

Wieso ein neues Curriculum Chirurgie?

Das neue Curriculum: alles einfacher dank modularem Aufbau?

Phaedra Müller, phaedramueller@gmail.com
Minoa Jung, minoa.jung@hcuge.ch

Weiterbildungsprogramme müssen laufend an die Entwicklungen in den jeweiligen Fachbereichen und an die aktuellen Bedürfnisse junger Facharzt-Anwärterinnen und -Anwärter angepasst werden. So gilt es gerade in der Chirurgie, im Spagat zwischen Versorgungssicherheit in unserer Schweizer Spitallandschaft und einer zunehmenden Spezialisierung Lösungen zu finden. Wichtigste Neuerung in der chirurgischen Weiterbildungslandschaft ist sicherlich die Schaffung der neuen Facharzttitel für Gefässchirurgie und Thoraxchirurgie. Hinzu kommen die unterschiedlichen Bedürfnisse der Gruppen mit dem Wunsch verschiedener Kreise nach einem Facharzttitel ohne den obligatorischen Abschluss von Osteosynthesen in den Operationskatalog.

Schon seit längerer Zeit wurde vor diesem Hintergrund diskutiert, ob es nicht Möglichkeiten geben könnte, Anwärtern des Facharzttitels Chirurgie mit rein viszeralchirurgischer Ausrichtung einen Weiterbildungsweg anzubieten. Seit Ende 2013 wurden unter der Leitung der Verantwortlichen des Ressorts Weiterbildung der SGC, Frau Dr. B. Muff und später Herrn Professor M. Furrer, alle Standpunkte zusammengetragen. Es wurde eine Arbeitsgruppe zur Revision gebildet. Beteiligt waren die SGC, die SGACTION, die SGVC, die Oberarztvertreter der SGC sowie das Forum junger Chirurgen.

Was ist neu? Was bleibt gleich?

Der Aufbau des Curriculums wird modular gestaltet. Er besteht aus zwei Basismodulen, die obligatorisch für alle Kandidaten sind, sowie einem Aufbau-Modul, welches vom Kandidaten gewählt werden kann. Die Module sind so aufgebaut, dass der Facharzt Chirurgie auch ohne operative Frakturversorgung erreicht werden kann.

Die Prüfung des Facharztwissens ist unverändert, d. h., unabhängig von den gewählten Modulen wird das gesamte Fachwissen geprüft. Ebenso bleibt der Aufbau bezüglich geforderter Klinikategorien und Gesamtdauer gleich. Eine Neuerung, die im Hinblick auf die technischen Entwicklungen im neuen Curriculum gefordert wird, ist die Ausbildung in der Sonographie. Hier werden neu 16 Kursstunden sowie 30 dokumentierte (nicht zwingend von einem Radiologen supervidierte) Sonographien gefordert.

Wie sieht der Aufbau aus?

Wie bereits erwähnt, wird das Curriculum unterteilt in einen Basisteil, den alle Kandidaten zu erfüllen haben, gefolgt von einem modularen Teil, in dem eine gewisse Wahlmöglichkeit bei der Erfüllung des Operationskatalogs besteht (Abbildung 1). Im Basisteil sind Kompetenzen und nachgewiesene Fähigkeiten in der Notfallchirurgie und bei allgemeinchirurgischen Basiseingriffen gefordert.

Bei den folgenden Weiterbildungs-Modulen kann zwischen einer viszeralen oder einer Trauma-Ausrichtung oder einer Kombination beider Ausrichtungen gewählt werden. Die Anforderungen an das Wissen bleiben wie er-

wähnt gleich, ebenfalls hat sich im Bereich der geforderten Weiterbildungskurse wenig verändert.

Basismodule:

Diese bestehen aus dem Modul Notfallchirurgie und dem Modul Allgemein-chirurgie. Die dafür geforderten Mindestzahlen sind obligatorische Sollzahlen, was bedeutet, dass diese von allen Kandidaten erreicht werden sollen. Die geforderten Fixateur-externe-Anlagen können mit einem Kursnachweis kompensiert werden.

Zu erwähnen ist die Kategorie „weitere zählbare Eingriffe“. Hierunter fallen Eingriffe aus chirurgischen Subspezialitäten wie Gefässchirurgie, Thoraxchirurgie, Endoskopien, Mammaeingriffe, Urologie. Neu sind auch die kleinchirurgischen Eingriffe wie Bursektomie, Thierschung oder Ähnliches, die neu zu zählbaren Eingriffen werden und einen Anreiz für jüngere Kollegen schaffen sollen, kleinchirurgische Operationen durchzuführen (Abbildungen 2 + 3).

Aufbaumodule:

Bei den Aufbaumodulen wählt der/die Kandidat/Kandidatin aus, ob er ein rein viszerales, ein rein traumatologisches oder ein gemischtes Modul verfolgen möchte. Grundsätzlich müssen auch hier die Zahlen vollständig erreicht werden, im Gegensatz zu den Basismodulen bestehen hier aber einige Erleichterungen respektive Kompensationsmöglichkeiten. Eine Kategorie kann gestrichen werden, wenn sie vollständig kompensiert wird und zwei weitere Kategorien gelten als erfüllt, wenn 80% der geforderten Anzahl erreicht ist, ebenfalls unter der Bedingung, dass die fehlenden 20 % kompensiert werden. Die fehlenden Eingriffszahlen müssen über eine andere Kategorie kompensiert werden, um die Gesamtzahl der 165 geforderten Eingriffe zu erreichen. Im gemischten Modul erfolgt die Kompensation im selben Bereich, in dem die Kategorie gestrichen wurde, die entsprechende Regel gilt ebenso im traumatologischen und im viszeralchirurgischen Modul (Abbildung 4, 5, 6).

Wie ist der aktuelle Stand? Wie geht es weiter?

Das Weiterbildungscurriculum in seiner jetzigen Form wurde an der Generalversammlung der SGC am Jahreskongress 2015 in Bern in einer Konsultativabstimmung gutgeheissen. Aktuell liegt das Papier beim SIWF (Schweizer Institut für Weiter- und Fortbildung), welches die formaljuristische Prüfung durchführt. Frühestens in Kraft treten wird das neue Curriculum im Januar 2016 mit einer Übergangsfrist von drei Jahren.

Chancen und Risiken des neuen Curriculums:

Die Verankerung der Sonographie im neuen Curriculum ist ein wichtiger Schritt, um den zukünftigen Chirurgen den Zugang zur fokussierten Sonographie (für beispielsweise die zunehmende Anzahl endovenöser Behandlungen in der Varizenchirurgie) zu ermöglichen. Dies wird auch durch die Gründung der neuen Sektion ICAN (Intensivmedizin, Chirurgie, Anästhesie, Notfallmedizin) unter dem Dach der SGUM widerspiegelt. Eine Herausforderung wird es sein, die nötige Anzahl sonographisch geschulter chirurgischer Ausbilder zu rekrutieren. Die aktuelle Chirurgengeneration ist diesbezüglich zu grossen Teilen noch ungenügend in diese Technik involviert. Die Wahlmöglichkeiten ermöglichen den Kandidaten, sich frühzeitig für die eine oder andere Richtung zu entscheiden. Zudem widerspiegelt diese Möglichkeit auch zu grossen Teilen die Realität in der Romandie, wo die Knochen-Traumatologie mehrheitlich durch die Orthopädie abgedeckt wird.

Diese „Vereinfachung“ darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich auch die zukünftigen Chirurgeninnen und Chirurgen an der existierenden Spitallandschaft orientieren müssen, um mit der absolvierten Ausbildung auch

Phaedra Müller



Minoa Jung



langfristig bestehen zu können. Gerade in der Deutschschweiz sind weiterhin viele B-Spitäler auf Oberärzte mit breiter chirurgischer Ausbildung angewiesen, die im Dienst sowohl die Traumatologie als auch die Viszeralchirurgie abdecken können. Die Kandidaten müssen sich deshalb früh im Klaren sein, welches Spektrum sie in ihrer persönlichen Zukunft abdecken wollen und ob sie damit dem Bedarf der Schweizer Spitallandschaft auch gerecht werden.

Zudem ist die Versorgung der traumatologischen Patienten auch in Zukunft wichtig. Diese ist nicht flächendeckend durch die Orthopädie abgedeckt, auf Notfallstationen, die von anästhesiologisch oder internistisch orientierten SGNOR-Titelträgern geführt werden, fehlt oft das Know-how, diese Patienten adäquat zu behandeln. Die Chirurginnen und Chirurgen der Zukunft müssen weiterhin darauf bedacht sein, dass die Qualität der Versorgung dieser Patienten nicht abnimmt.

Insgesamt bietet die aktuelle Revision viele Möglichkeiten für die individuelle Entwicklung der Kandidaten, diese sind aber stärker gefordert, sich frühzeitig an die gegebenen chirurgischen Realitäten anzupassen. Wie die Entwicklung weitergeht, werden wir in ein paar Jahren wissen. Die nächste Revision kommt bestimmt, es bleibt also spannend!

Abbildung 1

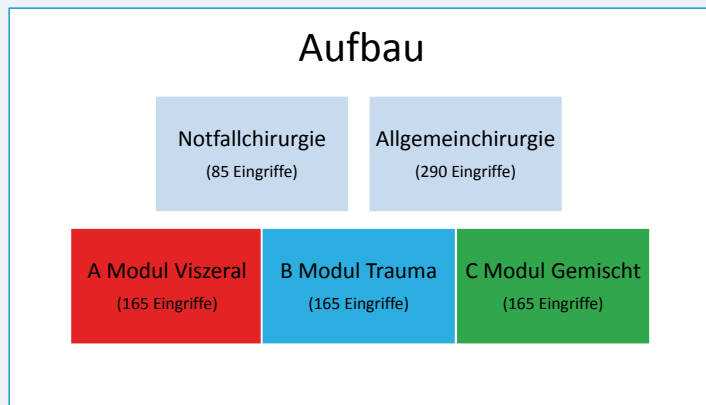


Abbildung 2

Notfallchirurgie

	Mindestzahl	
Chirurgisches Schockraummanagement	10	DOPS* als Möglichkeit
Reposition Luxation/Frakturen	15	DOPS* als Möglichkeit
Konservative Frakturbehandlung		
Wundversorgungen	30	
Anlage Fixateur externe	5	Möglichkeit Kursnachweis
Thoraxdrainagen	15	
Zervikotomien (Tracheafreilegung)	5	
Cystofixeinlage	5	
Gesamtsollzahltotal	85	

*Direct Observation of Procedural Skills

Abbildung 3

Allgemeinchirurgie

	Mindestzahl
Sonografien	30
Laparotomie, Laparoskopie	30
Appendektomie	30
Cholezystektomie	30
Hernienoperationen	40
Dünndarmeingriffe, Stoma	20
Proktologische Eingriffe	20
Kleinchirurgische Eingriffe	40
Veneneingriffe	30
Weitere zählbare Eingriffe	20
Gesamtsollzahltotal	290

Abbildung 4

Modul Viszeral

	Mindestzahl
Laparoskopie, Laparotomie	40
Abdominalhernie	25
Mageneingriffe	7
Dünndarmeingriffe	25
Kolorektaleingriffe	10
Hepatobiliär, Leber, Pankreas, Bariatrie	5
Schilddrüse	10
Proktologie	35
Splenektomie	3
Dickdarmsoma	5
Gesamtsollzahl total	165

Abbildung 5

Modul Trauma

	Mindestzahl
Metallentfernungen, Spickungen	30
Repositionen	25
Eingriffe Sehnen/Ligamente	15
Arthroskopie	10
Amputationen	10
Osteosynthese Schaftfrakturen	15
Osteosynthese gelenksnahe Frakturen	40
Komplexe Frakturen	5
Handchirurgie	15
Gesamtsollzahl total	165

Abbildung 6

Modul Gemischt

Viszeral	Mindestzahl	Trauma	Mindestzahl		
Laparoskopie, Laparotomie	11	40	Metallentfernungen, Spickungen	20	30
Abdominalhernie	15	25	Repositionen	15	25
Mageneingriffe	5	7	Eingriffe Sehnen/Ligamente	5	15
Dünndarmeingriffe	15	25	Arthroskopie	0	10
Kolorektaleingriffe	5	10	Amputationen	4	10
Hepatobiliär, Pankreas, Bariatrie	0	5	Osteosynthese Schaftfrakturen	10	15
Schilddrüse	5	10	Osteosynthese gelenksn. Frakturen	20	40
Proktologie	20	35	Komplexe Frakturen	0	5
Splenektomie	0	3	Handchirurgie	10	15
Dickdarmsoma	5	5			
Gesamtsollzahl total	81		Gesamtsollzahl total	84	

Pourquoi un nouveau curriculum chirurgie?

Le nouveau curriculum: plus simple grâce à la structure modulaire?

Phaedra Müller, phaedramueller@gmail.com
Minoa Jung, minoa.jung@hcuge.ch

Les programmes de formation post-graduée doivent en permanence être adaptés aux évolutions dans les différentes disciplines et aux besoins actuels des jeunes aspirants médecins spécialistes. C'est dans ce cadre qu'il s'agit justement en chirurgie, écartelée entre la garantie de la couverture en soins dans notre paysage hospitalier suisse et une spécialisation croissante, de trouver des solutions. Dans le domaine de la formation post-graduée chirurgicale, la principale nouveauté est certainement la création d'un nouveau titre de médecin spécialiste en chirurgie vasculaire et en chirurgie thoracique. S'ajoutent à cela les différents besoins des groupes, avec le désir manifesté par certains cercles d'un titre de médecin spécialiste ne comportant pas obligatoirement des ostéosynthèses dans le catalogue opératoire.

Depuis longtemps déjà, dans ce contexte, était débattue la question de savoir s'il ne pourrait pas exister des possibilités pour proposer un parcours de formation post-graduée aux aspirants spécialistes en chirurgie à orientation purement chirurgie viscérale. Depuis fin 2013, sous la direction de la responsable du dicastère formation post-graduée de la SSC, Madame le Dr B. Muff, puis, par la suite, de Monsieur le Professeur M. Furrer, tous les points de vue ont été recueillis. Un groupe de travail a été formé pour la révision avec pour participants la SSC, la SSCGT, la SSCV, les représentants des médecins-chefs de la SSC et le Forum des jeunes chirurgiens.

figure 1

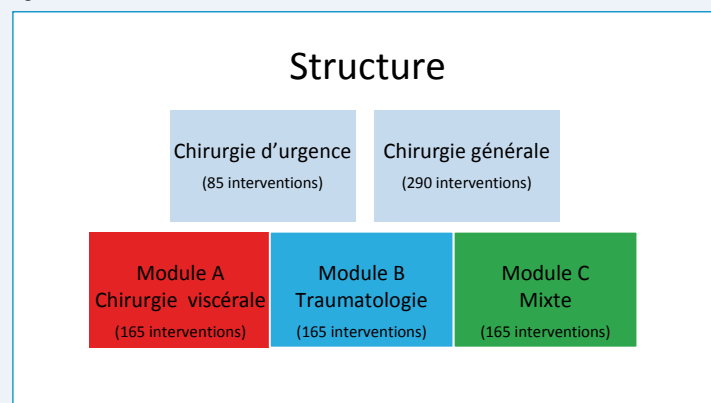


figure 2

Chirurgie d'urgence		
	Nombre minimum	
Gestion chirurgicale salle de déchocage	10	DOPS* possible
Réduction des luxations/fractures	15	DOPS* possible
Traitement conservatoire des fractures		
Traitement des plaies	30	
Pose fixateur externe	5	Possibilité d'attestation de cours
Drainages thoraciques	15	
Cervicotomies (trachéotomie)	5	
Pose de cystofix	5	
Total nombre de référence	85	

*Direct Observation of Procedural Skills

figure 3

Chirurgie générale	
	Nombre minimum
Échographies	30
Laparotomies, laparoscopies	30
Appendicectomies	30
Cholécystectomies	30
Opérations sur des hernies	40
Interventions sur l'intestin grêle, stomie	20
Interventions proctologiques	20
Interventions de petite chirurgie	40
Interventions de chirurgie veineuse	30
Autres interventions comptabilisables	20
Total nombre de référence	290

figure 4

Module A chirurgie viscérale	
	Nombre minimum
Laparoscopies, laparotomies	40
Hernies abdominales	25
Interventions sur l'estomac	7
Interventions sur l'intestin grêle	25
Interventions colorectales	10
Hépatobiliaire, foie, pancréas, bariatrie	5
Thyroïde	10
Proctologie	35
Splénectomies	3
Colostomies	5
Total nombre de référence	165

figure 5

Module Traumatologie	
	Nbre minimum
Retraits d'implants métalliques/brochages	30
Réductions	25
Interventions sur tendons/ligaments	15
Arthroscopie	10
Amputations	10
Ostéosynthèse fractures de la diaphyse	15
Ostéo. fractures proches des articulations	40
Fractures complexes	5
Chirurgie de la main	15
Total nombre de référence	165

figure 6

Module mixte			
Chirurgie viscérale		Traumatologie	
	Nombre minimum		Nombre minimum
Laparoscopies, laparotomies	11	Retraits d'implants métalliques/brochages	20
Hernies abdominales	15	Réductions	15
Interventions sur l'estomac	5	Interventions sur tendons/ligaments	5
Interventions sur l'intestin grêle	15	Arthroscopie	0
Interventions colorectales	5	Amputations	4
Hépatobiliaire, foie, pancréas, bariatrie	0	Ostéosynthèse fractures de la diaphyse	10
Thyroïde	5	Ostéo. fractures proches des articulations	20
Proctologie	20	Fractures complexes	0
Splénectomies	0	Chirurgie de la main	10
Colostomies	5		
Total nombre de référence	81	Total nombre de référence	84

Qu'est ce qui est nouveau? Qu'est-ce qui reste inchangé?

La structure du curriculum est modulaire. Il comprend deux modules de base, obligatoires pour tous les candidats, et un module d'approfondissement que le candidat peut choisir. Les modules sont conçus de façon que le titre de médecin spécialiste en chirurgie puisse être obtenu même sans traitement opératoire des fractures.

Le contrôle des connaissances des médecins spécialistes est inchangé, c'est à dire que la totalité des connaissances techniques est contrôlée indépendamment des modules choisis. De même, la structure reste identique en ce qui concerne les catégories de cliniques exigées et la durée totale. La formation en échographie est une nouveauté exigée dans le nouveau curriculum pour tenir compte des évolutions techniques. Sont désormais exigées pour elle 16 heures de cours et 30 échographies documentées (pas impérativement supervisées par un radiologue).

Comment se présente la structure?

Comme il a déjà été dit, le curriculum est divisé en une partie de base, à laquelle tous les candidats doivent satisfaire, suivie d'une partie modulaire dans laquelle il existe une certaine possibilité de choix pour le respect du catalogue opératoire (figure 1). Les compétences et les capacités attestées en chirurgie d'urgence et pour les interventions de base en chirurgie générale sont exigées dans la partie de base.

Pour les modules de formation post-graduée suivants, il y a possibilité de choisir entre une orientation viscérale ou traumatologique ou de combiner ces deux orientations. Comme déjà évoqué, les exigences relatives aux connaissances demeurent identiques. De même, peu de changements sont intervenus pour ce qui est des cours de formation post-graduée exigés.

Les modules de base

Ils comprennent le module de chirurgie d'urgence et le module de chirurgie générale. Les chiffres minimaux exigés pour eux sont des chiffres de référence obligatoires, ce qui signifie que tous les candidats doivent les atteindre. Les poses de fixateur externe exigées peuvent être compensées par une attestation de cours.

Il convient de mentionner la catégorie «Autres interventions comptabilisables». Les interventions relevant de sous-spécialités chirurgicales comme la chirurgie vasculaire, la chirurgie thoracique, les endoscopies, les interventions de sénologie, l'urologie, en font partie. Les interventions de petite chirurgie comme la bursectomie, les greffes de Thiersch ou analogues, peuvent désormais également être comptabilisées, ce qui doit constituer, pour les jeunes collègues, une incitation à pratiquer des opérations de petite chirurgie (illustrations 2 + 3).

Les modules d'approfondissement

Dans les modules d'approfondissement, le/la candidat/e décide s'il/elle souhaite suivre un module purement viscéral, un module purement traumatologique ou un module mixte. Là aussi, les chiffres doivent, en principe, être entièrement atteints. Cependant, contrairement aux modules de base, il existe ici quelques allègements et des possibilités de compensation.

Il est possible de supprimer une catégorie lorsqu'elle est compensée en totalité et deux autres catégories sont réputées satisfaites lorsque 80% du

nombre exigé sont atteints, la condition étant, là encore, que les 20% manquants soient compensés. Les nombres d'interventions manquantes doivent être compensés dans une autre catégorie pour atteindre le total des 165 interventions exigées. Dans le module mixte, la compensation s'effectue dans le même domaine que celui dans lequel la catégorie a été supprimée, la règle correspondante s'appliquant également pour les modules de traumatologie et de chirurgie viscérale (illustrations 4, 5 et 6).

Quelle est la situation actuelle? Quelles sont les prochaines étapes?

Dans sa forme actuelle, le curriculum de formation post-graduée a été approuvé par un vote consultatif lors de l'assemblée générale de la SSC, à l'occasion du congrès annuel 2015 à Berne. Le document se trouve actuellement à l'ISFM (Institut suisse pour la formation médicale post-graduée et continue), qui procède à l'examen juridique formel. Le nouveau curriculum entrera en vigueur au plus tôt en janvier 2016, avec un délai transitoire de trois ans.

Chances et risques du nouveau curriculum

L'ancrage de la sonographie/échographie dans le nouveau curriculum est une étape importante pour permettre aux futurs chirurgiens d'accéder à l'échographie ciblée (par exemple pour le nombre croissant de traitement endoveineux en chirurgie des varices). Cela se reflète aussi dans la fondation de la nouvelle section ICAN (médecine intensive, chirurgie, anesthésie, médecine d'urgence) sous l'égide de la SSUM (Société Suisse d'Ultrason en Médecine). Recruter le nombre nécessaire de chirurgiens formateurs qualifiés en échographie constituera certainement un défi. Dans ce domaine, la génération actuelle de chirurgiens est encore, en grande partie, insuffisamment impliquée dans cette technique.

Les possibilités de choix permettent aux candidats de se décider suffisamment tôt pour l'une ou l'autre des orientations. De plus, cette possibilité reflète également, en grande partie, la réalité en Suisse romande, où la traumatologie osseuse est majoritairement couverte par l'orthopédie.

Cette «simplification» ne doit cependant pas masquer le fait que les futurs chirurgiens et chirurgiennes doivent aussi s'aligner sur le paysage hospitalier existant pour pouvoir assurer leur avenir à long terme une fois leur formation terminée. En Suisse alémanique notamment, il y a encore beaucoup d'hôpitaux B ayant besoin de médecins-chefs à la formation chirurgicale large et pouvant couvrir à la fois traumatologie et chirurgie viscérale. Les candidats doivent donc savoir suffisamment tôt quel spectre ils souhaitent couvrir personnellement à l'avenir et s'ils répondent aussi de la sorte aux besoins du paysage hospitalier suisse.

De plus, le traitement des patients traumatisés sera également important à l'avenir. Il n'est pas intégralement couvert par l'orthopédie; dans les services d'urgence dirigés par des porteurs du titre SSMUS à orientation anesthésie ou médecine interne, le savoir faire nécessaire au traitement approprié de ces patients fait souvent défaut. Les chirurgiens de demain devront continuer à veiller à ce que la qualité des soins prodigués à ces patients ne diminue pas. Dans l'ensemble, la révision actuelle offre de nombreuses possibilités pour le développement individuel des candidats, mais ceux-ci sont aussi plus fortement incités à s'adapter suffisamment tôt aux réalités chirurgicales existantes. Dans quelques années, nous saurons comment cette évolution se sera poursuivie. La prochaine révision interviendra certainement, le thème reste donc passionnant!