

Kompetenzbasierte ärztliche Weiterbildung, Entrustable Professional Activities (EPAs) und SIWF-Leitlinie zur Implementierung in die Weiterbildungsprogramme

Positionspapier SIWF

(Ersetzt 'EPA-Positionspapier' d. SIWF von 2018 und 'Leitlinie zur Implementierung' 2019)

Executive Summary

Dieses Dokument führt in das Konzept der Kompetenzbasierten ärztlichen Bildung (CBME) und dessen Umsetzung in Form von Entrustable Professional Activities (EPAs) ein. Es definiert die Position des SIWF und liefert die Grundlage zur Implementierung von EPAs in die Weiterbildungsprogramme. EPAs ermöglichen eine neue Art der Beobachtung und Beurteilung ärztlicher Kompetenz in Form der erreichten Selbstständigkeit beim Ausführen einer Tätigkeit.

Das Positionspapier geht ein auf das CanMEDS-Rollenmodell, das Konzept von EPAs, deren Assessment und Dokumentation und den Weg der Implementierung in der Schweiz.

Das Papier ist in folgende Abschnitte unterteilt:

1. Kompetenzbasierte ärztliche Weiterbildung
2. Entrustable Professional Activities (EPAs)
3. Leitlinie zur Implementierung von EPAs in der Schweiz
4. Implementierung von EPAs in die Weiterbildungsprogramme

EPA-Einführung in die Weiterbildung ist ein dynamischer Prozess, aktuell in die Pilotspitäler / common EPAs

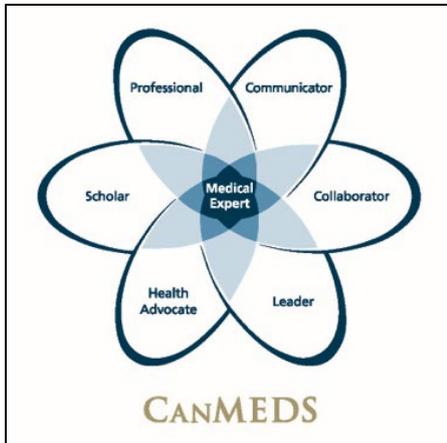
1. Kompetenzbasierte ärztliche Weiterbildung

Ziel der Weiterbildung ist der Erwerb der Kompetenzen, die zur selbstständigen ärztlichen Tätigkeit in einem Fachgebiet erforderlich sind (Art. 2 WBO). Die Fachgesellschaften bilden die notwendigen Kompetenzen in ihren Weiterbildungsprogrammen ab.

Weltweit wird eine zeitgemässe ärztliche Weiterbildung auf die Kompetenzen ausgerichtet, die am Ende der Weiterbildung beherrscht werden sollen. Competency-based medical education (CBME) bedeutet insofern, dass die Anforderungen nicht mehr in Listen von Einzel-Lernzielen und mit Mindestzahlen durchzuführender Interventionen definiert werden, sondern als jeweils in sich abgeschlossene Aktivitäten, die in der täglichen Arbeit selbstständig bewältigt werden müssen. Diese Aktivitäten müssen beobachtbar und beurteilbar sein, damit konkretes und konstruktives Feedback zur Weiterentwicklung möglich ist mit dem Ziel einer sicheren und patientengerechten Versorgung. Es ist heute internationaler Konsens, dass CBME sowohl im Studium als auch in der Weiterbildung eine adäquate Patientenversorgung am besten sicherstellt [1,2]. Damit verbunden ist die Möglichkeit, gezielt ein Kontinuum von der studentischen Ausbildung über die Weiterbildung bis zur kontinuierlichen professionellen Fortbildung herzustellen.

Als Grundlage für die kompetenzorientierte Ausgestaltung der ärztlichen Bildung hat sich weltweit das kanadische «CanMEDS Physician Competency Framework» etabliert [1]. In der Schweiz bildet das CanMEDS Modell bereits seit Jahren die allgemeine Grundlage für die Weiterbildungsprogramme sowie für den nationalen Lernzielkatalog im Medizinstudium. Die CanMEDS-Revision von 2015 integriert zusätzlich Aspekte des lebenslangen Lernens ('Continuous Professional Development', 'Transition to retirement') sowie übergeordnete Prinzipien des Gesundheitssystems wie Patientensicherheit, Patienten-Zentrierung und Interprofessionalität.

1.1 CanMEDS-Rollen-Modell



In sieben Rollen fasst das Modell die Kompetenzen einer jeden Ärztin, eines jeden Arztes zusammen [1,3] und formuliert für jede Rolle die notwendigen Kompetenzen detailliert aus. Wie Abb. 1 veranschaulicht, steht die Rolle des **Medizinischen Experten** (*Medical Expert*) im Zentrum, ist aber ohne die anderen sechs Rollen nicht denkbar. Erst die Integration aller (sich jeweils überlappenden) Rollen bildet die volle ärztliche Kompetenz ab. Insofern muss jedes Weiterbildungsprogramm ausdrücklich alle CanMEDS-Rollen einschliessen. Für supervidierende Ärztinnen und Ärzte sind die verschiedenen CanMEDS-Rollen im Übrigen intuitiv gut nachvollziehbar und immer schon implizit in die Weiterbildung einbezogen worden, wie eine Studie aus Süddeutschland zeigt [4]. Anhang A enthält detaillierte Beschreibungen der CanMEDS-Rollen.

Abb. 1: Das CanMEDS-Rollen-Modell (Version 2015)
<http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>

2 Entrustable Professional Activities (EPAs)

Im klinischen Alltag sind die einzelnen CanMEDS-Rollen nicht immer klar abgrenzbar, da sie in den beruflichen Aktivitäten zu unterschiedlichen Anteilen enthalten sind. Deshalb ist es für viele Lernziele praktikabler und sinnvoller, von konkreten Arbeitssituationen ('Professional Activities') auszugehen. Diese sind im klinischen Alltag als klar abzugrenzende Aufgaben zu erledigen und können einzelnen Personen zur selbstständigen Ausführung anvertraut werden. Dieser wichtige Aspekt des Anvertrauens hat sich im Konzept der (anvertraubaren) 'Entrustable Professional Activities' (EPAs) niedergeschlagen [5,6].

Eine EPA ist eine *beobachtbare ärztliche Tätigkeit, die Wissen, Fertigkeiten und Haltungen zusammenführt* (detaillierte Definition s. 3.1. und 3.2). Um eine EPA auszuführen, braucht es in unterschiedlichem Ausmass immer auch die CanMEDS-Kompetenzen. Kompetenz wird dabei mit dem Grad der (zukünftigen) Selbstständigkeit gemessen: „Wieviel Supervision braucht eine Assistenzärztin morgen für eine ähnliche Situation?“. Sobald die benötigte Kompetenz durch eine ausreichende Zahl an Bewertungen (Assessments) ausgewiesen ist, wird die EPA jemandem zur selbstständigen Ausführung anvertraut ('Freigabe' der EPA). Repräsentative EPAs (z.B. „Eine Visite leiten“) können für die unterschiedlichen Stadien der ärztlichen Aus- und Weiterbildung definiert werden. Sie bilden eine geeignete Grundlage für Beobachtung, Beurteilung und Feedback im klinischen Alltag [7]. Dabei ersetzen EPAs nicht alle bestehenden Lernziele, sondern nur solche die als beobachtbare Arbeitsprozesse definiert werden können.

In verschiedenen Ländern (z.B. Kanada oder den Niederlanden) wurden sowohl das Medizinstudium als auch Weiterbildungsprogramme mittels EPAs strukturiert [1,8]. In der Schweiz enthält der aktuelle Lernzielkatalog für das Medizinstudium ('PROFILES') neun EPAs, die am Ende des Studiums auf dem Level der 'selbstständigen Ausführung' ('*distant supervision*') beherrscht werden müssen [2], zusätzlich zu den CanMEDS-Rollen.

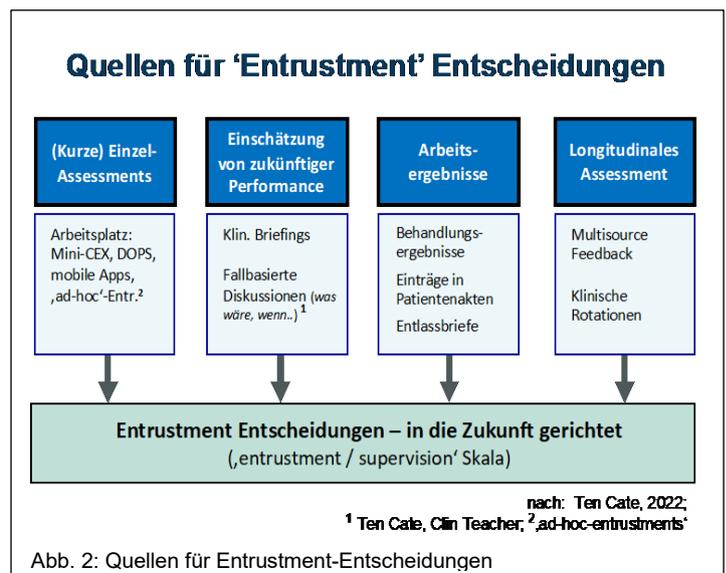
2.1 Die Beurteilung von Weiterzubildenden anhand von EPAs

Der Kompetenzfortschritt der Trainees kann u.a. mit einer 'Entrustment-Supervision-Skala' [9] gemessen werden, die in der Regel fünf Niveaus an Selbstständigkeit unterscheidet:

Stufen der Selbstständigkeit / Level of Supervision	
Level 1	darf nur beobachten (<i>is only allowed to observe</i>)
Level 2	kann unter direkter Supervision arbeiten: Supervisor ist im Raum anwesend (<i>is allowed to act under direct supervision (proactive, close supervision, supervisor in the room)</i>)
Level 3	kann unter indirekter Supervision arbeiten: Supervisor innerhalb Minuten vorhanden, falls Hilfe angefordert wird. (<i>is allowed to act under indirect supervision (reactive, on-demand supervision, trainee has to ask for help, supervisor readily available within seconds or minutes)</i>)
Level 4	kann unter entfernter Supervision arbeiten: Supervisor innert 30 Minuten vorhanden (<i>is allowed to act under distant supervision (reactive supervision but supervisor only available within 20-30 min or on the phone or post-hoc)</i>)
Level 5	kann andere supervidieren. (<i>is allowed to supervise others</i>)

Ab Level 4 kann vom eigentlichen «Anvertrauen» (entrustment) gesprochen werden [5]. Gemäss diesem System wird eine erfolgreiche Weiter- oder Fortbildung nicht mehr durch eine fixe Dauer oder eine Anzahl Interventionen definiert, sondern mit dem Zeitpunkt, an dem bei allen fachspezifischen EPAs das erforderte Level an Selbstständigkeit erreicht ist. Dazu braucht es eine definierte Anzahl an Beurteilungen, die für verschiedene EPAs hinsichtlich Menge und Art (Format und Inhalt) unterschiedlich sein kann. Schritt für Schritt mehr Selbstständigkeit wahrnehmen zu können, das ist die Grundidee des EPA-/Entrustment-Systems [6,7]. Im Anhang B ist ein Beispiel aufgeführt.

Die Assessments sollen die direkte Beobachtung umfassen, wie dies heute schon bei Mini-CEX und DOPS der Fall ist (immer mit Feedback). Daneben bietet sich eine ganze Palette weiterer Evaluations-Möglichkeiten, wie z.B. Fallbesprechungen über zukünftige Behandlungen ('Case-Based Discussions'), Briefings und Debriefings, Bewertung von Behandlungsergebnissen, Akteneinträgen, Austrittsberichten oder Gutachten [5]. Weiterhin eignen sich strukturiertere Beurteilungen wie z.B. im Rahmen von Simulationen (inkl. OSCE) und Wissensprüfungen um möglichst valide Entrustment-Entscheidungen treffen zu können [9]. Zur Beurteilung der Arbeitshaltung („Attitudes“) über längere Zeiträume eignet sich 'Feed-back aus multiplen Quellen' (sog. 360°-Feedback bzw. 'Multisource Feedback'). Abb. 2 zeigt eine Übersicht von möglichen Quellen für Entrustment-Entscheidungen. Dabei soll jede Beurteilung auch dem Lernfortschritt durch Feedback dienen.



2.2 Dokumentation der Assessments

Die einzelnen Beurteilungen sollten in einem einfachen, möglichst elektronischen (webbasierten) Tool festgehalten werden. Darin fließen im Idealfall die Eigenbeurteilung des Weiterzubildenden und die Fremdbeurteilung der Supervisor:in zusammen. Das Feedbackgespräch und konkrete Lernziele werden definiert und dokumentiert. Beurteilungsprozess und Instrumente für die Entscheidung über das Anvertrauen von Tätigkeiten (zur selbständigen Durchführung) sollen klar beschrieben und für Weiterbildende und Ärzte in Weiterbildung transparent und nachvollziehbar sein [1,7].

2.3 Anzahl an erforderlichen Assessments

Einzel-Assessments pro EPA sollten von möglichst verschiedenen Supervisor:innen, in möglichst verschiedenen Kontexten (Leitsymptomen, Settings etc.) und möglichst oft durchgeführt werden, um ein umfassendes Bild zu erhalten und damit einerseits das Lernen optimal zu unterstützen und andererseits fundierte Entscheidungen treffen zu können. Bei umfassenden EPAs (z.B. Management eines Notfallpatienten in der Pädiatrie) werden mehr solcher Beurteilungen benötigt, als bei weniger umfassenden EPAs (z.B. Anlage eines zentralen Venenkatheters). Summative Entscheidungen (z.B. Nachtdienststreife oder Facharztstreife) müssen durch ein Gremium aus mehreren Personen erfolgen (sog. Clinical Competence Committee, CCC, z.B. Oberärztinnen-Runde). Die erforderliche Mindestanzahl an Assessments, die ein CCC für eine verlässliche ('summative') Entrustment-Entscheidung benötigt (z.B. Nachtdienststreife oder Facharztprüfungsreife), ist aufgrund der schnellen wissenschaftlichen Weiterentwicklungen einem Wandel unterworfen. In unserem Papier zum Assessment (Website SIWF ab 05/2024: '*Suggestions for assessment using EPAs*') führen wir jeweils den aktuellen Stand zu diesen Vorgaben auf.

3 Leitlinie zur Implementierung von EPAs in der Schweiz

Um eine möglichst einheitliche und koordinierte Entwicklung von EPA-basierten Weiterbildungs-Programmen zu gewährleisten, hat das SIWF ein Template für Struktur und Inhalt einer EPA erarbeitet, sowie Kriterien für die Zusprache der Anvertraubarkeit und für den Implementierungs-Prozess. Die Leitlinie soll von den Fachgesellschaften bei der Weiterentwicklung ihrer Programme befolgt werden. Die Vereinheitlichung von Strukturen erscheint besonders wichtig unter der Perspektive von Fachgebieten, die EPAs miteinander teilen, wie z.B. 'Common Trunks'.

3.1 Definition, Struktur und Inhalt einer EPA

Eine EPA ist eine für das Fachgebiet typische Arbeitseinheit, die einer oder einem Weiter-zubildenden schrittweise übertragen werden kann, wenn sie oder er die notwendigen Kompetenzen zu ihrer Übernahme erworben haben. Einige Charakteristika sind [10]:

- Die Arbeitseinheit findet in einem gegebenen Umfeld / Zusammenhang statt.
- Sie benötigt adäquates, definiertes Wissen, Fertigkeiten und Verhalten.
- Sie ist unabhängig ausführbar und zeitlich begrenzt (hat Anfang und Ende).
- Der Prozess und das Resultat (outcome) können beobachtet und bewertet werden.
- Sie widerspiegelt eine oder mehrere konkrete Kompetenzen
- Sie eignet sich für das gezielte Anvertrauen als Kompetenz-Set (nicht alle Lernziele können sinnvollerweise in der Form von EPAs definiert, vermittelt und evaluiert werden)

3.2 Template zur Erstellung einer EPA

Für die Vereinheitlichung und Übertragbarkeit zwischen Fachgebieten soll dieses Template verbindlich angewendet werden (für die vollständige Version s. Anhang B).

1. **Titel** (Kurzbenennung der Aktivität im medizinischen Kontext)
2. **Beschreibung** (Spezifizierung und Eingrenzung der Aktivität, klinischer Zusammenhang)
3. **Mögliche Risiken** bei Fehlern (typische Komplikationen, Bezug zur Patientensicherheit)
4. **Essentielle Kompetenzdomänen** (gemäss CanMEDS, maximal n = 4)
5. **Wissen, Fähigkeiten und Haltungen** (Erwartete Kompetenzen, um die Aktivität anzuvertrauen)
6. **Assessment/Evaluation** (Welche Informationen braucht es, um die Fortschritte zu bewerten und schliesslich eine Gesamtbewertung („summative entrustment decision“) zu begründen. Anzahl und Art der Beobachtungen)
7. **Erwarteter Zeitraum** im Weiterbildungsverlauf, in dem ein definiertes Supervisionsniveau (z.B. 'distant supervision') für diese EPA typischerweise erreicht werden soll.
8. Allfällige **Gültigkeitsdauer** einer EPA (ggf. auch 'unbeschränkt').
9. (optional) Verbindungen zu **verwandten EPAs** (z.B. dazu vorbereitende EPAs, darauf aufbauende EPAs, ähnliche/gleiche EPAs in anderen Fachgebieten (z.B. 'erweiterte Reanimation'))

4 Implementierung in die Weiterbildungsprogramme

- Das SIWF ermutigt Fachgesellschaften, EPAs zur weitreichenden Abdeckung des Fachgebiets aktiv zu entwickeln. Im Rahmen der Weiterentwicklung der Weiterbildungscurricula werden EPAs in den kommenden Jahren zum Standard.
- Das SIWF hat zur Unterstützung dieser Arbeiten eine Arbeitsgruppe geschaffen (EPA-Kommission), welche Informationen vermitteln, methodisch beraten und sich mit auftauchenden Fragen und Problemen befassen kann. Ihre Aufgabe ist es auch, die erarbeiteten EPAs vor der formellen Aufnahme in die Weiterbildungsprogramme zu validieren.
- Die titelrelevante Aufnahme in Weiterbildungsprogramme kann erst geschehen, wenn EPAs verbindlich entsprechend dem SIWF-Template definiert und von der EPA-Kommission validiert worden sind.
- Pro Weiterbildungsstätte sollte eine Kaderärztin oder ein Kaderarzt ein didaktisches Training absolviert haben, um innerhalb einer Abteilung die notwendige Schulung des Kaders und der Weiterzubildenden zu gewährleisten.
- Übergangsbestimmungen für den Erwerb von Fachärztetiteln werden klar geregelt, insbesondere das Verfahren für Kandidatinnen und Kandidaten, die einen Teil ihrer Weiterbildung im Ausland absolviert haben.

Diese Leitlinie sowie weitere Literatur finden sich auf der Homepage des SIWF unter 'SIWF-Projekte': <https://www.siwf.ch/siwf-projekte/epa.cfm>

Literatur

- [1] CanMEDS 2015 Framework: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>. Accessed: 19.02.23
- [2] PROFILES. Available from: <https://www.profilesmed.ch/> (retrieved May 29, 2024)
- [3] Albermann K, Frick S, Grünig P, Meienberg A. Bin ich eine gute Ärztin? Bin ich ein guter Arzt? *Schweiz Ärztztg.* 2022;103:238-241.
- [4] Jilg S, Möltner A, Berberat P, Fischer MR, Breckwoldt J. How do Supervising Clinicians of a University Hospital and Associated Teaching Hospitals Rate the Relevance of the Key Competencies within the CanMEDS Roles Framework in Respect to Teaching in Clinical Clerkships? *GMS Z Med Ausbild.* 2015;32:Doc33.
- [5] Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ.* 2005;39:1176-7.
- [6] Frick S. EPAs, milestones, competences. Was brauchen wir davon? *Schweiz Ärztztg.* 2019;100:260-3.
- [7] Breckwoldt J, Beckers SK, Breuer G, Marty A. Entrustable professional activities. Zukunftsweisendes Konzept für die Weiterbildung. *Anästhesist* 2018;67:452-57.
- [8] Smit MP, de Hoog M, Brackel HJL, Ten Cate O, Gemke RJJ. A National Process to Enhance the Validity of Entrustment Decisions for Dutch Pediatric Residents. *J Grad Med Educ.* 2019;11:158-164.
- [9] Marty A, Brodmann Maeder M, Huwendiek S. Nur mit genügenden Pixeln wird das Bild klar. Programmatic Assessment und Implikationen für die kompetenzbasierte Weiterbildung. *Schweiz Ärztztg.* 2022; 103:1073-75.
- [10] Ten Cate O, Schwartz A, Chen HC. Assessing trainees and making entrustment decisions: on the nature and use of entrustment-supervision scales. *Acad Med.* 2020;95:1662-1669.
- [11] Ten Cate O, Taylor DR. The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140. *Med Teach.* 2021;43:1106-14.

Bern, März 2024

Anhang A

Kurzversion der CanMEDS-Rollen

1. Medical Expert (Ärztliche/r Expert:in / Expert Médical)

Beschreibung der Rolle:

Der/die Medical Expert ist die Integration der Rollen als Communicator, Collaborator, Leader, Health Advocate, Scholar und Professional (siehe Abbildung 1).

Die Fachärzt:innen verfügen im Hinblick auf ihre Berufstätigkeit über spezifische Kompetenzen, um ihre Patient:innen geeignet zu behandeln.

Die Fachärzt:innen behandeln ihre Patient:innen innerhalb der Grenzen ihres Fachgebietes, ihrer persönlichen Kompetenzen, der Institution, in welcher sie tätig sind. Sie respektieren das Selbstbestimmungsrecht ihrer Patient:innen und berücksichtigen deren Umfeld.

Sie handeln nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand und richten sich nach allgemein anerkannten ethischen und ökonomischen Grundsätzen.

Kompetenzen: Der/die Facharzt/ärztin ist fähig...

- ... die Gesundheit von Patient:innen und der Gemeinschaft zu fördern.
- ... Patient:innen in Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufe zu beraten, zu begleiten und zu betreuen und dabei das Selbstbestimmungsrecht der Patient:innen gebührend zu respektieren.
- ... eine konzise Anamnese zu erheben.
- ... eine Untersuchung («klinische Untersuchung») durchzuführen.
- ... die in Anamnese und klinischer Untersuchung erhobenen Informationen zu interpretieren, daraus eine Arbeitshypothese und eine Differentialdiagnose abzuleiten, einen Plan zum weiteren Vorgehen zu erarbeiten und die Erkenntnisse aus der Verlaufsbeobachtung zu nutzen.
- ... die im Fachbereich üblichen weiterführenden Untersuchungen und Behandlungen durchzuführen und die ausserhalb seiner Fachkompetenz liegenden weiteren Massnahmen zu veranlassen.
- ... Patient:innen mit chronischen, nicht heilbaren, progredienten oder weit fortgeschrittenen Erkrankungen über längere Zeiträume angemessen zu betreuen.
- ... alle diagnostischen und therapeutischen Massnahmen unter Berücksichtigung eines vernünftigen Kosten-/Nutzen-Verhältnisses durchzuführen und die Sicherheit der Patient:innen zu gewährleisten. Dabei soll er das Prinzip «Wirksamkeit-Zweckmässigkeit-Wirtschaftlichkeit» anwenden.
- ... die medizinischen Informationen geeignet festzuhalten und zu schützen.
- ... medizinische Kompetenzen zu erwerben zu erhalten und zu erweitern.

2. Communicator (Kommunikator:in / Communicateur)

Beschreibung der Rolle:

Fachärzt:innen gehen effizient und situationsgerecht mit Patient:innen, Familien, weiteren Bezugspersonen und anderen an der Behandlung beteiligten Fachkräften um. Sie gründen ihre Entscheide und die Weitergabe der Informationen auf gegenseitiges Verständnis und Vertrauen.

Kompetenzen: Der/die Facharzt/ärztin ist fähig...

- ... mit Patient:innen, Familien und weiteren nahestehenden Personen Beziehungen aufzubauen, die von Vertrauen geprägt sind.
- ... auf die Befriedigung von Eigeninteressen, insbesondere auf jede Form sexueller Kontakte zu den ihm anvertrauten Patient:innen zu verzichten.

- ... die wichtigen Informationen von den Patient:innen und der beteiligten Personen aus deren Umfeld zu gewinnen, zu verarbeiten und die gewonnenen Erkenntnisse personen- und situationsgerecht zu kommunizieren.
- ... Risiken und Nutzen diagnostischer und therapeutischer Massnahmen individuell verständlich mitzuteilen und damit das informierte Einverständnis («Informed Consent») zu erreichen.
- ... diagnostische und therapeutische Entscheidungen, die nicht urteils- bzw. handlungsfähige Patient:innen betreffen, gemeinsam mit den zuständigen Vertreter:innen zu fällen.
- ... die Informationen aus einer fachärztlichen Konsultation / Visite zu dokumentieren und zeitgerecht weiterzugeben.
- ... einfühlsam schlechte Nachrichten zu überbringen und verantwortungsvoll über Komplikationen und Fehler zu berichten.

3. Collaborator (Teamarbeiter:in / Collaborateur)

Beschreibung der Rolle:

Die Fachärzt:innen arbeiten partnerschaftlich zusammen mit ihren Patient:innen, deren Familien, weiteren Bezugspersonen und anderen an der Behandlung beteiligten Fachkräften aus verschiedensten Berufsgruppen. Dabei berücksichtigen sie deren Kompetenzen und Anschauungen. Die Fachärzt:innen arbeiten oft in mehreren Teams und an verschiedenen Orten.

Kompetenzen: Der/die Facharzt/ärztin ist fähig...

- ... mit anderen Fachärzt:innen und Fachpersonen anderer Berufsgruppen zusammen zu arbeiten, auch bei unterschiedlicher kultureller Herkunft.
- ... Interessensgegensätze zu erkennen, Meinungen Anderer zu akzeptieren und in der Zusammenarbeit Konflikte zu vermeiden und zu lösen.

4. 'Leader'

Beschreibung der Rolle:

Die Fachärzt:innen passen sich in die bestehenden Strukturen ein und versuchen diese zu optimieren. Sie üben in ihren jeweiligen Funktionen Management-Aufgaben aus. Sie setzen Prioritäten und entscheiden umsichtig über die Verwendung der beschränkten Ressourcen im Gesundheitswesen.

Kompetenzen: Der/die Facharzt/ärztin ist fähig...

- ... ihre/seine Berufstätigkeit erfolgreich zu gestalten und die ihrer/seiner beruflichen Stellung entsprechenden Management-Aufgaben zu übernehmen.
- ... ein Gleichgewicht zu finden zwischen der Berufstätigkeit und den privaten Aktivitäten.
- ... die beschränkten Mittel im Gesundheitswesen effizient im besten Interesse der Patient:innen unter Berücksichtigung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einzusetzen.
- ... relevante Informationen zur Patientenbetreuung zu werten und zu nutzen.
- ... die Betreuungsqualität und Patientensicherheit zu gewährleisten und zu verbessern

5. Health Advocate (Gesundheitsförderer / Promoteur de la santé)

Beschreibung der Rolle:

Die Fachärzt:innen können die Gesundheit einzelner Patient:innen, Patientengruppen und der Bevölkerung fördern. Sie können den Patient:innen helfen, sich im Gesundheitssystem zu orientieren und rechtzeitig eine angemessene Versorgung zu erhalten.

Kompetenzen: Der/die Facharzt/ärztin ist fähig...

- ... die massgebenden Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Einzelnen und eines Kollektivs zu beschreiben und zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit beizutragen.
- ... Gesundheitsprobleme zu erkennen und die notwendigen Massnahmen zu ergreifen.

6. Scholar (Gelehrte/r / Erudit)

Beschreibung der Rolle:

Die Fachärzt:innen streben während ihrer Berufstätigkeit danach, die relevanten Kenntnisse aus ihrem Fachbereich zu beherrschen und deren Weiterentwicklung zu verfolgen und zu fördern.

Kompetenzen: Der/die Facharzt/ärztin ist fähig...

- ... sich auf ihre/seine Berufstätigkeit ausgerichtet ständig fortzubilden.
- ... medizinische Fachinformation und deren Quellen zu evaluieren und in ihren/seinen Entscheiden zu berücksichtigen

7. 'Professional'

Beschreibung der Rolle:

Die Fachärzt:innen setzen sich ein für die Gesundheit und das Wohlbefinden der ihnen anvertrauten Patient:innen und der Gesellschaft als Ganzes durch eine ethische Berufshaltung, hohe persönliche Verhaltensstandards, Verlässlichkeit gegenüber dem Berufsstand und der Gesellschaft, professionsgeleitete Selbstverwaltung und Aufrechterhaltung der eigenen Gesundheit.

Kompetenzen: Der/die Facharzt/ärztin ist ...

- ... ist gesundheitlichen Themen in allen Aspekten verpflichtet
- ... Ihre/seine Professionalität betrifft die medizinische Kunst, die Wissenschaft und Praxis.
- ... Ihre/seine berufliche Integrität ist zentral für ihre/seine Rolle.
- ... Die Rolle des 'Professional' reflektiert die aktuellen Erwartungen der Gesellschaft an Ärztinnen und Ärzte einschliesslich klinischer Kompetenz, Verpflichtung zur kontinuierlichen fachlichen Fortbildung, Förderung des öffentlichen Wohls, das Einhalten von ethischen Standards und Werten Ehrlichkeit, Altruismus, Bescheidenheit, Respekt für Diversität, und Transparenz hinsichtlich potentieller Interessenskonflikte.
- ... Er/sie ist verantwortlich für die eigene Gesundheit bzw. für das Wohlergehen von Berufskolleg:innen.
- ... Professionalität ist die Grundlage des impliziten Vertrags zwischen Gesellschaft und dem medizinischen Berufsstand, welcher das Privileg der beruflichen Selbstverwaltung begründet im Verständnis, dass Ärztinnen und Ärzte verantwortlich sind gegenüber Patient:innen, der Gesellschaft, dem Berufsstand und sich selbst.

Anhang B

SIWF/ISFM Template for a full EPA (May 2024) [see also: 11]

1. Title	<p>The 'Title' just reflects clinical work or activity to be done in health care (not stated as skill or ability). Concise and informative (readily understood). Avoid adjectives that describe skill or competence. As short as possible, as long as needed (try to limit to 10 words). Ideally, the title contains a verb. Ask yourself: can a resident be entrusted with this activity in daily practice?</p>
2. Description (Specifications and limitations)	<p>Describes and specifies what is included in the activity and what is not as well as the context. Try to make a bulleted or numbered list of components chronologically.</p> <p>Possible structure:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setting: e.g., Out-patient setting, emergency, ward • Timeframe: define the start and end of the activity • Including: Limit the description to the activity. • Excluding: Are there any limitations regarding complexity or setting applicable when the learner will be formally entrusted (certified) with this EPA? Are there elements that belong to another/related EPA?
3. Potential risks in case of failure	<p>List relevant complications and adverse events if done improperly. Think of harm to patients, undue costs or wasted resources, psychological damage to the learner, the team or hospital, etc. (Limit list to some likely events, i.e. 2-5)</p>
4. Most relevant Competency Domains (CanMEDS)	<p>Try to limit to the 2-4 CanMEDS roles that seem most relevant for this EPA: Medical Expert / Communicator / Collaborator / Leader / Health Advocate / Scholar / Professional</p>
5. Knowledge, Skills, Attitude	<p>Which knowledge, skills, attitudes are expected before a trainee can be trusted to carry out is EPA? This information will guide trainees and supervisors. Ideally use verbs like the following for the description: "explores", "shows", "demonstrates", "explains", "presents", "communicates", "summarizes", etc.</p> <p>Knowledge: Skills: Attitudes:</p> <p>Make sure that you address also aspects from the CanMEDs roles you indicated above as central to the activity (4. Most relevant competency domains)</p>

6. Evaluation: Basis for progress	<ul style="list-style-type: none"> • What information should be used to determine learning progress and ground a summative entrustment decision (e.g., <i>single brief direct observations, longitudinal observations (e.g. multisource feedback), entrustment (case-)based discussions, products of work (e.g. patient documentation), simulations, or others sources</i>)? (for details see: "Suggestions for assessment using EPAs in residency training (pilot phase)" on the SIWF/ISFM homepage) • Is there a number of procedures or other experience that must be completed?
7. Stage of training when an Entrustment-/ Supervision Level of 'unsupervised practice' is expected	<p>When are trainees expected to reach which level of entrustment or supervision for this EPA? This is an important part in the context of the subject of individualized training length. It gives trainers and residents a clear guideline. Might as well be subject to variance regarding the institution.</p>
8. Expiration date	<p>Optional: If the EPA involves major risks, competence should be maintained. How long a period of non-practice should lead to expiration?</p>
9. Connections to other EPAs	<p>Optional: Could this be a 'Shared' EPA with other specialties, or is there potential overlap? Does this EPA build on any other EPA (e.g., Common Trunk, or Junior EPAs) – or lead to a more complex one?</p>
1. Title	<p>The 'Title' just reflects clinical work or activity to be done in health care (not stated as skill or ability). Concise and informative (readily understood). Avoid adjectives that describe skill or competence. As short as possible, as long as needed (try to limit to 10 words). Ideally, the title contains a verb. Ask yourself: can a resident be entrusted with this activity in daily practice?</p>
2. Description (Specifications and limitations)	<p>Describes and specifies what is included in the activity and what is not as well as the context. Try to make a bulleted or numbered list of components chronologically.</p> <p>Possible structure:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setting: e.g., Out-patient setting, emergency, ward • Timeframe: from ... to ... • Including: Limit the description to the activity. • Excluding: Are there any limitations regarding complexity or setting applicable when the learner will be formally entrusted (certified) with this EPA? Are there elements that belong to another/related EPA? •
3. Potential risks in case of failure	<p>List relevant complications and adverse events if done improperly. Think of harm to patients, undue costs or wasted resources, psychological damage to the learner, the team or hospital, etc. (Limit list to some likely events, i.e. 2-5)</p>

4. Most relevant Competency Domains (CanMEDS)	Try to limit to the 2-4 CanMEDS roles that seem most relevant for this EPA: Medical Expert / Communicator / Collaborator / Leader / Health Advocate / Scholar / Professional
5. Knowledge, Skills, Attitude	Which knowledge, skills, attitudes are expected before a trainee can be trusted to carry out is EPA? This information will guide trainees and supervisors. Knowledge: Skills: Attitudes:
6. Evaluation: Basis for progress	- What information should be used to determine learning progress and ground a summative entrustment decision (e.g., single brief direct observations, longitudinal observations (e.g. multisource feedback), entrustment (case-)based discussions, products of work (e.g. patient documentation), simulations, or others sources)? For details see: ‘Suggestions for assessment using EPAs in residency training (pilot phase)’ on the SIWF/ISFM homepage) - Is there a number of procedures or other experience that must be completed?
7. Stage of training when an Entrustment-/ Supervision Level of ‘unsupervised practice’ is expected	When are trainees expected to reach which level of entrustment or supervision for this EPA? This is an important part in the context of the subject of individualized training length. It gives trainers and residents a clear guideline. Might as well be subject to variance regarding the institution. However, at minimum, the expected level at the end of specialty training should be stated.
8. Expiration date	Optional: If the EPA involves major risks, competence should be maintained. How long a period of non-practice should lead to expiration?
9. Connections to other EPAs	Optional: Could this be a ‘Shared’ EPA with other specialties, or is there potential overlap? Does this EPA build on any other EPA (e.g., Common Trunk, or Junior EPAs) – or lead to a more complex one?

EPA-Commission May. 2024