

Weiterbildung to go

Autoren:

Mitglieder der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft

Junger Chirurgen



(nach Alphabet)

Steffen Axt

Jörn Gröne

Julia Holzhausen

Jonas Johannink

Andreas Kirschniak

Petra Kühn

Markus Küper

Markus Mille

Anjali Röth

Christopher Sleyman

Pirmin Storz

Michael Zazcek

Inhalt

Einleitung	4
Bisherige Weiterbildungsordnung	5
Weiterbildungsabschnitte 1-3	5
CAJC-Quotient	6
Facharzt für Allgemein Chirurgie	8
Facharzt für Viszeralchirurgie	8
Teilschritte assistieren	9
Funktionsbereich und Rotationen	10
Sonographie	10
Notaufnahme	10
Intensivmedizin	11
Endoskopie	11
Fortbildungen – WB-Datenbank	11
Innerklinisch	13
Weiterbildungsgespräche	13
Tumorkonferenzen	13
M&M Konferenzen (Morbidity and Mortality)	13
Klinikfortbildungen	13
Logbuch	13
Weiterbildungsgespräche	14
Weiterbildungsverbände und Rotationen	14
Forschung	14
Tool: CAJC-Weiterbildungsplaner	15

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V.

Chirurgische Arbeitsgemeinschaft junge Chirurgen (CAJC), aktueller Vorstand

Haus der Bundespressekonferenz

Schiffbauerdamm 40

10117 Berlin

Einleitung

Die „Weiterbildung to go“ ist ein Ratgeber, um in der eigenen Klinik mit einfachen Mitteln die Weiterbildung zu verbessern. Sie wurde von den aktiven Mitgliedern der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Junger Chirurgen (CAJC) der DGAV erarbeitet.

Sie richtet sich an alle an der Weiterbildung Beteiligten.

Die Grundlagen der hier dargestellten Vorschläge sind die Gemeinsamkeiten der Weiterbildungsordnungen der Länder (WBO). Oft ist die Weiterbildungsordnung aber unübersichtlich und sehr unkonkret. Sie legt fest, welche Operationen und Kenntnisse bis zum Ende der Weiterbildungszeit als Qualifikation zum Facharzt durchgeführt bzw. erworben werden sollen.

Ein wichtiges Thema für alle chirurgischen Fächer ist das Erlernen der operativen Kompetenz. Hierfür wird in der WBO nur die Anzahl der Operationen als Qualitätsindikator genutzt. Es herrscht jedoch unserer Ansicht nach Konsens, dass eine qualitative Bewertung sinnvoller wäre.

Die hier aufgeführten Zahlen orientieren sich an der vorhandenen Weiterbildungsordnung und sind eine gute Orientierungshilfe. Zudem bestehen viele Operationen aus teilweise einfachen Einzelschritten, die man als Teilschritte einer komplexen Operation bereits früh dem jungen Assistenten beibringen kann (z.B. die Laparotomie bei einem nicht voroperierten Patienten). Dies ermöglicht eine gute und sehr zielgerichtete Anleitung, wenn diese Teilschritte dann im Verlauf zur vollständigen Operation zusammengefügt werden.

Weitere wichtige Aspekte für eine strukturierte Weiterbildung sind die geplanten Rotationen in verschiedene Bereiche des Krankenhauses. Es wurde eine APP für die individuelle Rotationsplanung programmiert und kann von jedem eigenständig genutzt werden (www.mic.uni-tuebingen.de/cajc).

Wir freuen uns auf Rückmeldungen und Kommentare und hoffen einen Beitrag zur Verbesserung der Weiterbildung leisten zu können.

Bisherige Weiterbildungsordnung

Die Weiterbildung basiert auf der Grundlage der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer mit regionalen Änderungen durch die Landesärztekammern. Diese wird in unregelmäßigen Abständen novelliert. Die nächste Novelle soll eine Abwendung von dem bisher bestimmenden Kriterium der Anzahl von durchgeführten Maßnahmen wie Operationen hin zu einer Orientierung an dem Nachweis von erlangten Kompetenzen herbeiführen. Diese ist bereits in der Bearbeitung. Die aktuelle Weiterbildungsordnung ist bei den Landesärztekammern erhältlich.

Weiterbildungsabschnitte 1-3

Die Weiterbildung erfolgt anhand der von der Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Anzahl der geforderten Operationen. Die Weiterbildung sowohl zum Facharzt für AC als auch für VC beginnt mit dem Common Trunk (CT) (**Abschnitt 1**). Dieser erstreckt sich über die ersten beiden Weiterbildungsjahre. Durch die vorgeschriebene Zeit von je sechs Monaten Intensivstation sowie Notfallambulanz verbleibt eine effektiv planbare Zeit von zwölf Monaten, in denen der Weiterbildungsassistent Operationen durchführen kann. Die restlichen vier Jahre der Weiterbildungszeit für AC und VC werden in zwei Abschnitte zu je 24 Monaten eingeteilt (**Abschnitt 2+3**).

Der Nachweis der zu assistierenden Operationen stellt für die meisten Facharztanwärter in der Regel kein Problem dar. Jedoch gestaltet sich das Erreichen der entsprechend geforderten Operationszahlen, welche selbsttätig durchgeführt werden müssen, deutlich schwieriger. Dies liegt häufig an Abstimmungsschwierigkeiten zwischen geforderten Eingriffen und jeweiligem Weiterbildungsstand. Es ist somit nicht klar, wann welcher Eingriff durchgeführt werden kann bzw. sollte. Eine Empfehlung wird in der Musterweiterbildungsordnung nicht ausgesprochen. Aus diesem Grund ist es das Ziel der CAJC, sowohl Weiterzubildenden als auch Weiterbildungern eine Orientierungshilfe zur Strukturierung der geforderten Eingriffe zur Verfügung zu stellen.

Hierfür werden zunächst die häufigsten allgemein- bzw. viszeralchirurgischen Operationen in fünf verschiedene Schwierigkeitsgrade A–E eingeteilt, wobei A die einfachsten und E die komplexesten Eingriffe sind. Die Operationen der Kategorien A–C sind Ausbildungsziel für den Facharzt für Allgemeinchirurgie (AC), während die Eingriffe der Kategorie D und E für den Facharzt für allgemeine und spezielle Viszeralchirurgie (VC) darstellen. Schließlich erfolgte eine Zuordnung der Eingriffe zu den entsprechenden Weiterbildungsjahren, in denen diese aus Sicht der CAJC

durchgeführt werden sollten. Bewusst werden bei dieser Empfehlung keine OP-Techniken aufgeführt (offen/konventionell bzw. minimal-invasiv), da ein Facharzt für AC bzw. VC sowohl die offene als auch die minimal-invasive Technik einer Operationsmethode beherrschen sollte. Als Beispiel kann hier die Versorgung einer Leistenhernie angeführt werden, da sowohl die Versorgung nach Lichtenstein als auch ein minimal-invasives Verfahren (TEP oder TAPP) im Repertoire eines Chirurgen vorhanden sein sollte. Eine Spezialisierung ist selbstverständlich weiterhin denkbar und auch möglich.

Die Diagnosen sind weitgehend deckungsgleich mit den Operationen. Sie können interpretiert werden als Kompetenzen, die der Weiterbildungsassistent in dem jeweiligen Weiterbildungsabschnitt (WBA) bzw. Weiterbildungsjahr (WBJ) erwerben sollte und beinhalten nicht nur die Therapie (=Operation) sondern auch die Diagnostik und das peri- und postoperative Management. Am Beispiel der Inguinalhernie bedeutet dies, dass der Weiterzubildende im zweiten WBA die Diagnostik (Untersuchung, Sonographie), die Therapie (Lichtenstein oder TEP/TAPP) sowie die postoperative Betreuung des Patienten gewährleisten kann.

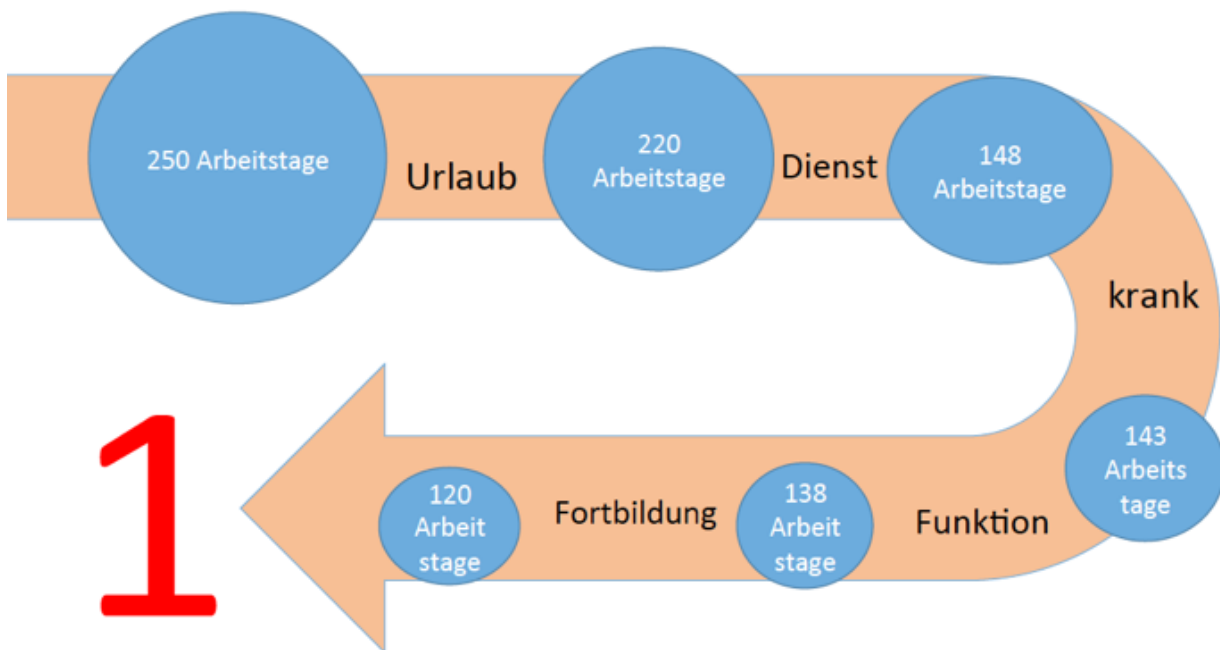
Auf Grundlage der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) wurden durch die CAJC verschiedene Anzahlen an Eingriffen der Kategorien A–C pro Weiterbildungsabschnitt empfohlen, damit die geforderten OP-Zahlen in jedem Falle und unabhängig von der Weiterbildungsstätte erreicht werden können. Die nachfolgenden Aufstellungen fasst diese Empfehlungen entsprechend zusammen. Dabei können in jedem Abschnitt selbstverständlich Eingriffe einer höheren Eingriffskategorie durchgeführt werden.

CAJC-Quotient

Es wird in vielen Fällen die zur Weiterbildung und zur Durchführung der notwendigen Operationen zur Verfügung stehende Zeit überschätzt. Die Weiterbildungszeit zum AC oder VC beträgt sechs Jahre. Die zur Verfügung stehende Zeit für das Erlernen der Operationen ist wesentlich geringer. Dies werden wir weiter unten veranschaulichen.

Dies bedeutet, dass rechtzeitig mit einer regelmäßigen operativen Ausbildung begonnen werden muss und diese sinnvollerweise gleichmäßig verteilt wird. Dann ist auch mit dem derzeitigen Zeitkontingent eine gute operative Weiterbildung möglich.

Hierfür haben wir die Zahl der notwendigen operativen Eingriffe gegen die durchschnittliche Arbeitszeit in Arbeitstagen aufgerechnet. Dabei haben wir die üblicherweise fehlenden Arbeitstage bereits abgezogen (s. Schema1).



Bei durchschnittlich 250 Arbeitstagen im Jahr fallen 30 Tage Urlaub weg. Hinzu kommen meist mindestens 3 Dienste unter der Woche, wo man sowohl für den Dienst-Tag als auch den Folgetag ausfällt. Zudem stehen einem Assistenten 5 Fortbildungstage zur Verfügung, die man auch unserer Meinung nach nutzen sollte. Außerdem haben wir für diese Beispielrechnung fünf Krankentage pro Jahr angenommen und gehen davon aus, daß man im Rahmen seiner Weiterbildung ca. 90 Tage (18 Tage pro Jahr bei fünf Jahren) in anderen Funktionen, wie der Endoskopie, verbringt. Wir gehen bei dieser Rechnung von fünf Jahren aus, in denen man operativ tätig werden kann, da jeweils sechs Monate im Rahmen des Common Trunks für die Rotation in die Ambulanz und auf die Intensivstation wegfallen. Entsprechend stehen für die operative Ausbildung 600 Tage (**EOZ: Effektive Operative Zeit** in Tagen) zur Verfügung. Bei, laut WBO, ca. 600 geforderten Eingriffen erfolgte eine Aufteilung der erforderlichen Operationen auf die verfügbaren Tage.

1

Abbildung Nr.: Anzahl Operationen pro effektivem, operativem Weiterbildungstag (EOZ)

Facharzt für Allgemeinchirurgie

Weiterbildungszeit: 72 Monate, davon die ersten 24 Monate CT und 12 Monate Unfallchirurgie (im 2. WBA)

Geforderte Anzahl Operationen (ohne Unfallchirurgie; insgesamt): 385

Davon pro Kategorie und Abschnitt mindestens:

<i>Abschnitt 1 (CT):</i>	70 Eingriffe der Kategorie A (oder schwerer)
	0 Eingriffe der Kategorie B
	0 Eingriffe der Kategorie C
<i>Abschnitt 2 (3./4. WBJ):</i>	50 Eingriffe der Kategorie A
	80 Eingriffe der Kategorie B (oder schwerer)
	0 Eingriffe der Kategorie C
<i>Abschnitt 3 (5./6. WBJ):</i>	50 Eingriffe der Kategorie A
	100 Eingriffe der Kategorie B
	50 Eingriffe der Kategorie C (oder schwerer)

Facharzt für Viszeralchirurgie

Weiterbildungszeit: 72 Monate, davon die ersten 24 Monate CT


Geforderte Anzahl Operationen (insgesamt): 615¹

Davon pro Kategorie und Abschnitt mindestens:

<i>Abschnitt 1 (CT):</i>	70 Eingriffe der Kategorie A (oder schwerer)
	0 Eingriffe der Kategorie B
	0 Eingriffe der Kategorie C
<i>Abschnitt 2 (3./4. WBJ):</i>	80 Eingriffe der Kategorie A
	150 Eingriffe der Kategorie B (oder schwerer)
	0 Eingriffe der Kategorie C
<i>Abschnitt 3 (5./6. WBJ):</i>	80 Eingriffe der Kategorie A
	100 Eingriffe der Kategorie B
	70 Eingriffe der Kategorie C (oder schwerer)

¹ MRILI 2003 – In der Fassung vom 18.2.2011

„Was sollte ich wann operieren ...?“ Eingriffe Allgemein- / Viszeralchirurgie

Gruppe A <i>Common Trunk</i>	Gruppe B <i>3. – 4. WBJ</i>	Gruppe C <i>5. – 6. WBJ</i>	Gruppe D	Gruppe E
<p>Brustwand</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einfache LK-Entfernung ▪ Port ▪ Thoraxdrainage <p>Bauchwand/Bauchhöhle</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abszessinzision ▪ Appendektomie ▪ Einfache Adhäsiolyse ▪ Einfache LK-Entfernung ▪ Exzision einer einfachen Perianalfistel ▪ Konv. Hämorrhoiden ▪ Fissurektomie ▪ Nabelhernienverschluss <p>Extremitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amputation ▪ Debridement 	<p>Kopf/Hals</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemithyreoidektomie ▪ Tracheotomie <p>Brustwand</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thorakotomie <p>Bauchwand/Bauchhöhle</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verschluss Inguinalhernie ▪ Inguinale LK-Dissektion ▪ PEG-Anlage ▪ Stomaanlage ▪ Stomarückverlagerung ▪ Cholezystektomie ▪ Magenband / Sleeve ▪ Gastroenterostomie ▪ Dünndarmresektion ▪ Ileocolicresektion ▪ Tubuläre Dickdarmres. ▪ Leber-PE 	<p>Kopf/Hals</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thyreoidektomie <p>Bauchwand/Bauchhöhle</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Narbenhernienverschluss ▪ Funduplicatio ▪ Splenektomie ▪ Magenteilresektion ▪ Linkslaterale Leberresektion ▪ Onkolog. Dickdarmres. ▪ Komplexe Adhäsiolyse ▪ Anteriore Rektumres. ▪ Hartmannresektion ▪ Komplexe perianale Fisteln ▪ OP nach Longo <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>Gruppe A – C <i>Allgemeinchirurgie + Viszeralchirurgie</i></p> </div>	<p>Kopf/Hals</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Onkolog. Thyreoidektomie mit Neck Dissection ▪ Parathyreoidektomie <p>Bauchwand/Bauchhöhle</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bauchdeckenrekonstruktion ▪ Gastrektomie ▪ Pankreaslinksresektion ▪ Hartmannrekonstruktion ▪ Tiefe ant. Rektumres. ▪ Adrenalektomie ▪ NTx <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>Gruppe D + E <i>Viszeralchirurgie + spez. Viszeralchirurgie</i></p> </div>	<p>Bauchwand/Bauchhöhle</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ösophagusresektion ▪ Rektumexstirpation ▪ Pankreaskopfresektion ▪ Hemihepatektomie rechts ▪ LTx ▪ PTx <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>

Teilschritte assistieren

Operative Eingriffe stellen komplexe Prozeduren dar, die aus unterschiedlichen Teilschritten bestehen. Viele Teilschritte wiederholen sich bei unterschiedlichen Eingriffen. So erfolgt die Laparotomie bei jedem konventionellen Eingriff. Diese Teilschritte können ohne größeren Zeitaufwand assistiert werden.

Eine Aufteilung der Teilschritte und der jeweiligen Zeit, wann diese Teilschritte durchgeführt werden sollten, finden sich in der dargestellten Graphik.

Neben den Zugängen und Wundverschlüssen könnten weitere Teilschritte die Exploration des Situs, die Einstellung des Situs, die Mobilisation von verschiedenen Organen bis hin zur Resektion und Rekonstruktion sein könnten.

„Was sollte ich wann operieren ...?“ Teilschritte Allgemein- / Viszeralchirurgie

Common Trunk

Zugänge

- Schilddrüsenresektion (z.B. Präparation bis auf Halsfaszie)
- Herniotomie (z.B. bis Externusaponeurose)
- Setzen von Optik- und Instrumententrokaren beim nicht voroperierten Abdomen (z.B. laparoskopische AE / CCE / Hemikolektomie)
- Laparotomie beim nicht voroperierten Abdomen (z.B. Pankreas-, Leber-, Magen-, Darmresektionen)

Wundverschluss

- Trokarinsertionsstellen
- Bauchdeckenverschluss bei unkomplizierten Verhältnissen
- Nach Schilddrüsenresektion
- Nach Herniotomie

Exploration des Situs

- Lap. und konv. Quadranteninspektion bzw. Palpation (z.B. im Rahmen vom intraoperativen Staging)
- Lap. Durchmusterung von Dünndarm (z.B. bei lap. AE)

Einstellung des Situs

- Luxation der Gallenblase

Skelettierung & Resektion

- Konv. CCE im Rahmen von Pankreaskopfresektion

Abschlusskontrolle

- Lavage / Spülen
- Kontrolle auf Bluttrockenheit
- Anlage von Drainagen

3. – 4. WBJ

Zugänge

- Thorakotomie
- Leistenfreilegung Gefäße (z.B. bei elektiver Gefäßchirurgie)

Wundverschluss

- Thorakotomie
- Verschluss Leistenzugang (z.B. nach Embolektomie, elektiver Gefäßchirurgie)

Exploration des Situs

- Siehe Common Trunk (CT)

Einstellung des Situs

- „Haken und Tücher“ (z.B. konv. CCE und Sigmaresektion)

Mobilisation

- Lap. und konv. Durchtrennung der lateralen embryonalen Verwachsungen (z.B. im Rahmen von Hemikolektomie rechts / links und Sigmaresektion)
- Eröffnung der Bursa omentalis

Skelettierung & Resektion

- Dünn- und Dickdarmsegmentresektion
- Vorbereitung von Y-Roux-Rekonstruktion (z.B. im Rahmen von Gastrektomie, Pankreaskopfresektion)

Rekonstruktion

- Dünndarmanastomose
- Gastroenterostomie
- Gastroduodenostomie / Gastrojejunostomie

Abschlusskontrolle

- Siehe CT

5. – 6. WBJ

Zugänge

- Laparotomie / Setzen von Optik- und Instrumententrokaren beim voroperierten Abdomen
- TEP

Wundverschluss

- Bauchdeckenverschluss bei komplizierten Faszienvhältnissen

Exploration des Situs

- Siehe CT

Einstellung des Situs

- Siehe fachspezifische WB 3.– 4. WBJ

Mobilisation

- Kochermanöver (z.B. im Rahmen von Pankreaskopfresektion)
- Lebermobilisation (-> als Vorbereitung für Versorgung Leberverletzung / PT)

Skelettierung & Resektion

- Magenresektion

Rekonstruktion

- Kolonanastomose
- Biliodigestive Anastomose bei dilatiertem Ductus choledochus (z.B. im Rahmen von Pankreaskopfresektion)

Abschlusskontrolle

- Siehe CT



Funktionsbereich und Rotationen

Sonographie

Die Sonographie ist ein zentrales Hilfsmittel bei der Diagnostik und der Indikationsstellung viszeralchirurgischer Operationen. Daher empfehlen wir die frühzeitige Teilnahme an einem Sonographiekurs im Rahmen des Common Trunks, um ein standardisiertes Vorgehen zu erlernen (Korrekte Schnittführung, Begutachtung der einzelnen Organe). Darauf aufbauend sollten während der gesamten Weiterbildungszeit die sonographischen Fähigkeiten weiter vertieft werden.

Notaufnahme

Die aktuelle Weiterbildungsordnung sieht eine Rotation von mindestens 6 Monaten während des Common Trunks in die entsprechende Notaufnahme vor. Neben dem Blick über den Tellerrand, sollen hier Kenntnisse und Fähigkeiten zur Indikationsstellung und Akuttherapie chirurgischer Krankheitsbilder erlernt werden. Darüber hinaus sind Lernziele das Schockraummanagement, die Polytraumaversorgung und kleinere chirurgische Eingriffe im Rahmen der ambulanten Behandlung (Schnittwunden, Abszesse, Proktologie, Kategorie A).

Intensivmedizin

Zusätzlich werden im Rahmen des Common Trunks 6 Monate an intensivmedizinischer Weiterbildung gefordert. Da die perioperative Versorgung nach größeren Eingriffen sowie die Betreuung septischer Patienten besondere medizinische Herausforderungen darstellen, sollte diese Weiterbildungszeit auch in vollem Umfang auf einer Intensivstation wahrgenommen werden. Neben dem Erlernen intensivmedizinischer Fähigkeiten wird so auch der klinische Blick für die Beurteilung der Intensivpflichtigkeit von Patienten im weiteren Arbeitsalltag geschult. Vorangehen sollte eine Fortbildung für die Intensivmedizin (z.B. Modul 2 der DGAV).

Endoskopie

Die Endoskopie ist für den Chirurgen sowohl ein diagnostisches als auch essentielles therapeutisches Tool. Neben der präoperativen Lokisationsdiagnostik, der therapeutischen Behandlung viszeralmedizinischer Erkrankungen (z.B. Ulkusblutungen, Achalasie) stellt die Endoskopie vor allem im Management postoperativer Komplikationen mittlerweile ein unverzichtbares Handwerkzeug dar. So können z.B. Anastomoseninsuffizienzen mittels endoskopischen Stenting unter einer deutlichen Verringerung der Morbidität und Mortalität versorgt werden. Gerade die endoskopische Versorgung chirurgischer Komplikationen gehört nach Meinung der CAJC zwingend in die Hand eines chirurgischen Endoskopeurs. Aus diesem Grund empfiehlt die CAJC die Rotation in die Endoskopie im Rahmen der Weiterbildung. Des Weiteren sollte eine Fortbildung besucht werden (z.B. Gastroskopie für Chirurgen der DGAV).

Fortbildungen – WB-Datenbank

Das Angebot von Weiterbildungskursen und Fortbildungsveranstaltungen ist zum Teil unüberschaubar und es fällt schwer, den gegenwärtig sinnvollen Kurs herauszufinden. Aus diesem Grund wurde eine Datenbank erstellt, die bestehende Kurse auflistet und Empfehlungen bietet, wann mit welchem Wissenstand der jeweilige Kurs sinnvoll ist.

<https://www.dgav.de/arbeitsgemeinschaften/cajc/weiterbildung/weiterbildungsdatenbank.html>.

Es ist sinnvoll, zwei zertifizierte Kurse pro Jahr zu absolvieren. Dies entspricht 12 Kursen während der Weiterbildung. Dabei sollten drei Kurse pro Jahr im Common Trunk stattfinden (also 6 Kurse in den ersten zwei Jahren). Der Umfang dieser Kurse sollte mindestens 2 Tage sein.

Im Rahmen des Common Trunk werden folgende Kurse empfohlen (**Abschnitt 1**):

- ATLS
- Intensivmedizin
- Assistenz / Kameraführung
- Knoten- und Nahtkurs
- Sonographiekurs
- Strahlenschutzkurs

Abschnitt 2:

- Osteosynthese bzw. Endoskopiekurs (entweder Allgemeinchirurgie- oder Viszeralchirurgie- Weiterbildung)
- Laparoskopiekurs (zum Beispiel Basiskurs für Laparoskopie)
- konventionelle OP-Kurse (Anastomosenkurse)
- Alternativ-Kombinationskurse wie Warnemünde oder Davos

Abschnitt 3:

- Spezielle Kurse (Proktologie, Endokrine, etc:)

Innerklinisch

Weiterbildungsgespräche

Weiterbildungsgespräche sind ein sehr hilfreiches Werkzeug um die Weiterbildung aktiv zu gestalten, da sie mit geringem Aufwand sowohl dem Weiterbilder wie auch dem Weiterzubildenden ein Feedback über die Weiterbildung und ihren Verlauf geben. Wichtig ist, dass sie nicht als notwendiges Übel abgehakt oder bürokratisch überfrachtet werden. Es sollte Ihnen genügend Zeit eingeräumt werden und die Inhalte der Vorgaben der jeweiligen Landesärztekammer sollten enthalten sein.

Tumorkonferenzen

Bei Tumorkonferenzen werden interdisziplinär Fälle aufgearbeitet, um nach gegenwärtigem Wissensstand die optimale Therapie für den Einzelfall zu finden. Die Weiterzubildenden sollten früh und aktiv in die Planung und die Falldiskussion miteinbezogen werden.

M&M Konferenzen (Morbidity and Mortality)

Hier erfolgt eine Analyse der aufgetretenen Komplikationen zur Qualitätsoptimierung in der Zukunft. Wichtig ist hierbei die zwar vollständige, aber nicht anklagende Darstellung und Diskussion des Sachverhaltes. Eine gute Möglichkeit besteht in der gemeinsamen Ausarbeitung und Präsentation von einem Weiterzubildenden mit einem Fach- oder Oberarzt.

Klinikfortbildungen

Die von der Klinik organisierten Fortbildungen sollten sowohl vom als auch für den Nachwuchs gestaltet werden. Das Ausarbeiten von Vorträgen und Inhalten führt zu einer sehr intensiven Beschäftigung mit dem Thema und bringt einen höheren Wissenszuwachs als die passive Wissensaufnahme.

Logbuch

Das führen eines Logbuches ist in der Weiterbildungsordnung verpflichtend vorgeschrieben. Leider wird es immer noch selten dazu genutzt die Weiterbildung fortlaufend zu begleiten. Nur dann kann es sowohl den Arzt in Weiterbildung und den Weiterbilder bei der Strukturierung der Weiterbildung unterstützen. Es sollte kombiniert werden mit regelmäßigen Weiterbildungsgesprächen und kann zu einem Portfolio mit einer erweiterten Darstellung der erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten erweitert werden.

Weiterbildungsgespräche

Es sollten regelmäßig, die offizielle Vorgabe ist jährlich, sie können aber auch häufiger strukturierte Weiterbildungsgespräche geführt werden. In diesen sollte der Stand der individuellen Weiterbildung bestimmt und die weiteren Ziele festgelegt werden. Nur durch eine solche Strukturierung gelingt es in der Regel die Weiterbildungsinhalte sinnvoll auf die sechs Jahre zu verteilen.

Weiterbündungsverbände und Rotationen

Da aufgrund der Tendenz einer zunehmenden Spezialisierung von Krankenhäusern die vollumfängliche ärztliche Weiterbildung erschwert wird, kann die Einrichtung von Verbänden mehrerer Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen sinnvoll werden. Überbetriebliche Rotationen könnten so während der Weiterbildung leichter erfolgen.

Die Wahlfreiheit der Weiterbildungsstätte im Rahmen der Weiterbildung muss aber auch mit der Gründung von Verbänden erhalten bleiben.

Es muss klare und nachvollziehbare Kriterien dafür geben, welche Weiterbildungsziele an welcher Einrichtung erreicht werden können. Diese sollen transparent und öffentlich dargestellt werden, so dass eine einfache Auswahl der geeigneten Weiterbildungsstätte für die gewünschte Weiterbildung mit individueller Schwerpunktsetzung möglich ist.

Forschung

Auch in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung kann klinisch geforscht werden. Dabei stellen die selbst erstellten Vorträge im Rahmen der innerklinischen Fortbildung die erste Stufe der wissenschaftlichen Tätigkeit dar. Case reports oder Fallsammlungen können dann der nächste Schritt auf dem Weg zur Wissenschaft sein. Folgende Fragen sollte man sich stellen:

1. Was ist mein Ziel? Kongressbesuch? Poster? Habilitation? Interesse am Fach? Sich intensiv mit einem Thema beschäftigen? Als Weiterbildung? Schwerpunkt entwickeln?
2. Thema überlegen (was kann mein Krankenhaus? Alleinstellungsmerkmal?)
3. Konkrete Fragestellung (ggf. erst später, ggf. RS mit OA oder Chef)
4. Wahl der Publikationsform (Case report? Retrospektive Analyse?)
5. EDV und Verwaltungsstruktur checken (Welche Fällen hatten wir? Wer kann dies raussuchen? Ansprechpartner)
6. Literaturrecherche? Wie verwalte ich die Literatur, wie kann ich die relevanten Papers einsehen? Bibliothek, Kooperation mi Universitätsbibliothek?

7. Anlegen der Tabelle, lieber ein paar Parameter zu viel (Folgepublikationen)
8. RS mit Chef: Brauche ich dafür einen Ethikantrag? Studienprotokoll?
9. Retrospektiv? (Einsteigermodell) Prospektiv? (für Fortgeschrittene)
10. Welchen Zeitraum will ich untersuchen?
11. Tabelle füllen!!! Am besten binäre Einträge in Tabelle (1=ja, 2=nein)
12. Wer macht die Statistik? Statistiker?
13. Frage der Autorenschaft? Kooperationen? Multizentrisch?
14. Statistikprogramm? Wie bekomme ich dies? Oft über Klinik erhältlich!
15. „Parallel“ das Paper schreiben. Welche Sprache?
16. Bildmaterial zusammenbringen
17. Es gibt viele Bücher zum Thema
18. Wo reiche ich das Paper ein? (das richtige Journal für die entsprechende Fragestellung, cave: manchmal Publikationskosten)
19. Woher bekomme ich Publikationskosten?
20. Instruction for Authors des jeweiligen Journals beachten
21. Nur Mut!
22. Anmeldeschluss für die klinikkongresse raussuchen

Tool: CAJC-Weiterbildungsplaner

Die „App“ „CAJC-Weiterbildungsplaner“ erlaubt die individuelle Planung seiner Weiterbildung, angepasst an die Situation vor Ort. Nach Registrierung kann in einer übersichtlichen Tabelle die gesamte Weiterbildung abgebildet werden mit Planung der persönlichen OP-Ziele, Rotationen, Kurse und Besonderes, wie Elternzeit oder Krankheit. Die WebApp ist unter www.mic.uni-tuebingen/cajc abrufbar.

