

Weiterbildungskonzept

Klinik für Innere Medizin
Spital Walenstadt SR RWS

Matthias Wieland
Leiter Innere Medizin Spital Walenstadt
Aktualisierte Version 5/2021

Inhalt

1.	Angaben zur Weiterbildungsstätte	4
1.1	Betriebliche Merkmale der Ausbildungsstätte	4
1.2	Ärztliches Team	4
2.	Weiterbildungsstellen	4
2.1	Eignung / Zielgruppen	4
2.1.1	Eignung	4
2.1.2	Zielgruppe	4
2.2	Weiterbildungsorganisation	5
2.2.1	AbteilungsärztInnen / Bettenstationen	5
2.2.2	Notfalldienst / Nachtdienst / Wochenenddienst	5
2.2.3	Administration	5
2.2.4	Qualitätsmanagement und Patientensicherheit	5
2.3	Verantwortliche Leitung für die Weiterbildung	5
3.	Weiterbildungsinhalte	7
3.1	Allgemeine Weiterbildungsziele	7
3.2	Einführung in die Arbeitsstätte	7
3.3	Einführungsgespräch	7
3.4	Zielvereinbarung	7
3.5	Klinikspezifische Richtlinien	7
3.6	Weiterbildungsordner	7
4.	Lerninhalte	8
4.1	Theoretisches Wissen	8
4.1.1	Fallbezogene Lektüre	8
4.1.2	Vorträge	8
4.1.3	Clinical Teaching	8
4.2	Klinische Fähigkeiten	8
4.2.1	Medizinische Datenerfassung und -verarbeitung	8
4.2.2	Beurteilung und Meinungsbildung	9
4.2.3	Patientenführung	10
4.2.4	Stationsarbeit	10
4.2.5	Ambulante PatientInnen	10
4.2.6	Administration	11
4.2.7	Kommunikation	11
4.2.8	Management	11
4.2.9	Berufliche Kompetenz	11
4.2.10	Zusatzuntersuchungen	12
4.3	Interventionen/Fertigkeiten	12
4.3.1	Invasive und apparative Massnahmen	12
4.3.2	Notfallmassnahmen	12
4.3.3	Labortests	12
4.3.4	Ultraschallausbildung	12
4.4	Rotationen	12
4.5	Strukturierte interne Weiterbildung	12

4.6	Externe Weiterbildung	13
4.7	Lernunterstützende Massnahmen.....	13
5.	Evaluation	13
5.1	Standortgespräche	13
5.2	Evaluationsgespräche für FMH-Zeugnis	13
6.	Bewerbung	14
6.1	Termine und Adresse für Bewerbungen.....	14
6.2	Notwendige Unterlagen für die Bewerbung.....	14
6.3	Auswahlverfahren	14
6.4	Anstellungsvertrag	14

1. Angaben zur Weiterbildungsstätte

1.1 Betriebliche Merkmale der Ausbildungsstätte

Die Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland erbringt mit rund 1400 MitarbeiterInnen die medizinische Grundversorgung für die Bevölkerung dieser Regionen. Sie betreibt dazu die Spitäler Altstätten, Grabs und Walenstadt, die als ein Unternehmen geführt werden.

Das Spital Walenstadt ist für die medizinische Grundversorgung des Sarganserlands (ca. 40'000 EinwohnerInnen) zuständig. Die Medizinische Klinik ist als Weiterbildungsstätte für Allgemeine Innere Medizin der Kategorie B (2 Jahre) anerkannt.

Die Medizinische Klinik betreibt ca. 45 Akut-, 6 interdisziplinäre IMC-Betten, eine Palliativstation sowie eine Hämodialysestation mit 8 Dialyseplätzen.

Neben dem Grundversorgungsauftrag werden die Schwerpunkte Angiologie (inklusive Gefässinterventionen), Gastroenterologie, Nephrologie und Onkologie angeboten. Weitere Spezialfächer werden durch Konsiliarärzte (Kardiologie, Neurologie, Rheumatologie, Pneumologie, Infektiologie) betreut. Jährlich werden mehr als 2'000 PatientInnen stationär und ca. 4'000 PatientInnen ambulant behandelt. 70% der Hospitalisationen erfolgen notfallmässig.

1.2 Ärztliches Team

Chefarzt: aktuell vakant bei laufendem Strategieprojekt

Leitender Arzt und ärztlicher Leiter Klinik für Innere Medizin: Matthias Wieland, Facharzt Innere Medizin FMH

Leitender Arzt: Dr. med. Ignaz Good, Facharzt Innere Medizin und Gastroenterologie FMH (stellvertretender Chefarzt)

Leitender Arzt: Dr. med. Stefan Greuter, Facharzt Innere Medizin und Onkologie FMH

Leitende Ärztin: Dr.med. Alexandra Günther, Fachärztin Innere Medizin und Nephrologie FMH

Oberärztin mbF: Dr. med. Ina Bujard, Fachärztin Anästhesiologie, Leiterin Palliativstation

Oberärzte: Carlos Marinho, Alexa Tryzna

AssistenzärztInnen: 9 reguläre Assistenzarztstellen

KonsiliarärztInnen:

Angiologie: Dr. med. Dieter Schmidt, Facharzt Innere Medizin und Angiologie FMH

Infektiologie: Dr. med. Johannes Sumer, Oberarzt Infektiologie KSSG

Kardiologie: Dr. med. Walter Gmür, Facharzt Innere Medizin und Kardiologie FMH

Neurologie: Prof. Dr. med. Christian Berger, Leitender Arzt Neurologie SR RWS

Pneumologie: Dr. med. Bernhard Frühauf, Facharzt Innere Medizin und Pneumologie FMH

Psychiatrie: Konsiliardienst durch den ambulanten psychiatrischen Dienst Trübbach

Rheumatologie: Dr.med. Corinna Eckl, Fachärztin Innere Medizin und Rheumatologie FMH

2. Weiterbildungsstellen

2.1 Eignung / Zielgruppen

2.1.1 Eignung

OberärztInnen: Bis max. 3 Jahre nach der Qualifikation zur FachärztIn.

AssistenzärztInnen: Abgeschlossenes Medizinstudium

2.1.2 Zielgruppe

Die Ausbildung richtet sich vorrangig an KandidatInnen mit dem Ausbildungsziel FachärztIn für Allgemeine Innere Medizin. Die Ausbildung steht auch KandidatInnen anderer Facharzttrichtungen als Fremdjahr für ein Jahr zur Verfügung.

Das vorliegende WBK basiert auf der aktuellen WBO der FMH (Revision vom 28. September 2017) sowie auf dem geltenden WBP der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin „Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, inkl. Schwerpunkt Geriatrie“ vom 01. Januar 2011 (letzte Revision am 3. November 2016) und orientiert sich am Raster der FMH für die Ausarbeitung von WBKs vom 13. September 2012.

2.2 Weiterbildungsorganisation

2.2.1 AbteilungsärztInnen / Bettenstationen

Die AssistenzärztInnen betreuen eine Bettenstation mit 8 bis max. 10 Patienten. Es stehen folgende Stationen zur Verfügung:

- Allgemein-internistische Bettenstationen inkl. Palliativstation
- internistische Privatstation in Kombination mit der Wochenklinik
- Interdisziplinäre IMC (SGI-zertifiziert)
- Notfallstation (auch als Kat.IV WB-Stätte für ambulante Innere Medizin anerkannt)

2.2.2 Notfalldienst / Nachtdienst / Wochenenddienst

Die Dienste auf der Notfallstation finden frühestens nach zwei Monaten und nach Rotation auf die IMC-Station statt. Die Einarbeitung erfolgt durch erfahrene AssistenzärztInnen. Es besteht tagsüber ein getrennter Dienst für die einzelnen Kliniken. Spät-, und Nachtdienst ab 18 Uhr werden nur durch die internistischen AssistenzärztInnen interdisziplinär geleistet (mit chirurgischem Pikett). Unter der Woche wird in einem Dreischichtbetrieb gearbeitet, am Wochenende in zwei Schichten. Zusätzlich macht eine Assistenzärztin oder ein Assistenzarzt am Samstag Visitedienst. Alle PatientInnen werden mit dem/r diensthabenden KaderarztIn besprochen.

2.2.3 Administration

Die gesamte Patientenadministration wird über da MedFolio (elektronische Krankengeschichte) abgewickelt.

Bei den ambulanten PatientInnen erfolgt die Leistungserfassung über das INES-Programm. Die Arbeitszeiterfassung und die Einsatzplanung erfolgt ebenfalls elektronisch im Polypoint-PEP.

2.2.4 Qualitätsmanagement und Patientensicherheit

Zur Qualitätssicherung wird das System SanaCert angewendet. Verschiedene Qualitätsstandards (z.B. Schmerz, Sichere Medikation, Palliativmedizin und weitere) kommen zur Anwendung. Sie werden in regelmässigen Audits durch die sanaCERT Suisse geprüft. In der CIRS-Gruppe (Critical Incidence Reporting System) werden anonym oder namentlich gemeldete, unsichere Situationen und Beinahe-Zwischenfälle im Klinikbetrieb untersucht und Abläufe systematisch zu verbessern versucht. Dazu arbeiten die Klinik auch bei der schweizerischen Komplikationen Liste der Kliniken für Innere Medizin mit.

2.3 Verantwortliche Leitung für die Weiterbildung

Matthias Wieland, Leitender Arzt und ärztlicher Leiter Innere Medizin, FMH Innere Medizin
Stellvertreter: Dr. med. Ignaz Good, Facharzt Innere Medizin und Gastroenterologie FMH

3. Weiterbildungsinhalte

3.1 Allgemeine Weiterbildungsziele

- korrekte Durchführung von Anamnese und klinischem Status
- Planung und Durchführung von zielgerichteten Abklärungen und Therapien basierend auf pathophysiologischen Zusammenhängen
- präzise und problemorientierte Fallvorstellung (Fallvorstellung, Visite, Übergaben)
- beherrscht die qualitätsfördernden Massnahmen (z.B. Komplikationen Liste, CIRS)
- kennt Grundzüge der Wirtschaftlichkeit von Therapien (Kosten/Nutzenanalyse)
- führt die medizinische Dokumentation korrekt
- erkennt die zentrale Bedeutung der Teamarbeit im Bereich Innerer Medizin (d.h. pflegt selbständig Kontakte mit Pflegedienst, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialdienst etc.)
- erfüllt Informationspflicht gegenüber PatientInnen und Angehörigen

3.2 Einführung in die Arbeitsstätte

Am ersten Arbeitstag findet ein Einführungsgespräch mit dem Weiterbildungsverantwortlichen statt, in welchem u. a. die Weiterbildung gemeinsam besprochen wird. Die Einführung neuer AssistenzärztInnen erfolgt nach dem Merkblatt „Einführung von AssistenzärztInnen“. Zu Beginn der Stationstätigkeit werden sie von einer erfahrenen Assistenzärztin oder einem erfahrenen Assistenzarzt begleitet. Während der ganzen Anstellungszeit haben die AssistenzärztInnen eine Oberärztin respektive einen Oberarzt als TutorIn zur Verfügung. Spätestens nach einem Monat findet das Einführungsgespräch mit dem TutorIn statt.

3.3 Einführungsgespräch

Beteiligt sind Assistenzärztin/Assistenzarzt in Weiterbildung und die Oberarzt-TutorIn/ der Oberarzt-Tutor. Das Einführungsgespräch folgt einer auf die Bedürfnisse der Weiterbildung angepassten Struktur.

3.4 Zielvereinbarung

Eine erste Zielvereinbarung findet nach einem Monat anlässlich des Einführungsgesprächs statt. Die weiteren Standortbestimmungen werden jeweils anlässlich der Evaluationen nach 6 und 12 Monaten vorgenommen.

3.5 Klinikspezifische Richtlinien

Im Intranet ist eine Vielzahl von Richtlinien abgelegt. Daneben kommen die elektronischen Guidelines des „up to Date online“ zum Einsatz, welche allen ÄrztInnen zur Verfügung stehen. Über die Homepage des E-Journals des Kantons St. Gallen können Hunderte von Fachzeitschriften und Artikel eingesehen werden. Auf der Notfallstation werden die „MedStandards“ der Universität Basel eingesetzt.

3.6 Weiterbildungsordner

Grundsätzlich sind die AssistenzärztInnen in Facharztausbildung selbstverantwortlich verpflichtet, die Weiterbildung im e-Logbuch zu erfassen. Jeder AssistenzarztIn erhält zusätzlich ein persönlicher Weiterbildungsordner. Dieser beinhaltet:

- Weiterbildungsvertrag
- Weiterbildungskonzept
- Register für Bescheinigungen der Evaluationsgespräche
- Register für arbeitsplatzbasierte Assessments (Mini-CEX/DOPS)
- Organisatorische, klinikinterne Weisungen und Richtlinien
- Register für Sonstiges

4. Lerninhalte

4.1 Theoretisches Wissen

Die Aneignung bzw. Vermittlung des theoretischen Wissens erfolgt überwiegend fallorientiert. Durch die Breite des allgemeininternistischen Krankengutes ist eine Abdeckung der häufigsten Krankheitsbilder gewährleistet. Es kommen die nachfolgend aufgeführten Lehrmodule zur Anwendung.

4.1.1 Fallbezogene Lektüre

Die selbständige fallbezogene Lektüre ist obligater Teil der PatientInnenbetreuung des Weiterzubildenden. Sie erfolgt unter Kontrolle der Oberarzt-TutorIn. Die Weiterzubildenden anerkennen die Bedeutung einer fortlaufenden berufsbegleitenden Lektüre und treffen die erforderlichen organisatorischen Massnahmen zur Realisierung dieser Aufgabe (Planung des Arbeitstages). Die Weiterbildungsverantwortlichen sind bemüht, den Weiterzubildenden hierfür genügend Freiraum zu ermöglichen. Die fallbezogene Lektüre soll neben Lehrbüchern auch Artikel aus wissenschaftlichen Zeitschriften und Quellen aus dem Internet miteinbeziehen. Es wird Wert auf innovative Formen der Weiterbildung z.B. in Form von Blogs und Podcasts gelegt.

4.1.2 Vorträge

Die AssistenzärztInnen in Weiterbildung nehmen an den internen Weiterbildungsveranstaltungen aktiv mit eigenen Referaten teil. Die Themen orientieren sich an den von ihnen betreuten PatientInnen. Sie besitzen die Fähigkeit, erworbenes Wissen strukturiert, gewichtet und mittels einer effektiven Vortragstechnik zu präsentieren.

4.1.3 Clinical Teaching

Theoretisches Wissen wird unter Wahrung der laufenden Routinebewältigung auch in den Klinikrapporten und insbesondere bei den täglichen Eintritts- und Verlaufsbesprechungen vermittelt. Auf Chef- und Oberarztvisiten kann dies insoweit stattfinden wie es der Routinebetrieb erlaubt.

4.2 Klinische Fähigkeiten

4.2.1 Medizinische Datenerfassung und -verarbeitung

Anamnese und Status situationsgerecht durchführen:

- gründlich und vollständig im Normalfall,
- problemorientiert bei bestimmten Fragestellungen sowie
- zeitkritisch und an den Vitalsystemen orientiert in der Notfallsituation und schliesslich
- besonderes Vorgehen bei PatientInnen mit Bewusstseinsstörungen (Bewusstlose, Nicht - Kooperative, Aggressive, Verwirrte).

Kenntnis der patientenbezogenen Datenquellen und organisatorische Fähigkeiten für eine rasche Beschaffung und Sichtung dieser Daten.

Kritischer Umgang mit Daten:

Überprüfung, Bewertung, und Selektion. Zusammenfassende, geordnete und situativ angepasste Fallvorstellung

4.2.2 Beurteilung und Meinungsbildung

Meinungsbildung

Die AssistentInnen in Weiterbildung sind in der Lage, sich entsprechend Ihrem Wissens- und Erfahrungsstand eine eigene Meinung zu bilden. Sie fördern durch das aktive Einbringen ihre Meinung und die konstruktive Gesprächskultur im ärztlichen Team.

Erstbeurteilung neueintretender PatientInnen

Ziel ist eine allen Aspekten des Menschen und der Medizin Rechnung tragende Gesamtbeurteilung. Als Kernfähigkeit gilt die bewertende, synthesesenhafte Datenverarbeitung, d. h. das Zusammenführen von einzelnen Daten zu einer klinischen Einheit (Hauptproblem, Hauptdiagnose) als Grundlage für den weiteren Abklärungs- und Behandlungsplan. Hierzu gehören im Einzelnen:

- (a) die ganzheitliche Erfassung von PatientInnen, insbesondere multimorbider älterer PatientInnen,
- (b) das Erkennen, Formulieren und Gewichten der relevanten Hauptprobleme und vollständiges Auflisten der Nebenprobleme,
- (c) die Diskussion der fallbezogenen Differenzialdiagnosen und schliesslich darauf aufbauend
- (d) die Planung für das weitere diagnostische und therapeutische Procedere.

Neubeurteilung stationärer PatientInnen

Erkennen der Notwendigkeit einer fortwährenden Neubeurteilung als fester Bestandteil des Managements stationärer PatientInnen. Kritische Reflexion einer existierenden Beurteilung vor dem Hintergrund des klinischen Verlaufes und der Kenntnis neu gewonnener Daten. Erkennen, wann eine Neubeurteilung erforderlich ist (unerwarteter Verlauf, besondere Ereignissen, Übernahme einer PatientIn von anderen KollegInnen) und in welcher Form (selbständig oder unter Beziehung des Oberarztes/der Oberärztin).

Beurteilung in Notfallsituationen

Kenntnis vom grundsätzlich unterschiedlichen Vorgehen bei der Beurteilung vital gefährdeter PatientInnen (zeitkritische Vorgehensweise, Orientierung an Vitalsystemen und Vitalparametern). Kenntnis der relevanten nicht medizinischen Entscheidungskriterien aus dem unmittelbaren Umfeld der PatientInnen für die Bestimmung von Dringlichkeit und Ausmass der zu treffenden Behandlungsmassnahmen.

Kritische Auseinandersetzung mit der Meinung beigezogener KonsiliarärztInnen.

Integration einer fachärztlichen Beurteilung in den Meinungsbildungsprozess unter Berücksichtigung des klinischen Gesamtkontextes.

Berücksichtigung nicht medizinischer Faktoren im Entscheidungsprozess

Zu einer ganzheitlichen und verhältnismässige Beurteilung werden neben medizinischen auch ethische, soziale und wirtschaftliche Faktoren berücksichtigt und in den Entscheidungsprozess

für diagnostische und therapeutische Massnahmen integriert (Effizienz, Verhältnismässigkeit, Kostenbewusstsein).

4.2.3 Patientenführung

Führen der PatientInnen durch bewussten Aufbau einer Arzt-Patient-Beziehung während Aufnahme, Visiten und Patientengesprächen. Insbesondere soll eine individuell unterschiedliche, d.h. persönlichkeitsorientierte Vorgehensweise Anwendung finden, die Alter, intellektuelle Fähigkeiten und den soziokulturellen sowie religiösen Kontext des Patienten berücksichtigt.

Umgang mit schwierigen PatientInnen und Kenntnis der diesbezüglich besonderen medizinischen und juristischen Vorgehensweise (Drogenpatienten, Intoxikierte, psychiatrische Patienten, insbesondere suizidale und aggressive Patienten).

Einschätzung des Risikos von Fremd- und Eigengefährdung und Wahrung einer verhältnismässigen Vorgehensweise.

4.2.4 Stationsarbeit

Die AssistenzärztInnen in Weiterbildung erkennen die Visite als zentrales Führungsinstrument für die Bewältigung der Routinearbeit und verleihen der Visite eine prioritäre Stellung in ihrer Arbeitsplanung (Vorbereitung, Struktur, Effizienz).

Koordination der diagnostischen und therapeutischen Massnahmen unter Einbeziehung des gesamten Patientenumfeldes (Angehörige, Pflegende, Betreuende, HausärztInnen, FachärztInnen, Sozialdienste, TherapeutInnen, Laboratorien, Verwaltung und andere).

Die AssistenzärztInnen in Weiterbildung erleben die Stationsarbeit als Teamaufgabe. Sie erkennen, dass innerhalb des Teams eine wichtige integrierende Funktion als Ansprechpartner aller im Patientenmanagement involvierten Berufsgruppen einnimmt.

Die Zusammenarbeit mit den Pflegenden als Hauptansprechpartner wird bewusst gepflegt. Eine konstruktive Gesprächskultur sorgt für den erforderlichen gegenseitigen Respekt. Die Pflegenden sind durch Weitergabe relevanter Informationen in den Behandlungsprozess aktiv mit einzubeziehen.

Angehörigengespräche werden entsprechend dem Erfahrungs- und Wissensstand und entsprechend dem zu vermittelnden Inhalt selbständig oder zusammen mit der Oberärztin oder dem Oberarzt geführt.

4.2.5 Ambulante PatientInnen

Erkennen der grundsätzlich anderen Annäherung an den ambulanten PatientInnen (problemorientiertes Vorgehen).

Mit einer Auswahl gezielter Fragen wird ein, von einer PatientIn vorgetragenes, Problem rasch identifiziert, medizinisch korrekt benannt und in einen grösseren Rahmen eingeordnet.

Wahrnehmen von Warnzeichen aus Anamnese, Status und Zusatzuntersuchungen, die auf eine besondere gesundheitliche Gefährdung eines scheinbar nicht schwer Erkrankten hinweisen und eine Hospitalisation oder den fachärztlichen Rat anderer Spezialitäten erfordern.

Beherrschen der problemorientierten Patientenuntersuchung.

Infrastruktur und eigene Arbeitsweise sind so organisiert, dass ambulante PatientInnen effizient betreut werden.

4.2.6 Administration

Führen einer problemorientierten Krankengeschichte (KG) nach vorgegebener Struktur (PMS). Die AssistenzärztInnen in Weiterbildung verstehen die KG gleichsam als juristisches, didaktisches und administratives Instrument. Die KG im PMS wird ständig benutzt und aktualisiert. Die Einträge und weitere Handhabung erfolgen entsprechend den Vorgaben im Organisatorischen Arbeitshandbuch.

Verfassen von Austrittsberichten als wesentlicher Bestandteil der Weiterbildung, der die Fähigkeit reflektiert, einen stationären Aufenthalt formal zusammenzufassen und inhaltlich in den wesentlichen Aspekten zu gewichten. Ein vom PMS vorgegebenes Raster gewährleistet ein strukturiertes Vorgehen beim Abfassen der Austrittsberichte.

Erstellen von Berichten für notfallmässige Verlegungen. Voraussetzung ist die Fähigkeit, die notwendigsten Daten sehr rasch festzuhalten und zu beurteilen.

Abfassen sonstiger ärztlicher Dokumente (Zeugnisse, Rezepte, Kurzaustrittsberichte, Versicherungsschreiben, Todesbescheinigungen).

4.2.7 Kommunikation

Melden besonderer Vorkommnisse an den Vorgesetzten.

Aufgaben- und situationsgerechte Kommunikation. Unterscheidung von:

- Rapport
- Besprechung
- Diskussion
- Gespräch
- Vortrag

4.2.8 Management

- Effiziente Tagesplanung
- Priorisieren von Pendenzen
- Organisation administrativer Hilfsmittel
- Delegation und Abgrenzung
- Aktives Führen beteiligter Berufsgruppen
- Kontrolle über die Ausführung erteilter Aufträge

4.2.9 Berufliche Kompetenz

- Kritische Selbstreflexion
- Konfliktbewältigung
- Verantwortung
- Teamfähigkeit
- Erkennen der eigenen Grenzen und angemessenes Reagieren (Meldung besonderer Vorkommnisse, Beziehung von KaderärztInnen)
- Entscheidungsfreudigkeit und -fähigkeit
- Umgang mit Stress und Zeitdruck

4.2.10 Zusatzuntersuchungen

Beurteilung der gängigen Zusatzuntersuchungen bei Abklärungen allgemeininternistischer PatientInnen:

- Konventionelle Radiologie (Thorax, Abdomen, Skelettaufnahmen)
- Computertomographie (Thorax, Schädel, Abdomen)
- Hämatologisches und chemisches Routinelabor
- EKG
- Ergometrie
- Lungenfunktion
- Befunde auswärtiger Speziallabors (Pathologie, Mikrobiologie, Immunologie)

4.3 Interventionen/Fertigkeiten

4.3.1 Invasive und apparative Massnahmen

Venenpunktionen, Injektionen intramuskulär, subcutan, intravenös, intraartikulär, arterielle Punktionen, Einlage zentralvenöser Katheter, Einlage von venösen und arteriellen Verweilkanülen, transurethrale Blasenkateterisierung, Einlage von Magensonden, Aszitespunktion, Pleurapunktion, Lumbalpunktion, Knochenmarksaspiration und -biopsie, Ergometrie, Doppler-Druckmessung

4.3.2 Notfallmassnahmen

Reanimation, Defibrillation, Elektrokonversion

4.3.3 Labortests

Selbständige Durchführung einfacher Laboruntersuchungen (Blutbildausstriche, Pilzpräparate, Teststreifen, Grampräparate).

Erlernen der Anwendung von POC-Analysen (Point of Care) für Bestimmung von Notfallparametern wie Troponin, CRP etc. in Abwesenheit des Laborpersonals in Nachtdiensten.

4.3.4 Ultraschallausbildung

Wird gewünscht und gefördert. Bedingung ist der Besuch eines von der SGUM (DEGUM, OEGUM) durchgeführten Grundkurses in der Abdomensonographie und eine Anstellungsdauer von mindestens 18 Monaten. Der Ultraschall-Turnus beginnt frühestens nach sechs Monaten und dauert zwei bis drei Monate. Während dieser Zeit wird der Assistent teilweise von der Abteilungsarbeit freigestellt. Die Einführung erfolgt supervisiert und schrittweise.

4.4 Rotationen

Die AssistenzärztInnen wechseln alle 4-6 Wochen zwischen den Einsatzgebieten. Neben den normalen Klinikstationen ist der Einsatz auf der Notfallstation, der IMC und der Sonographie-Rotationsstelle vorgesehen.

4.5 Strukturierte interne Weiterbildung

- Einmal wöchentlicher Journal-Club
- Einmal wöchentliche Fallvorstellungen
- Einmal wöchentlich klinische Fortbildung durch KaderärztInnen
- Kurzpräsentationen klinischer Befunde („coup d`oeil“).

- einmal wöchentliche Teilnahme des DIM-Seminars des Kantonsspitals St. Gallen per Video-Konferenz
- Strukturierte Ethik-Weiterbildung
- Geriatrie-Curriculum
- Radiologie-Fortbildung
- Jährlicher Laborkurs in Hämatologie und klinischer Chemie für FMH-Prüfungskandidaten

4.6 Externe Weiterbildung

Besuch von externen Weiterbildungsveranstaltungen während maximal 5 Tagen pro Jahr (z.B. Notarzkurs, ACLS-Kurs, Sonographie-Kurse).

Betreffend allfällige Kostenübernahme durch das Spital kommen die Fortbildungsrichtlinien der SR RWS zur Anwendung (vgl. Intranet).

4.7 Lernunterstützende Massnahmen

- Elektronischer Arbeitsplatz mit Internetzugang für:
- „UpToDate online“, „MedStandards von Basel“
- Zugang zu eJournals via kantonalem Zugang
- Blaubücher, verschiedene Therapie-Schemata via Intranet

5. Evaluation

Die Evaluation erfolgt in Standortgesprächen und Qualifikationsgesprächen. Grundlage sind der Weiterbildungsvertrag, speziell die darin enthaltenen Zielvereinbarungen sowie das WBK und das Weiterbildungsjournal. Weiterbildungsverantwortlicher und Weiterzubildende sind in gleicher Weise zur Einhaltung der im Weiterbildungsvertrag festgehaltenen Gesprächstermine verpflichtet. Beide können verlangen, dass im Bedarfsfall ein ausserordentliches Gespräch stattfindet.

5.1 Standortgespräche

Das erste Standortgespräch ist für beide Seiten obligat durchzuführen, nachdem die ersten sechs Monate an der neuen Weiterbildungsstätte absolviert wurden. Standardmässig wird nach 12, 18 und 24 Monaten ein Verlaufsgespräch geführt. Die Weiterzubildenden haben während der gesamten Weiterbildungsperiode das Recht, weitere Standortgespräche zu verlangen. Falls notwendig können auch von den KaderärztInnen frühzeitigere Standortgespräche anberaumt werden, um Probleme zu besprechen. Ziel dieser Gespräche ist es, auf der Vollzugsebene mit den unmittelbar an der Weiterbildung Beteiligten die Lernprozesse zu besprechen.

5.2 Evaluationsgespräche für FMH-Zeugnis

Qualifikationsgespräche sind jährlich Monate und am Ende des Weiterbildungsabschnittes abzuhalten. Sie entsprechen den in der WBO von der FMH geforderten strukturierten Evaluationsgesprächen gemäss Logbuch für das FMH-Zeugnis, wobei zusätzlich die im Weiterbildungsvertrag festgehaltenen Ziele berücksichtigt werden. Teilnehmende sind der Weiterzubildende und die Oberarzt-TutorIn/der Oberarzt-Tutor. Der/die Weiterbildungsverantwortliche zeichnet gegen und führt ein Abschlussgespräch mit dem/der Weiterzubildenden.

6. Bewerbung

6.1 Termine und Adresse für Bewerbungen

Bewerbungen können jederzeit schriftlich oder elektronisch eingereicht werden.

Die Adresse lautet:

Spital Walenstadt

Innere Medizin

Spitalstrasse 5

CH-8880 Walenstadt SG

innere-medizin.walenstadt@srrws.ch

6.2 Notwendige Unterlagen für die Bewerbung

- Begleitbrief mit Begründung des Berufsziels und des Standorts
- Curriculum Vitae mit tabellarischer Aufstellung der bisherigen Weiterbildung
- Zeugnisse (Staatsexamina, Approbationsurkunde, Zeugnisse der bisherigen Ausbildung und speziellen Fähigkeiten)
- Angabe von Referenzen

6.3 Auswahlverfahren

Bezüglich Eignung/Zielgruppe von BewerberInnen siehe Punkt 2.1.2.

Bei Interesse an BewerberInnen werden diese zu einem persönlichen Vorstellungsgespräch eingeladen. Es besteht die Möglichkeit, gleichzeitig einen Tag zu schnuppern.

6.4 Anstellungsvertrag

Bei einer Zusage erhalten die BewerberInnen einen schriftlichen Anstellungsvertrag. Dieser enthält Arbeitsbedingungen entsprechend dem Arbeitsgesetz nach VSAO (Verband Schweizerischer Assistenz- und OberärztInnen und -ärzte). Die Bezahlung ist nach kantonalen Besoldungstabellen geregelt. Die Vertragsdauer ist mit Option zunächst auf 1 Jahr befristet, wird aber in der Regel danach auf ein weiteres Jahr verlängert, sodass die übliche Anstellungsdauer zwei Jahre beträgt.