

Weiterentwicklung des Kompetenzbasierten Curriculums Allgemeinmedizin: Ergebnisse aus dem Praxistest

Development of the Competence-Based Curriculum for Postgraduate Family Medicine Training: On-Road Test

Elisabeth Flum¹, Marco Roos², Cornelia Jäger¹, Jean-François Chenot³, Julia Magez¹, Jost Steinhäuser⁴

Hintergrund: Die zukünftige Musterweiterbildung in Deutschland soll kompetenzbasiert sein, die Facharztweiterbildung ist es bisher jedoch nicht. Von internationalen Experten wurde 2009 unter anderem ein Curriculum mit kompetenzbasierter, präziser Definition der zu erreichenden Inhalte für Deutschland empfohlen, um an das europäische „best-practice“-Niveau anzuschließen. In einem mehrstufigen Prozess wurde das Kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin (KCA) auf Grundlage der kanadischen CanMEDS-Rollen nach internationalen Vorbildern erarbeitet. Die erste Version des KCA wurde zwei Jahre in der praktischen Umsetzung geprüft. Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse des Praxistests und stellt das entsprechend überarbeitete KCA vor.

Methoden: Der Praxistest wurde von März 2012 bis März 2014 durchgeführt; das KCA war frei zugänglich auf der Internetpräsenz des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden-Württemberg. Im Oktober 2014 wurden alle Personen, die das KCA heruntergeladen hatten, online befragt. Die Daten wurden anschließend deskriptiv analysiert; Freitextangaben wurden von einem Panel bewertet, das KCA wurde gegebenenfalls entsprechend angepasst.

Ergebnisse: Insgesamt wurde das KCA 730 Mal heruntergeladen, 699 Personen konnten bei valider E-Mail-Adresse befragt werden. Von diesen nahmen 138 Personen an der Befragung teil (Rücklaufquote 20 %). Die Hälfte gab an, das KCA in den letzten Monaten verwendet zu haben. Mit 49 % wurde der Teil „Medizinische Expertise“ am häufigsten verwendet, 42 % berichteten, das KCA in den Arbeitsalltag integriert zu haben. Die Freitexte wurden überwiegend genutzt, um auf eine Reduktion des Umfangs, fehlende Inhalte oder Ungenauigkeiten in der Formulierung hinzuweisen. In einem Panel wurden alle Rückmeldungen eingehend diskutiert und das KCA entsprechend revidiert und angepasst.

Background: Postgraduate training in Germany is not competency-based. In 2009, an international report recommended a competency-based curriculum and definition of standards for postgraduate training in family medicine in Germany. In a multistep approach, the competence-based curriculum for family practice training (“Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin”, KCA) was developed. The competencies were defined according to the Canadian CanMEDS-rolls and international best practice. The KCA was tested for two years. This report presents the results of the practice test und the revised KCA.

Methods: The test was performed from March 2012 to March 2014. The KCA was freely available on the website of the “Competence Center Family Practice Baden-Württemberg”. In October 2014 all persons, who had downloaded the KCA, were asked to participate in an online-survey. The data was analyzed descriptively. A panel valued and discussed the free text and adapted the KCA if necessary.

Results: From a total of 730 national and international downloads of the KCA, 699 persons had valid email-addresses and were included into the survey. 138 persons participated in the survey (response rate 20 %). Half of the surveyed persons claimed, to have worked with the KCA in the last month. Part I, “medical expertise”, was most frequently used with 49 %. From all surveyed persons, 42 % had integrated the KCA into daily training routine. The free texts were mostly used to indicate reduction of size, missing competencies or imprecise wording. The panel discussed all recommendations thoroughly and revised the KCA accordingly.

¹ Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

² Allgemeinmedizinisches Institut, Universitätsklinikum Erlangen

³ Abteilung Allgemeinmedizin, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald

⁴ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Peer reviewed article eingereicht: 16.07.2015, akzeptiert: 24.07.2015

DOI 10.3238/zfa.2015.0446-0450

Schlussfolgerungen: Das überarbeitete KCA beschreibt erstmalig für Deutschland standardisiert Basis-Kompetenzen für den Erwerb der Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin. Es leitet als roter Faden sowohl Ärzte in Weiterbildung als auch deren Weiterbildungsbefugte durch die Weiterbildung und kann, basierend auf Selbst- und Fremdeinschätzung, Weiterbildungsgespräche unterstützen und damit eine individuelle, zielgerichtete und maßgeschneiderte Weiterbildung ermöglichen. Nächster Schritt ist es, das KCA deutschlandweit als didaktische Hilfe für die Weiterbildungszeit zu implementieren.

Schlüsselwörter: Weiterbildung; Kompetenz; Curriculum; Hausarzt; Primärmedizin

Conclusions: The revised KCA defines basic competencies for the postgraduate training in family medicine in Germany. The KCA is an instrument, that guides trainees and trainers through family medicine training, facilitates self- and trainer-assessment of competencies and feedback. Aim is to enable an individualized and tailored training according to the needs of the trainee. In Germany, next steps will be the nationwide implementation of the KCA.

Keywords: Postgraduate training; Competence; Family Medicine; Primary Care

Hintergrund

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) beauftragte 2009 europäische Weiterbildungsexperten aus primärärztlich orientierten und in puncto Weiterbildung beispielhaften Gesundheitssystemen wie Dänemark (DK), Großbritannien (GB) und den Niederlanden (NL), die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland mit der europäischen „best practice“ zu vergleichen. Dabei wurden unter anderem Ansehen und Stellung der Allgemeinmedizin im jeweiligen Gesundheitssystem, die Vergütung der Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung (ÄiW), deren Arbeitsbedingungen sowie die Durchführung der Weiterbildung im Ländervergleich untersucht. Als Ergebnis der Untersuchung wurde eine 10-Punkte-Liste an Optimierungsmöglichkeiten für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin im deutschen Gesundheitssystem vorgestellt [1]. Ein Aspekt, der kritisiert wurde, bezog sich auf das in Deutschland nicht vorhandene, strukturierte Curriculum. Die Weiterbildungsordnung hingegen betone nach Einschätzung der Experten zu sehr Untersuchungstechniken (z.B. Anzahl der Ultraschalluntersuchungen) und sei nicht kompetenzbasiert. Dieses würde damit dem ganzheitlichen Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin nicht gerecht und sei damit ungeeignet für eine angemessene Beurteilung der ÄiW. Die Empfehlung der Experten lautete: „*The curriculum for FP training is not standardized: the end-stage competencies for a fully trained FP should be well described and well-known to trainees and trainers alike.*“ Der Bedarf nach einer

präziseren Definition der Inhalte, die ein Facharzt für Allgemeinmedizin erwerben sollte, wurde zu dieser Zeit auch in nationalen Studien unter ÄiW und Weiterbildungsbefugten deutlich [2, 3]. Von 2010 bis 2012 wurde daraufhin in einem mehrstufigen Prozess das „Kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin“ (KCA) nach damaligen internationalen Vorbildern erarbeitet [4]. Ziel war es, eine didaktisch gut aufbereitete Darstellung der relevanten Weiterbildungsinhalte für ÄiW und Weiterbildungsbefugte zu erstellen; die Vorgaben und Richtlinien der Ärztekammern sollten dadurch ergänzt werden. Dieses vom Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg initiierte Projekt wurde von der DEGAM, der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADe) und dem Hausärzterverband (HÄV) unterstützt. Eingeflossen sind dabei verschiedene Curricula, wie z.B. das dänische Curriculum, das von der DEGAM gemeinsam mit der Bundesärztekammer herausgegebene „Kursprogramm Allgemeinmedizin“, das „Bildungsprogramm und Kommentar zur Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin“ der ehemaligen DDR und der „Kanon Allgemeinmedizin“ [5–7]. Einige dieser Curricula, wie z.B. das dänische, waren an den CanMEDS-Rollen orientiert. Die CanMEDS-Rollen wurden Ende der 1990er Jahre in Kanada erarbeitet [8]; sie definieren neben der im Zentrum stehenden „medizinischen Expertise“ sechs weitere, sich überlappende Kompetenzbereiche, die ein Arzt im Laufe seiner Weiterbildung erwerben sollte. Die CanMEDS-Rollen gehören zu den international am weitverbreitetsten Rahmenwerken für eine kompetenzbasierte Aus- und Weiterbildung.

Aufgrund ihrer Kompetenzorientierung scheinen sie besonders geeignet, ÄiW bestmöglich auf den Praxisalltag vorzubereiten und spezifische Lernfelder für ÄiW zu identifizieren [9, 10].

Mit einer eigens entwickelten Methodik wurde eine Praxistestversion des KCA entwickelt, das den CanMEDS-Rollen folgend aus zwei Teilen bestand: In **Teil I** wurden Lernziele zur medizinischen Expertise, untergliedert nach Organsystemen, aufgeführt. **Teil II** beschrieb Lernziele auf der Ebene der Kompetenzfelder Kommunikation, Zusammenarbeit, Management, Vertretung des Patienten (Versorgungslenkung und Gesundheitsförderung), Lernen und Lehren sowie Professionalität [4].

Insgesamt listete das KCA in der Praxistestversion über 1.000 Aspekte, die als Grundlage für eine Selbsteinschätzung des ÄiW mittels eines Ampelschemas dienen. Grün bedeutete „Ich fühle mich in diesem Bereich kompetent und beherrsche das Themenfeld sicher“; gelb stand für „Ich habe in diesem Bereich einige Kompetenzen erworben, muss mich hier aber noch weiter entwickeln, um sicherer zu werden“; rot verdeutlichte „Ich verfüge in diesem Bereich noch über keine oder wenig Kompetenz und bin daher noch unsicher“. Auf Grundlage dieser Selbsteinschätzung sollte dann das Gespräch mit dem Weiterbildungsbefugten gesucht werden, um sowohl ein Feedback mit Abgleich der Selbst- und Fremdeinschätzung einzuholen, als auch die Weiterbildungsziele für den folgenden definierten Zeitraum gemeinsam festzulegen. Diese erste Version des KCA wurde in den vergangenen zwei Jahren in der praktischen Umsetzung getestet.

Geschlecht	n (%)	
	Weiblich	Männlich
	58 (47)	66 (53)
Alter	MW: 43 26–68 (Spanne)	
Student	0 (0)	
Arzt in Weiterbildung	59 (44)	
Facharzt für Allgemeinmedizin	57 (43)	
Weiterbildungsbefugter	39 (29)	
Wissenschaftlicher Mitarbeiter	5 (4)	
Sonstiges	9 (7)	
DEGAM-Mitglied	78 (63)	
JADe-Mitglied	18 (15)	
HÄV-Mitglied	48 (39)	
Keine Mitgliedschaft	23 (19)	
* Mehrfachnennungen waren möglich DEGAM = Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, HÄV = Hausärzteverband, JADe = Junge Allgemeinmedizin Deutschland		

Tabelle 1 Soziodemografie der Teilnehmer am Praxistest*

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse des Praxistests und das aktuelle, überarbeitete KCA nach Abschluss dieses Praxistests vor.

Methoden

Während der Praxistestzeit von März 2012 bis März 2014 konnte das KCA frei auf der Internetpräsenz des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden-Württemberg heruntergeladen werden. Dabei wurden einige Angaben des Interessenten, z.B. E-Mail-Adresse und berufliche Situation (z.B. Arzt in Weiterbildung oder Weiterbildungsbefugter) erhoben. Zudem wurde angekündigt, dass der Koordinator dieses Projekts nach zwei Jahren ein Feedback über das KCA einholen würde.

Im Oktober 2014 wurden daraufhin alle Personen, die das KCA zwischen März 2012 und März 2014 heruntergeladen hatten, per E-Mail kontaktiert und gebeten, einen Online-Fragebogen mit zehn Fragen auszufüllen (einschließlich über die Website der ZFA: www.online-zfa.de). Die Befragung wurde über den Online-Dienst „SurveyMonkey“ durchgeführt. Es wurde, neben der Einladung zur Beteiligung am Praxistest, eine Erinnerung nach zehn Tagen versendet.

Die Daten wurden deskriptiv analysiert. Alle Freitextangaben, insbesondere zu den Fragen „Was sollte Ihrer Meinung nach an der jetzigen Fassung des KCA ergänzt werden?“ und „Was sollte Ihrer Meinung nach aus der jetzigen Fassung des KCA gestrichen werden?“, wurden von einem Panel bestehend aus zwei Ärzten in Weiterbildung und zwei Fachärzten für Allgemeinmedizin (jeweils eine Frau und ein Mann) bewertet und gegebenenfalls in die finale Version des KCA eingepflegt. Diese Version wurde von zwei weiteren ÄiW und zwei weiteren Fachärzten für Allgemeinmedizin (ebenfalls jeweils eine Frau und ein Mann) abschließend auf Eindeutigkeit und Verständlichkeit durchgearbeitet und angepasst.

Ergebnisse

Insgesamt wurde das KCA 730 Mal heruntergeladen, mitunter auch aus dem Ausland (Österreich, skandinavische Länder und Südafrika). In 31 Fällen wurde eine nicht existierende E-Mail-Adresse angegeben. Von den verbleibenden 699 Personen nahmen 138 an der Befragung teil und füllten den Fragebogen aus (Rücklaufquote 20 %). Tabelle 1 zeigt die soziodemografischen Daten der Teilnehmer.

Von den Teilnehmern hatten 49 % (n = 68) das KCA in den letzten Monaten verwendet, und zwar davon 23 % (n = 18) (bis zu) monatlich, 25 % (n = 19) quartalsweise, 21 % (n = 16) halbjährlich und 31 % (n = 24) seltener als halbjährlich. Am häufigsten wurden die Teile „Medizinische Expertise“ (49 %, n = 37), „Lehren und Lernen“ (36 %, n = 27) und „Kommunikation“ (30 %, n = 23) verwendet. Das Ampelschema wurde von 45 % (n = 42) nie genutzt, von 40 % (n = 37) „gelegentlich“, von 5 % (n = 5) „oft“ und von 10 % (n = 9) „immer“. 42 % (n = 45) gaben an, das KCA in den Arbeitsalltag integriert zu haben. Die Teilnehmer, die das KCA nicht verwendet hatten, verwiesen überwiegend darauf, dass sie während der Praxistestzeit keinen ÄiW betreut und aus diesem Grund das KCA nicht verwendet hatten.

Die Freitextangaben ergaben in einem Fall einen Hinweis auf fehlende Inhalte (akute Niereninsuffizienz). In einem weiteren Fall wurde der Vorschlag unterbreitet, einen weiteren Begriff („Wissensmanagement“) in das KCA unter „Lernen und Lehren“ aufzunehmen. Ansonsten wurde überwiegend angemerkt, dass das KCA zu umfangreich sei und gekürzt werden müsse. Dabei bezogen sich diese Kommentare nicht spezifisch auf bestimmte aufgeführte Beratungsanlässe oder Diagnosen, sondern waren allgemein gehalten. Eine globale Kritik an Teil II des KCA war, dass es eher Forderungen denn Kompetenzen formulierte.

Alle Kommentare der Befragung wurden eingehend in dem Panel diskutiert. Die Kommentare bezüglich der Kürzungswünsche wurden vom Panel derart umgesetzt, dass die Zahl der Kategorien für die Selbsteinschätzung um ein Drittel reduziert wurde. Zudem wurde das Ampelschema für die Selbsteinschätzung durch ein binäres System ausgetauscht. Abbildung 1 zeigt die Anleitung zum Gebrauch des revidierten KCA.

Weitere Ergebnisse des Panels waren, dass eine zusätzliche Diagnose „akute Niereninsuffizienz“, ergänzt wurde und der Beratungsanlass „Thoraxschmerz“ entsprechend der DEGAM-Leitlinie in „Brustschmerz“ umformuliert wurde. Teil II des KCA wurde sprachlich komplett überarbeitet. Der dritte Teil des KCA wurde um weitere Prozeduren in der Allgemeinmedizin ergänzt. Dabei wurden sämtliche zu erfüllende Prozeduren der Muster-Weiterbildungsordnung sowie Ergebnisse einer deutschlandweiten Studie über die häu-

figsten Prozeduren in der Allgemeinmedizin berücksichtigt [11]. Darüber hinaus wurden einige Formulierungen der Praxistestversion redaktionell durch die Panelmitglieder bearbeitet.

Diskussion

Das KCA liegt nach dem Praxistest in einer überarbeiteten und konsentierten Form vor. Sowohl AiW als auch Weiterbildungsbefugte aus Kliniken und Praxen können es zur Selbst- bzw. Fremdeinschätzung und als Grundlage für Feedbackgespräche auch im Rahmen der Weiterbildungsgespräche verwenden und so einen kontinuierlichen Lernprozess in der Weiterbildung unterstützen. Mit dem KCA wurde für Deutschland ein Instrument entwickelt, das die Empfehlungen des Berichts der europäischen Weiterbildungsexperten von 2009 [1] umsetzt: Basis-Kompetenzen für den Erwerb der Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin wurden für Deutschland standardisiert beschrieben. Am häufigsten wurde dabei von den Teilnehmern des Praxistests angegeben, den Teil „Medizinische Expertise“ zu verwenden, aber auch nicht-medizinische Kompetenzen wie „Lehren und Lernen“ bzw. „Kommunikation“ wurden genutzt, was den Ansatz der CanMEDS-Rollen unterstreicht.

Die Hälfte der Teilnehmer hatte das KCA in den letzten Monaten verwendet, viele konnten es in ihren Arbeitsalltag integrieren. Entsprechend internationalem Vorbild gilt es nun, die Verwendung des KCA während der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu fördern und flächendeckend zu implementieren. In unseren Nachbarländern DK, GB oder in den NL ist eine fortwährende Erfassung der Kompetenzen und des Kompetenzzuwachses der AiW verpflichtend. Dabei ist die Kompetenzerfassung jeweils unterschiedlich gestaltet. Es kommen verschiedene Elemente wie zum Beispiel die kontinuierliche Selbsteinschätzung der AiW in einem persönlichen Lernplan bzw. Logbuch sowie verschiedene, longitudinale Weiterbildungszeit begleitende Prüfungsmethoden (Überprüfung der praktischen Fähigkeiten, Videobeobachtungen, Feedback durch Kollegen, Befragung zur Patientenzufriedenheit etc.) zur Anwendung [12].

In der nach dem Praxistest überarbeiteten Version wurden der Bearbeitungs-

1: Selbstreflexion

Jeder AiW schätzt für jedes Thema der Teile I-III seinen eigenen Entwicklungsstand in Theorie und Praxis ein. Dabei gilt:

„Ich fühle mich in einem Thema routiniert und sicher“

„Ich fühle mich in einem Thema noch unsicher und möchte mich diesem Bereich noch weiterentwickeln“

Ist ein Themenfeld abgehakt, sollte ein Feedbackgespräch mit dem jeweiligen Weiterbilder gesucht werden. Zur Vorbereitung der Feedbackgespräche können die Kommentarfelder an der Seite genutzt werden.

2: Feedback

In dem Gespräch hat der AiW die Möglichkeit...

- eine **Einschätzung seines aktuellen Entwicklungsstandes** vom Weiterbilder einzuholen
- seine **Selbsteinschätzung mit der Fremdeinschätzung** abzugleichen
- **Weiterbildungsziele** für den nächsten, definierten Zeitraum bzw. Weiterbildungsabschnitt gemeinsam festzulegen

Als Anleitung und zur Dokumentation kann das Formular am Ende des Dokumentes verwendet werden (**Feedbackbogen**).

Abbildung 1 Anleitung zum Gebrauch des KCA (AiW = Arzt in Weiterbildung)

aufwand und der Vorgang der Kompetenzeinschätzung deutlich reduziert. Das spiegelt Entwicklungen internationaler Curricula beispielsweise in DK und den NL wider, wo Erfahrungen mit kompetenzbasierten Curricula seit vielen Jahrzehnten vorliegen. Auch in DK wurde im Verlauf die Anzahl der während der Weiterbildung zu erreichenden Kompetenzen reduziert. In Deutschland, wo das Abbilden möglichst vieler detaillierter Punkte als berufspolitisch und abrechnungstechnisch günstig gilt, muss sich dieser Gedanke erst noch durchsetzen.

In den NL wurde der kompetenzbasierte Ansatz durch die Einführung von zehn „Entrustable Professional Activities“ (EPAs) weiterentwickelt. Eine EPA vereint mehrere Kompetenzen in sich. Sie sind aus der erlebten Differenz zwischen der Theorie des kompetenzbasierten Ansatzes und der patientenzentrierten praktischen Tätigkeit sowie fachlichen Expertise entstanden [13]. Jede EPA definiert dabei eine zentrale professionelle Aktivität einer medizinischen Fachrichtung mit all ihren dazugehörigen Aspekten, aufgeschlüsselt nach den CanMEDS-Rollen. Im Gegensatz zu

reinen Kompetenzen werden dazu klar beobachtbare Fähigkeiten bzw. Aktivitäten definiert, was die Überprüfbarkeit erleichtert [12, 14].

Hierzulande gibt es ebenfalls Ansätze, EPAs zu implementieren. So wurden in der zweiten Überarbeitung des Musterlogbuchs für das Praktische Jahr (PJ) Allgemeinmedizin EPAs in die Ausbildung eingeführt. Inwieweit dieser Trend fortschreitet und demnach EPAs auch in ein überarbeitetes KCA einfließen werden, ist aus heutiger Sicht noch nicht eindeutig abschätzbar. Da aktuell nicht jeder AiW vorher sein PJ in der Allgemeinmedizin absolviert hat, ist es auch schwierig, eine enge Verzahnung zwischen dem Musterlogbuch für das PJ und dem KCA zu definieren.

Um die Anwendung und Akzeptanz des KCA weiter zu fördern, könnte es sinnvoll sein, zusätzlich eine webbasierte Version anzubieten [15]. Dabei müssten Anforderungen wie eine intuitive Benutzeroberfläche, standortunabhängige Verfügbarkeit des KCA, abschnittsweise Bearbeitung der einzelnen Kompetenzen sowie Verknüpfung zu weiterführendem

Dr. med. Elisabeth Flum ...

... ist ehemalige Teilnehmerin der Verbundweiterbildung^{plus} Baden-Württemberg und seit 2012 Fachärztin für Allgemeinmedizin. Seit dem 01.01.2015 ist sie als Hausärztin in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen und arbeitet in Teilzeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg.

Schulungsmaterial bzw. Verlinkung zu aktuellen Leitlinien berücksichtigt werden.

In Analogie zu den DEGAM-Leitlinien ist im Sinne eines fortlaufenden Verbesserungsprozesses geplant, das KCA regelmäßig an Veränderungen der Weiterbildungssituation (z.B. Musterweiterbildungsordnung) und neueste Forschungserkenntnisse anzupassen.

Eine Überarbeitung und Aktualisierung des KCA ist daher in spätestens fünf Jahren vorgesehen. Das KCA ist auf der Seite der Sektion Weiterbildung verfügbar: www.degam.de/weiterbildung.html.

Stärken des Praxistests sind, dass die Zahl von 730 nationalen und internationalen Downloads des KCA das vorhandene Interesse an diesem Curriculum unterstreicht. Zum ersten Mal wurde für Deutschland ein KCA entwickelt und in ei-

nem Praxistest an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst. Limitationen dieses Praxistests waren die mit 20 % niedrige Rücklaufquote in der Online-Befragung. Ein Selektionsbias ist daher nicht auszuschließen.

Das Verwenden des KCA ist jedem AiW freigestellt. Es soll als didaktische Hilfe frühzeitig den Blick für die Kompetenzen, die es zu erwerben gilt, öffnen. Es ersetzt weder das Lehrbuch, noch die Notwendigkeit sich über die lokale Weiterbildungsordnung zu informieren und das Logbuch bzw. den Katalog der Landesärztekammer zu pflegen. Die Integration des KCA in den Weiterbildungsalltag ist dennoch möglich und lohnend. Auch für Weiterbildungsbefugte gibt das KCA einen Überblick über das zu vermittelnde medizinische Wissen, ärztliche Fähigkeiten und Kompetenzen, die in der Weiter-

bildung vermittelt werden sollten. Inwieweit Elemente dieses Curriculums in die Novelle der Muster-Weiterbildungsordnung einfließen können, ist noch ungewiss. Die Selbst- und Fremdeinschätzung des Kompetenzniveaus der AiW sollen durch das KCA bestmöglich unterstützt werden, um regelmäßige Weiterbildungsgespräche zu fördern und eine im Alltag gelebte Feedbackkultur zu etablieren.

Interessenkonflikte: JS, MR, JFC waren an der Entwicklung der ersten Version des Kompetenzbasierten Curriculums Allgemeinmedizin beteiligt. JFC gibt an, Gelder für eine Beratungstätigkeit von AOK, WidO und Elsevier Health Care Consulting sowie für Aussagen als Experte vom MDK und verschiedenen Gerichten erhalten zu haben. Die anderen Autoren geben keine Interessenkonflikte an.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Elisabeth Flum
Abteilung Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Heidelberg
Voßstraße 2, Geb. 37, 69115 Heidelberg
Tel.: 06221 56-8295
elisabeth.flum@med.uni-heidelberg.de

Literatur

- Pawlikowska T, van Berkestijn L, Maagaard R. Speciality training for general practice in Germany. 2009. www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/Report%20German%20GP%20Voc%20Training%20Commission%20July%20final-amalgamated%20not%20confidential.pdf (letzter Zugriff am 14.07.2015)
- Steinhaeuser J, Paulus J, Peters-Klimm F, Ledig Th, Szecsenyi J, Joos S. „Allgemeinmedizin ist trotzdem ein schönes Fach“ – eine qualitative Studie mit Ärzten in Weiterbildung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2011; 105: 89–96
- Joos S, Roos M, Ledig Th, Bilger S, Szecsenyi J, Steinhaeuser J. Perspektiven und Erfahrungen weiterbildungsbefugter Ärzte für Allgemeinmedizin – eine Umfrage in Baden-Württemberg. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2011; 105: 97–104
- Steinhaeuser J, Chenot JF, Roos M, Ledig T, Joos S. Competence-based curriculum development for general practice in Germany: a stepwise peer-based approach instead of reinventing the wheel. *BMC Res Notes* 2013; 6: 314
- Specialist training in general practice: statement of aims. <http://www.dsam.dk/flx/english> (letzter Zugriff am 14.07.2015)
- Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR. Bildungsprogramm und Kommentar zur Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin. Berlin, Gesundheitsministerium (DDR 1986)
- Kanon Allgemeinmedizin. www.allgemeinmedizin.uni-wuerzburg.de/fileadmin/medizin/_temp_/Kanon_der_Allgemeinmedizin.pdf (letzter Zugriff am 14.07.2015)
- Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teacher* 2007; 29: 642–647
- Iobst WF, Sherbino J, Cate OT, et al. Competency-based medical education in postgraduate medical education. *Med Teacher* 2010; 32: 651–656
- Iglar K, Whitehead C, Takahashi SG. Competency-based education in family medicine. *Med Teacher* 2013; 35: 115–119
- Jäkel K, Götz K, Ledig T, Joos S, Szecsenyi J, Steinhäuser J. Prozeduren in der Allgemeinmedizin (PIA) in Deutschland – eine Querschnittstudie. 47. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2013, München, Veranstalter DEGAM. Abstractband, 89
- Flum E, Maagaard R, Godoycki-Cwirko M, et al. Facharztprüfung Allgemeinmedizin – was können wir von den europäischen Nachbarn lernen? *Z Med Ausbild* 2015; 32: Doc 21
- Cate O, Scheele F. Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Acad Med* 2007; 82: 542–547
- Tromp F1, Vernooij-Dassen M, Grol R, Kramer A, Bottema B. Assessment of CanMEDS roles in postgraduate training: the validation of the Compass. *Pat Educ Couns* 2012; 89: 199–204
- Baden-Württemberg. Online-Weiterbildung für angehende Hausärzte. *Dtsch Arztebl* 2013; 50: A2435