presented to them [1].

The provision of pediatric and adolescent healthcare is complexly organized in Germany, with German Social Codes V, VII, VIII, IX, XI and XII having relevance for child healthcare [2].

Planning medical care within the scope of the government-mandated health insurance is subject to various regulations and steering mechanisms. Opportunities to set up a primary care medical practice that participates in the government-mandated program are regulated and controlled by need-based planning. Federal planning guidelines classify pediatricians as general specialists and organize them according to the geographical regions defined in 1990. Over the past decade and a half, the diseases seen in children and adolescents, and as a result their needs, have changed significantly. This has given rise to paradoxes. On the one hand, the central institute for government-mandated health care in Germany calculates that across Germany there are 590 practicing pediatricians in excess of an upper limit of 140%, while complaints from children, adolescents and young adults

indicate that healthcare needs are going increasingly unmet. How can children, adolescents, and their families receive excellent care today and in the future?

## Challenges

- Even in large cities such as Stuttgart, parents have difficulties finding a primary care pediatrician for the routine preventive screening for four-week-old infants (U3). Medical practices in rural areas are finding no successors.
- Young practitioners feel poorly prepared to provide primary care. The German Society of Primary Care Pediatrics (DGAAP) conducted its own studies in 2013 on 196 pediatricians and found that 44% of those new to practice did not feel prepared to provide preventive screening for infants. A total of 50% felt unprepared to address problems with school; over 66% were unconfident about providing long-term care for chronically ill children.
- The hospital setting and private practice are increasingly drifting apart. Economic pressure and a supposed surplus of hospital beds allocated to pediatric care lead to ongoing and ever higher degrees of specialization.
- If pediatric medicine does not place emphasis on its overall interests, its voice will be drowned out by those of the other medical specialties.

## Options

The curricular content of post-graduate training can be learned particularly well in the setting where the required skills are frequently practiced with routine and expertise. The DGAAP, with the support of the Professional Association of German Pediatricians (BVKJ), has proactively encouraged and realized research projects and designed a post-graduate program that not only reflects, but also does justice to the significant changes recently seen in pediatrics.

Literature research and our own research have revealed that the concept of entrustable professional activities (EPAs) proposed by the Dutch education scientist Olle ten Cate can furnish a future-oriented model covering core pediatric content.

## Consequences for post-graduate training in pediatrics

Post-licensure practical training could form a core component of future networks among post-graduate programs. The confidence of physician trainees and mentor physicians in their own abilities would be strengthened, as would professional cooperation. Hospitals could profit in that physician trainees would be able to attend to patients requiring routine primary pediatric care. How will physician trainees, physician mentors, children and their families, and society react to the introduction of compet-

ency-based post-licensure training into primary care and what will it accomplish?

## The concept of EPAs: Entrustable professional activities

Entrustable professional activities are a bridge between curricular content and the results of professional work – in this case excellent healthcare for children, adolescents, young adults and their families. EPAs describe activities, not competencies [3]. They are often professionally defined, since multiple healthcare professionals and other occupational groups participate in most of the activities.

According to ten Cate, the entrustable professional activity is:

1. part of a critical professional task within a particular context;
2. requires an appropriate level of expertise, skill and professional conduct;
3. yields recognized work as a result;
4. is limited to qualified personnel;
5. can be done virtually independently of other tasks;
6. can be executed within a given timeframe;
7. can be observed and measured as a process and a result (done well or not done well);
8. reflects one or more general medical skill(s).

## Method

### Selection of EPAs

Based on the work of ten Cate, Jones and Berberat et al., the DGAAP began to systematically explore the concept of the EPA for use in pediatrics. It was determined that the competency-based training aligned very well with the needs of children, families, and their pediatricians.

How can pragmatic change [4] be brought about? Since 2013 the DGAAP has followed the position paper of the GMA committee on post-graduate education and established a post-graduate training segment that was created by:

1. selecting EPAs for the curriculum in primary care pediatrics
  - identifying authentic EPAs
  - deciding the number and scope of the EPAs
1. Describing the EPAs
  - assigning titles and content to the EPAs
  - selecting the competency domains
  - specifying the requisite knowledge and skills
  - describing the assessment methods
1. Schedule for learning and testing the EPAs
  - determining the EPAs and the grading criteria over the course of the post-graduate program
  - coordinating the schedule in detail

## Describing the EPAs

Competency domains are in certain respects the language of EPAs. Depending on the definition, focus is placed on content and references are made to curricular objectives. The current paper draws on the CanMEDS framework, widely known in Europe, and the six overlapping abilities or roles of the physician or medical expert: communicator, collaborator, manager, health advocate, scholar, and professional.

To specify the requisite knowledge and skills, the DGAAP applied a multi-step Delphi process in which pediatricians who were undergoing or had already completed specialty training were surveyed online regarding post-graduate education. The survey used approximately 600 items from the beta version of the DAKJ logbook and the Swiss catalogue of learning objectives. A four-point Likert scale was used ranging from 1=not important to 4=very important. Participants were divided into five groups based on occupational situation – university instructors, chief physicians at pediatric hospitals not aligned with a university, pediatricians involved in primary or tertiary care, and physician trainees – whereby each was given survey collection options. Items that were not definitively weighted were extracted and sent out again for response. The competencies asked about were viewed as being core content if they had a mean value of 3.6-4.0. From September 30, 2013, to August 5, 2016, a total of 889 responses were received. Since there is no established method for statistically demonstrating consensus among experts, reliance was placed on the definition of the strictest limit values possible. Items with the highest level of agreement were defined as core content. All of the groups were weighted the same in that the simple mean for each group is incorporated into the overall mean for the particular item. Consensus on an item was viewed as reached if it attained a mean value of 3.6-4.0 in the overall scoring. The detailed results are being published in another paper. In general, it was surprising that the DGAAP translation of CanMEDS into German qualified as being able to draw a consensus in the very first round. Since the National Competency-based Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Education (NKLM) also uses this concept, the junction between undergraduate and post-graduate education is well established. EPAs are characterized by the competency domains which are also matched with concrete learning objectives by the Delphi study.

Another important source for the pediatric EPAs is the DAKJ study [5], which shed light on the frequency of and time required for doctor's visits in primary care pediatrics. Based on this, decisions were made regarding the granularity of the EPAs. The care most needed in primary care pediatrics should be the most routine to give.

## Quality assurance

Important post-graduate learning content must be dealt with or seen regularly by those responsible for post-

graduate training. Respectful individualized feedback regarding observed activities is the strongest known driver behind professional development. For this reason, observational assessments in the workplace are a central element of competency-based post-licensure training. Physician trainees in pediatrics provide care for real children and their families during actual doctor's visits. There is no extrapolation based on a multiple-choice test to guess what kind of doctor someone is or what kind of care he or she gives to patients. The result of good training is expert medical care, meaning that the results count and feedback on performance is a must. This scrutiny must be done in a respectful manner since the observational assessment serves as a model for doctor-patient relationships. It is impossible to care for patients without specialized knowledge and skills. But in terms of the observational assessment it is much more important to articulate thoughts and attitudes, feelings and emotions so that physician trainees can develop their skills, acknowledge their limits and ask for appropriate help in an environment based on trust. To enable this, the sub-competencies are listed as part of the EPA and reflected upon in feedback conferences between physician trainee and mentor. The decision to entrust the physician trainee with an activity of a particular difficulty can only be informed in part by previous observations. It will be necessary at first for the mentor and the trainee to speak with each other and make decisions on any necessary adjustments. This is why the BVKJ has called out for its regional associations to appoint people responsible for post-graduate training in primary care. These persons attend regular workshops with video recordings of EPAs and the feedback conferences so that they are able to more confidently make decisions about entrusting specific professional activities and better able to help others in this process.

## Results

To foster this development, the DGAAP has presented the competency-based curriculum for practice: the "core competencies." Alongside treating preventable courses of disease, the focus on the DGAAP's EPA curriculum is prevention and long-term care of chronically ill children. Based on the preliminary groundwork, 12 EPAs were identified and assigned to learning objectives, and assessment formats were also compiled. In accordance with the principles of competency-based education, the focus shifts from norm-based to standard-based education and the fixed schedule before the exam to a flexible one. A pediatrician is not someone who has spent five years enrolled at an educational institution, but rather someone who has mastered the skills essential to this medical discipline (see table 1).

Each EPA begins with a description (see figure 1) in which the sub-competencies are clearly listed. A matrix ensures that all sub-competencies in the curriculum are covered and shows the frequency of the individual sub-competencies.

**Table 1: Overview of the DGAAP entrustable professional activities**

<b>a) Presentation of a previously healthy child with a common acute symptom:</b> Coughing, fever, pain in throat, ears, stomach and musculoskeletal system, skin changes, eye complaints or problems in the genital region
<b>b) Presentation of a child with a complex acute disease:</b> Respiratory passages, persistent fever or fever without focus, apparent life-threatening event, cramping, syncope, cardiac arrhythmia, cardiovascular system, gastroenterological disease and/or failure to thrive, skin and/or mucous membranes, allergies, intolerances, sex-specific problems a) girls, b) boys, musculoskeletal system and/or systemic diseases, recurring headaches, kidney and/or urinary tract collection system, edema, immunology, susceptibility to infection, growth, thyroid and sugar metabolism
<b>c) Ongoing care of a child with a chronic disease:</b> Pneumology and/or allergology, hematology and oncology, neuropaediatrics, cardiology, gastroenterology, dermatology, rheumatology, "rare" diseases, nephrology, endocrinology and diabetology
<b>d) Guide to and/or liaison between other medical fields:</b> Surgery and conservative medicine
<b>e) Prevention:</b> Vaccinations and screening (U2-3, U4-6, U7-9, U10-11, J1-2)
<b>f) Recognition of and assistance for children displaying abnormal behavior and/or abnormal development:</b> Complex physically and/or mentally impaired children, early infantile regulation disorders, children with enuresis or encopresis, specific developmental disorders, eating disorders and/or obesity, psychosomatic and/or psychiatric disorders, attention deficit disorders and/or impulsiveness, and genetic diseases / embryo- or fetopathies /congenital metabolic disease
<b>g) Children as victims of abuse, sexual abuse, or neglect:</b> Abuse, sexual abuse of children, neglect
<b>h) Social networks:</b> Collaboration with professionals in education and child & youth welfare
<b>i) Adolescent healthcare</b>
<b>j) Emergency medical care for children</b>
<b>k) Children with injuries, burns, or ingested substances</b>
<b>l) Quality management, error management, practice management, patient safety</b>

**Part 2.1 Entrustable Professional Activity Number 1****Initial presentation of a previously healthy child with a common acute symptom****Explanation**

The actions described here must be executed with expertise by those who are responsible for handling acute cases in primary care pediatrics. For this reason, this EPA is especially suitable for starting training in primary care. Novices will have more or less mastered some of the sub-competencies. The mentoring physician who is serving as the instructor and the physician trainee should document the initial situation through mutual observations and feedback.

Over the following months, the sub-competencies needing improvement for full certification of this EPA should be expanded upon, observed and fostered in a targeted manner.

**Primary sub-competencies for the following EPA**

Efficiently obtains a relevant case history focused on the reason for the doctor's visit (me1)

Performs a complete physical examination with adequate assessment of development with a special attention to focal symptoms (ENT, mouth and throat, lungs, urinary tract) (me1)

Makes a diagnosis based on the medical findings (me3)

Creates a therapy plan (e.g. for children with respiratory infections, acute otitis media, pharyngitis, urinary tract infection, or fever) (me4)

Forms a doctor-patient relationship built on trust (com2)

Allocates resources in a responsible manner (ma4)

Manages time (ma8)

**Figure 1: Description of the first EPA**

For each EPA there is a catalogue of learning objectives (dissertation, Becker, H; currently being published). These lists of objectives primarily serve physician trainees and their physician mentors as they prepare for the observa-



	Uncertain	Mostly certain	Certain
<b>Knowledge of pathology</b>			
Identifies common reasons for acute doctor's visits and the corresponding clinical pictures, the related diagnostics, differential diagnostics, guideline-based therapy, at-home care and prevention			
Identifies criteria for assessing general state of health			
Explains the criteria for reseeking medical help			
Explains what "watch and wait" means			
Takes the relevant guidelines into consideration			
<b>Practical clinical skills</b>			
Describes the general state of health of a real patient			
Describes the findings in a differentiated manner and promptly documents them in a legible fashion			
Provides care for children who require subspecialist and/or hospital care			
Diagnoses children who require subspecialist and/or hospital care			
Organizes preventive, therapeutic and rehabilitative interventions effectively and at the proper time			
<b>Diagnostic procedures</b>			
Classifies reasons for doctor's visits as disease/abnormal behaviors/concerns, describes uncertainty and/or ambiguities			
Indicates and justifies required diagnostics			
Recognizes situations in which decisions about allocating resources for patient care must be made, and participates in the decision making			
Uses information technology (IT) to get and transmit information and for documentation of therapy			
Develops strategies for setting priorities and effective time management			
<b>Therapeutic procedures</b>			
Applies the German Protection against Infection Act ( <i>Infektionsschutzgesetz</i> )			
Knows the possible options within the current healthcare system			
Explains the physician's tasks, responsibilities and limits on interprofessional teams in typical situations and critically analyzes his or her own actions in the overall process			
Knows, implements and checks the management plan for actual doctor's visits			
Describes potential conflicts of roles (e.g. optimal home nursing for a sick child versus the child's need to take part in social institutions and the professional obligations of the parents)			
<b>The learning objectives for the following topics should be verified and documented</b>			
See learning objectives 1.1 to 1.9			

Figure 2: Learning objectives for "EPA 1.0 Initial presentation of a previously healthy child"

tional assessments. In future it is planned to link these catalogues electronically with the logbooks used under the rules and regulations governing post-graduate training so that progress can be documented in real time (see figure 2).

### Implementation of the post-graduate program in practice

To give expert medical care, physicians must continue their education. Agreement on the core content of such continuing education is vital as a means to identify authentic reasons for pediatric care and determine their nature and scope. Ascertaining the level of qualification – for instance the standard to be met by a medical specialist – is enabled by specific grading criteria. Important aspects for putting competency-based education into practice include:

- Competency-based post-licensure training is evaluated based on criteria. This takes place on a daily basis while working in a medical practice and is described as an EPA. Drawing on the related list of learning objectives, each objective is worked on and achieved, and preparations are made for the observational assessments.
- Respectful feedback that provides motivation for personal and professional growth is important as the dominant tool of competency-based training. The ob-

server, usually the mentoring pediatrician, is more a partner than a superior, and the relationship between mentor and trainee is not a hierarchical one, since both carry responsibility for the learning process. The learning experiences are assessed and reflected on jointly by trainee and mentor.

### How can this be integrated into the daily operations of a normal pediatric medical practice?

Various forms of learning experiences are used more or less often over the course of the post-graduate training depending on expertise and progress. Activities can be observed during the different phases, the sequence of which depends on the prior knowledge of a particular physician trainee. Regardless of training segment, focus is always placed on joint appraisal by the physician mentor and the physician trainee: Which activities can be demonstrated by the trainee to the mentor, which activities still need to be carried out under supervision, and as of when can they be performed independently with the option of receiving feedback? And when can an activity be entrusted fully to the physician trainee?

## 1. Preparatory phase

Physician trainee and mentor get to know each other. The EPAs are discussed, and the lists of learning objectives are initially used by both to establish the trainee's post-graduate training status in primary care pediatrics: What activities have already been carried out independently? What has already been learned, seen, experienced? What activities are new? When reviewing the EPAs and the list of learning objectives, the trainee and mentor can gain an overview regarding the trainee's experience and skills and the content of the post-graduate training in primary care pediatrics before beginning any practical work. Together they can plan and structure the course of the training. During the initial conferences and the introductory phase, trainer and mentor can form impressions of each other. It is clear from the start which activities the trainee has already carried out independently and if his or her level of confidence is strong enough to justify the assignment of personal responsibility for specific activities, or if detailed instruction and guidance are still needed.

## 2. Introductory phase

This phase is shaped by the trainee's transition from observing to carrying out activities independently. At this point, the individual EPAs can be performed by the trainee in the presence of the mentoring physician, later independently with the option of asking questions and requesting assistance in making evaluations. The lists of learning objectives serve to ensure that important aspects of a specific activity are adequately addressed.

In the time that follows the trainee can assist the pediatrician by independently seeing patients who present for the very reasons described by the EPAs, while at the same time having the opportunity to work through and expand on other learning objectives by consulting with the pediatrician if there is any lack of certainty. As the scope of activities expands, the independent work of the trainee increasingly broadens. "EPA 1" – the acute doctor's visit – lends itself to this phase. In the beginning these visits represent a great amount of time and effort for the pediatrician, but resources quickly free up in the practice once the physician trainee is able to assume responsibility for them.

## 3. Consolidation phase

Step by step other activities can be assumed by the trainee according to the same principle. Different forms of learning are used to accomplish this: direct observation by the mentoring pediatrician during an authentic doctor's visit or the trainee's inclusion of the mentor in a visit when there are specific issues, challenging situations, or a lack of certainty regarding the diagnosis. Brief consultations between appointments, follow-up conferences or discussions of selected cases at scheduled times, and discussion of rare clinical pictures or specific medical issues

based on actual patients round out the interaction between the two physicians. Observations and feedback on certain activities can be done by the mentoring pediatrician or delegated to trained personnel at the practice. An overall picture of the trainee's progress can be seen in the numerous learning experiences. The aim should be to thoroughly cover the learning objectives during this phase.

## 4. Entrusting phase

If the learning objectives for an EPA have been attained and if both trainer and trainee agree that an activity can be entrusted to the trainee, it is possible to grant the privilege of independent practice if the observational assessment has been successfully passed. The focus of the observation is on the core competencies described for each EPA during the introduction. Ten minutes should be planned for the observation and an appropriate amount of time for a follow-up conference and feedback. If all of the observational assessments for all EPAs have been successfully passed, then the post-graduate training is completed in so far as the physician trainee has attained the privilege of independent practice, meaning the "license" – in the sense of a driver's permit – to practice independently in primary care pediatrics.

Even in the future the trainee will strive, as will the mentoring pediatrician, to improve these skills and carry them out with utmost expertise.

## Discussion

The introduction of competency-based post-licensure training into primary care pediatrics has been met with both enthusiasm and reservation. Advocates see a great potential for trust in a network of physician trainees, physician mentors, children and families, and society at large. Critics see substantial amounts of extra work, bureaucracy, and the movement of sought-after physician trainees from hospitals into primary care. Ultimately, only scientific investigation and evaluation can show how *PaedCompenda* is used in practice and what its effects are. It will be necessary to include the expertise of specialists in medical education from the very beginning. Familiarity with *PaedCompenda* should be fostered, as well as a sense of ownership, through participation in its development, while at the same time discussion should be promoted regarding the concrete practical work and making the heterogeneity of the methods visible. The impression should be avoided that the teaching philosophy presented here is set in stone, ready for use and can be transferred directly from the undergraduate setting to post-licensure training. For what is of particular interest to pediatricians, as medical specialists for prevention and advocates of children and their families, is what effect these changes in post-graduation training have on the results of such training and on the health of children and adolescents.

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

## References

1. Fehr F, Gempp W, Gitmans U, Jäger-Roman E. Fit für die Praxis? Kinder Jugendarzt. 2014;45(5):254-255. Zugänglich unter/available from: [http://www.kinder-undjugendarzt.de/download/45.\(63.\)Jahrgang2014/kja05\\_2014.pdf](http://www.kinder-undjugendarzt.de/download/45.(63.)Jahrgang2014/kja05_2014.pdf)
2. Van den Berg N, Beyer A, Stentzel U, Hoffmann W. Versorgungsepidemiologische Analyse der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland. Greifswald: Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health; 2016.
3. Berberat PO, Harendza S, Kadmon M. Entrustable Professional Activities – Visualization of Competencies in Postgraduate Training. Position Paper of the Committee on Postgraduate Medical Training of the German Society for Medical Education (GMA). GMS Z Med Ausbild. 2013;30(4):Doc47. DOI: 10.3205/zma000890
4. Tranøy KE. Pragmatik der Forschung. In: Böhler D, Nordenstam T, Skirbekk G (Hrsg). Die pragmatische Wende. Sprachspielpragmatik oder Transzendentalpragmatik? Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1986. S.36-54.
5. Fegeler U, Jäger-Roman E, Martin R, Nentwich HJ. Ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung. Versorgungsstudie der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin. Monatsschr Kinderheilkunde. 2014;162(12):1117-1130. DOI: 10.1007/s00112-014-3258-7

## Corresponding author:

Folkert Fehr  
Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin,  
Karlsplatz 5. D-74889 Sinsheim an der Elsenz, Germany  
folkert.fehr@t-online.de

## Please cite as

Fehr F, Weiß-Becker C, Becker H, Opladen T. Entrustable professional activities in post-licensure training in primary care pediatrics: Necessity, development and implementation of a competency-based post-graduate curriculum. GMS J Med Educ. 2017;34(5):Doc67. DOI: 10.3205/zma001144, URN: urn:nbn:de:0183-zma0011443

## This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2017-34/zma001144.shtml>

**Received:** 2016-10-23

**Revised:** 2017-04-17

**Accepted:** 2017-08-07

**Published:** 2017-11-15

## Copyright

©2017 Fehr et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

# Anvertraubare professionelle Tätigkeiten in der Weiterbildung in ambulanter allgemeiner Pädiatrie – Bedarf, Entwicklung und Umsetzung eines kompetenzbasierten Weiterbildungscurriculums

## Zusammenfassung

Für eine strukturierte kompetenzbasierte Weiterbildung fehlt eine flächendeckende, verbindliche curriculare Vorgabe und damit die Grundlage der Vergleichbarkeit der Kompetenzen von Ärztinnen in Weiterbildung (ÄiW). Die Arbeitsgruppe Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP) hat deshalb nach dem Konzept der *Entrustable Professional Activities* reale anvertraubare professionelle Tätigkeiten (APT) der Grundversorgung identifiziert, Anzahl und Umfang entschieden, Titel und Inhalte definiert, Kompetenzdomänen ausgewählt, erforderliches Wissen und notwendige Fähigkeiten spezifiziert und Prüfungsmethoden beschrieben. Diese Handreichung steht für pädiatrische Weiterbilder unter dem Namen *PaedCompenda* elektronisch zur Verfügung und wird in Anwendung und Wirksamkeit vom GMA-Ausschuss Weiterbildung begleitet. Die Praxis der Weiterbildung in der Pädiatrie sollte APTs berücksichtigen. Dazu ist die Einbindung ambulanter Abschnitte in der Facharztweiterbildung wünschenswert. Die primärversorgende Pädiatrie muss dazu ihre Lernorte zu vorbereiteten Lernumgebungen für Ärztinnen in Weiterbildung und ihre Praxisinhaber zu Lehrern weiterentwickeln.

**Schlüsselwörter:** Ambulante Weiterbildung, Grundversorgung, Verbundweiterbildung, Ambulante allgemeine Pädiatrie, Praxis

## Einleitung

### Bedarf und Probleme

Die aktuelle Weiterbildung in Deutschland wird von der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer reguliert und unterscheidet sich deutlich in verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen und Weiterbildungsorten der gleichen Disziplin. In der Pädiatrie sind bis zu 24 Monate in der Praxis anzurechnen. Aber es befinden sich die meisten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) im Krankenhaus, während Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin zur Hälfte in der ambulanten Grundversorgung arbeiten.

Die meisten Kinder werden in Deutschland in den Praxen der grundversorgenden Kinder- und Jugendärzte gesehen. Die Vorstellungsanlässe in den primärversorgenden Praxen haben sich entscheidend verändert. 25% ihrer Arbeitszeit verbringen Pädiater heute mit der Versorgung der so genannten neuen Morbiditäten, weitere 30% mit Früherkennungsuntersuchungen und Schutzimpfungen. Die ÄiW halten sich größtenteils im Krankenhaus auf. Das Spektrum der Kinder- und Jugendkliniken hat sich verändert

von der allgemeinen Pädiatrie hin zur Neu- und Frühgeborenen-Medizin und der hochspezialisierten Versorgung seltener Erkrankungen. Frisch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen geben in einer Befragung an, sich für wichtige Vorstellungsanlässe nicht ausreichend weitergebildet zu fühlen [1].

Die gesundheitliche Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden ist in Deutschland komplex organisiert. Die Sozialgesetzbücher V, VII, VIII, IX, XI und XII haben für die Versorgung von Kindern Relevanz [2]. Die Planungen der medizinischen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen unterschiedlichen Steuerungen. Im ambulanten Bereich werden die Niederlassungsmöglichkeiten für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte über die Bedarfsplanung reguliert. Die bundesweit geltende Bedarfsplanungs-Richtlinie plant Kinder- und Jugendärzte als allgemeine Fachärzte nach Kreisregionen auf der Basis von 1990. Seitdem haben sich die Morbiditäten und damit der Bedarf der Kinder, Jugendlichen und Heranwachsenden erheblich verändert. Dies führt zu paradoxen Aussagen. Einerseits berechnet das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland für 2015, dass bundesweit 590 Pädiater oberhalb der Sperrgrenze eines Versorgungsgrades von 140% arbeiten.

Folkert Fehr<sup>1</sup>  
Christoph Weiß-Becker<sup>2</sup>  
Hera Becker<sup>3</sup>  
Thomas Opladen<sup>3</sup>

1 Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin, Sinsheim an der Elsenz, Deutschland

2 Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin, Husum, Deutschland

3 Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik Kinderheilkunde I, Heidelberg, Deutschland



Andererseits häufen sich Beschwerden von Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden, dass der Versorgungsgrad nachlässt. Wie können Kinder, Jugendliche und ihre Familien heute und morgen sehr gut versorgt und begleitet werden?

## Schwierigkeiten

- Eltern haben selbst in Großstädten wie Stuttgart Probleme, einen grundversorgenden Pädiater für die U3 zu finden. Praxen im ländlichen Raum finden keine Nachfolgerinnen.
- Junge Praxisinhaber fühlen sich für die Grundversorgung schlecht vorbereitet. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeine Ambulante Pädiatrie (DGAAP) hat in eigenen Untersuchungen 2013 an 196 Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten erhoben, dass sich 44% der jungen Kollegen nicht fit für Früherkennungsuntersuchungen fühlen. 50% fühlen sich unfit für Schulprobleme, über 66% für die Langzeitbetreuung von chronisch kranken Kindern.
- Krankenhaus und Praxis driften immer weiter auseinander. Kostendruck und vermeintliche Überversorgung mit pädiatrischen Krankenhausbetten führen zu fortlaufender Höher spezialisierung.
- Wenn die Pädiatrie nicht gemeinsame Interessen betont, wird sie im Konzert der Fachgesellschaften nicht gehört

## Möglichkeiten

Inhalte der Weiterbildung können dort besonders gut erlernt werden, wo die dafür erforderlichen Tätigkeiten häufig, routiniert und in sehr guter Qualität ausgeführt werden. Die DGAAP hat deshalb mit der Unterstützung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands Forschungsprojekte angeregt, durchgeführt und ein Weiterbildungsprogramm entwickelt, dass diesen veränderten Erfordernissen Rechnung trägt.

Literaturrecherche und eigene Forschungen haben ergeben, dass das Konzept der anvertraubaren professionellen Tätigkeiten des niederländischen Bildungswissenschaftlers Olle ten Cate mit konsentierten Kerninhalten der Pädiatrie ein zukunftsweisendes Modell ergeben kann.

## Konsequenzen für die Weiterbildung in der Pädiatrie

Weiterbildung in der Praxis könnte ein integraler Bestandteil zukünftiger Verbundweiterbildungen sein. Das Vertrauen von ÄiW und Weiterbildungern in die eigene Kompetenz und die partnerschaftliche Zusammenarbeit würde gestärkt. Kliniken könnten davon profitieren, dass die ÄiW häufige Vorstellungsanlässe in der allgemeinen ambulanten Pädiatrie routiniert bearbeiten können. Wie werden ÄiW, Weiterbilder, Kinder und ihre Familien und die Gesellschaft auf die Einführung der kompetenzbasierten

Weiterbildung in der grundversorgenden Praxis reagieren und was wird sie bewirken?

## Das Konzept der APTs : Die Anvertraubaren Professionellen Tätigkeiten

Anvertraubare professionelle Tätigkeiten (APTs) sind ein Brückenschlag von Lerninhalten zu Ergebnissen fachlicher Arbeit, hier der sehr guten Versorgung und Begleitung von Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden und ihrer Familien. APTs sind Deskriptoren von Tätigkeiten, nicht von Kompetenzen [3]. Sie sind oft interprofessionell angelegt, da an den meisten Tätigkeiten mehrere Gesundheitsberufe und andere Berufsgruppen beteiligt sind, beispielsweise medizinische fachangestellte und Ärztinnen.

Die Anzuvertrauende Professionelle Tätigkeit nach ten Cate

1. ist ein Teil entscheidender professioneller Arbeit in einem gegebenen Kontext
2. erfordert angemessenes Wissen, Fähigkeiten und Haltungen
3. führt zu einem anerkannten Ergebnis professioneller Arbeit
4. ist beschränkt auf qualifiziertes Personal
5. ist weitgehend unabhängig von anderen Tätigkeiten ausführbar
6. ist ausführbar in einem gegebenen Zeitrahmen
7. ist in Prozess und Ergebnis beobachtbar und messbar (gut gemacht bzw. nicht gut gemacht)
8. reflektiert eine oder mehrere generelle ärztliche Kompetenzen

## Methodik

### Auswahl von APTs

Basierend auf den Vorarbeiten von ten Cate, Jones und Berberat et al. hat die DGAAP begonnen, das APT-Konzept systematisch für die Pädiatrie zu explorieren. Dabei zeigte sich, dass die kompetenzbasierte Weiterbildung ausgezeichnet zu den Bedürfnissen der Kinder, Familien und ihrer Pädiater passt.

Wie kann die „pragmatische Wende“ [4] vollzogen werden? Die DGAAP ist seit 2013 dem Positionspapier des Ausschusses „Weiterbildung“ der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung gefolgt und hat eine Sektion Weiterbildung eingerichtet, die wie folgt vorgegangen ist:

1. Auswahl von APTs für das Curriculum der allgemeinen ambulanten Pädiatrie
  - Identifizierung realer APTs
  - Entscheidung über Anzahl und Umfang der APTs
2. Beschreibung der APTs
  - Titelformulierung und Inhaltsdarstellung der APTs
  - Auswahl der Kompetenzdomänen

- Spezifizierung Wissen und Fähigkeiten, die dafür nötig sind
- Beschreibung der Prüfungsmethoden

### 3. Lern- und Prüfungsplan für die APTs

- Festlegung der APTs und Leistungsniveaustufen über den Verlauf der Weiterbildung
- Feinabstimmung der Planung

## Beschreibung der APTs

Kompetenzdomänen sind gewissermaßen die Sprache der APTs. Je nach Definition werden inhaltliche Schwerpunkte gesetzt und Beziehungen zu didaktischen Rahmenwerken hergestellt. Die vorliegende Arbeit stützt sich auf das in Europa verbreitete CanMEDS Rahmenwerk, das Kompetenzdomänen als sechs Nebenrollen mit Schnittmengen und eine zentralen Hauptrolle ausweist. Die Rollen „Kommunikator“, „Teammitglied“, „Manager“, „Gesundheitsanwalt“, „Gelehrter“ und „Professionelles Vorbild“ treffen wie die Fruchtblätter einer Lotosblume mittig zusammen und bilden die Rolle „Medizinischer Experte“.

Zur Spezifizierung des erforderlichen Wissens und der notwendigen Fähigkeiten hat die DGAAP ein mehrstufiges Delphi-Verfahren angeregt. Hierbei wurden Kinder- und Jugendärzte in und nach abgeschlossener Weiterbildung gebeten, sich mittels eines Online-Survey zu ca. 600 Items aus der beta Version des Logbuches des DAKJ und dem Swiss Catalogue for learning Objectives zu Themen der Weiterbildung zu äußern. Für die Gewichtung wird eine vierstufige Likert-Skala verwendet, wobei der Wert „1“ dem Merkmal „unwichtig“ und „4“ „sehr wichtig“ entspricht). Dabei werden die Teilnehmer aufgrund der unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkte in fünf Gruppen unterteilt und mit je eigenen Kollektoren zur Teilnahme eingeladen: Hochschullehrer, Chefärzte nicht-universitärer Kinderkliniken, Fachärzte Kinderheilkunde in der stationären bzw. ambulanten Versorgung und Ärztinnen in Weiterbildung. Nicht abschließend gewichtete Items werden extrahiert und erneut zur Abstimmung versendet. Die erfragten Kompetenzen gelten als Kerninhalte, wenn sie einen Mittelwert von 3,6 bis 4,0 erreichen. In der Zeit vom 30.9.13 bis zum 5.8.16 sind 889 Antworten eingegangen. Da es bisher keine etablierte Methode oder Vorschrift gibt, um einen Konsens unter Experten statistisch zu beweisen, wurden vielmehr über das Festlegen von möglichst strengen Grenzwerten Items mit höchster Zustimmung als Kerninhalte definiert. Alle Gruppen wurden gleich gewichtet, indem der einfache Mittelwert der jeweiligen Gruppe in den Gesamtmittelwert für das jeweilige Item einfluss. Als konsentiert gilt ein Item, wenn es einen Mittelwert in der Gesamtbewertung von 3,6 bis 4,0 erreicht. Die detaillierten Ergebnisse werden in einer eigenen Publikation veröffentlicht. Allgemein hat überrascht, dass die DGAAP-Übersetzung von CanMEDS ins Deutsche bereits im ersten Durchgang als konsensfähig qualifiziert wurde. Da sich auch der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin dieses Konzeptes be-

dient, ist die Verbindungstelle von Aus- und Weiterbildung gut gängig. APTs werden durch diese Domänen charakterisiert, die mit konkreten Lernziele aus der Delphi-Studie hinterlegt werden.

Eine weitere wichtige Quelle für die pädiatrischen APTs ist die DAKJ-Studie [5], die Aufschluss über die Frequenz und den Zeitbedarf von Vorstellungsanlässen in der pädiatrischen Grundversorgung gibt. Auf dieser Basis wurden Entscheidungen zur Granularität der APTs getroffen. Was besonders häufig vorgestellt wird, soll auch besonders routiniert versorgt werden.

## Qualitätssicherung

Wichtige Weiterbildungsinhalte müssen von Weiterbildungsverantwortlichen regelmäßig angesehen werden. Individuelle und wertschätzende Rückmeldung über beobachtete Tätigkeiten sind der stärkste bekannte Motor für professionelle Entwicklung. Deshalb ist die arbeitsbegleitende Beobachtungsprüfung ein zentrales Element kompetenzbasierter Weiterbildung. Ärztinnen in Weiterbildung versorgen echte Kinder und ihre Familien anlässlich echter Vorstellungen. Es wird nicht aus dem Ergebnis einer multiple choice Prüfung darauf extrapoliert, was für eine Art Ärztin jemand ist, geschweige dann, wie sie Patienten versorgt. Das Ergebnis guter Weiterbildung ist meisterliche Patientenversorgung. Also muss auch vom Ergebnis her geschaut werden. Dieses Schauen muss auf eine unbedingt wertschätzende Art und Weise geschehen, da die Beobachtungsprüfung Modellcharakter für Arzt-Patient-Beziehungen hat. Ohne spezifisches Wissen und Fertigkeiten wird die Patientenversorgung nicht gelingen. Aber bei der Beobachtungsprüfung geht es um mehr, um Gedanken und Einstellungen, Gefühle und emotionale Impulse zu Tage zu fördern, damit sich Ärztinnen in Weiterbildung in größtmöglichem Vertrauen in ihre Fähigkeiten, deren Grenzen und geeignete Hilfen entwickeln. Dazu werden die Subkompetenzen im Vordergrund auf einer visuellen Analogskala erfasst und im Rückmeldegespräch mit der ÄiW reflektiert. Die Anvertrauensentscheidung auf einer spezifischen Leistungsniveaustufe ist dabei immer eine Gestalt, die nur unvollständig aus der Summe der Beobachtungen getroffen werden kann. Deswegen wird es auf absehbare Zeit nötig sein, dass Beobachter und Beobachtete miteinander darüber sprechen, gemeinsam entscheiden und Erfahrungen mit anderen austauschen, um sie zu kalibrieren. Deshalb hat der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands seine Landesverbände aufgerufen, Verantwortliche für die Weiterbildung in der Grundversorgung zu benennen. Diese Verantwortlichen halten regelmäßig Werkstätten ab, um anhand von Videoaufzeichnungen der APTs und der Rückmeldegespräche diese Anvertrauensentscheidungen zunehmend sicherer treffen zu können und andere dabei zu begleiten.

## Ergebnisse

Um diese Entwicklung zu fördern, legt die DGAAP das kompetenzbasierte Praxiscurriculum, die „Kernkompetenzen“ vor. Neben der Behandlung abwendbar schlimmer Verläufe stehen Prävention und longitudinale Versorgung chronisch kranker Kinder im Mittelpunkt des APT-Curriculums der DGAAP.

Basierend auf den Vorarbeiten wurden 12 anvertraubare professionelle Tätigkeiten identifiziert, mit Lernzielen hinterlegt und Prüfungsformate dazu erarbeitet. Den Grundsätzen der kompetenzbasierten Bildung entsprechend verschiebt sich der Fokus von norm- zu standardbasierter Bildung und die fixe Zeit zu flexiblen Perioden bis zur Prüfung. Nicht, wer 60 Monate an einer Weiterbildungsinstitution verbracht hat, sondern wer die wesentlichen Tätigkeiten des Fachgebiets meisterlich beherrscht, ist ein Pädiater (siehe Tabelle 1).

Jede APT beginnt mit einer Beschreibung (siehe Abbildung 1), in der auch die katalogisierten Subkompetenzen im Vordergrund aufgeführt werden. Eine Matrix stellt sicher, dass alle Subkompetenzen im Curriculum berücksichtigt worden sind und zeigt die Häufigkeiten der einzelnen Subkompetenzen auf.

Zu jeder APT existiert ein Lernzielkatalog auf der Basis des Delphi-Verfahrens zur Findung von Kerninhalten der Weiterbildung zum Facharzt für Pädiatrie (Dissertation Becker, H; in Veröffentlichung). Dieser Katalog dient ÄiW und Weiterbildungern vornehmlich zur Vorbereitung der Beobachtungsprüfung. Perspektivisch sollen die Kataloge in elektronischer Form mit den Logbüchern der (Muster-)Weiterbildungsordnung verbunden werden, um Fortschritte in Echtzeit zu dokumentieren (siehe Abbildung 2).

### Umsetzung des Weiterbildungsprogramms in die Praxis

Ärzte müssen sich weiterbilden, um ärztliche Tätigkeiten meisterlich ausführen zu können. Konsentiertere Kerninhalte sind unerlässlich, um reale pädiatrische Tätigkeiten zu identifizieren und Art und Umfang festzulegen. Spezifische Leistungsniveaustufen ermöglichen es, Reifegrade zu definieren, z.B. den Facharztstandard.

Wichtige Gesichtspunkte praktischer Umsetzung kompetenzbasierter Weiterbildung lauten:

- Kompetenzbasierte Weiterbildung wird kriterienbezogen evaluiert. Dies geschieht täglich bei der Arbeit in der Praxis, beschrieben als APT. Auf der Grundlage der hinterlegten Lernzielkataloge sollen die jeweiligen Lernziele bearbeitet und erreicht und Beobachtungsprüfungen vorbereitet werden.
- Wichtig ist die wertschätzende, zu persönlichem Wachstum anregende Rückmeldung, die das dominierende Instrument kompetenzbasierter Weiterbildung darstellt. Der Beobachtende – in der Regel der zur Weiterbildung befugte Pädiater – ist dabei mehr Partner als Vorgesetzter, die Beziehung ist non-hierarchisch, Lernende und Lehrende tragen gemeinsam

die Verantwortung für die Weiterbildung. Gemeinsam werden Lernbegegnungen bewertet.

### Wie kann das im Betrieb einer normalen Kinder- und Jugendarztpraxis umgesetzt werden?

Verschiedene Formen der Lernbegegnung werden über die Zeit der Weiterbildung je nach Kenntnissen und Fortgang des Weiterbildungsstandes unterschiedlich häufig eingesetzt. In den verschiedenen Phasen, die je nach Vorerfahrungen der Ärztin in Weiterbildung (ÄiW) zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchlaufen werden, können Tätigkeiten beobachtet werden. In allen Abschnitten geht es um eine gemeinsame Einschätzung von weiterbildungsbefugtem Pädiater und ÄiW: Welche Tätigkeitsfelder können von der ÄiW dem Pädiater vorgestellt und demonstriert, welche Tätigkeiten werden von der ÄiW zunächst unter Supervision und im weiteren Verlauf selbstständig und mit der Möglichkeit der Rücksprache durchgeführt, wann wird eine Tätigkeit in eigener Verantwortung der ÄiW anvertraut.

#### 1. Vorbereitungsphase

ÄiW und Pädiater lernen sich kennen. Die APTs werden besprochen, und die Lernzielkataloge von ÄiW und Pädiater genutzt, um sich über den Stand der Weiterbildung zu Beginn der Tätigkeit in der ambulanten Pädiatrie klar zu werden: Was wurde bereits selbstständig durchgeführt, was gesehen, gehört, gelernt, was sind unbekannte Tätigkeiten. Bei der Durchsicht der APTs und der Lernziele können sich ÄiW und Pädiater vor Beginn und zu Anfang der Tätigkeit in der Praxis einen Überblick verschaffen über bereits vorhandenen Kompetenzen und Erfahrungen aus der Sicht der ÄiW und über Inhalte der Weiterbildung in der allgemeinen ambulanten Pädiatrie. Gemeinsam kann der Verlauf der Weiterbildung geplant und strukturiert werden. In den Gesprächen im Vorfeld und während der Einarbeitungsphase bekommen ÄiW und Pädiater einen Eindruck voneinander. Schon jetzt zeigt sich, welche Tätigkeiten die ÄiW bereits zuvor selbstständig durchgeführt hat und sich eine eigenverantwortliche Tätigkeit zutraut und in welchen Bereichen eine umfassendere Anleitung erforderlich ist.

#### 2. Eingangsphase

Diese Phase ist geprägt vom Übergang der Hospitation in die selbstständige Tätigkeit der ÄiW. Jetzt können einzelne anzuvertrauende professionelle Tätigkeiten von der ÄiW zunächst in Gegenwart des weiterbildenden Pädiaters, später selbstständig mit der Möglichkeit der Nachfrage und Mitbeurteilung durch den Weiterbilder durchgeführt werden. Die Lernzielkataloge dienen der Berücksichtigung wichtiger Aspekte einer umschriebenen Tätigkeit.

**Tabelle 1: Übersicht der Anvertraubaren Professionellen Tätigkeiten der DGAAP**

<b>a) Vorstellung eines zuvor gesunden Kindes mit einem häufigen akuten Symptom:</b> Husten, Fieber, Schmerzen von Hals, Ohren, Bauch und Bewegungsapparat, Hautveränderungen, Augenbeschwerden oder Problemen der Genitalregion
<b>b) Vorstellung eines Kindes mit einer komplexen akuten Erkrankung:</b> Atemwege, anhaltendes Fieber oder Fieber ohne Fokus, apparent life-threatening event (ALTE), Krampfanfall, Synkope, Herzrhythmusstörungen, Herz-Kreislaufsystem, gastroenterologische Erkrankung und/oder Gedeihstörung, Haut und/oder Schleimhaut, Allergien, Unverträglichkeiten, geschlechtsspezifische Probleme a) Mädchen, b) Jungen, Stütz- und Bewegungssystem u/o Systemerkrankungen, rezidivierende Kopfschmerzen, Niere und/oder ableitende Harnwege, Ödeme, Immunologie, infektanfälliges Kind, Wachstum, Schilddrüsen- und Zuckerstoffwechsel
<b>c) Kontinuierliche Versorgung eines Kindes mit einer chronischen Erkrankung:</b> Bereiche Pneumologie und/oder Allergologie, Hämatologie und –Onkologie, Neuropädiatrie, Kardiologie, Gastroenterologie, Dermatologie, Rheumatologie, sogenannte seltene Erkrankungen, Nephrologie, Endokrinologie und –Diabetologie
<b>d) Lotse u/o Verbindungsstelle zu anderen medizinischen Fächern:</b> Operative und konservative Fächer
<b>e) Prävention:</b> Impfungen und Vorsorgen U2-3, U4-6, U7-9, U10-11, J1-2
<b>f) Erkennen und Betreuen von Kindern mit auffälligem Verhalten und/oder auffälliger Entwicklung:</b> Komplex körperlich und/oder geistig beeinträchtigte Kinder, frühkindliche Regulationsstörungen, Kinder mit Ausscheidungsstörungen, umschriebene Entwicklungsstörungen, Essstörungen und/oder Adipositas, mit psychosomatischen und/oder psychiatrischen Störungen, mit Störungen der Aufmerksamkeit und/oder Impulsivität und mit genetischen Erkrankungen / Embryo- oder Fetopathien / angeborenen Stoffwechselerkrankungen
<b>g) Kinder als Opfer von Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder Vernachlässigung:</b> Misshandlung, sexueller Kindesmissbrauch, Vernachlässigung
<b>h) Sozialraumvernetzung:</b> Kooperation mit Fachkräften aus dem Bildungs- und Jugendhilfebereich
<b>i) Jugendliche versorgen</b>
<b>j) Notfallversorgung von Kindern</b>
<b>k) Kinder mit Verletzungen, Verbrennungen oder Ingestionen versorgen</b>
<b>l) Qualitäts-, Fehler- und Praxismanagement, Patientensicherheit</b>

**Teil 2.1 Anvertraubare Professionelle Tätigkeit Nummer 1**

**Erstmalige Vorstellung eines zuvor gesunden Kindes wegen eines häufigen akuten Symptoms.**

**Erklärung**

Die hier beschriebenen Handlungen müssen alle meisterlich ausführen, die eigenverantwortlich eine Akutsprechstunde in der pädiatrischen Grundversorgung abhalten. Deshalb bietet sich diese APT auch besonders zum Einstieg in die ambulante Weiterbildung an. Einige Subkompetenzen wird schon der Novize auf einem mehr oder weniger fortgeschrittenen Niveau beherrschen. Hier sollen Mentoren, die zur Weiterbildung Ermächtigten und die Weiterzubildenden zügig durch gegenseitige Beobachtung und Rückmeldung die Ausgangssituation festhalten.

In den dann folgenden Monaten sollen gezielt die Subkompetenzen ausgebaut, beobachtet und gefördert werden, wo zur vollständigen Zertifizierung dieser APT beim individuellen Lernenden noch Verbesserungsbedarf besteht.

**Subkompetenzen im Vordergrund für die nachfolgende APT**

Erhebt eine relevante, auf den Vorstellungsanlass fokussierte und zeitlich effiziente Anamnese (me1)

Führt eine vollständige, körperliche, entwicklungsadäquate Untersuchung durch unter besonderer Beachtung fokaler Symptome (HNO-, Rachen-, Lunge, Harnwege) (me1)

Stellt eine auf den erhobenen Befunden basierende Diagnose (me3)

Stellt einen Behandlungsplan auf (z.B. für Kinder mit Luftwegsinfekt, akuter Otitis media, Pharyngitis, Harnwegsinfekt oder Fieber) (me4)

Gestaltet eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung (com2)

Geht verantwortlich mit der Ressourcenallokation um (ma4)

Nutzt Zeitmanagement (ma8)

**Abbildung 1: Beschreibung der APT No. 1**

In den folgenden Tagen kann die ÄiW den Pädiater bei der Arbeit in der Praxis durch die selbständige Tätigkeit bei Kindern mit dem beschriebenen Vorstellungsanlass

entlasten und gleichzeitig durch das Hinzuziehen des Pädiaters bei Unsicherheiten weitere Lernziele erarbeiten und vertieft. Durch regelmäßiges Erweitern der Tätigkeits-



	un- sicher	meist sicher	sicher
<b>Krankheitsbezogenes Wissen</b>			
Benennt häufige Vorstellungsanlässe der Akutpädiatrie, die damit korrespondierenden Krankheitsbilder, deren Diagnostik, Differentialdiagnostik, leitliniengerechte Therapie, Heimversorgung und Prävention			
Benennt Kriterien zur Beurteilung des Allgemeinzustandes			
Erläutert Kriterien zur Wiedervorstellung			
Erläutert „abwartendes Offenlassen“			
Berücksichtigt relevante Leitlinien			
<b>Klinisch-praktische Fertigkeiten</b>			
Beschreibt den Allgemeinzustand eines konkreten Patienten			
Beschreibt den erhobenen Befund differenziert und dokumentiert prompt und leserlich			
Versorgt Kinder, die subspezialistische und/oder stationäre Versorgung benötigen			
Diagnostiziert Kinder, die subspezialistische und/oder stationäre Versorgung benötigen			
Organisiert präventive, therapeutische und rehabilitative Interventionen effektiv und zur rechten Zeit			
<b>Diagnostische Verfahren</b>			
Ordnet Vorstellungsanlässe Erkrankungen/Störungen/Auffälligkeiten/Besorgtheit zu, beschreibt Unsicherheit und/oder Mehrdeutigkeit			
Indiziert und begründet erforderliche weiterführende Diagnostik			
Erkennt Situationen in der Patientenversorgung, in der Entscheidungen über die Verteilung von Ressourcen getroffen werden müssen, und beteiligt sich an der Entscheidungsfindung			
Nutzt die Informationstechnologie (IT) zur Beschaffung und Transferierung von Informationen sowie zur Dokumentation von Behandlungsprozessen			
Entwickelt Strategien zur Prioritätensetzung und effektiver Zeiteinteilung			
<b>Therapeutische Verfahren</b>			
Wendet Infektionsschutzgesetz an			
Kennt die Möglichkeiten des jeweiligen Gesundheitssystems			
Erläutert die eigenen Aufgaben, Verantwortungsbereiche und Grenzen im interprofessionellen Team in typischen Arbeitssituationen und analysiert eigenes Handeln im Gesamtprozess kritisch			
Kennt, implementiert, prüft Managementplan für konkreten Vorstellungsanlass			
Beschreibt mögliche Rollenkonflikte (z.B. optimale häusliche Pflege des kranken Kindes versus Bedürfnis des Kindes, Gemeinschaftseinrichtungen zu besuchen und Berufstätigkeit der Eltern)			
Die Lernziele sollen für folgende Themen überprüft und dokumentiert werden siehe Lernziele 1.1 bis 1.9			

Abbildung 2: Lernzielkatalog Bereich APT 1.0. „Erstvorstellung eines zuvor gesunden Kindes“

felder wird die selbstständige Arbeit der ÄiW kontinuierlich umfangreicher. Die APT 1 – die Akutsprechstunde – bietet sich für diese Phase an. Zu Beginn bedeutet das für den Pädiater einen zeitlichen Aufwand, der aber schnell durch eine zeitliche Entlastung bei selbstständiger Arbeit der ÄiW bei der vom Arbeitsaufkommen in der Praxis umfangreichen Akutsprechstunde wieder ausgeglichen wird.

### 3. Konsolidierungsphase

Schrittweise können weitere Tätigkeitsfelder nach dem gleichen Prinzip in die Weiterbildung aufgenommen werden. Verschiedene Formen der Lernbegegnung werden dazu genutzt: Direkte Beobachtung durch Anwesenheit des weiterbildenden Pädiaters bei einem konkreten Vorstellungsanlass oder dessen Hinzuziehen bei speziellen Fragestellungen, bei schwierigen Situationen oder Unsicherheiten bei der Einschätzung während einer Vorstellung durch die ÄiW, kurze Gespräche zwischen zwei Patientenkontakten, Nachbesprechungen oder ausgesuchte Fallbesprechungen zu abgesprochenen Zeiten, Erörterung seltener Krankheitsbilder oder spezieller medizinischer Fragestellungen anhand von Fallvorstellung eigener Patienten. Die Beobachtung und Rückmeldung bestimmter Tätigkeiten kann durch den weiterbildenden Pädiater

selbst durchgeführt oder an geschultes Personal der Praxis delegiert werden. Ein Gesamtbild des Weiterbildungsfortschritts wird durch die Vielzahl verschiedener Lernbegegnungen möglich. Ziel soll es in dieser Phase sein, Lernziele umfassend zu bearbeiten.

### 4. Phase des Anvertrauens

Sind die Lernziele einer APT erreicht und kann nach gemeinsamer Einschätzung eine Tätigkeit durch die ÄiW selbstständig durchgeführt werden, kann im Rahmen einer erfolgreichen Beobachtungsprüfung das Privileg unabhängiger Praxis erteilt werden. Der Schwerpunkt der Beobachtung liegt auf den in der Einführung zu jeder APT beschriebenen Kernkompetenzen. Dafür sollen 10 Minuten Beobachtungsdauer und eine entsprechende Zeit für Nachbesprechung und Rückmeldung eingeplant werden. Sind Beobachtungsprüfungen für alle APTs erfolgreich absolviert, ist die Weiterbildung insofern abgeschlossen, als dass die ÄiW das Privileg unabhängiger Praxis erreicht, also die „Zulassung“ – im Sinne eines Führerscheins – für die selbstständige Tätigkeit in der ambulanten Pädiatrie erlangt hat.



Auch in Zukunft wird sie, wie der weiterbildende Pädiater auch, daran weiterarbeiten, diese Tätigkeiten zu vervollkommen und meisterlich auszuführen.

## Diskussion

Die Einführung der kompetenzbasierten Weiterbildung in der allgemeinen ambulanten Pädiatrie hat begeisterte und zurückhaltende Reaktionen ausgelöst. Befürworter sehen die Renaissance von Vertrauen im Netz von ÄiW, Weiterbildern, Kindern und Familien und der Gesellschaft. Kritiker sehen erhebliche Mehrarbeit, Bürokratie und Abwanderung begehrter ÄiW vom Krankenhaus in die Grundversorgung. Letztlich wird nur eine valuierende wissenschaftliche Begleitung zeigen können, wie *PaedCompenda* in der Praxis genutzt wird und was es bewirkt. Dazu ist es notwendig, daß medizindidaktische Expertise von Anfang an eingebunden wird. Dabei sollen einerseits Aneignung von und Eignerschaft am Instrument (hier: *PaedCompenda*) durch Beteiligung an der Instrumentenentwicklung, andererseits Förderung eines kollegialen Austauschs über die konkrete praktische Arbeit über Sichtbarmachen der Heterogenität der Arbeitsweisen gefördert werden. Vermieden werden sollte der Eindruck, daß die didaktischen Konzepte bereits fertig und einsatzbereit sind, quasi von der Ausbildung 1:1 in die Weiterbildung übertragen werden können. Denn was Pädiater als Fachärzte für Prävention und Fürsprecher für Kinder und ihre Familien besonders interessiert: Welchen Effekt wird die Änderung der Weiterbildungspraxis auf das Weiterbildungsergebnis, vulgo die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen haben?

## Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

## Literatur

1. Fehr F, Gempp W, Gitmans U, Jäger-Roman E. Fit für die Praxis? *Kinder Jugendarzt*. 2014;45(5):254-255. Zugänglich unter/available from: [http://www.kinder-undjugendarzt.de/download/45.\(63.\)Jahrgang2014/kja05\\_2014.pdf](http://www.kinder-undjugendarzt.de/download/45.(63.)Jahrgang2014/kja05_2014.pdf)

2. Van den Berg N, Beyer A, Stentzel U, Hoffmann W. Versorgungsepidemiologische Analyse der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland. Greifswald: Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health; 2016.
3. Berberat PO, Harendza S, Kadmon M. *Entrustable Professional Activities – Visualization of Competencies in Postgraduate Training*. Position Paper of the Committee on Postgraduate Medical Training of the German Society for Medical Education (GMA). *GMS Z Med Ausbild*. 2013;30(4):Doc47. DOI: 10.3205/zma000890
4. Tranøy KE. Pragmatik der Forschung. In: Böhler D, Nordenstam T, Skirbekk G (Hrsg). *Die pragmatische Wende. Sprachspielpragmatik oder Transzendentalpragmatik?* Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1986. S.36-54.
5. Fegeler U, Jäger-Roman E, Martin R, Nentwich HJ. Ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung. Versorgungsstudie der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin. *Monatsschr Kinderheilkunde*. 2014;162(12):1117-1130. DOI: 10.1007/s00112-014-3258-7

### Korrespondenzadresse:

Folkert Fehr  
Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin,  
Karlsplatz 5. 74889 Sinsheim an der Elsenz, Deutschland  
[folkert.fehr@t-online.de](mailto:folkert.fehr@t-online.de)

### Bitte zitieren als

Fehr F, Weiß-Becker C, Becker H, Opladen T. *Entrustable professional activities in post-licensure training in primary care pediatrics: Necessity, development and implementation of a competency-based post-graduate curriculum*. *GMS J Med Educ*. 2017;34(5):Doc67.  
DOI: 10.3205/zma001144, URN: urn:nbn:de:0183-zma0011443

### Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2017-34/zma001144.shtml>

**Eingereicht:** 23.10.2016

**Überarbeitet:** 17.04.2017

**Angenommen:** 07.08.2017

**Veröffentlicht:** 15.11.2017

### Copyright

©2017 Fehr et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.