

BDC-Praxistest: Geben wir in der chirurgischen Ausbildung genug Feedback?



Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

effektives Feedback beantwortet drei Fragen: Wohin soll es gehen? Wo stehen wir gerade? Was ist der nächste Schritt? Im Studium ist das längst selbstverständlich. Ausgerechnet dort, wo die Lernkurve am steilsten und der Einsatz am höchsten ist, im OP-Saal, verschwindet es anscheinend wieder. Präoperative Absprachen unterbleiben häufig, postoperative Debriefings sind die Ausnahme. Und wir Weiterbilder sind fest überzeugt, deutlich mehr zurückzumelden, als bei den Weiterzubildenden je ankommt.

Der Standardeinwand lautet Zeitmangel. Eine Londoner Beobachtungsstudie hält dem entgegen, dass beim Wundverschluss durchaus geredet wird, nur eben über alles Mögliche außer über die Operation. In der Luftfahrt wird nach jedem Flug debrieft. Wir schaffen es nach jeder Cholezystektomie zuverlässig bis zur Kaffeemaschine. Die Ressource ist also vorhanden. Was fehlt, ist die Gewohnheit.

Mindestmengen, Leistungsgruppen, veränderte Arbeitszeiten und der wachsende Anteil robotisch-assistierter Eingriffe führen dazu, dass die Kollegen im zweiten Weiterbildungsjahr schlicht weniger Gelegenheiten haben als ihre Vorgänger vor zwanzig Jahren. Wenn die Zahl der Lerngelegenheiten sinkt, muss der Ertrag jeder einzelnen steigen.

Feedbackkultur ist damit Führungsaufgabe. Sie entsteht nicht per Dienstanweisung, sondern dadurch, dass die Erfahrenen sie vorleben und selbst um Rückmeldung bitten. Der Beitrag liefert dazu die Evidenz und zwei erprobte, erfreulich unaufwendige Instrumente: zwei Minuten vor dem Hautschnitt, zwei Minuten danach. Das ist weniger Zeit, als die genannte Kaffeemaschine braucht, und wirkt erheblich länger nach.

Wir empfehlen die Lektüre nachdrücklich und schlagen vor, es nicht bei der Lektüre zu belassen. Der erste Saal am morgigen Tag ist ein guter Anfang.

Erhellende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med. C. J. Krones und Prof. Dr. med. D. Vallböhmer

Marie ist in ihrem zweiten Weiterbildungsjahr in der Viszeralchirurgie. Nachdem sie mehrere laparoskopischen Cholezystektomien assistiert hat, darf sie diese zum ersten Mal selbst durchführen. Am Abend zuvor hatte sie sich nochmal auf die Operation vorbereitet und alle wichtigen Operationsschritte nachgelesen. Mithilfe ihrer Oberärztin verläuft

die Operation komplikationslos und Marie kann die meisten OP-Schritte selbständig durchführen. Dennoch ist sie am Ende der Operation unsicher, ob sie alles korrekt ausgeführt hat und fragt deshalb ihre Oberärztin nach einem Feedback. Diese antwortet ihr: „Es lief alles komplikationslos. Das hast du gut gemacht.“

Solche oder ähnliche Situationen treten alltäglich in deutschen chirurgischen Kliniken auf. Ob diese Antwort wirklich einem effektiven Feedback entspricht und Marie dabei hilft, ihre chirurgischen Fähigkeiten zu verbessern, soll in diesem Artikel betrachtet werden. Dazu werden folgende Fragen adressiert:

- Wie ist Feedback definiert und wann ist es effektiv?
- Was muss man bei der Gabe von Feedback beachten?
- Geben wir in der chirurgischen Ausbildung genug Feedback?

Eine einheitliche Definition von Feedback ist schwierig zu finden. Eine greifbare Definition erarbeiteten van de Ridder et al. in einer systematischen Literaturrecherche, die Thrien et al. ins Deutsche übersetzten: „Feedback ist eine spezifische Information über den Vergleich zwischen einer beobachteten Leistung von Lernenden und einem Standard, die mit der Absicht gegeben wird, die Leistung des Lernenden zu verbessern.“ [1, 2].

Legt man diese Definition zu Grunde, sollte effektives Feedback mehrere Punkte enthalten, die von Hattie und Timperley in drei Kernfragen zusammengefasst werden:

1. Wo will die/der Lernende hin („feed up“)?
Dies ist das Lernziel, das sich z. B. die/der Lernende selbst gesetzt hat oder das durch einen Standard vorgegeben ist. Dieser kann dabei unterschiedlich definiert sein. Es könnte sich z. B. um eine Lehrmeinung, eine Leistung einer definierten Gruppe oder die Definition von Zielkriterien handeln.
2. Wie kommt die/der Lernende voran („feed back“)?
Dies beschreibt die Differenz der aktuellen Leistung zum definierten Standard oder zum Lernziel. Es beantwortet die Frage, wie der aktuelle Leistungsstand des Lernenden in Bezug auf das Lernziel ist.
3. Was muss die/der Lernende als Nächstes tun, um sein Lernziel zu erreichen („feed forward“)?
Dies sollten im besten Fall konkrete Hinweise und Maßnahmen sein, wie die/der Lernende seine Leistung verbessern kann, damit er ihr/sein Lernziel oder den definierten Standard erreicht.

Feedback ist außerdem dann am wirksamsten, wenn es sich auf konkrete Beobachtungen sowie auf veränderbares Verhalten und nicht auf unveränderliche Charaktereigenschaften bezieht [3].

Im Medizinstudium ist Feedback eine viel genutzte Lehrmethode. Es gibt kaum eine Lehrveranstaltung, die nicht ein Feedback der Teilnehmenden, der Dozierenden oder auch von Simulationspersonen beinhaltet. Daher ist „ein konstruktives Feedback geben und empfangen“ auch ein wichtiges Lernziel im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin 2.1 (NKL; Lernziel 2.1 VIII.3-03) [4]. In der anschließenden Weiterbildung nach dem Studium zeigt sich jedoch ein gänzlich anderes Bild: Feedback im klinischen Alltag ist eher die Seltenheit als die Regel. Die Musterweiterbildungsordnung enthält keine Vorgabe zu regelmäßigem Feedback, lediglich ein jährliches Weiterbildungsgespräch mit dem Weiterbildungsbefugten ist vorgegeben. Dieses findet laut einer Befragung von jungen Ärzt:innen von Joachim et al. in 21 % gar nicht und in 45 % nur unregelmäßig statt. Zusätzlich empfinden 71 % der befragten Ärzt:innen dieses als inadäquat und nicht hilfreich [5].



Abb. 1: Bestandteile von effektiven Feedback nach Hattie & Timperley

Den Wunsch nach einer etablierten Feedbackkultur äußert die „Arbeitsgemeinschaft Junge Chirurgie“ (CAJC) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) in ihrer Veröffentlichung „Was wollen die jungen Chirurgen? Moderne Anforderungen an chirurgische Chefs“. In dieser fordert die CAJC eine positive Feedbackkultur und eine Abkehr von der „Shame-and-Blame“-Kultur [6]. Des Weiteren verdeutlichen auch die Ärzt:innen der „Jungen HNO“, dass die vorhandene Feedbackkultur unzureichend und ein wesentlicher Faktor für die bestehende Unzufriedenheit in der Weiterbildung sei [7].

Besonders bedeutend erscheint das Feedback im peri-operativen Setting. Die hochsensible Umgebung mit dem vorherrschenden Ziel die Patientensicherheit zu wahren, steht dem Wunsch und Ziel nach chirurgischer Ausbildung in einer geschützten Lernumgebung häufig gegenüber. Faktoren wie Zeit- und Personalmangel, Zentralisierung, Mindestzahlen sowie der Trend zur robotisch-assistierte Chirurgie erschweren die operative Weiterbildung junger Chirurg:innen. Feedback könnte daher ein wichtiges Werkzeug in der strukturierten Weiterbildung darstellen.

Eine ähnlich sensible Lernumgebung findet man in der Ausbildung z. B. junger Pilot:innen in der Luftfahrt, in der vor und nach jedem Flug oder praktischen Übung ein strukturiertes Gespräch erfolgt. Des Weiteren wird gelehrt, auch in kritischen Situationen aktiv Feedback einzuholen und zu geben, sodass jede Situation als „Teachable Moment“ genutzt wird. Feedback ist deshalb eine etablierte Lehrmethode, da es weder eine große Zeit- noch Personalressource benötigt und dennoch, sofern es richtig gegeben wird, hoch effektiv ist [8, 9].

Feedback in der operativen Weiterbildung wird derzeit allerdings hauptsächlich intraoperativ gegeben. Postoperative Debriefings scheinen im klinischen Alltag kaum durchgeführt zu werden. Eine deutsche Befragung von Axt et al. ergab, dass OP-Schritte präoperativ in 7 % regelmäßig und in 49 % gar nicht besprochen werden. Postoperative Debriefings fanden in 12 % regelmäßig und in 32 % überhaupt nicht statt [10]. Eine eigene Erhebung ergab in unserer Klinik ähnliche Ergebnisse: Laut der Trainer erfolgte ein postoperatives Feedback nur in knapp der Hälfte aller Operationen, während die Trainees angaben, nur in ca. einem Drittel Feedback erhalten zu haben [11].

International zeigt sich ein vergleichbares Bild [12, 13]. Ahmed et al. aus London beobachteten in ihrer ersten Studie 50 Operationen und werteten die Frequenz der Feedbackgabe aus. Zusätzlich erfolgten strukturierte Interviews mit Trainern und Trainees. In 46 % der Operationen wurde ein Feedback gegeben, davon erfolgte dies nur in einem Fall postoperativ. Als Gründe dafür wurden in den Interviews mehrfach kulturelle Faktoren genannt: die Ausbildung junger Chirurg:innen hat demnach einen

niedrigen Stellenwert im klinischen Alltag. Wichtiger sind zum einen die Patientenversorgung und zum anderen auch ökonomische Faktoren wie die Anzahl durchgeführten Operationen. Zusätzlich gaben die Trainees an, dass sie häufiger Feedback von jüngeren Trainern erhalten, da diese sich noch besser an die eigene Ausbildung erinnern könnten und erfahrenere Trainer in der Regel selbst kein Feedback in ihrer Ausbildung erhalten haben. Ein weiterer Punkt könnte ein gewisses Unbehagen beim Ansprechen von Defiziten sein. Es wäre leichter, einfach zu loben oder die OP-Schritte selbst zu übernehmen [14].

Einer der wichtigsten Faktoren, den auch wir in unserer Erhebung gesehen, ist der vorherrschende Zeitmangel. So sei kaum Zeit für die zu erledigenden Tätigkeiten wie Stationsarbeit. In den Interviews von Ahmed et al. wird dieser Faktor ebenfalls genannt, wobei ein Trainee sagt, dass dies lediglich eine Ausrede sei. Interessanterweise stimmen die Autoren dieser Aussage zu, da in den Beobachtungen auffiel, dass die Zeit während des Wundverschlusses häufig für Small-Talk verwendet wurde. Daher argumentieren diese, dass dies eine ungenutzte Möglichkeit für Feedback sei [11, 14].

Mehrere Studien konnten zeigen, dass durch die Einführung von strukturierten Feedback-Tools die chirurgische Ausbildung verbessert werden kann. Huber et al. führten ein strukturiertes Education Team-Time-Out ein, in dem prä-operativ relevante Operationsschritte sowie das Lernziel besprochen wird. Durch das gemeinsame Gespräch wurden anschließend tendenziell mehr Operationsschritte assistiert [15]. Ahmed et al. führten in einer zweiten Studie ein Feedback-Tool („SHARP“) ein, wodurch sich sowohl die Feedbackfrequenz als auch die -qualität verbesserte [16]. Wir kombinierten in unsere Studie ein prä-operatives Education Team-Time-Out direkt vor Hautschnitt mit einem postoperativen Feedback Team-Time-Out, welches an das SHARP-Tool angelehnt war. Hierdurch wurde signifikant häufiger das Lernziel des Lernenden besprochen und es zeigte sich ein Trend zu mehr postoperativen Feedback. Sowohl im SHARP-Tool als auch in unserem Feedback Team-Time-Out wird in einem kurzem (ca. 2 Min.), gemeinsamen Gespräch besprochen, was gut gelungen und was verbesserungsfähig ist sowie welche Maßnahmen konkret zur Verbesserung ergriffen werden können. Damit werden die drei Kernfragen für effektives Feedback adressiert. Die konkreten Fragen erleichtern die Feedbackgabe für Trainer und Trainee, führen zu einem effektiveren Feedback und regen zu einem gemeinsamen Gespräch mit Reflexion der eigenen Leistung an. Zusätzlich wird das Bewusstsein für eine peri-operative Feedbackkultur geschärft.

Zusammenfassend ist Feedback, wenn es richtig gegeben wird, eine sehr effektive und sowohl kosten- als auch personaleffiziente Lehrmethode. Feedback kann sowohl die Leistung des Einzelnen verbessern als auch einen definierten Qualitätsstandard erhalten. Feedback führt zudem zu mehr Zufriedenheit in der Weiterbildung, fördert die Leistungsbereitschaft und Eigenmotivation [3].

Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage via passion_chirurgie@bdc.de.

Anregungen für mehr (und effektiveres) Feedback

• Ein präoperatives Gespräch über das Lernziel verdeutlicht dem/der Trainer/in das Kompetenzlevel des Trainees und fokussiert beide auf das Erreichen dieses Ziels.

- Effektives Feedback beinhaltet das angestrebte Ziel, den aktuellen Leistungsstand und konkrete Maßnahmen, um dieses zu erreichen.
- Feedback sollte sich auf konkrete Beobachtungen und veränderbares Verhalten beziehen.
- Der Wundverschluss ist häufig eine ungenutzte Möglichkeit für Feedback.
- Feedback-Tools können helfen, das Bewusstsein für Feedback zu schärfen und eine Feedbackkultur zu etablieren.
- Auch spontane Situationen können einen großen Lerneffekt bewirken („teachable moments“).

Autor:in des Artikels



Dr. Pernilla V. Conrad, MME

Fachärztin für Viszeralchirurgie

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Kinder-, und Transplantationschirurgie

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

 **Kontakt**

Conrad PV: BDC-Praxistest: Geben wir in der chirurgischen Ausbildung genug Feedback?

Passion Chirurgie. 2026 Oktober; 16(10): Artikel 05_02.