

Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten

Entrustable Professional Activities (EPAs) – Anwendung im
Rahmen der Anerkennung nichtärztlicher Gesundheitsberufe mit
erweiterten Kompetenzen

Autorenschaft:
Sonia Barbosa, MHS
Dr. med. Philippe Eggimann

Vorwort

Dieses Dokument richtet sich an medizinische Fachgesellschaften (MFGs) sowie an nichtärztliche Gesundheitsberufe mit erweiterten Kompetenzen (Non-Physician Practitioners, NPPs; Advanced Practice), die beabsichtigen, in enger Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft medizinische Leistungen zu erbringen. Es verfolgt das Ziel, sie bei der Einführung eines praxisbezogenen Rahmens auf Basis der Anvertraubaren Professionellen Tätigkeiten («Entrustable Professional Activities», EPAs) zu unterstützen, um eine einheitliche pädagogische Systematik für die klinischen Tätigkeiten aller betroffenen Gesundheitsfachpersonen zu etablieren.

Dieses Dokument erhebt nicht den Anspruch, die EPA-Systematik und ihre klinische Umsetzung im Sinne einer wissenschaftlichen Publikation vertieft zu erklären, zu begründen oder zu analysieren. Vielmehr ist es als Leitfaden gedacht, der den Weg zu einer stärkeren inter- und intraprofessionellen Zusammenarbeit aufzeigen soll. Es vermittelt einen Überblick über die EPA-Systematik und schlägt eine konkrete Lösung vor, die Ärztinnen und Ärzten Rechtssicherheit bei der Zusammenarbeit mit NPPs unter ärztlicher Delegation oder in eigener beruflicher Verantwortung bietet. Das Dokument enthält ausserdem nützliche Links zu zusätzlichen Ressourcen, die für die Implementierung der EPAs in der Praxis erforderlich sind. Diese Ressourcen sollen MFGs und NPPs gemeinsam die notwendigen Werkzeuge an die Hand geben, um ein Projekt zur Erstellung von EPAs zu initiieren und dadurch eine effiziente und effektive Zusammenarbeit auf der Grundlage einer gemeinsamen Systematik zu fördern.

Wir hoffen, dass dieser Leitfaden Ihnen die notwendigen Klarstellungen liefert und Sie bei der Planung und Umsetzung der EPAs in der medizinischen Praxis unterstützt, während er gleichzeitig eine bessere Integration und Anerkennung der Kompetenzen innerhalb interprofessioneller Versorgungsteams fördert.

Hinweis: Diese Fassung ist eine freie Übersetzung des französischen Originaldokuments. Im Falle von Unklarheiten oder Interpretationsfragen gilt ausschliesslich die französische Version als verbindliche Referenz.

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists
CBME	Competency Based Medical Education
EPA(s)	Entrustable Professional Activity / Activities
GesBG	Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe
MFGs	Medizinische Fachgesellschaft(en)
MME	Master of Medical Education
NPP(s)	Non-Physician Practitioner(s)
PROFILES	Principle Relevant Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland
resp.	respektive
SGK	Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie
SGM	Skill-Grade-Mix
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMIFK	Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission
SSP	Situations as Starting Points
z. B.	zum Beispiel

Inhaltsverzeichnis

1.	Einführung	5
2.	Die EPAs im Medizinstudium	5
2.1	EPA n.1 : Take a medical history	6
2.2	EPA n.2 : Assess the physical and mental status of the patient	7
2.3	EPA n.3 : Prioritize a differential diagnosis following a clinical encounter	8
2.4	EPA n.4 : Recommend and interpret diagnostic and screening tests in common situations	9
2.5	EPA n.5 : Perform general procedures	9
2.6	EPA n.6 : Recognize a patient requiring urgent / emergency care, initiate evaluation and management	10
2.7	EPA n.7 : Develop a management plan, discuss orders and prescriptions in common situations	11
2.8	EPA n.8 : Document and present patient's clinical encounter, perform handover	11
2.9	EPA n.9 : Apply instruments and measures for patient safety in clinical context	12
3.	Die EPAs in der Weiterbildung	12
3.1	Definition der EPAs in der Weiterbildung	13
3.1.1	Selbstständigkeitsstufen	13
3.2	Wie erstellt man eine EPA und daraus abgeleitet einen Kompetenzkatalog auf Basis von EPAs?	14
3.2.1	Was eine EPA ist	15
3.2.2	Was eine EPA nicht ist	15
3.2.3	Grenzen einer EPA	15
3.2.4	Regulierung	16
3.3	EPA-App	16
4.	Implementierung der EPAs bei nichtärztlichen Gesundheitsberufen mit erweiterten Kompetenzen	16
4.1	Ziele der Integration von EPAs in die Ausbildung anderer Gesundheitsberufe	16
4.2	Zusammenarbeit zwischen MFGs und NPPs	17
4.2.1	Welche Rolle spielen die Berufsverbände der NPPs?	18
4.2.2	Welche Rolle spielen die MFGs?	18
4.2.3	Konkretes Beispiel	19
5.	Perspektiven	19
5.1	Rechtlicher Rahmen	19
5.2	Eine Tarifierung, welche die Realität der Praxis widerspiegelt	19

1. Einführung

Entrustable Professional Activities (EPAs), auf Deutsch Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten, sind ein Konzept aus der medizinischen Ausbildung, das dazu dient, die Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten in der Aus- und Weiterbildung zu strukturieren, zu beurteilen und zu bestätigen. Es handelt sich dabei um berufliche Tätigkeiten oder Verantwortlichkeiten, die von einem supervidierenden Arzt oder einer supervidierenden Ärztin an Medizinstudierende, Assistenzärztinnen und -ärzte sowie Oberärztinnen und -ärzte übertragen werden, sobald diese nachgewiesen haben, dass sie diese Aufgaben selbstständig und sicher ausführen können. Im Gegensatz zu allgemeinen, oft abstrakten Kompetenzbeschreibungen sind EPAs aus der klinischen Praxis abgeleitet und präzise formuliert. Ihr Ziel ist es, eine praxisorientierte Methode zur Verfügung zu stellen, um zu beurteilen, ob eine sich in Aus- oder Weiterbildung befindende Person bereit ist, in realen Situationen berufliche Verantwortung zu übernehmen und in welchem Ausmass sie selbstständig tätig sein kann. Sie ermöglichen es, die erworbenen Kompetenzen mit praktischen Handlungen im beruflichen Kontext zu verknüpfen.

Obwohl das Konzept der «Competency Based Medical Education» (CBME) nicht neu ist, ist die Bezeichnung EPA vergleichsweise jung. Sie wurde eingeführt, um die Verbindung zwischen den Kompetenzrahmenwerken und dem Arbeitsplatz herzustellen. Eine EPA ist eine Einheit der beruflichen Praxis, die als Aufgabe oder Verantwortung definiert werden kann, die einer Person in Ausbildung übertragen wird, sobald sie ein ausreichend hohes Kompetenzniveau erreicht hat, um diese Tätigkeit ohne Aufsicht auszuführen. Der Einsatz von EPAs beschränkt sich nicht auf die medizinische Grundausbildung, sondern findet auch in der Weiterbildung Anwendung¹.

Die in der Ausbildung eingesetzten EPAs konzentrieren sich auf den Erwerb von Wissen und klinischen Fähigkeiten, die erforderlich sind, damit angehende Ärztinnen und Ärzte ihre Tätigkeit vom ersten Tag als Assistenzärztinnen und -ärzte ausüben können. Diese EPAs bereiten die Studierenden auf die klinische Realität vor, die sie erwartet, und ermöglichen es ihnen, unter Aufsicht einer Oberärztin oder eines Oberarztes alltägliche medizinische Situationen zu meistern und aktiv an der Patientenversorgung teilzunehmen. Die in der Weiterbildung verwendeten EPAs sind hingegen fachrichtungsspezifisch. Sie zielen darauf ab, fortgeschrittene und spezialisierte Kompetenzen zu entwickeln, die für den Erwerb eines Facharztstitels erforderlich sind. Diese Kategorie von EPAs verlangt das sichere Beherrschen von Techniken und fachrichtungsspezifisches Wissen, sodass die Ärztinnen und Ärzte in der gewählten Fachrichtung selbstständig und unter eigener beruflicher Verantwortung tätig sein können.

2. Die EPAs im Medizinstudium

Bei der Einführung von PROFILES im Schweizer Medizinstudium im Jahr 2017 wurden neun EPAs definiert. Die ersten Ärztinnen und Ärzte, die nach diesem Programm ausgebildet wurden, haben ihre Weiterbildung 2024 begonnen². Im Jahr 2023 wurde PROFILES überarbeitet; die neue Version enthält weiterhin neun EPAs, die jeweils mit klinischen Situationen, den sogenannten «Situations as Starting Points» (SSP), verknüpft sein müssen. EPAs sind kontextabhängig. Das bedeutet, dass sie in gängigen klinischen Situationen und medizinischen Einsatzbereichen im Umgang mit Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen vermittelt und angewendet werden sollen³.

Die in PROFILES beschriebenen EPAs benennen die Kompetenzen, über die angehende Ärztinnen und Ärzte am Ende des Medizinstudiums verfügen müssen. Diese Kompetenzen entsprechen dem Niveau, das erforderlich ist, um die EPAs vom ersten Tag der Weiterbildung an selbstständig ausüben zu können⁴. Konzipiert wurden diese Tätigkeiten so, dass sichergestellt ist, dass die Absolventinnen und Absolventen die erforderlichen praktischen Fähigkeiten und das notwendige Wissen besitzen, um grundlegende klinische Tätigkeiten sicher und effektiv durchzuführen. Die Anvertraubarkeit hängt eng mit dem Selbstständigkeitsgrad und dem Supervisionsbedarf der Assistenzärztin resp. des Assistenzarztes bei der übertragenen Tätigkeit zusammen. Obwohl frisch diplomierte Ärztinnen und Ärzte in vielen Situationen noch direkte Aufsicht benötigen, müssen sie regelmässig klinische Aufgaben ausführen, bei denen nur eine indirekte bzw. entfernte Supervision erfolgt⁵. Durch dieses systematische Vorgehen sind die jungen Ärztinnen und Ärzte darauf vorbereitet, ihre berufliche Verantwortung

¹ Freie Übersetzung aus dem Artikel: Ten Cate O. Competency-based postgraduate medical education: Past, present and future. *GMS J Med Educ.* 2017;34(5):Doc69. doi: [10.3205/zma001146](https://doi.org/10.3205/zma001146). PMID: 29226237; PMCID: PMC5704607

² [Entrustable Professional Activities \(EPA\) | ISFM \(siwf.ch\)](#)

³ [Entrustable Professional Activities \(EPA\) | PROFILES \(profilesmed.ch\)](#)

⁴ [Introduction | PROFILES \(profilesmed.ch\)](#)

⁵ PROFILES 2023

schrittweise zu übernehmen und ihre spezialisierte postgraduale Weiterbildung auf einer soliden, praxisbasierten Kompetenzgrundlage aufzubauen.

Es gilt zu beachten, dass die neun unten aufgeführten EPAs nicht isoliert betrachtet werden dürfen. Sie sind kontextabhängig und sollen in möglichst vielen verschiedenen medizinischen Situationen unterrichtet, angewendet und beurteilt werden (vgl. «Situations as Starting Points» [SSP] in PROFILES 2023). Darüber hinaus sind die EPAs eng mit den CanMEDS-Rollen verknüpft, die die Personen im Laufe ihrer Ausbildung erworben haben. Deshalb muss bei jeder EPA überlegt werden, welche Rollen und Kompetenzen zuvor erworben sein müssen, um sie sinnvoll erbringen zu können. Eine EPA kann somit auch als integrativer Indikator für verschiedene bereits erlernte Kompetenzen verstanden werden. Um diese Wechselbeziehung zu verdeutlichen, verweist jede EPA, wie sie in PROFILES 2023 formuliert ist⁶, in ihrem Titel auf die wichtigsten CanMEDS-Rollen, die ihr zugeordnet sind⁷.

2.1 EPA n.1 : Take a medical history

EPA	1.1	Obtain a complete and accurate history in an organized fashion, taking into account the patient's expectations, priorities, values, representations and spiritual needs; explore complaints and situations in persons of all ages; adapt to linguistic skills and health literacy; respect confidentiality
EPA	1.2	Explore patient expectations, values and priorities
EPA	1.3	Use patient-centered, hypothesis-driven interview skills; be attentive to patient's verbal and nonverbal cues, patient/family culture, concepts of illness; check need for interpreting services; approach patients holistically in an empathetic and non-judgmental manner
EPA	1.4	Evaluate understanding and decision-making capacity of all patients, especially those of psychiatric patients, cognitively impaired persons or minors
EPA	1.5	Identify and use alternate sources of information to obtain history when needed, including but not limited to family members, primary care physicians, staff of living facility, pharmacy or social/health alliance
EPA	1.6	Assess gender, social, cultural and other factors that may influence the patient's perception and description of symptoms; demonstrate cultural awareness and humility, and be conscious of the potential for bias in interactions with the patient
EPA	1.7	In cases of long-term follow-up care, select the most salient issues that must be addressed in terms of treatment, side-effects, compliance, daily impact of the disease and patient's environment
EPA	1.8	Review the patient's health behavior, lifestyle, and environmental risk exposure as part of a routine check-up, or as far as possible, and assess the patient's opinions, representations and expectations
EPA	1.9	Explore the patient's use of medicine and treatment, including complementary and integrative medicine
EPA	1.10	Explore the patient's use or misuse of psychoactive substances
EPA	1.11	Use clinical reasoning in gathering focused information relevant to a patient's care
EPA	1.12	Identify issues not mentioned spontaneously by the patient (hidden agenda)
EPA	1.13	Recognize situations involving potential self-harm or victimization, such as interpersonal violence, assault
<i>Specific competencies / skills related to history taking</i>		
EPA	1a	Take an age-specific pediatric history (involving mother/father and child or adolescent)
EPA	1b	Perform an age-specific assessment of a child's / adolescent's development and lifestyle
EPA	1c	Take a psychiatric history

⁶ smifk-cims.ch

⁷ Der Abschnitt basiert auf Paraphrasen und direkten Zitaten aus dem Kapitel «Entrustable Professional Activities» von PROFILES 2023

EPA	1d	Take an occupational and workplace history, consider ergonomic and hygienic situation
EPA	1e	Take a sleep history
EPA	1f	Take a history of sexual and reproductive health
EPA	1g	Take a history from severely ill or dying patients

2.2 EPA n.2 : Assess the physical and mental status of the patient

EPA	2.1	Perform an accurate and clinically relevant physical examination in a logical and fluid sequence, with a focus on the purpose and the patient's expectations, complaints and symptoms, in persons of all ages; respect patient privacy, comfort, and safety
EPA	2.2	Assess the cognitive and mental state of the patient including attention, memory, perception, understanding, language, expression, affect, and behavior
EPA	2.3	Perform a physical examination in difficult situations such as obesity, intrusive procedure, non-cooperative patients, reduced consciousness, cognitive impairment, disabled patients, and persons who do not speak the local language or are of different ethnicity
EPA	2.4	Identify, describe, document and interpret abnormal findings of a physical examination. Assess vital signs (temperature, heart and respiratory rate, blood pressure)
EPA	2.5	Demonstrate patient-centered examination techniques; demonstrate effective use of devices, as recommended by medical societies (such as a stethoscope, otoscope, ophthalmoscope)
EPA	2.6	Explain physical examination maneuvers, obtain consent as appropriate, and communicate findings
EPA	2.7	Recognize the signs of imminent death

Specific competencies / skills related to history taking.

Students are expected to perform the tasks below on simulated or real patients. However in some situations, *in italics*, only a demonstration of the technique should be expected

EPA	2a	Assessment of patient's general condition and vital signs
EPA	2b	Assessment of nutritional status
EPA	2c	Assessment of state of consciousness, attention, orientation, language/speech, affect, mood
EPA	2d	Evaluation of patient's decision-making capacity
EPA	2e	Assessment of the skin, hair and nails, description of lesions
EPA	2f	Palpation of lymph nodes
EPA	2g	Inspection and palpation of the orbit, eyelids and eye (all structures)
EPA	2h	Assessment of visual acuity and visual field, <i>as well as optic disc and retinal vessels with ophthalmoscope</i>
EPA	2i	Assessment of color vision
EPA	2j	Assessment of eye movements, recognition and description of nystagmus
EPA	2k	Inspection and palpation of auricle and adjacent region as well as external auditory canal and tympanic membrane (<i>using otoscope</i>) - hearing tests with whispering, conversational voice and tuning fork
EPA	2l	Examination of nose, face, mouth, salivary glands, pharynx, larynx, and neck visually, manually, and by using basic, non-endoscopic instruments
EPA	2m	Inspection, palpation and auscultation of cervical structures
EPA	2n	Inspection and palpation of thyroid, carotid arteries
EPA	2o	Inspection and palpation of skeleton and joints
EPA	2p	Functional testing of joint mobility: shoulders, elbows, wrists, hands, fingers, hips, knees, ankles, feet, and toes

EPA	2q	Inspection, palpation, percussion and mobility of the spine
EPA	2r	Inspection and palpation of chest, percussion and auscultation of lungs
EPA	2s	Palpation (apex beat/fremitus) and auscultation of heart; description of normal/abnormal heartbeat and murmurs
EPA	2t	Palpation of pulse, testing for arterial insufficiency or bruits
EPA	2u	Demonstrate ability to perform simple ultrasound investigations (suspected pleural effusion, abdominal mass, ascites)
EPA	2v	Assessment of venous system
EPA	2w	Palpation, percussion and auscultation of abdomen, description of findings
EPA	2x	Inspection and palpation of groin / hernial orifices
EPA	2y	<i>Examination of external genitals (all sexes)</i>
EPA	2z	<i>Rectal examination in male and female (anus, rectum, prostate gland, sacrum, vagina, uterus, parametria)</i>
EPA	2aa	<i>Speculum examination: inspection of vagina and cervix</i>
EPA	2bb	<i>Bimanual examination: vagina, cervix, uterine corpus, ovaries</i>
EPA	2cc	Palpation of breast
EPA	2dd	Neurological examination: Assessment of state of consciousness, attention, orientation, language/speech, cranial nerves, motor system (including involuntary movements), sensory system, reflexes, stand and gait
EPA	2ee	Assessment of coma (scale)
EPA	2ff	<i>Examination of newborns (Apgar score, dysmorphism, malformation)</i>
EPA	2gg	Assessment of age-specific anthropometric characteristics of infants / children / adolescents
EPA	2hh	<i>Assessment of pubertal growth (pubertal stages)</i>
EPA	2ii	Age-specific assessment of the child: neurological and cognitive development
EPA	2jj	Assessment of basic and instrumental activities of daily living
EPA	2kk	<i>Forensic examination of persons under the influence of alcohol and/or drugs</i>
EPA	2ll	<i>Approach to and documentation of physical/sexual violence</i>
EPA	2mm	<i>Clinical diagnosis of death, estimation of time of death</i>

2.3 EPA n.3 : Prioritize a differential diagnosis following a clinical encounter

EPA	3.1	Synthesize essential data from previous records, integrate the information derived from history, meaningful physical and mental symptoms and physical exam; provide initial diagnostic evaluations; take into account the age, gender and psychosocial context of the patient as well as social determinants of health
EPA	3.2	Assess the degree of urgency of any complaint, symptom or situation
EPA	3.3	Demonstrate awareness of polymorbidity and atypical presentation of disease, especially in elderly patients
EPA	3.4	Integrate the scientific foundations of basic medical sciences as well as epidemiological information (probability of diseases) into clinical reasoning, in order to develop a differential diagnosis and a working diagnosis, organized in a meaningful hierarchical way
EPA	3.5	Engage with supervisors and team members for endorsement and confirmation of the working diagnosis; explain and document the clinical reasoning that led to the working diagnosis; demonstrate critical thinking with regard to differential diagnosis
EPA	3.6	Manage ambiguity in a differential diagnosis for oneself and the patient; respond openly to questions from patients and members of the healthcare team; continuously update differential diagnosis

2.4 EPA n.4 : Recommend and interpret diagnostic and screening tests in common situations

EPA	4.1	Recommend first-line, cost-effective diagnostic evaluation for a patient with an acute or chronic disorder or as part of routine health maintenance
EPA	4.2	Justify an informed, evidence-based rationale for ordering tests (when appropriate, based on integration of basic medical disciplines as they relate to the clinical condition); take into account cost-effectiveness and environmental impact of ordering
EPA	4.3	Obtain informed consent: discuss with the patient and the family or proxy, and ensure that they understand the indications, risks, benefits, alternatives, and potential complications; seek an agreement/shared decision and document it in the file
EPA	4.4	Demonstrate awareness of differences in values and thresholds regarding sex and age in the interpretation of biological test results: use reference values
EPA	4.5	Interpret results of tests and investigations (including morphological and pathological findings) and integrate them into the differential diagnosis; understand the implications and urgency of an abnormal result and seek assistance with interpretation if needed
EPA	4.6	As part of a routine check-up, advise patients and order screening tests or procedures to identify asymptomatic diseases or risk factors, weighing up their risks, benefits and predictive value; apply valid epidemiological data in selecting tests and procedures
EPA	4.7	Provide an informed rationale for ordering imaging examinations; interpret first-line, common X-rays; integrate diagnostic imaging into the clinical workup
EPA	4.8	Order required tests and investigations in situations with medicolegal implications: substances in the blood, X-rays and genetic tests

2.5 EPA n.5 : Perform general procedures

EPA	5.1	Understand and explain the anatomy and physiology, indications and contraindications, risks and benefits, alternatives and potential complications of the procedure
EPA	5.2	Obtain informed consent: communicate the information to the patient and the family or proxy, seek an agreed/shared decision and document it in the file
EPA	5.3	Demonstrate the technical (motor) skills required for the procedure
EPA	5.4	Observe principles of asepsis and maximize patient safety during procedure
EPA	5.5	Manage common post-procedure complications
<p>Specific procedures that must be mastered by the student by the end of the curriculum</p> <p>Students are expected to perform the procedures below with real patients, except for some specific procedures that should be learnt and performed <i>as simulations (marked with italics)</i></p>		
EPA	5a	Measuring and interpreting body temperature
EPA	5b	Intravenous injection and cannulation, subcutaneous and intramuscular injection
EPA	5c	Insertion of a peripheral intravenous line, planning and managing parenteral administration of drugs
EPA	5d	Pre-operative preparation of surgical field for minor surgery; asepsis and antisepsis
EPA	5e	Local skin anesthesia
EPA	5f	Wound cleaning, application and removal of sutures
EPA	5g	Application of bandages and dressings
EPA	5h	Simple spirometry, measurement of peak expiratory flow
EPA	5i	Arterial puncture for blood gas analysis
EPA	5j	Instruction of the patient in the use of metered dose inhalers, spacers and nebulizers
EPA	5k	Taking a throat swab and performing a rapid streptococcal test

EPA	5l	Ear irrigation
EPA	5m	Removal of a superficial foreign body from the cornea
EPA	5n	<i>Urethral catheterization</i>
EPA	5o	Performance and interpretation of a urine stick test
EPA	5p	Preparation and examination of urinary sediment
EPA	5q	Performance and interpretation of an ECG
EPA	5r	Performance and interpretation of a pregnancy test
EPA	5s	<i>Assisting in the delivery of a baby</i>
EPA	5t	<i>Clamping of umbilical cord / separating placenta from child</i>
EPA	5u	<i>Nasogastric intubation</i>
EPA	5v	<i>Lumbar puncture</i>
EPA	5w	<i>Cutaneous allergy test (Prick-test)</i>

2.6 EPA n.6 : Recognize a patient requiring urgent / emergency care, initiate evaluation and management

EPA	6.1	Recognize abnormal vital signs
EPA	6.2	Interpret the clinical situation using pathophysiological principles
EPA	6.3	Assess the urgency and the severity of a patient's situation / illness and indications for escalating care
EPA	6.4	Identify possible underlying etiologies of the patient's deteriorating condition
EPA	6.5	Initiate a care plan for the decompensating patient; apply basic and advanced life support as needed
EPA	6.6	Take into account a "do-not-resuscitate" request
EPA	6.7	As a team member, share vital and relevant information with other members, using structured communication techniques as well as briefings and debriefings for continuing decision-making and follow-up of the patient
EPA	6.8	Identify the need for rapid transfer of patient to another facility
EPA	6.9	Update the patient/family and ensure that they understand the indications, risks and benefits, alternatives and potential complications. If possible, ask for the patient's informed consent or advance directives
<p>Emergency situations that any resident can autonomously and trustworthily initially manage, i.e. assess the patient's state, order and interpret tests, initiate first procedures and treatment, included basic, immediate, and advanced life support:</p>		
EPA	6a	Transient loss of consciousness, syncope, coma, seizures
EPA	6b	Shock, severe hypotension
EPA	6c	Acute chest pain
EPA	6d	Acute severe headache, meningism
EPA	6e	Acute abdominal pain
EPA	6f	Sudden deterioration of mental state, e.g. confusion / delusion / (auto-)aggressive behavior
EPA	6g	Shortness of breath
EPA	6h	Severe hypertension
EPA	6i	Uncomplicated trauma such as fall, minor traffic injury
EPA	6j	Acute neurological deficits
EPA	6k	Severe acute blood loss
EPA	6l	Intoxication / poisoning

EPA	6m	Burns
-----	----	-------

2.7 EPA n.7 : Develop a management plan, discuss orders and prescriptions in common situations

EPA	7.1	Establish a management plan that integrates information gathered from history, physical examination, laboratory tests and imaging as well as the patient's preference; incorporate the prescription of medications, physiotherapy and physical rehabilitation, dietetic and lifestyle advice, psychological support, social and environmental measures into the management plan
EPA	7.2	Use clinical scores and clinical decision rules/protocols to support decision (Bayesian approach) when appropriate.
EPA	7.3	Adopt a shared-decision making approach in establishing the management plan, take into account patient's preferences in making orders; take into account an indication or request for complementary and integrative medicine; deal with treatment refusal; demonstrate an understanding of the patient's and family's current situation, beliefs and wishes, and consider any physical dependence or cognitive disorders; react appropriately when the patient lacks autonomous decision-making capacity.
EPA	7.4	Take into account the patient's specific profile and situation, such as gender, age, culture, religion, beliefs and health literacy; take into account the vulnerability of specific groups such as immigrants, patients with low socioeconomic status, adolescents
EPA	7.5	Ensure patient's and family's understanding of the indications, risks and benefits, alternatives and potential complications of treatment
EPA	7.6	Understand and apply the concept and basic elements of advance care planning
EPA	7.7	Demonstrate an insight into emotional factors that can interfere with patient-doctor communication and their management
EPA	7.8	Provide effective treatment (non-pharmacological, pharmacological, and interventional) of all types of pain
EPA	7.9	Prescribe antibiotics only with clear indications and be aware of the issue of antibiotic resistance
EPA	7.10	Avoid unnecessary/futile/low-value diagnostic measures and treatment (smarter medicine)
EPA	7.11	Determine prescription and treatment according to the patient's condition, and adjust for weight, allergies, pharmacokinetics, pharmacogenetics ("precision medicine"), potential interactions with other medication and substances, pregnancy status or co-morbid conditions, legal/illegal psychoactive substances, potential for self-harm. Use therapeutic drug monitoring appropriately.
EPA	7.12	In patients with multimorbidity, prioritize measures and medication; compose orders efficiently and effectively, whether in oral, written or electronic format
EPA	7.13	During follow-up, support self-management by the patient; evaluate and discuss adherence; discuss the potential impact of non-adherence if needed, especially with patients who are cognitively impaired or unable to make decisions; use motivational approaches if appropriate
EPA	7.14	Ensure continuity and interprofessional collaboration in caring for chronic and polymorbid patients
EPA	7.15	Counsel patient and family proactively on decision-making at the end of life, taking into account the patient's preferences and acceptable outcomes; involve chaplain if needed and/or consult with ethicist in difficult situations
EPA	7.16	Prescribe measures for treatment of pain, palliative and end-of-life care, taking into account any advance directives or a "do not resuscitate" request

2.8 EPA n.8 : Document and present patient's clinical encounter, perform handover

EPA	8.1	Document and record the patient's chart; filter, organize, prioritize and synthesize information; comply with requirements and regulations
-----	-----	--

EPA	8.2	Document and record the patient's autonomous decision-making capacity
EPA	8.3	Document the rationale for the clinical decision and for involving the patient in making the decision; provide and incorporate discharge document
EPA	8.4	Document the discussion and the informed consent appropriately in the health record, taking into account the importance of privacy, confidentiality and data protection, especially in the use of electronic communication and records
EPA	8.5	Provide an accurate, concise, relevant, and well-organized oral presentation of a patient encounter and situation, adjusting it to the profile and role of the recipient; elicit feedback about the handover, especially when assuming responsibility for the patients; ask for clarification if needed
EPA	8.6	Organize transfer of a patient from one setting to another, involving the patient and family/caregivers; at discharge from hospital, identify the needs for (sustainable) assistance by psychosocial network
EPA	8.7	Consider forced hospitalization for acute psychiatric breakdown

2.9 EPA n.9 : Apply instruments and measures for patient safety in clinical context

EPA	9.1	Identify actual and potential ("near miss") errors in a patient encounter and report them using an error reporting systems (CIRS). Show adequate accountability
EPA	9.2	Address and question critical aspects in patient safety, involving other team members
EPA	9.3	Report own errors to a superior and provide a plan for improvement
EPA	9.4	Encourage patients as partners and communicate sufficient information to patients and families to enable self-care, shared decision-making, and error detection
EPA	9.5	Check drug prescriptions with regards to safety and interactions, considering safety/quality procedures and their vulnerabilities
EPA	9.6	Apply validated standard operating procedures (SOPs) in risk prone clinical situations (e.g. minimizing nosocomial infections as and hygiene, resistance to antibiotics, unnecessary investigations and treatment, transition of care, i.e. using 'smarter medicine')
EPA	9.7	Contribute to the literacy of patients regarding environmental and ecological safety
EPA	9.8	Assess patient-specific environmental risks and propose safety measures (i.e. fall risk in elderly, self-medication)

3. Die EPAs in der Weiterbildung

Unter der Federführung des SIWF werden die medizinischen Fachgesellschaften (MFGs) dazu ermutigt, EPAs für die Weiterbildung zum Erwerb des Facharztstitels in ihrem Fachgebiet zu entwickeln. In diesem Kapitel wird das Thema EPA in der Weiterbildung am Beispiel der von der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie (SGK) entwickelten EPAs behandelt. Weitere MFGs, wie die Anästhesiologie, haben bereits mit der Ausarbeitung ihrer eigenen EPAs begonnen.

Damit eine EPA als «erworben» gilt, muss die Assistenzärztin bzw. der Assistenzarzt ein ausreichendes Mass an klinischer Kompetenz erreicht haben. Zugleich müssen die ausbildenden Ärztinnen und Ärzte das notwendige Vertrauen entwickelt haben, dass die betreffende Person die klinische Tätigkeit selbstständig, mit der erforderlichen Qualität und sicher ausführen kann. Jede Person durchläuft eine individuelle Lernkurve, die von den unterschiedlichen Kompetenzen abhängt, die sie auf individueller Ebene mitbringt. Deshalb ist es völlig legitim, dass unterschiedliche Personen eine unterschiedliche Anzahl an klinischen Handlungen benötigen, um denselben Selbstständigkeitsgrad zu erreichen. Aus diesem Grund sollten Weiterbildungsprogramme nicht allein auf der Anzahl durchgeführter Prozeduren basieren, sondern ebenso die individuelle Lernfähigkeit berücksichtigen und sich auf die im Rahmen der Weiterbildung zu erreichenden Selbstständigkeitsgrade konzentrieren. In diesem

Sinne stellen EPAs eine hervorragende pädagogische Methode dar, um mit den Herausforderungen des individuellen Lernens in der medizinischen Weiterbildung umzugehen⁸.

3.1 Definition der EPAs in der Weiterbildung

Für die Weiterbildung geht es darum, einen Katalog klinischer Tätigkeiten zu definieren, die von der Person in Weiterbildung – zusätzlich zu anderen Anforderungen für den Erwerb des Facharztstitels (wie der Mindestanzahl technischer Untersuchungen, praktischer Prüfungen oder schriftlicher Tests) – auf der von der MFG festgelegten Selbstständigkeitsstufe beherrscht werden müssen. Als Beispiel sind nachfolgend fünf von der MFG für Kardiologie entwickelte EPAs im Bereich Bildgebung⁹ mit den entsprechenden Selbstständigkeitsgraden aufgeführt:

EPA	Level of independence				
	1	2	3	4	5
2. Imaging					
2.1 Assess a patient using one or multiple imaging modalities					
2.2 Assess a patient using echocardiography					
2.3 Assess a patient using cardiac magnetic resonance					
2.4 Assess a patient using cardiac computed tomography					
2.5 Assess a patient using nuclear techniques					

3.1.1 Selbstständigkeitsstufen

Mit der EPA-Methode wird ein zusätzliches Kriterium herangezogen, um zu beurteilen, ob eine Tätigkeit als «erworben» gilt. Dabei handelt es sich um die sogenannten Selbstständigkeitsstufen («levels of independence»), die den Grad der Selbstständigkeit bei der Ausführung einer Tätigkeit beschreiben. Es werden fünf unterschiedliche Stufen unterschieden, die in der folgenden Tabelle aufgeführt sind:

Selbstständigkeitsstufen (levels of independence)	Beschreibung der durch die Person in Weiterbildung ausgeführten Handlungen (Assistenzärztin oder Assistenzarzt)
Niveau 1	Die Person in Weiterbildung beobachtet
Niveau 2	Die Person in Weiterbildung führt die Tätigkeit unter direkter Supervision durch. <i>Reaktive Supervision auf Anfrage, Supervision in Anwesenheit im selben Raum.</i>
Niveau 3	Die Person in Weiterbildung führt die Tätigkeit unter indirekter Supervision durch. <i>Reaktive Supervision auf Anfrage, die Person in Weiterbildung bittet um Hilfe, Supervision ist innerhalb weniger Minuten leicht verfügbar.</i>
Niveau 4	Die Person in Weiterbildung führt die Tätigkeit unter Supervision aus der Ferne durch. <i>Reaktive Supervision aus der Ferne verfügbar, z. B. innerhalb von 20 bis 30 Minuten telefonisch oder post hoc.</i>
Niveau 5	Die Person in Weiterbildung ist in der Lage, andere bei der Ausführung der Tätigkeit zu supervidieren .

⁸ Der Abschnitt besteht aus verschiedenen Elementen des folgenden Artikels: Tanner FC. The new ESC core curriculum for cardiology: implications for revision of the Swiss cardiology training programme. *Cardiovasc Med.* 2021;24(3):65. doi: [10.4414/cvm.2021.02163](https://doi.org/10.4414/cvm.2021.02163)

⁹ Weiterbildungsprogramm in Kardiologie, 2022: [Link zum Herunterladen](#)

3.2 Wie erstellt man eine EPA und daraus abgeleitet einen Kompetenzkatalog auf Basis von EPAs?

In diesem Prozess sind zwei Schritte zu unterscheiden: zum einen die Entwicklung einzelner EPAs, zum anderen die Erstellung eines Kompetenzkatalogs für den Abschluss des Studiums oder einer klinischen Facharztrichtung, der auf der EPA-Systematik basiert.

Zur Vereinfachung des Vorgehens wird die Entwicklung einer EPA¹⁰ in der folgenden Tabelle dargestellt:

Element	Beschreibung
Titel	Kurzbenennung der Tätigkeit im medizinischen Kontext
Beschreibung	Spezifizierung und Eingrenzung der Tätigkeit, klinischer Kontext
Mögliche Risiken	Welche Risiken bestehen im Fehlerfall (typische Komplikationen, Zusammenhang mit der Patientensicherheit)
Essenzielle Kompetenzdomänen	Basierend auf CanMEDS (max. 4)
Wissen, Fertigkeiten und Haltung	Erwartete Kompetenzen zur Übertragung der Tätigkeit
Evaluation	Erforderliche Informationen zur Messung der Fortschritte und zur Begründung einer Gesamtbewertung Anzahl und Art der Beobachtungen
Erwarteter Zeitraum	Zu welchem Zeitpunkt (während der Aus- oder Weiterbildung) muss das festgelegte Supervisionsniveau erreicht sein?
Gültigkeitsdauer	Befristet oder unbefristet
<i>Verbindungen zu verwandten EPAs (optional)</i>	<i>Vorbereitende EPAs? Auf diesen EPAs basierende EPAs? Ähnliche / gleiche EPAs in anderen Fachgebieten?</i>

Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass es über die Entwicklung einzelner EPAs hinaus ebenso wichtig ist, über deren Einbettung in einen Aus- und/oder Weiterbildungskatalog nachzudenken. In diesem Stadium sollte daher eine Konsultation und Validierung durch die relevanten Anspruchsgruppen sowie Fachexpertinnen und Fachexperten erfolgen, um die notwendige Anerkennung und Akzeptanz dieser Bildungsstruktur zu erhalten. Nicht zu vergessen ist, dass bei der Umsetzung die Auszubildenden bzw. Weiterzubildenden im Umgang mit den EPAs geschult und sowohl die Dokumentation als auch die IT-Tools zur Erfassung der EPAs bereitgestellt werden müssen.

¹⁰ Kompetenzbasierte ärztliche Weiterbildung, Entrustable Professional Activities (EPAs) und SIWF-Leitlinie zur Implementierung in die Weiterbildungsprogramme. Stellungnahme des SIWF. Mai 2024

3.2.1 Was eine EPA ist

Im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung¹¹ ist eine EPA eine Arbeitseinheit, die einem Arzt oder einer Ärztin in Weiterbildung schrittweise anvertraut werden kann, sobald die dafür notwendigen Kompetenzen erworben wurden. Dabei sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Die Arbeitseinheit wird in einem definierten Umfeld/Kontext ausgeführt.
- Sie erfordert eine angemessene und klar definierte Haltung, Kenntnisse und Fertigkeiten.
- Sie ist unabhängig von anderen Arbeitseinheiten und zeitlich begrenzt (sie hat einen Anfang und ein Ende).
- Der Prozess und das Ergebnis (Outcome) können beobachtet und bewertet werden.
- Sie bildet eine oder mehrere konkrete Kompetenzen ab.
- Sie kann gezielt als Kompetenzbündel übertragen werden (nicht alle Lernziele lassen sich in Form einer EPA definieren, vermitteln und beurteilen).

3.2.2 Was eine EPA nicht ist

Es ist schwierig, eine konkrete klinische Tätigkeit von einer allgemeinen Kompetenz zu unterscheiden und sie als «berufliche Tätigkeit» im engeren Sinne zu bezeichnen. Dennoch ist eine EPA eine Tätigkeit, die ausschliesslich im beruflichen Kontext und nicht im Alltag ausgeübt wird. Es handelt sich um eine Aufgabe, die von einer Person ausgeführt werden muss. Dabei ist es wichtig zu wissen¹²:

- Eine EPA kann nicht «besessen» werden, und für Kompetenzen kann man sich nicht «qualifizieren». Ziel der praktischen klinischen Ausbildung ist vielmehr das Gegenteil: Man soll Kompetenzen erwerben und sich dadurch für EPAs qualifizieren.
- Eine Sprache zu sprechen, ist beispielsweise eine Kompetenz, aber keine EPA. Beruflich als Dolmetscherin oder Dolmetscher tätig zu sein, ist hingegen eine EPA.
- Eine EPA ist kein Indikator für Professionalität.
- Eine EPA ist kein Qualitätsmerkmal.
- Eine EPA ersetzt nicht die geltenden Gesetze und Vorschriften in Bezug auf die zivilrechtliche, strafrechtliche und ethische Verantwortung bei der Patientenversorgung. Das klinische Lernen zum Erwerb von EPAs muss jedoch im bestehenden rechtlichen Rahmen erfolgen, und es ist notwendig, Wege zu finden, wie dies gewährleistet werden kann, ohne die klinische Bildung der Weiterzubildenden zu beeinträchtigen.

3.2.3 Grenzen einer EPA

Wie jedes Konzept haben auch EPAs ihre Grenzen. Eine der Hauptgrenzen liegt in der klinischen Beurteilung, die immer ein gewisses Mass an Subjektivität mit sich bringt. Selbst bei klar definierten Kriterien hängt die Bewertung vom jeweiligen Kontext ab, in dem sie erfolgt, einschliesslich der spezifischen Bedingungen der klinischen Praxis und der individuellen Unterschiede der Patiententinnen und Patienten. Darüber hinaus können zwei Beurteilende aufgrund ihrer persönlichen Interpretation der Kriterien und der spezifischen Umstände der jeweiligen klinischen Situation dieselbe Leistung unterschiedlich wahrnehmen. Eine weitere Schwäche hängt mit dem Vertrauensverhältnis zusammen, das zwischen der resp. dem Weiterbildenden und der sich in Weiterbildung befindlichen Person notwendig ist. Der resp. die Weiterbildende muss genügend Vertrauen in die Fähigkeit der weiterzubildenden Person haben, ihre Kompetenzen auch auf neue Situationen zu übertragen. Dies setzt nicht nur die Anerkennung der bereits erworbenen Kompetenzen voraus, sondern auch ein Verständnis für deren Grenzen¹³. Dieses Vertrauen lässt sich jedoch nur schwer quantifizieren oder standardisieren.

Auch wenn diese Aspekte der medizinischen Aus- und Weiterbildung inhärent sind, stellen EPAs keine Wundermittel zur Bewältigung dieser Herausforderungen dar. Sie können weder die Subjektivität in der klinischen Beurteilung beseitigen noch ein absolutes Vertrauensverhältnis zwischen Weiterbildenden und

¹¹ Unterkapitel und zugehörige Liste, Auszüge aus dem Dokument: Kompetenzbasierte ärztliche Weiterbildung, Entrustable Professional Activities (EPAs) und SIWF-Leitlinie zur Implementierung in die Weiterbildungsprogramme. Stellungnahme des SIWF. Mai 2024.

¹² Unterkapitel und zugehörige Liste fassen verschiedene Elemente des folgenden Artikels zusammen: Ten Cate O, Schumacher DJ. Entrustable professional activities versus competencies and skills: Exploring why different concepts are often conflated. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2022;27(2):491–499. doi: [10.1007/s10459-022-10098-7](https://doi.org/10.1007/s10459-022-10098-7)

¹³ Paraphrasen und auszugsweise Zitate aus dem Artikel: Marty A, Eisoldt S, Frick S. Une nouveauté ou un classique revisité? *Bull Méd Suisses.* 2022;103(2122):709–712. doi: [10.4414/bms.2022.20813](https://doi.org/10.4414/bms.2022.20813)

Weiterzubildenden garantieren. Nichtsdestotrotz bieten EPAs einen besser strukturierten Rahmen für die Beurteilung und Entwicklung klinischer Tätigkeiten als traditionelle Kataloge, was dazu beitragen kann, einige dieser Einschränkungen abzuschwächen.

3.2.4 Regulierung

Obwohl die Erstellung, Strukturierung und Beurteilung von EPAs in der klinischen Aus- und Weiterbildung mittlerweile gut dokumentiert sind, besteht nach wie vor eine wesentliche Lücke im Bereich der Regulierung und der rechtlichen Rahmenbedingungen. Bislang existiert kein klar definierter Mechanismus, um mit Fällen umzugehen, in denen die Anerkennung eines Facharztstitels in Weiterbildungsprogrammen, die auf der EPA-Systematik basieren, verweigert wird. Dies könnte im Falle eines Einspruchs gegen eine solche Entscheidung zu juristischen Problemen führen. Das Fehlen entsprechender Regelungen und gerichtlicher Präzedenzfälle verstärkt diese Unsicherheit zusätzlich und lässt zentrale Fragen unbeantwortet. Da sich die Weiterbildung zunehmend hin zu einem EPA-basierten Ansatz entwickelt, ist es unerlässlich, Lösungen für solche Situationen zu erarbeiten – insbesondere durch die Definition von Beschwerdeverfahren und die Klärung der Zuständigkeiten der beteiligten Akteure. Diese Herausforderung muss im Rahmen dieses innovativen Bildungsmodells antizipiert werden.

3.3 EPA-App

Eine gute Dokumentation der Kompetenzen ist entscheidend dafür, dass diese neue pädagogische Systematik erfolgreich implementiert werden kann. Dank moderner mobiler Technologien wird dies zeitnah möglich sein. Durch die Zusammenführung der Bewertungsdaten können individuelle Kompetenzprofile erstellt werden, die Assistenzärztinnen und -ärzte anschliessend in eine andere Weiterbildungsstätte mitnehmen können¹⁴.

Der Übergang zu einer EPA-zentrierten Methode muss durch spezielle IT-Anwendungen unterstützt werden. Dies würde nicht nur ermöglichen, die individuellen Fortschritte jeder resp. jedes Weiterzubildenden zu dokumentieren, sondern auch einen Überblick über bereits erreichte sowie noch zu erwerbende EPAs bieten. Eine solche Lösung würde eine strukturiertere und individuellere Ausbildung gewährleisten und es den Weiterzubildenden sowie den Weiterbildenden ermöglichen, den Kompetenzentwicklungsprozess im Hinblick auf das Arzt-diplom oder den Facharztstitel entsprechend dem individuellen Ausbildungsstand gezielt zu verfolgen.

4. Implementierung der EPAs bei nichtärztlichen Gesundheitsberufen mit erweiterten Kompetenzen

4.1 Ziele der Integration von EPAs in die Ausbildung anderer Gesundheitsberufe

In der Schweiz wurden EPAs bereits im Medizinstudium eingeführt und werden nun aufgrund ihrer klaren und präzisen, kompetenzbasierten Struktur auch in der Weiterbildung gefördert. Der Einsatz von EPAs ist in der Ausbildung von Gesundheitsberufen nichts Neues und nicht auf die Humanmedizin beschränkt. Sie kommen auch in folgenden Berufen zum Einsatz¹⁵:

- Dentalhygiene
- Zahnmedizin
- Veterinärmedizin
- Pharmakologie / Apothekerinnen und Apotheker
- Physician Assistants / Associates
- Physiotherapie
- Pflegewissenschaften

Dieser Ansatz bietet Vorteile, von denen auch andere nichtärztliche Berufe profitieren können, insbesondere im Bereich der Gesundheitsberufe mit erweiterten Kompetenzen, auch bekannt als «Non-Physician Practitioners» (NPPs), deren Tätigkeitsfeld teilweise den medizinischen Bereich berührt. Er bietet insbesondere:

¹⁴ Paraphrase und Zitat aus dem Artikel: Marty A, Eisoldt S, Frick S. Une nouveauté ou un classique revisité? *Bull Méd Suisses*. 2022;103(2122):709–712. doi: [10.4414/bms.2022.20813](https://doi.org/10.4414/bms.2022.20813)

¹⁵ Liste entnommen aus dem Artikel: Raad T, Wiersma F, Kuilman L, ten Cate O. The fate of entrustable professional activities after graduation: A survey study among graduated physician assistants. *J Contin Educ Health Prof*. 2023;43(1):28–33. doi: [10.1097/CEH.0000000000000467](https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000467)

a. Klarheit, Transparenz und Einheitlichkeit der Kompetenzen, die den Umfang der Praxis definieren

EPAs gliedern die beruflichen Kompetenzen in spezifische und messbare Tätigkeiten und bieten dadurch Transparenz, die das Verständnis der Erwartungen und Ausbildungsziele erleichtert. Für NPPs, deren Kompetenzen in der medizinischen Praxis oft unbekannt sind oder missverstanden werden, würde diese Struktur den Verantwortlichen und Arbeitgebenden ermöglichen, die Kompetenzen der Person, die in eine Abteilung oder eine Praxis bzw. ein medizinisches Zentrum eintritt, anhand einer gemeinsamen pädagogischen Sprache einzuschätzen. Die Dokumentation mithilfe eines Logbuchs oder einer speziellen App würde es erlauben, den gesamten Umfang der Kompetenzen der NPP resp. des NPP im Verlauf der Ausbildung oder in der klinischen Praxis zu überblicken. In diesem Sinne würden EPAs als eine Art «Pass für klinische Tätigkeiten» fungieren.

b. Anpassungsfähigkeit und Flexibilität

EPAs sind klar definiert und können an die spezifischen Anforderungen eines Berufs oder eines klinischen Tätigkeitsbereichs angepasst werden. Dies ist insbesondere dann von Vorteil, wenn die Abschlusskompetenzen in einem breiten klinischen Kontext definiert sind, die Praxis jedoch zu Spezialisierungen oder sogar Subspezialisierungen führt, für die zusätzliche Kompetenzen innerhalb eines spezifischen Praxisrahmens erworben werden müssen.

Einige NPPs arbeiten in unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten. Daher lassen sich EPAs, die in einem medizinischen Fachgebiet (z. B. Psychiatrie) erworben wurden, nur schwer auf ein anderes Fachgebiet (z. B. Viszeralchirurgie) übertragen und anwenden. Beim Wechsel in eine neue Disziplin kann es daher dazu kommen, dass sich die betreffenden Berufsangehörigen in einer Situation wiederfinden, in der ihr Kompetenzniveau demjenigen am Ende der Berufsausbildung entspricht. Das EPA-System ermöglicht es, die Weiterbildung von Grund auf neu zu beginnen und gezielt die spezifischen EPAs zu erwerben, die für das medizinische Fachgebiet, in dem die nun Person tätig ist, erforderlich sind. Die in einem vorhergehenden Fachgebiet erworbenen EPAs verlieren dabei schrittweise an Relevanz und werden durch ein neues Kompetenzprofil ersetzt, das sich an den spezifischen Anforderungen des neuen Fachgebiets orientiert¹⁶.

c. Stärkung der Attraktivität und Beschäftigungsfähigkeit

Durch eine klare und detaillierte Dokumentation der erworbenen EPAs kann eine Bewerberin bzw. ein Bewerber aus einem NPP-Beruf ihr bzw. sein spezifisches Tätigkeits- und Kompetenzprofil nachweisen. Dies trägt dazu bei, die Rechtssicherheit für Berufe zu stärken, die zwar existieren, aber weder im Medizinalberufegesetz (MedBG) noch im Gesundheitsberufegesetz (GesBG) definiert sind oder von den Anerkennungsstellen der zuständigen Berufsverbände nicht einheitlich anerkannt werden.

4.2 Zusammenarbeit zwischen MFGs und NPPs

Um eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und NPPs zu gewährleisten, müssen ausgewogene Vereinbarungen über die klinische Praxis ausgehandelt werden. Bei Tätigkeiten, die zur ärztlichen Praxis gehören, müssen diese Vereinbarungen sowohl die spezifischen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der jeweiligen Berufsgruppen berücksichtigen als auch die Qualität und Sicherheit der erbrachten Leistungen und der Patientenversorgung gewährleisten. Die Ausarbeitung solcher Praxisvereinbarungen setzt einen konstruktiven Dialog und ein gegenseitiges Verständnis der jeweiligen Rollen sowie der erforderlichen Mindestanforderungen voraus.

Wenn Leistungen die medizinische Praxis betreffen und unter delegierter Verantwortung durch NPPs erbracht werden, muss die Ärzteschaft an der Festlegung der Mindestqualifikationen beteiligt werden, welche die betroffenen Gesundheitsfachpersonen erfüllen müssen. Die Delegation medizinischer Handlungen beinhaltet nämlich eine übertragene ethische, zivilrechtliche und potenziell strafrechtliche Verantwortung. Damit eine solche Delegation rechtlich und fachlich sicher erfolgen kann, müssen Ärztinnen und Ärzte sicherstellen können, dass die Personen, an die sie medizinische Aufgaben delegieren, über die dafür notwendigen Kompetenzen verfügen. Wie bei den medizinischen Berufen erfolgt dies durch a) die Festlegung der erforderlichen Ausbildungs- und Erfahrungsstandards (EPAs als Abschlusskompetenzen), b) die Führung eines aktuellen Kompetenzkatalogs (z. B. über eine EPA-App), c) die Einrichtung von Mechanismen zur kontinuierlichen Supervision und Beurteilung sowie d) eine obligatorische Fortbildung.

¹⁶ Paraphrase von: Raad T, Wiersma F, Kuilman L, ten Cate O. The fate of entrustable professional activities after graduation: A survey study among graduated physician assistants. *J Contin Educ Health Prof.* 2023;43(1):28–33. doi: [10.1097/CEH.0000000000000467](https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000467)

Was die Leistungen betrifft, die von NPPs unter eigener beruflicher Verantwortung erbracht werden, so obliegt es der jeweiligen Berufsorganisation, Mindestkriterien für Ausbildung und Kompetenz ihrer Mitglieder festzulegen. Umfassen die erbrachten Leistungen Elemente der medizinischen Praxis, müssen diese Kriterien streng sein und sich an den internationalen Best Practices orientieren, um sicherzustellen, dass NPPs eigenständig, sicher und transparent gegenüber den Patientinnen und Patienten arbeiten können.

4.2.1 Welche Rolle spielen die Berufsverbände der NPPs?

Für die NPP-Berufe wird ein zweistufiges Vorgehen erforderlich sein:

1. Ermittlung der für die zertifizierenden Studiengänge erforderlichen Kompetenzen am Ende der Ausbildung. Diese Kompetenzen können gezielt unter Verwendung von PROFILES 2023 (der die CanMEDS-Rollen, die EPAs und die SSP umfasst) definiert werden. Diese erste Definition der Abschlusskompetenzen ist notwendig, um klare Erwartungen an die Absolventinnen und Absolventen ab dem ersten Tag ihrer klinischen Tätigkeit festzulegen, aber auch um sich mit den Kompetenzen vertraut zu machen, die mit dem betreffenden NPP-Beruf einhergehen.
2. Für jeden Beruf spezifische EPAs für die klinische Praxis definieren. Diese EPAs müssen eine logische Fortsetzung der Abschlusskompetenzen darstellen, können jedoch auch durch eine anfänglich supervidierte Berufspraxis erworben werden, um sicherzustellen, dass die NPPs die erforderliche praktische Erfahrung gesammelt haben. Darüber hinaus ist es wichtig, EPAs zu integrieren, die aus den spezifischen medizinischen Kompetenzen der jeweiligen Fachrichtung abgeleitet sind. Diese Integration muss in Absprache mit den zuständigen MFGs erfolgen, um sicherzustellen, dass die delegierbaren Kompetenzen und der Grad der Autonomie nicht nur mit den im Rahmen einer zertifizierten Ausbildung erworbenen Kenntnissen und Kompetenzen übereinstimmen, sondern auch der klinischen Realität entsprechen und den Standards der medizinischen Praxis gerecht werden.

4.2.2 Welche Rolle spielen die MFGs?

MFGs, die an einer strukturierten Zusammenarbeit mit einer oder mehreren NPP-Berufsgruppen interessiert sind und über einen EPA-Katalog verfügen, sollten den Kontakt zu den entsprechenden Berufsgruppen innerhalb ihres Fachgebiets aufnehmen. Ziel ist es, gemeinsam den Umfang der medizinischen Kompetenzen zu verhandeln, die auf NPP-Berufe übertragbar sind. Diese Abstimmung ermöglicht die Festlegung klarer Kompetenzen und erleichtert somit eine bessere Integration sowie die Anerkennung der klinischen Rollen und Verantwortlichkeiten aller Beteiligten.

Für MFGs, die noch keinen kompetenzbasierten EPA-Katalog besitzen, gehen wir davon aus, dass ein solcher mittelfristig entwickelt wird oder bereits in Planung ist. Bei Interesse an einer Zusammenarbeit mit den NPPs wird daher dringend empfohlen, diese Verhandlungen so bald wie möglich aufzunehmen. Durch die Aufnahme dieser Gespräche können die MFGs sicherstellen, dass die Kompetenzkataloge den aktuellen und zukünftigen Anforderungen einer angestrebten Zusammenarbeit mit den NPPs entsprechen, und somit die Qualität der medizinischen Praxis gewährleisten.

4.2.3 Konkretes Beispiel

EPA 1: Preoperative assessment of an adult ASA 1/2 patient for a low complexity intervention
EPA 2: Basic airway management in a fasted, adult patient without expected difficult airway
EPA 3: Anesthesia induction of a fasted, adult ASA 1/2 patient without expected difficult airway for a low complexity intervention

Anesthetist Level of Independence				
1	2	3	4	5

NPP Level of Independence				
1	2	3	4	5

17

5. Perspektiven

Der Erfolg der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und NPPs beruht auf transparenten und ausgewogenen Verhandlungen über Praxisvereinbarungen, die auf einer gemeinsamen pädagogischen Systematik basieren müssen – nämlich auf den EPAs und den SSP. Diese Vereinbarungen sollen nicht nur die Qualität der Versorgung gewährleisten, sondern auch die spezifischen Kompetenzen jeder Berufsgruppe anerkennen und wertschätzen. Um ein solches Gleichgewicht zu erreichen, ist das Engagement aller beteiligten Partner sowie der gemeinsame Wille erforderlich, die interprofessionelle Zusammenarbeit weiterzuentwickeln und umzusetzen. Dabei ist die kontinuierliche Verbesserung der Ausbildungsstandards und der klinischen Praxis zentral, um den sich wandelnden Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie des Gesundheitswesens gerecht zu werden.

5.1 Rechtlicher Rahmen

EPAs fördern eine erhöhte Rechtssicherheit in der medizinischen Praxis, indem sie die Kompetenzen klar benennen und sich auf die Grundsätze der CBME stützen. Zunächst definieren EPAs eindeutig, welche Tätigkeiten eine Gesundheitsfachperson mit welchem Grad an Autonomie ausführen darf. Dadurch kann für jede berufliche Tätigkeit ein spezifisches Verantwortungsniveau zugewiesen werden. Dank der detaillierten und standardisierten Beschreibung der Aufgaben, die eine Fachperson entsprechend ihrem anerkannten Kompetenzniveau übernehmen darf, lassen sich zudem die Grenzen des jeweiligen Tätigkeitsfelds und damit auch der Verantwortlichkeiten klarer abstecken. Dies trägt dazu bei, das Risiko von Missverständnissen oder Kompetenzüberschreitungen zu verringern und gleichzeitig sicherzustellen, dass die erbrachten Leistungen den gesetzlichen Vorgaben und beruflichen Anforderungen entsprechen.

Es ist hervorzuheben, dass EPAs von Fachexpertinnen und -experten entwickelt und validiert werden, was ihre Relevanz und Übereinstimmung mit den regulatorischen Anforderungen gewährleistet. Wenn eine Gesundheitsfachperson im Rahmen von EPAs handelt, tut sie dies auf Basis von Protokollen und Kriterien, die von ihrer Berufsgruppe – gegebenenfalls auch der medizinischen Fachgemeinschaft – sowie den für den Beruf zuständigen Behörden anerkannt sind. Diese Anerkennung bietet im Streitfall Rechtsschutz, da das Handeln der Fachperson durch festgelegte Standards gerechtfertigt werden kann. Im Falle von Problemen ermöglicht die Nachvollziehbarkeit von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten anhand der EPAs den Nachweis, dass die Versorgung gemäss den geforderten Standards erfolgt ist, was die Sicherheit für Gesundheitsfachpersonen stärkt.

5.2 Eine Tarifierung, welche die Realität der Praxis widerspiegelt

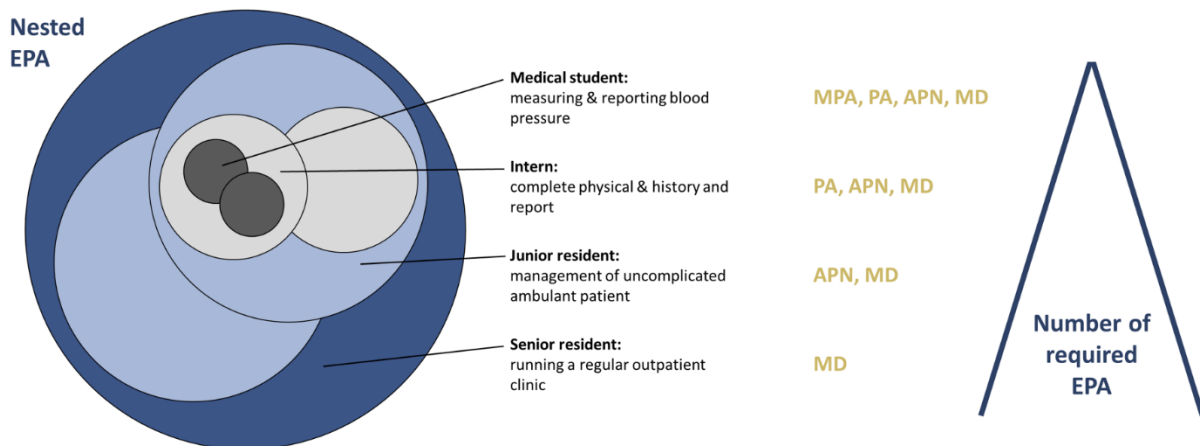
In der Schweiz gibt es derzeit verschiedene Gesundheitsberufe mit unterschiedlichen Ausbildungsniveaus, die in Spitälern sowie in Arztpraxen bzw. medizinischen Zentren ärztlich delegierte Leistungen erbringen, ohne dass es eine Formalisierung der Kompetenzen oder Vereinbarungen über das erforderliche Mindestausbildungs- oder Zertifizierungsniveau gibt. Dieses Fehlen von Standardisierung und offizieller Anerkennung führt dazu, dass sich

¹⁷ Fiktives Beispiel. Die EPAs der Anästhesiologie stammen aus dem Dokument «Proposal for seven Entrustable Professional Activities (EPAs) for the first year of postgraduate training in Anesthesiology in Switzerland» aus der MME-Dissertation von Adi Marty; das vollständige Dokument ist auf der Website des [SIWF](#) verfügbar.

die Advanced Practice sowohl hinsichtlich rechtlicher Verantwortung als auch hinsichtlich Tarifierung in einer Grauzone befindet. Im ambulanten Bereich dürfen ausschliesslich Ärztinnen und Ärzte – und in sehr begrenztem Umfang auch nichtärztliches Personal – Leistungen abrechnen. Genau das verhindert, dass NPPs angestellt und deren Leistungen abgerechnet werden können. Zudem trägt dies zu einer Unsicherheit in Bezug auf die rechtliche Verantwortung bei, die von den Arbeitgebenden getragen wird.

Um eine angemessene Vergütung sicherzustellen, welche die Leistungen der NPPs adäquat würdigt, ist die Entwicklung eines gemeinsamen Bezugsrahmens für die medizinische Praxis erforderlich – sowohl für ärztlich als auch für von NPPs erbrachte medizinische Leistungen. Genau an dieser Stelle entfaltet das EPA-System seine volle Bedeutung, da es ermöglicht, berufliche Kompetenzen klar zu definieren und in abrechenbare Leistungen zu überführen. Mit dieser Systematik sollen die Leistungen von NPPs im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit anerkannt werden, die sich an den in einer Praxis oder einer Gesundheitseinrichtung bestehenden «Skill-Grade-Mix» (SGM) anpassen lässt.

Integration der EPA in die Ausbildung und Zertifizierung der medizinischen Praxis



ten Cate O. et al., Medical Teacher (2015): 983–1002; design modified to align with the FMH corporate style.