

Vorschläge zur Änderung des Weiterbildungscurriculums

Januar 2013, Forum Junger Chirurgen

Probleme des aktuellen Facharzt Curriculums

- *Diskontinuität und zu späte operative Ausbildung*
- *fehlende Koordination*
- *fehlende Erfassung* aller Auszubildenden (Assistentenregister)
- Dadurch zu *lange Ausbildungszeiten*: mit Spezialtitel nicht selten 12 a und mehr. Mit unserem langen Curriculum sind wir nicht konkurrenzfähig.
- Unsicherheit für die *Ausbildungsperspektive*: eine Stelle in der Chirurgie bedeutet nur für einen Bruchteil der Stelleninhaber auch eine Ausbildung, die schliesslich im Erlangen eines Facharztstitels endet.
- *Nachwuchsmangel*: Bedarf an Chirurgen wie er in der Schweiz besteht, ist nicht gedeckt, die Folge ist Import von ggf. schlechter ausgebildeten Chirurgen aus Drittstaaten (Deutschland aber auch zunehmend Süd- oder Osteuropa).
- Die *Breite des Faches* kann aktuell von kaum einem Chirurgen in der notwendigen Qualität abgebildet werden. Auf Kaderebene existiert seit langem eine Aufteilung in Traumatologen, Viszeralchirurgen und Gefässchirurgen. Nur der Nachwuchs soll noch alles können...

Kernpunkte eines neuen Curriculums

- Aufteilung in **Facharzt für Traumatologie, Facharzt für Viszeralchirurgie, Facharzt für Gefässchirurgie und Facharzt für Thoraxchirurgie** mit je EIGENEN OP-Katalogen. Die Erlangung von mehreren Facharztstiteln soll möglich sein, um so weiterhin breit ausgebildete Chirurgen für die Versorgung in ländlichen Gebieten und den dortigen Notfallbetrieb vorhalten zu können (s.u. „Schwerpunkt Allgemeinchirurgie“).
- Gemeinsamer **Common Trunk** von 2 Jahren (hierin 9-12 Monate Notfall und mindestens 12 Monate Stationsarzt Tätigkeit möglichst IM ZIELGEBIET sowie 3 Monate Intensivmedizin (wahlweise auch später im Curriculum zu absolvieren)).
- Der **Common Trunk** gilt als **Orientierungsphase**. Der Kandidat muss in dieser Zeit noch nicht sein späteres Zielgebiet definitiv festlegen. Er kann *maximal auf 3 Jahre* ausgedehnt werden, wenn zum Beispiel nach einer ersten einjährigen Rotation das Zielgebiet noch nicht fest steht. Auch wenn hier die Stationsarbeit im Vordergrund steht, sollte der Kandidat dennoch mit A-Eingriffen in dieser Zeit beginnen können. Zum einen um seine eigenen Neigungen besser kennenzulernen und zum anderen um seine Eignung für eine chirurgische Weiterbildung besser beurteilen zu können.
- Abschluss des Common Trunk: zusätzlich zur Absolvierung der klinischen Vorgaben muss das **Basisexamen** bestanden werden.
- **Vergabe Weiterbildungsstellen nach Common Trunk**: Es müssten *regionale Boards* gebildet werden, die die Anzahl an Stellen in einer Region gemeinsam vergeben (**Weiterbildungsnetzwerk**). Der Beginn für diese Residency müsste schweizweit einheitlich zu einem festen Datum im Jahr beginnen (zum Beispiel 1.1. eines Jahres). In der zweiten Hälfte des zweiten Jahres des Common Trunks finden dann *kompetitive Bewerbungsverfahren* um

die Weiterbildungsplätze statt. Denkbar wäre eine Mischung aus Assessments durch die bisherigen Vorgesetzten und entsprechende Tests (Bsp. Niederlande). Die Boards würden dann die Kandidaten ranken und entsprechend dem Ranking die Weiterbildungsstellen vergeben. Dieses Verfahren wäre transparent und für alle Beteiligten nachvollziehbar. Durch die Phase des Common Trunk hätte jeder genug Zeit das Fach und umgekehrt den Kandidaten kennenzulernen.

- Anschliessend **4-jährige Facharzt-Weiterbildung OHNE Unterbrüche im Zielgebiet (Trauma, Viszeral, Thorax oder Gefäss).**
- Im Rahmen der folgenden 4 Jahre müssten dann *halbjährlich* zu dokumentierende Weiterbildungsschritte absolviert werden. Diese setzen sich einerseits aus den Eingriffen andererseits aus klinischen Fortbildungen und ggf. wissenschaftlichen Leistungen zusammen. Hier könnte was die Eingriffe angeht ebenfalls an die bereits bestehenden Kategorien der A-, B- und C-Eingriffe angeknüpft werden. Über den Fortschritt müsste für das Board, den Weiterbildungner und die Kandidaten einer Region transparent Buch geführt werden.
- Denkbar sind auch *theoretische und praktischer Prüfungen*, die durch die Fachgesellschaften organisiert werden (SGATC, SGVC, SGT und SGG)
- Sowohl Kandidat als auch Weiterbildungner tragen eine Verantwortung für die Erfüllung dieser Vorgaben. *Beide Seiten können bei Nichteinhaltung sanktioniert werden* (Entzug von Weiterbildungsförderung oder Entzug von Weiterbildungsstellen für eine Klinik, die den eigenen Zusagen nicht nachkommt).
- **Klinikkategorie:** Die Verpflichtung f. 2 Jahre an einer A oder U-Klinik wird auf 1 Jahr reduziert. Die B-Kliniken erhalten eine Weiterbildungsermächtigung für die restlichen 5 Jahre vorausgesetzt sie können dem Kandidaten in dieser Zeit die notwendigen Eingriffe und die Intensivzeiten bieten (es braucht also f. die meisten B-Kliniken eine angepasste Anzahl wahrscheinlich Reduktion an Weiterbildungsstellen).

Facharztspezifische Regelungen

Der **Facharzt f. Viszeralchirurgie** wird um die traumatologischen Eingriffe (exklusive Traumatologie des Abdomens) gekürzt. Dafür steigt die Anzahl bei anderen wichtigen viszeralchirurgischen Eingriffen (Kolon, Dünndarm, Hernien, Upper GI, HB). Ziel ist die Erlangung einer Notfallkompetenz auf dem Gebiet der Viszeralchirurgie und die möglichst selbständige Durchführung der Basiseingriffe mit Erreichen der Facharztstufe. Gewisse Eingriffe werden auf die Schwerpunktsausbildung „viszeral“ ausgelagert: Eingriffe an der Schilddrüse, Mammachirurgie.

Der **Facharzt f. Traumatologie** wird um die viszeralchirurgischen Eingriffe gekürzt. Dafür steigt die Zahl der geforderten traumatologischen Eingriffe. Das Ziel ist eine umfassende Notfallkompetenz mit Erlangung der Facharztstufe. Hierzu gehören insbesondere die Erstversorgung von sämtlichen Extremitätenfrakturen, die Versorgung polytraumatisierter Patienten, die Triage bei Massenanfall von Verletzten.

Der **Facharzt f. Thoraxchirurgie** wird ebenfalls um die Eingriffe der Viszeralchirurgie und Traumatologie gekürzt. Erweitert werden entsprechend die Anforderungen gemäss jetzigem Katalog für den Spezialtitel Thoraxchirurgie.

Der **Facharzt für Gefässchirurgie** wird ebenfalls um die Traumatologie und Thoraxchirurgie gekürzt. Gefordert wird aber weiterhin ein *Minimum an Viszeralchirurgischen OPs*, die für die Ausübung dieses Faches relevant sind (Bsp. Chirurgie der Leiste, Colon/Dünndarmeringriffe.). Ziel ist wie bei den vorgenannten die Erlangung einer Notfallkompetenz in Gefässchirurgie mit Erlangung der Facharztreife.

Sollte ein Kandidat eine spätere **Allgemeinchirurgische Tätigkeit** mit Kompetenzen in der Traumatologie ebenso wie in der Viszeralchirurgie anstreben, könnte er dies durch eine Verlängerung seiner Weiterbildungszeit und den Anschluss eines zweiten Curriculums erreichen (s.u. Schwerpunkte).

Die eigentliche **Subspezialisierung** bliebe dann den grossen Zentrumsspitalern und dortigen Spezialzentren vorbehalten. In solchen Kliniken könnten dann auch mit entsprechenden Fallzahlen ausgestattete Curricula kreiert werden (zum Beispiel Hepatobiliär inkl. Transplantation, Colorectal, Upper GI, Endocrine oder im Bereich der Traumatologie, Fuss, Hüfte, Geriatrische Frakturen o. a.).

Schwerpunktstitel werden somit erneuert:

- **Schwerpunktstitel „Allgemein“:** Facharzt für Viszeral UND Traumatologie (beide Curricula, nat. nur einmal Common Trunk, d.h. alles zusammen 10 Jahre).
- **Schwerpunktstitel „Viszeral“:** aufbauend auf Facharzt „Viszeral“, Vertiefung, komplexere Chirurgie evtl. bereits hier Subspezialisierung (Hepatobiliär inkl. Transplantation, Colorectal, Upper GI, Endocrine ...).
- **Schwerpunktstitel „Gefäss“** und **„Schwerpunktstitel Thorax“** analog „Viszeral“: Vertiefung des Faches, mehr und komplexere Eingriffe

Voraussetzungen für die Umgestaltung des Weiterbildungscurriculums

- generell: Willen aller Weiterbildner und Fachgesellschaften die Weiterbildung in der Schweiz zu vereinheitlichen
- übergeordnetes Kontrollorgan: SGC als Dachverband. Bei Nichterfüllen der Pflichten müssen Sanktionen möglich sein (s.o.)
- Register: alle Assistenzärzte/innen müssen erfasst werden, alle Weiterbildungskliniken müssen erfasst sein
- Netzwerke müssen geschaffen werden
- Das Curriculum muss entsprechend abgeändert werden

Realisierungsplan:

1) Sofortige Erschaffung eines Assistentenregisters: alle Assistenzärzte/innen müssen bei der SGC registriert werden. Die Weiterbildungskliniken erhalten 1x/Jahr den Auftrag neue Assistenten zu Registrierung aufzufordern, bereits beschäftigte Assistenten zum „up date“ ihrer Angaben, sowie Mutationen (Abbruch der Weiterbildung) zu melden.

Die Daten werden von der SGC verwaltet.

Registrierungsangaben: Name, Vorname, Geb. datum, Geschlecht, Jahr Staatsexamen, Angabe welche Universität, Wohnregion, aktuelle Stelle (Spezialität, Klinik/Forschung), aktuelles Ausbildungsziel (Viszeral, Thorax, Trauma, Gefäss), Ausbildungsstand (in Monaten), absolvierte Rotationen (Notfall, IPS, Klinik...), bestandene Examen (Basisexamen, Facharzt).

Es braucht also einen **IT-Auftrag** zur Erschaffung des Registers, sowie **eine Person** im Rahmen der SGC, die sie Daten verwaltet und die Weiterbildungskliniken jährlich schriftlich zur Registrierung aufruft.

Weiterbildungsstätten-Register: Weiterbildungskliniken sollten sich ebenfalls jährlich registrieren. Hier sollte u.a. die Anzahl Weiterbildungsstellen, Anzahl sonstige Assistentenstellen (Spitalfachärzte) ersichtlich werden. Angaben zu Ausbildungseingriffen wären wünschenswert, aber wahrscheinlich zu aufwendig (Schnittstelle mit AQC?).

2) Netzwerke: Sobald die Erfassung der Assistenten erstmalig erfolgt ist, müssen konkrete Beschlüsse hierzu folgen. Ausbildungsregionen müssen definiert werden und die entsprechenden Spitäler müssen gemeinsam ihre Planung aufnehmen.

Vorschlag: Registrierung, danach Evaluation der Resultate durch die SGC (wie viele Assistentenstellen gibt's in der Region XY, welche Eingriffe werden in der Region XY zu vergeben sein). Vorschlag welche Spitäler in welches Netzwerk gehören erfolgt durch SGC. Falls die Kliniken den Vorschlag billigen, organisieren sich die Spitäler eines Netzwerks untereinander. Sie haben hierfür max. 2-3 Jahre Zeit.

3) Anpassung Curriculum: Die Gliederung in Common-Trunk und anschliessend Aufspaltung in die vier Richtungen Viszeral, Thorax, Trauma, Gefäss sollte möglichst rasch (in den nächsten 2-3 Jahren) erfolgen. Übergangsregelungen müssen für bereits begonnene Curricula gelten. Nicht nur die OP-Kataloge, sondern auch die obligatorischen Weiterbildungsveranstaltungen müssen entsprechend angepasst werden (AO nur für Trauma, GE-Kurs für Viszeral bzw. Laparoskopiekurs auch für Thoraxchirurgie, Gefässkurs für Gefäss etc.)