Monatsschr Kinderheilkd 2015 · 163:455–462
DOI 10.1007/s00112-015-3324-9
Online publiziert: 7. Mai 2015
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

H.-J. Christen[1] · O. Kordonouri[1] · K. Lange[2] · C. Berendonk[3]
[1] Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT, Hannover
[2] Forschungs- und Lehreinheit Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule Hannover
[3] Institut für Medizinische Lehre, Universität Bern

Redaktion
B. Koletzko, München
T. Lücke, Bochum
E. Mayatepek, Düsseldorf
N. Wagner, Aachen
S. Wirth, Wuppertal
F. Zepp, Mainz

Pilotstudie zum interprofessionellen Feedback in der pädiatrischen Weiterbildung

Ärztliche Kernkompetenzen sind multidimensional. Dies ist bedeutsam für Inhalte und Methoden der ärztlichen Weiterbildung, die entsprechend multidimensional konzipiert sein muss, um den Erwerb dieser vielfältigen Kompetenzen zu garantieren. Hier erlangt das interprofessionelle Feedback einen hohen Stellenwert.

Hintergrund

Ärztliche Weiterbildung geht weit über die Vermittlung von medizinischen Kenntnissen und manuell-technischen Fertigkeiten hinaus und zielt auf den Erwerb von vielfältigen, nicht nur fachlich-medizinischen Kompetenzen. Das CanMEDS-Rahmenwerk der Royal Society of Physicians and Surgeons of Canada („Better standards. Better physicians. Better care“) fordert für den optimal qualifizierten Arzt folgende 7 Kernkompetenzen: medizinischer Experte, Kommunikator, interprofessioneller Partner, Verantwortungsträger und Manager, Gesundheitsberater und -fürsprecher, Wissenschaftler und Lehrer sowie professionelles Vorbild [4]. In gleicher Weise betont der aktuelle nationale kompetenzbasierte Lernzielkatalog diese Kompetenzen [7, 9].

Es entspricht der allgemeinen Erfahrung, dass insbesondere zu Beginn der ärztlichen Weiterbildung neben Fachärzten (FÄ) auch Pflegefachpersonen (PFP) aktiv beteiligt sind. Zusätzlich zum formalen Curriculum der ärztlichen Weiterbildungsordnung [1] existiert also ein berufsgruppenübergreifendes informelles Curriculum, in dem sich Weiterbildungsassistenten (WBA) auch an PFP orientieren und von deren Berufserfahrung profitieren. Dies gilt für verschiedene Kompetenzen wie Arbeitsorganisation, Teamarbeit oder Kommunikation. So wäre es konsequent, PFP in ein strukturiertes arbeitsplatzbasiertes Feedback an WBA aktiv einzubeziehen.

Als Methode des arbeitsplatzbasierten Assessment hat sich die Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) bewährt, die 1995 eingeführt wurde [10, 15] und in einigen Ländern bereits obligater Bestandteil ärztlicher Weiterbildung ist (Großbritannien, Niederlande, Schweiz; [3, 13, 11]). Die Mini-CEX ist eine in die klinische Routine integrierte Momentaufnahme einer Arzt-Patient-Interaktion mit direkter Beobachtung des WBA durch einen anwesenden FA. Unmittelbar anschließend erfolgen eine Einschätzung dieser ärztlichen Tätigkeit unter Verwendung eines standardisierten Formulars mit Bewertungsskala und Freitextkommentaren sowie ein interaktives Feedback durch den FA. Aus dieser Prozedur über insgesamt 20–25 min resultiert der gemeinsame Entwurf eines Maßnahmenplans, um Stärken zu fördern und Schwächen zu beheben.

Kernstück der Mini-CEX ist das zeitnahe interaktive Feedback, das strukturiert bestimmten Kompetenzen des WBA gilt. Dies geht weit über medizinische Kenntnisse hinaus und umfasst auch Organisation, Professionalität und Kommunikation. So erfüllt das multidimensionale Konzept der Mini-CEX die Anforderungen an ein valides Assessment in der kompetenzbasierten ärztlichen Weiterbildung.

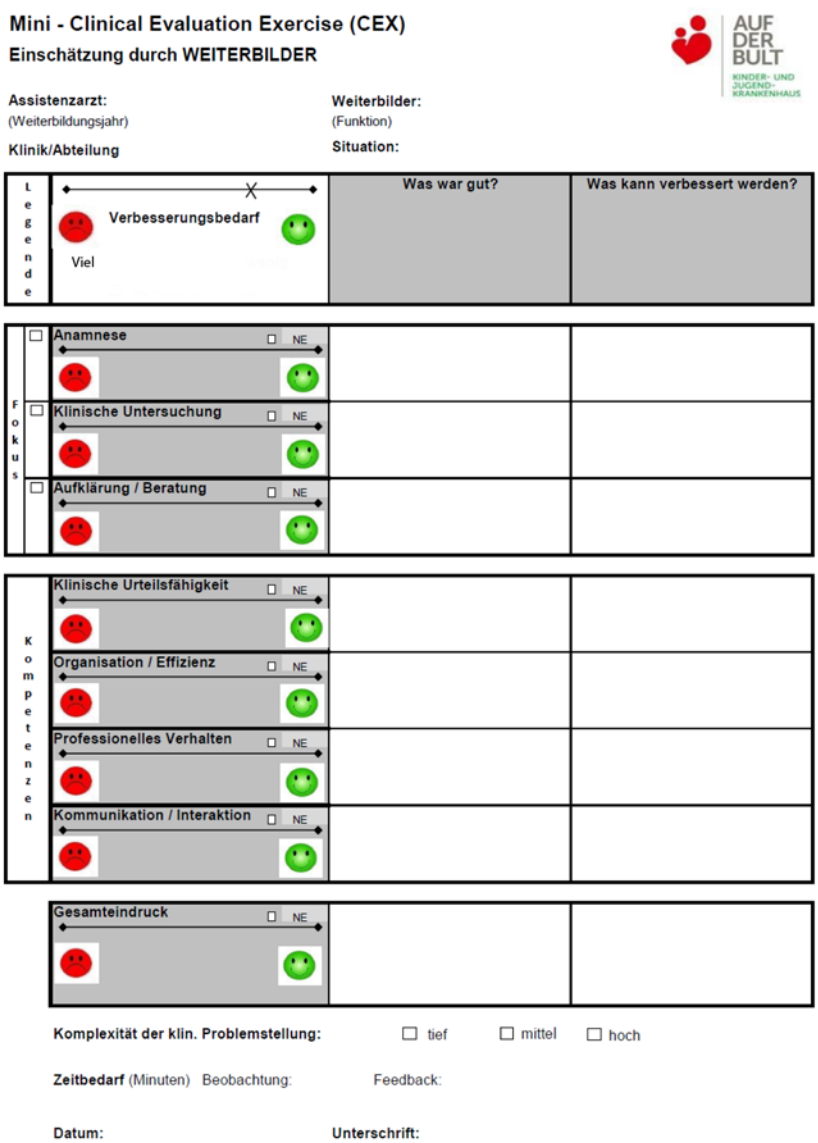
In der klassischen Form der Mini-CEX erfolgt das Feedback auf rein ärztlicher Ebene, bezieht also andere Berufsgruppen wie das Pflegepersonal nicht ein. Dies wäre jedoch eine zeitgemäße Weiterentwicklung der Methode, um aktuellen Forderungen der Interprofessionalität medizinischer Versorgungsprozesse zu entsprechen [2]. So wäre zu erwarten, dass unterschiedliche Berufsgruppen spezifische Perspektiven in ein interprofessionelles Feedback einbringen. Dementsprechend könnten sich die Einschätzungen der Kompetenzen des WBA vorteilhaft ergänzen. Somit würde ein interprofessionelles Feedback eine inhaltliche Erweiterung des arbeitsplatzbasierten Assessment ermöglichen.

Studie

Ziel

Die bewährte Methode der Mini-CEX wurde in interprofessioneller Konstellation – Einbeziehung der PFP neben fachärztlichem Feedback („Mini-CEX *plus*“) – bislang noch nicht praktiziert. Als Pilotprojekt gilt die vorliegende Studie der Frage nach der Praktikabilität und Akzeptanz der Mini-CEX in modifiziertem in-

source: https://doi.org/10.7892/boris.68960 | downloaded: 12.10.2024



Mini - Clinical Evaluation Exercise (CEX)
Einschätzung durch WEITERBILDER

AUF DER BULT KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

Assistenzarzt: (Weiterbildungsjahr) | Weiterbilder: (Funktion)
Klinik/Abteilung | Situation:

Legende	Was war gut?	Was kann verbessert werden?
Verbesserungsbedarf – Viel		
Fokus: Anamnese (NE)		
Fokus: Klinische Untersuchung (NE)		
Fokus: Aufklärung / Beratung (NE)		
Kompetenzen: Klinische Urteilsfähigkeit (NE)		
Kompetenzen: Organisation / Effizienz (NE)		
Kompetenzen: Professionelles Verhalten (NE)		
Kompetenzen: Kommunikation / Interaktion (NE)		
Gesamteindruck (NE)		

Komplexität der klin. Problemstellung: ☐ tief ☐ mittel ☐ hoch

Zeitbedarf (Minuten) Beobachtung: Feedback:

Datum: Unterschrift:

Abb. 1 ▲ Erhebungsformular für Einschätzung und Beschreibung der Kompetenzen der Weiterbildungsassistenten. *NE* nichteinschätzbar

terprofessionellem Format. Zudem wurde untersucht, welche Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen FÄ und PFP in der Einschätzung ärztlicher Kompetenzen pädiatrischer WBA bestehen.

Material und Methode

Studiendesign

Die Studie wurde am Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT (Hannover) durchgeführt – ein Krankenhaus der Maximalversorgung und akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover.

Die Mini-CEX als Assessment im Rahmen der pädiatrischen Weiterbildung wurde 6 Monate vor Beginn der Studie in klassischer Form am Kinderkrankenhaus eingeführt. Es war allen ärztlichen Studienteilnehmern theoretisch und praktisch vertraut, nachdem sie jeweils 3- bis 4-mal daran teilgenommen hatten.

Im Rahmen des Pilotprojekts erfolgten 20 Assessments durch die Mini-CEX in modifiziertem Format. Bei dieser „Mini-CEX *plus*" wurden neben WBA und FÄ auch PFP einbezogen. Studienteilnehmer waren pädiatrische WBA mit unterschiedlichem Weiterbildungsstand sowie Ober-, Chefärzte und PFP mit langjähriger Berufserfahrung. Bei der personellen Zuordnung der FÄ und PFP zu den einzelnen Mini-CEX-Terminen wurden Wiederholungen von Kombinationen vermieden. Die Zuordnung zu den WBA ergab sich aus den Dienstplänen.

Die FÄ und PFP wurden in einem gemeinsamen Workshop in der direkten Beobachtung und dem Feedback geschult. Unter Zusicherung umfassender Anonymität bei der Auswertung der Daten erteilten alle Studienteilnehmer ihre schriftliche Einwilligung zur freiwilligen Teilnahme an der Studie.

Die zu beobachtenden Tätigkeiten des WBA bestanden ausschließlich in Beratungsgesprächen mit den Eltern der Patienten, weil hier – neben den fachlich-medizinischen Kenntnissen – die Kompetenz der Kommunikation und der Interaktion von besonderer Bedeutung ist. Jede „Mini-CEX *plus*" umfasste die im Folgenden beschriebenen 3 Abschnitte.

Beobachtung. Das mit den Eltern der Patienten geführte Beratungsgespräch des WBA (in der Regel 10 min) wurde gleichzeitig von FA und PFP beobachtet.

Dokumentation. Die schriftliche Dokumentationen beider Beobachter (standardisiertes Erhebungsformular; ◘ **Abb. 1**) erfolgte unabhängig voneinander. Das Formular wurde im Wesentlichen von der Erstbeschreibung der Methode übernommen, jedoch in den folgenden 2 Aspekten modifiziert:

- Die ursprüngliche Likert-Skala wurde durch eine visuelle Analogskala ersetzt, um dem Missverständnis einer Benotung entgegenzuwirken.
- Es wurde bewusst viel Raum für Freitextkommentare vorgesehen, um möglichst konkret Stärken und Verbesserungsbedarf zu beschreiben.

Es galt, folgende Einzelkompetenzen des WBA einzuschätzen: Gesamteindruck, Kommunikation/Interaktion, professionelles Verhalten, Organisation/Effizienz und klinische Urteilsfähigkeit.

Feedback. Es wurden getrennte Feedback-Gespräche des WBA mit FA einerseits und PFP andererseits geführt. Anschließend dokumentierte der WBA mit-

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Zusammenfassung · Abstract

Monatsschr Kinderheilkd 2015 · 163:455–462 DOI 10.1007/s00112-015-3324-9
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

H.-J. Christen · O. Kordonouri · K. Lange · C. Berendonk

Pilotstudie zum interprofessionellen Feedback in der pädiatrischen Weiterbildung

Zusammenfassung

Hintergrund. Ärztliche Weiterbildung zielt neben der Vermittlung medizinischer Kenntnisse auf den Erwerb weiterer Kompetenzen wie Kommunikation, Arbeitsorganisation und Teamarbeit. Multidimensionale kompetenzbasierte Weiterbildung erfordert Interprofessionalität, insbesondere die Kooperation zwischen Ärzten und Pflegepersonal, das faktisch, aber nicht formal in die ärztliche Weiterbildung eingebunden ist.

Ziel der Arbeit. Die vorliegende Arbeit gilt der Frage, inwieweit ärztliche Weiterbildungsassistenten (WBA) die Einbeziehung von Pflegepersonal in ein arbeitsplatzbasiertes Feedback akzeptieren und als nützlich betrachten. Ferner werden Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Fachärzten (FÄ) und Pflegefachpersonen (PFP) in ihrer Einschätzung ärztlicher Kompetenzen der Weiterbildungsassistenten untersucht.

Material und Methode. Pädiatrische WBA wurden bei 20 Beratungsgesprächen mit Eltern ihrer Patienten gleichzeitig von FÄ und PFP beobachtet. Beide Berufsgruppen dokumentierten unabhängig voneinander ihre Beobachtungen mithilfe einer visuellen Analogskala nach definierten Kriterien sowie mit Freitextkommentaren und gaben – wiederum getrennt voneinander – den WBA ein strukturiertes mündliches Feedback. Im Anschluss bewerteten die WBA das Feedback-Gespräch der FÄ und PFP. Die metrischen Daten der visuellen Analogskala wurden mithilfe des T-Tests für gepaarte Stichproben analysiert, die Freitextkommentare inhaltlich kategorisiert und ihr Zusammenhang mit einzelnen Variablen mithilfe der loglinearen Analyse geprüft.

Ergebnisse. Die Kompetenzen der WBA wurden von beiden Berufsgruppen weitgehend identisch eingeschätzt. In ihren Freitextkommentaren notierten sowohl FÄ als auch PFP signifikant häufiger positive als kritische Bemerkungen ($p<0{,}001$); hierbei thematisierten PFP kommunikative Aspekte, hingegen FÄ medizinische Aspekte häufiger ($p=0{,}056$). Kritische Anmerkungen zu medizinischen Aspekten erfolgten signifikant häufiger von FÄ als von PFP ($p=0{,}012$). Die WBA bewerteten die Feedback-Gespräche mit den PFP signifikant „angenehmer" ($p=0{,}003$) und tendenziell „hilfreicher" ($p=0{,}08$) als jene mit den FÄ.

Schlussfolgerung. Das interprofessionelle arbeitsplatzbasierte Feedback fand unter den WBA eine hohe Akzeptanz. Die Methode erwies sich als praktikabel; mögliche Rollenkonflikte entstanden nicht. Das interprofessionelle Feedback erfolgt nicht gegensätzlich zwischen beiden Berufsgruppen, sondern ergänzend. So kann es der kompetenzbasierten ärztlichen Weiterbildung in der Pädiatrie förderlich sein.

Schlüsselwörter

Professionelle Kompetenz · Arbeitsplatz · Kompetenzbasierte Weiterbildung · Pflegefachpersonen · Assessment

Pilot study on interprofessional feedback in postgraduate pediatric education

Abstract

Background. Postgraduate medical education focuses on medical knowledge as well as on other competencies, such as communication skills, work organization and teamwork. Multidimensional competency-based education requires interprofessionalism, namely the cooperation of physicians and nurses, which is practically but not formally included in the postgraduate medical education and assessment.

Aim. This study analyzed to what extent workplace-based feedback by registered nurses is accepted and valued by residents. Furthermore, the similarities and differences in the assessment of residents' competencies by attending physicians and registered nurses were analyzed.

Material and methods. Residents in pediatrics were observed simultaneously by attending physicians and registered nurses in 20 counseling encounters with parents. Both groups independently documented their observations according to defined criteria on a visual analogue scale (VAS) and with free text comments. The residents received an oral feedback by both physicians and nurses in separate sessions and rated the feedback using a VAS. The metric data of the VAS were analyzed by the t-test for paired samples. Free text comments were categorized according to their content and the relationship to the variables estimated by log-linear analysis.

Results. The residents' competencies were rated by both groups nearly identically. Both physicians and nurses made positive free text comments significantly more often than critical ones ($p<0.001$). Nurses commented more often on the residents' communication skills, whereas physicians did so on their clinical judgement ($p=0.056$). Critical remarks on the residents' clinical judgement were provided by the physicians significantly more often than by the nurses ($p=0.012$). The residents rated the feedback by the nurses as more pleasant ($p=0.003$) and also more useful ($p=0.08$) than that by the physicians.

Conclusion. The interprofessional workplace-based feedback was highly valued by the residents. The method proved to be feasible and possible role conflicts did not occur. The interprofessional feedback provided by physicians and nurses was not contrary between the two professional groups but complementary. Thus, it may be helpful for the competency-based postgraduate education in pediatrics.

Keywords

Professional competence · Workplace · Competency-based education · Registered nurses · Assessment

hilfe der visuellen Analogskala, wie „angenehm" bzw. „hilfreich" er das Feedback durch FA und PFP empfand, und kommentierte schriftlich mögliche Unterschiede.

Datenauswertung

Quantitative statistische Analyse der metrischen Daten der visuellen Analogskalen mithilfe deskriptiver und induktiver Statistik. Die statistische Analyse wurde mithilfe des Statistikprogramms SPSS Version 22 durchgeführt. Die Verteilung der Daten der Bewertungsparameter wurde mit dem Kolmogorow-Smirnow-Test geprüft. Eine Abweichung von der Normalverteilung konnte bei keinem

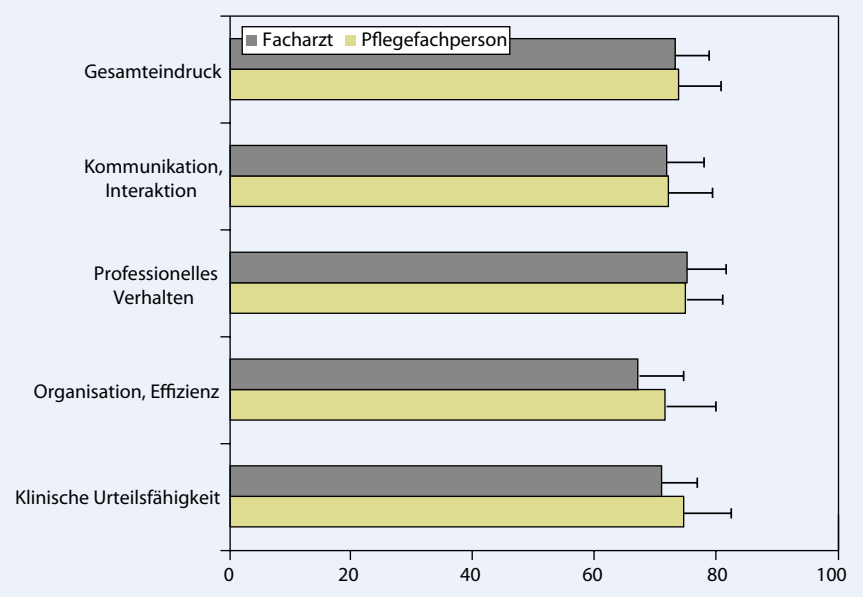


Abb. 2 ▲ Einschätzung der einzelnen Kompetenzen der Weiterbildungsassistenten durch Facharzt und Pflegefachperson anhand einer visuellen Analogskala (0: viel Verbesserungsbedarf, 100: wenig Verbesserungsbedarf). Darstellung als Mittelwert +2-facher Standardfehler; keine statistisch signifikanten Unterschiede

Parameter festgestellt werden. Sowohl die Unterschiede der Einschätzung der WBA durch PFP und FÄ als auch die Unterschiede der Bewertung der Feedback-Gespräche durch die WBA zwischen den beiden Berufsgruppen PFP und FÄ wurden mithilfe des T-Tests für gepaarte Stichproben untersucht. Einzelne WBA führten 2-mal eine Mini-CEX durch. Entsprechend sind die formalen Vorgaben für die Verwendung eines T-Tests nicht erfüllt. Da jedoch die Mini-CEX jeweils andere Themen und andere Zusammensetzungen von FÄ und PFP aufwiesen, wurde der Einsatz des T-Tests als vertretbar erachtet – zumal der T-Test relativ robust gegenüber der Verletzung der Unabhängigkeit der Daten ist.

Qualitative Analyse der Freitextkommentare mithilfe inhaltlicher Kategorisierung. Die Freitextkommentare zu den einzelnen Kompetenzen wurden elektronisch erfasst und zwecks Kategorisierung anonymisiert, sodass eine Zuordnung zu den Studienteilnehmern, den einzelnen Mini-CEX oder den Kompetenzen nicht mehr möglich war. Anschließend wurden die Freitextkommentare nach den Kategorien „medizinischer Inhalt", „Kommunikation" und „nichtzuordenbar" sortiert. Diese Zuordnung erfolgte getrennt und unabhängig voneinander durch 2 Autoren (H.-J.C. und C.B.). Bei initial unterschiedlicher Zuordnung wurden im Konsensverfahren alle Kommentare eindeutig einer Kategorie zugeordnet. Für die so kategorisierten Freitextkommentare wurde der Zusammenhang zwischen den Variablen „Beurteiler" (Arzt vs. Pflege), „Inhalt" (medizinisch-inhaltlich vs. Kommunikation) und „Valenz" (positiver vs. kritischer Kommentar) mithilfe einer loglinearen Analyse (erweiterter χ^2-Test für mehr als 2 Variablen) geprüft.

Ergebnisse

Die Studie mit 20 „Mini-CEX *plus*" fand im November und im Dezember 2013 statt. Die Probandengruppe umfasste folgende Personen: Insgesamt nahmen 13 pädiatrische WBA mit unterschiedlichem Weiterbildungsstatus teil [4 im 1. Weiterbildungsjahr (WBJ), 1 im 2. WBJ, 3 im 3. WBJ, einer im 4. WBJ, 4 im 5. WBJ]; es absolvierten 7 WBA 2 Mini-CEX und 6 WBA eine Mini-CEX. Fünf FÄ beteiligten sich an jeweils 4 Mini-CEX. Sieben PFP (2 mit Qualifikation „Praxisanleitung") führten zwischen einer und 4 Mini-CEX durch.

Die Mini-CEX fanden auf 5 pädiatrischen Stationen sowie im Ambulanz- und Aufnahmezentrum des Kinderkrankenhauses statt. Die Beratungsgespräche galten einem heterogenen Themenspektrum aus dem gesamten Bereich der Kinderheilkunde. Die WBA wählten dazu aktuelle Beratungsanlässe aus (z. B. Vorsorgeuntersuchung, Cannabisabusus und Maßnahmen bei Fieberkrampf).

Die Beratungsgespräche dauerten zwischen 5 und 20 min (Median 9 min), die Feedback-Gespräche zwischen 3 und 10 min. Die PFP führten in der Regel kürzere Feedback-Gespräche (Median 5 min vs. 8,5 min), allerdings ohne signifikanten Unterschied zu den FÄ (p=0,160).

Die Kompetenzen der WBA (Gesamteindruck, Kommunikation/Interaktion, professionelles Verhalten, Organisation/Effizienz und klinische Urteilsfähigkeit; ◘ **Abb. 2**) wurden auf der visuellen Analogskala durch die FÄ und PFP hoch und im Wesentlichen gleich eingeschätzt.

In gleicher Weise notierten FÄ ebenso wie PFP signifikant häufiger positive Freitextkommentare („Was war gut?") als kritische Freitextkommentare („Was kann verbessert werden?"; FA: 4,10±1,48 vs. 2,15±1,27 Kommentare; p<0,001; PFP: 4,70±0,80 vs. 1,90±1,45; p<0,001).

Insgesamt vermerkten in den 20 „Mini-CEX *plus*" FÄ und PFP 279 Freitextkommentare, von denen 269 den Kategorien „medizinischer Inhalt" bzw. „Kommunikation" zugeordnet werden konnten (◘ **Abb. 3**). Die Kommentare stammten in etwa zu gleichen Teilen von FÄ und PFP. Sie bezogen sich signifikant häufiger auf die Kommunikation als auf den medizinischen Inhalt (214 vs. 55; p<0,001). Dabei bestand ein Trend (p=0,056) darin, dass FÄ häufiger medizinische Aspekte und PFP häufiger kommunikative Aspekte ansprachen. Innerhalb der Kategorie „medizinischer Inhalt" notierten FÄ kritische Kommentare signifikant häufiger als PFP, die hier fast ausnahmslos positive Kommentare abgaben (p=0,012). Innerhalb der Kategorie „Kommunikation" war das Verhältnis von positiven zu kritischen Kommentaren in beiden Berufsgruppen gleich und betrug ungefähr 2:1. Beispielhaft charakterisieren die im Folgenden aufgeführten Zitate typische positive bzw. kritische Kommentare von FÄ und PFP.

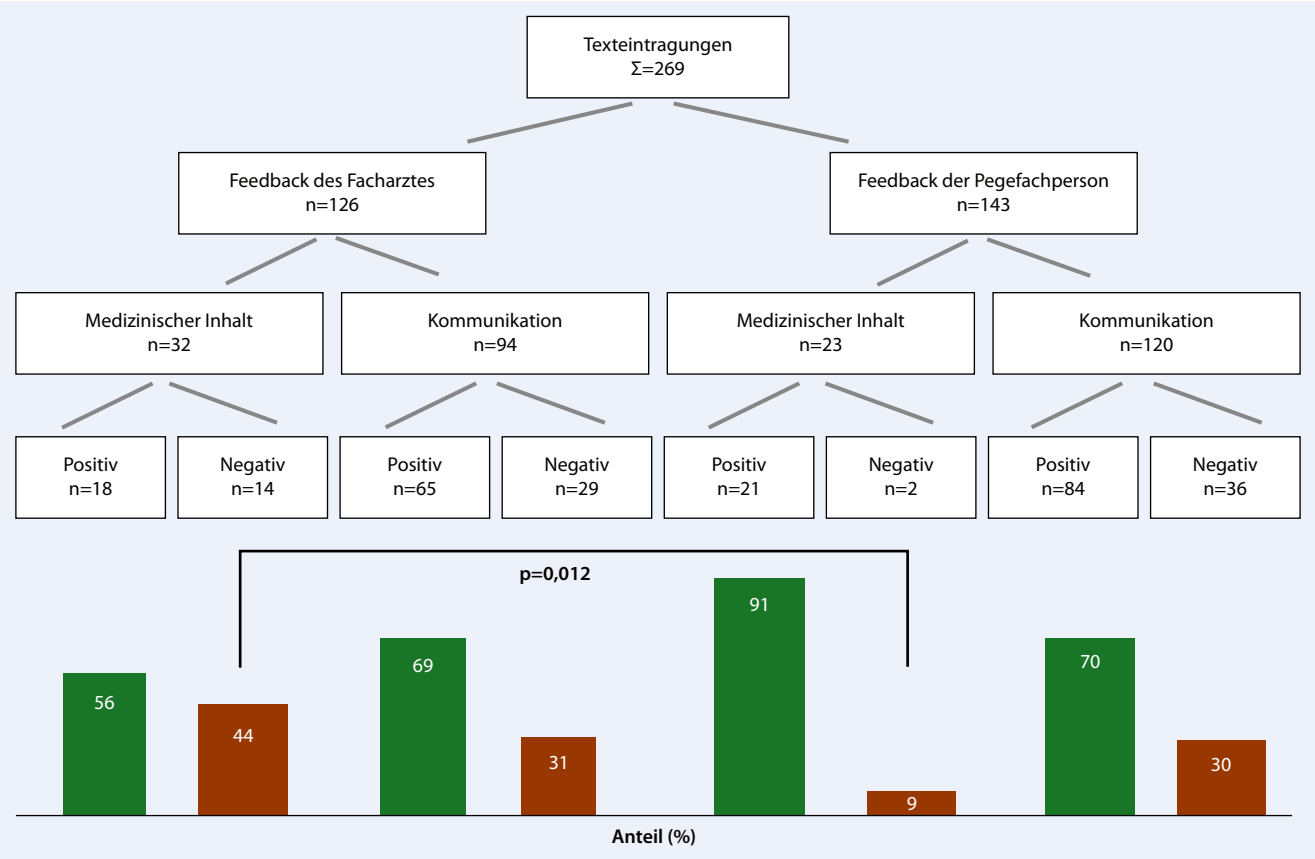


Abb. 3 ▲ Verteilung der Freitextkommentare zu den Kategorien „medizinischer Inhalt" bzw. „Kommunikation", differenziert nach positiven Kommentaren („positiv") und Verbesserungsvorschlägen („negativ"; n=20 „Mini-CEX *plus*")

Positive Kommentare:

- „… weiß, was für SIDS-Aufklärung wichtig ist; Vitamin-Prophylaxe auch" (FA).
- „… begibt sich auf Augenhöhe, gute entspannte Gesprächsführung, geht gut auf Fragen ein" (PFP).

Kritische Kommentare:

- „… Beratung zur Differenzierung Schüttelfrost (vs. Fieberkrampf) nicht genau genug" (FA).
- „… (zu wenig) Blickkontakt zum Patienten (17 Jahre)" (PFP).

Die WBA empfanden das Feedback durch die PFP signifikant „angenehmer" als jenes durch den FA (p=0,003), allerdings jeweils auf hohem Niveau. Ebenso empfanden sie das Feedback durch die PFP tendenziell „hilfreicher" als jenes durch den FA (p=0,08; ◘ **Abb. 4**).

Qualitative Unterschiede im Feedback zwischen FA und PFP wurden von den WBA bei 13 der 20 „Mini-CEX *plus*" konstatiert. Alle gaben an, dass die kommunikativen Aspekte stärker durch die PFP und die fachlich-medizinischen Aspekte stärker durch den FA thematisiert worden waren. Folgender Kommentar eines WBA illustriert diese Unterschiede:

Meines Erachtens konnte die Pflege die erschwerten Gesprächsbedingungen besser einschätzen, hatte mehr praktische Tipps, und vom Arzt gab es mehr fachliche Kritik und Hinweise, wie man etwas verkürzen und besser strukturieren könnte.

Diskussion

Interpretation der Ergebnisse

Das arbeitsplatzbasierte Assessment gilt heute als integraler Bestandteil medizinischer Weiterbildung und ist bereits in einigen Ländern verpflichtend etabliert [12]. Als Methode hierfür hat sich die Mini-CEX seit 20 Jahren mit hoher Validität bewährt [8, 13]. In seinem klassischen Format erfolgt die Mini-CEX auf rein ärztlicher Ebene, also monoprofessionell mit Beobachtung des WBA und anschließendem Feedback durch einen FA. Als Weiterentwicklung dieses Formats im Sinne einer „Mini-CEX *plus*" wurden in der vorliegenden Pilotstudie zusätzlich PFP einbezogen, um der zukunftweisenden Forderung nach Interprofessionalität in der ärztlichen Weiterbildung und Praxis zu entsprechen.

Das „Mini-CEX-*plus*"-Konzept fand unter den pädiatrischen WBA hohe Akzeptanz, indem sie das Feedback-Gespräch grundsätzlich als hochgradig „angenehm" empfanden – im Vergleich sogar als signifikant angenehmer mit den PFP als mit den FÄ. Ein ähnlicher Unterschied zeigte sich erstaunlicherweise auch bei der inhaltlichen Einschätzung des Feedbacks der PFP, das von den WBA tendenziell als „hilfreicher" als jenes seitens der FÄ bewertet wurde. So konnten deutlich gemacht werden, dass WBA konstruktive

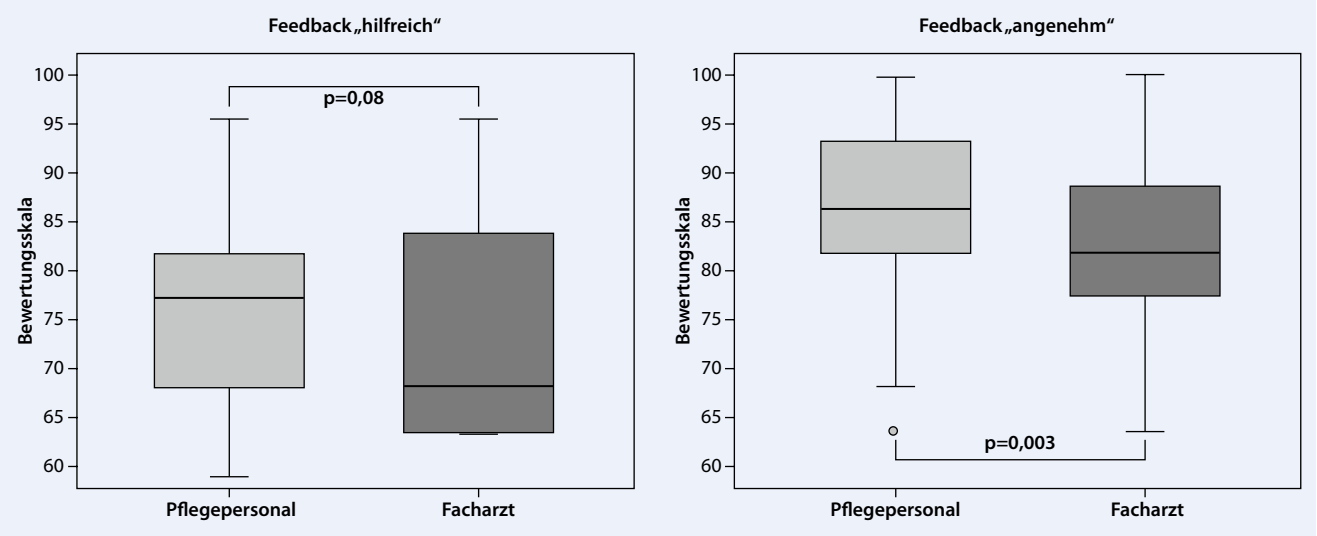


Abb. 4 ▲ Bewertung des Feedbacks der Pflegefachpersonen und der Fachärzte durch die Weiterbildungsassistenten als „angenehm“ bzw. „hilfreich“. Darstellung als Boxplot mit Median und Interquartilbereichen

Kritik auch von PFP wertschätzen. Diese besondere Wertschätzung verwundert nicht, da in der Ausbildung dieser Berufsgruppe die Feedback-Technik schon früh praktiziert wird. Die „Praxislanleitung“ als Methode des arbeitsplatzbasierten Feedbacks ist seit 2003 in der pflegerischen Ausbildung gesetzlich verankert [14].

Die weitgehende Übereinstimmung beider Berufsgruppen bei der Einschätzung der Kompetenzen der pädiatrischen WBA auf einer visuellen Analogskala ist ein wichtiges Indiz für die Praktikabilität der „Mini-CEX *plus*“. Starke Abweichungen bei den einzelnen Kompetenzen hätten hier zu Rollenkonflikten aufgrund von widersprüchlichen Botschaften für den WBA führen können. Gravierende Auswirkungen auf die Qualität der Teamarbeit wären dann zu befürchten.

Ohne Unterschied zwischen beiden Berufsgruppen wurden die WBA sehr positiv eingeschätzt und erhielten signifikant mehr positive als kritische Kommentare. Die überwiegend positive Einschätzung der Kompetenzen könnte eine Neigung beider Berufsgruppen zu einem „sozial verträglichen“ Feedback bedeuten. Dies ist beim arbeitsplatzbasierten Assessment ein bekanntes Phänomen, das sich aus der Interaktion der beteiligten Personen sowie dem sozialen Kontext ergibt und bei der Einschätzung berücksichtigt werden muss [5]. Freitextkommentare wurden gleichermaßen häufig von FÄ wie von PFP vermerkt. Dies bedeutet eine Aufwertung des Assessments, da Freitextkommentare einem differenzierten und inhaltlich begründeten Feedback förderlich sind [6].

Da in der Studie ein Beratungsgespräch mit der „Mini-CEX *plus*“ evaluiert wurde, bezogen sich die Kommentare beider Berufsgruppen erwartungsgemäß signifikant häufiger auf die Kommunikation als auf die fachlich-medizinische Kompetenz. Gleichwohl kommentierten FÄ tendenziell häufiger als PFP fachlich-medizinische Aspekte. Korrigierende kritische Kommentare zu fachlich-medizinischen Aspekten wurden fast ausschließlich von FÄ vermerkt. Demgegenüber enthielten sich PFP weitgehend kritischer Kommentare zu fachlich-medizinischen Kompetenzen. Es kann vermutet werden, dass damit der Eindruck einer Kompetenzüberschreitung vermieden werden sollte.

Dieser Unterschied in der inhaltlichen Ausrichtung wurde von allen WBA in ihrer Rückmeldung über die Feedback-Gespräche vermerkt. Hieraus ergibt sich eine mögliche Erklärung dafür, dass die WBA das Feedback durch PFP angenehmer und hilfreicher als jenes seitens der FÄ empfanden. Wenrich et al. [16] konnten zeigen, dass von Internisten den PFP eine höhere Kompetenz in der Einschätzung ihrer kommunikativen Fähigkeiten als in der Einschätzung ihrer allgemeinen klinischen Qualifikation zugeschrieben wird. Insbesondere in der Pädiatrie haben die PFP aufgrund der praktizierten Bezugspflege ein sehr enges Verhältnis zu den Patienten sowie ihren Eltern und somit ein klares Bild von deren Informationsbedürfnissen. Dies erhöht die Wertigkeit ihres Feedbacks an den WBA über dessen kommunikative Kompetenzen speziell in der Pädiatrie und steigert die Akzeptanz seitens des WBA.

Ein methodisches Merkmal der Studie bildet die Heterogenität in der Gruppenzusammensetzung der Studienteilnehmer und auch in den Inhalten der Beratungsgespräche. Die pädiatrischen WBA waren in ganz unterschiedlichen Phasen ihrer Weiterbildung (1. bis 5. WBJ), und FÄ sowie PFP verfügten über unterschiedliche fachliche Schwerpunkte und Weiterbildungsqualifikationen. Dieses reale Abbild der praktischen Weiterbildungsbedingungen stärkt Aussagekraft und Übertragbarkeit der Studienergebnisse über Praktikabilität und Akzeptanz der „Mini-CEX *plus*“.

Limitationen

Kritisch ist anzumerken, dass die interprofessionell konzipierte „Mini-CEX *plus*“ zeit- sowie personalintensiv ist und hieraus Umsetzungsprobleme resultieren könnten. Eine englische Studie erbrachte Hinweise auf logistische Probleme in der Anwendung der klassischen Mini-CEX aufgrund begrenzter Zeitressourcen [17].

Die vorgestellte Pilotstudie weist Limitationen in der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf. Sie bezieht sich auf die Pädiatrie mit einer besonderen Nähe der PFP zum Patienten und seinen Eltern aufgrund der hier praktizierten Bezugspflege. In der Erwachsenenmedizin bestehen auch andere Versorgungskonzepte (z. B. Funktionspflege) und damit möglicherweise ebenso andere Rollenverständnisse.

Die Studie bezieht sich auf die Situation eines Beratungsgesprächs mit zwangsläufigem Fokus des Feedbacks auf kommunikative Aspekte, in dem PFP über eine besondere Kompetenz und Glaubwürdigkeit verfügen. Ein Feedback durch PFP z. B. über die Qualität einer klinischen Untersuchung mit auch kritischer Kommentierung fachlich-medizinischer Aspekte könnte möglicherweise weniger Akzeptanz seitens der WBA finden.

Fazit für die Praxis

Das interprofessionelle Feedback …

- **hat sich in der Pädiatrie als praktikabel erwiesen und bei den WBA eine hohe Akzeptanz gefunden.**
- **mithilfe der „Mini-CEX *plus*" bedeutet eine inhaltliche Erweiterung dieser Assessment-Methode.**
- **ist nicht gegensätzlich zwischen FÄ und PFP, sondern ergänzt sich.**
- **kann der kompetenzbasierten ärztlichen Weiterbildung in der Pädiatrie förderlich sein.**

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H.-J. Christen
Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT
Janusz-Korczak-Allee 12,
30173 Hannover
Christen@HKA.de

Anmerkung und Danksagung. Die vorliegende Studie wurde als Master-Arbeit im Rahmen des Studiengangs Master of Medical Education (Universität Bern) erstellt. Unserer besonderer Dank gilt den Weiterbildungsassistenten, den Pflegefachpersonen und den Fachärzten des Kinder- und Jugendkrankenhauses AUF DER BULT Hannover für ihre engagierte Teilnahme an der Studie sowie Frau Szymanska, Pflegedirektorin des Kinder- und Jugendkrankenhauses AUF DER BULT für ihre bereitwillige ideelle Unterstützung der Studie. Frau Leupold und Frau Marx von der Schule für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschule am Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT danken wir für ihre fachkompetente Beratung bei der Manuskripterstellung sowie Herrn Reinhard Hartmann und Herrn Daniel Stricker, Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern, für die biostatistische Auswertung und Beratung.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H.-J. Christen, O. Kordonouri, K. Lange und C. Berendonk geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle im vorliegenden Manuskript beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission (Nr. 2009–2013), im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Studienteilnehmern liegt eine Einverständniserklärung vor.

Literatur

1. Bundesministerium der Justiz (2010) Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) geändert worden ist. Bundesministerium der Justiz, Berlin. http://www.gesetze-im-internet.de
2. Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010) A national interprofessional competency framework. http://www.cihc.ca. Zugegriffen: 25. Juni 2014
3. Davies H, Archer J, Southgate I et al (2009) Initial evaluation of the first year of the Foundation Assessment Programme. Med Educ 43:74–81
4. Frank JR, Danoff D (2007) The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. Med Teach 29:642–647
5. Govaerts M, Vleuten C van der, Schuwirth L et al (2007) Broadening perspectives on clinical performance assessment: rethinking the nature of in-training assessment. Adv Health Sci Educ Theory Pract 12:239–260
6. Govaerts M, Van de Wiel M, Schuwirth L et al (2013) Workplace-based assessment: raters' performance theories and constructs. Adv Health Sci Educ Theory Pract 18:375–396
7. Hahn EG, Fischer MR (2009) Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) für Deutschland: Zusammenarbeit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Medizinischen Fakultätentages (MFT). GMS Z Med Ausbild 26(3):DOC35. DOI 10.3205/zma000627
8. Kogan J, Homboe E, Hauer K (2009) Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees. JAMA 302:1316–1326
9. Medizinischer Fakultätentag: Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin. http://www.mft-online.de. Zugegriffen: 23. Aug. 2014
10. Norcini J, Blank L, Arnold G et al (1995) The mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. Ann Intern Med 123:795–799
11. Montagne S, Kurmann J, Jucker-Kupper P et al (2013) Einführung des Arbeitsplatz-basierten Assessments (AbA) durch die Fachgesellschaften. Schweiz Arztez 94:207–210
12. Norcini J, Burch V (2007) Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. Med Teach 29:855–871
13. Pelgrim E, Kramer A, Mokkink H et al (2011) In-training assessment using direct observation of single-patient encounters: a literature review. Adv Health Sci Educ Theory Pract 16:131–142
14. Schulze-Kruschke C, Paschko F, Walter A (2011) Praxisanleitung in der Pflegeausbildung für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Cornelsen, Berlin
15. Van der Vleuten C, Verhoeven B (2013) In-training assessment developments in postgraduate education in Europe. ANZ J Surg 83:454–459
16. Wenrich MD, Carline JD, Giles LM et al (1993) Ratings of the performances of practicing internists by hospital-based registered nurses. Acad Med 68:680–687
17. Weston P, Smith C (2014) The use of mini-CEX in UK foundation training six years following its introduction: lessons still to be learned and the benefit of formal teaching regarding its utility. Med Teach 26:155–163