Matthias Raspe
Koordination «PneumoCampus»

Auffälligkeiten, Therapie- maßnahmen und Erwartungen in der Weiterbildung

Wieder geht ein Publikationsjahr zu Ende und Sie halten die letzte Ausgabe des PneumoCampus 2019 in den Händen. Mit dem Stadium IV ohne Treibermutation findet unsere kleine Serie zu den Therapiemaßnahmen beim nicht kleinzelligen Lungenkarzinom ihren Abschluss. Das Team von Operation Karriere hat sich die Frage gestellt, was Chefärzte von ihren jungen Kollegen erwarten. Dr. Georg Hillebrand und PD Dr. Marko Fiege haben im Interview und bei einer Podiumsdiskussion während des Operation-Karriere-Kongresses in Hamburg erklärt, worauf sie bei den Nachwuchskräften für ihre Klinik achten. Natürlich wissen die beiden Chefärzte aber auch, dass Kliniken etwas tun müssen, um für die Weiterbildungskräfte attraktiv zu sein.

Die Blickdiagnose, bei der Sie Ihre Diagnosefähigkeiten überprüfen können, finden Sie dieses Mal am Ende der Rubrik.

Zuletzt noch eine Ankündigung in eigener Sache: Nach drei bereichernden Jahren, in denen ich den PneumoCampus als Sektions-Herausgeber begleiten durfte, werde ich zum Ende dieses Jahres diese schöne Aufgabe niederlegen. Ich möchte hiermit dem Editor des KARGER KOMPASS PNEUMOLOGIE, Herrn Professor Randerath, dem gesamten Editorial Board und der KARGER-KOMPASS-Redaktion herzlich für die gute Zusammenarbeit und Unterstützung während der vergangenen Jahre danken! Ich wünsche diesem Journal und insbesondere dem PneumoCampus alles Gute und weiterhin viel Erfolg!

Dr. Matthias Raspe

Steckbriefe zur aktuellen Therapie des nicht kleinzelligen Lungenkarzinoms

Stadium IV ohne Treibermutation

Das Lungenkarzinom ist bei Frauen der dritt- und bei Männern der zweithäufigste maligne Tumor in den deutschsprachigen Ländern mit einer hohen tumorspezifischer Mortalität (bei Männern Platz 1 und bei Frauen Platz 3 in Deutschland). Erfreulicherweise haben sich im letzten Jahrzehnt Therapieoptionen und Prognose durch Zulassung vieler neuer Präparate aus dem Bereich der Tyrosinkinase-Inhibitoren und der Immuntherapie deutlich verbessert – hiervon profitieren im Wesentlichen Patienten in fortgeschrittenen Krankheitsstadien.

In pneumologischen Abteilungen sind Patienten mit Lungenkarzinomen häufig. Andererseits erfordert die Begleitung dieser Patienten viel Erfahrung und Wissen um den aktuellen State-of-the-art in Diagnostik und Therapie. Gerade jüngere Kolleginnen und Kollegen werden hier vor eine große Aufgabe gestellt. Mit dieser vierteiligen Serie wollen wir einen praxisnahen und übersichtlichen Beitrag zur aktuellen Therapie des nicht kleinzelligen Lungenkarzinoms (non-small cell lung carcinoma, NSCLC) geben. In diesem vierten und damit letzten Teil soll es um die Therapie des NSCLC im Stadium IV ohne Treibermutation gehen.

Die Klassifikation des NSCLC erfolgt aktuell nach IASLC (International Association for the Study of Lung Cancer)/UICC (Union for International Cancer Control) Version 8 [1]. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Einteilung des Stadiums IV. Das Muster der Fernmetastasierung wird dabei wie folgt unterschieden: «M1a» bedeutet einen Befall der kontralateralen Lunge, der Pleura, einen malignen Pleuraerguss oder einen malignen Perikarderguss. Neu aufgenommen in die Version 8 der Staging-Klassifikation wurde das Stadium «M1b», das für eine sogenannte oligometastasierte Erkrankung steht. Darunter wird eine singuläre Metastase in einem extrathorakalen Organ (wie z.B. dem Hirn) verstanden. «M1c» steht für mehrere Fernmetastasen in einem oder mehreren Organen.

Tumorstadium IV des NSCLC nach IASLC/UICC Version 8.

Stadium	Primärtumor	Lymphknoten	Fernmetastasen
IVA	jedes T jedes T	jedes N jedes N	M1a M1b
IVB	jedes T	jedes N	M1c

Über viele Jahrzehnte war die platinbasierte konventionelle Chemotherapie (i.d.R. in Kombination mit einem weiteren Chemotherapeutikum als sogenannte «Platindoublette») die einzige Therapieoption in palliativen Therapiestadien. Die Identifizierung von sogenannten Treibermutationen und deren gezielte Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren (TKI) war der erste Durchbruch, um einem Teil der Patienten mit NSCLC im Stadium IV eine deutlich bessere Prognose zu ermöglichen. Die Tumorbehandlung mit Antikörpern gegen PD-1, das u.a. auf T-Lymphozyten exprimiert wird, bzw. dessen Liganden PD-L1 auf den Tumorzellen, hat die Therapie mehre-

rer Tumorentitäten revolutioniert und findet heute auch breiten Einsatz in überwiegend palliativen Therapiestadien beim NSCLC. Diese Antikörper werden auch als Immuncheckpoint-Inhibitoren bezeichnet. Sie verbessern die Erkennung und Bekämpfung von Tumorzellen durch T-Lymphozyten. Zwar sind TKI in ihrer Wirksamkeit vor allem zu Beginn häufig eindrucksvoller. Allerdings sind die dafür notwendigen Treibermutationen vergleichsweise selten, nach einer gewissen Zeit treten Resistenzentwicklungen auf und nach Absetzen dieser Präparate muss ein erneutes Tumorwachstum erwartet werden. Im Gegensatz dazu sind Immuncheckpoint-Inhibitoren mittlerweile bei allen Patienten in palliativer Therapiesituation in der Erstlinientherapie enthalten, solange keine Treibermutation vorliegt (siehe Teil 3 dieser Serie in Heft 5/2019 von KARGER KOMPASS PNEUMOLOGIE), keine Kontraindikationen für ihren Einsatz bestehen und eine generelle Therapiefähigkeit gegeben ist. Immuncheckpoint-Inhibitoren verbessern die Prognose für einen Großteil der Patienten deutlich. Zudem – ein absolutes Novum in palliativen Stadien des NSCLC – sind Langzeitremissionen möglich, die auch nach Absetzen der Immuntherapie fortbestehen. Kontraindikationen sind vor allem eine Organtransplantation, Autoimmunerkrankungen und eine laufende immunsuppressive Therapie (wobei eine Dauertherapie mit Prednisolon bzw. Äquivalent mit bis 10 mg pro Tag wahrscheinlich unproblematisch ist). Immuncheckpoint-Inhibitoren sind besser verträglich als eine konventionelle Chemotherapie und haben wie auch TKI ein ganz eigenes Nebenwirkungsprofil, über das Patienten vor Therapiebeginn gut aufgeklärt werden müssen. Immuncheckpoint-Inhibitoren können an nahezu allen Organen des Körpers eine Inflammation verursachen (eine sogenannte Immuntoxizität) ohne dass andere Auslöser wie z.B. eine Infektion vorliegen (z.B. als Dermatitis, Kolitis, Arthritis, Pneumonitis, Hypophysitis, Hepatitis, Nephritis usw.). Die Therapie ist in solchen Fällen i.d.R. ein Pausieren bzw. Absetzen der Behandlung mit Immuncheckpoint-Inhibitoren und eine Immunsuppression mit Kortison. Mehrere Leitlinien geben aktuelle und dezidierte Empfehlungen zum Umgang mit Immuntoxizität (z.B. ESMO [2] und ASCO [3]). Ein wichtiger Parameter, um das Ansprechen einer Immuntherapie abzuschätzen, ist die immunhistochemische Färbung von PD-L1 auf den Tumorzellen, die als Prozentwert angegeben wird. Dieser Parameter ist auch für die Zulassung der Präparate für verschiedene Therapiesituationen von Bedeutung. Allerdings ist die Korrelation von PD-L1-Expression und Therapieansprechen häufig schwach, so dass die Suche nach weiteren Parametern anhält.

Im Folgenden werden die in unserem Lungentumorzentrum aktuell favorisierten Therapieprotokolle für die palliativen Therapiestadien des NSCLC erläutert. Hierbei wird ein Fokus auf die Erstlinientherapie gelegt. Offizielle Empfehlungen können davon abweichen, da dieser Therapiebereich zurzeit sehr dynamischen Veränderungen unterworfen ist. In die Therapieentscheidungen fließen viele individuelle Faktoren ein, wie z.B. der PD-L1-Status, die Tumorhistologie, der Allgemeinzustand des Patienten (Perfor-

mance-Status der Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)), Bestehen von Kontraindikationen gegen eine Immuntherapie und der Patientenwille. In anderen Fällen kann auch eine gemeinsame Entscheidung zur supportiven Begleitbehandlung (best supportive care) der individuell richtige Weg sein.

Palliative NSCLC-Stadien, Erstlinientherapie

Adenokarzinome (adenocarcinoma, ADC) und Plattenepithelkarzinome (squamous cell carcinoma, SCC) mit einer PD-L1-Expression $\geq 50\%$:

Monotherapie mit dem PD-1-Antikörper Pembrolizumab 200 mg alle 3 Wochen i.v.

Kommentar: In der KEYNOTE-024-Studie war das mediane Gesamtüberleben unter Pembrolizumab bei Patienten mit NSCLC (18% SCC) und PD-L1-Expression $\geq 50\%$ mit 30 Monaten dem von Patienten mit einer Chemotherapie mit 14,2 Monaten statistisch signifikant überlegen (154 vs. 151 Patienten, Hazard Ratio 0,5, 95% KI 0,37–0,68, $p < 0,001$) [4].

Bei hohem Remissionsdruck können trotz einer PD-L1-Expression $\geq 50\%$ Therapieprotokolle sinnvoll sein, die Chemotherapie und Immuntherapie kombinieren (s. nachfolgende Protokolle für NSCLC/ADC und NSCLC/SCC bei einer PD-L1-Expression $< 50\%$). Dies kann sinnvoll sein, da die Zeit zum Therapieansprechen bei kombinierten Protokollen in der Regel deutlich kürzer ist. So ist die Zeit zum Therapieansprechen in der Kombination (KEYNOTE-189-Studie, s.u.) etwa halb so kurz wie mit einer Immunmonotherapie (KEYNOTE-024-Studie).

Adenokarzinome mit einer PD-L1-Expression $< 50\%$:

Therapie mit einer Kombination aus Pembrolizumab, Carbo- oder Cisplatin und Pemetrexed; nach 4 Zyklen Erhaltungstherapie mit Pembrolizumab und Pemetrexed.

Kommentar: In der KEYNOTE-189-Studie ist das mediane Gesamtüberleben unter Pembrolizumab, Platin und Pemetrexed bei Patienten mit NSCLC/Adenokarzinomen noch nicht erreicht gegenüber 11,3 Monaten im Vergleichsarm ohne Immuncheckpoint-Inhibitoren (410 vs. 206 Patienten, Hazard Ratio 0,49, 95% KI 0,38–0,64, $p < 0,001$) ([5] inklusive Aktualisierung zum Gesamtüberleben aus der Fachinformation mit Stand September 2019).

Therapie mit Atezolizumab (1200 mg alle 3 Wochen i.v.), Carboplatin, Paclitaxel und Bevacizumab; nach 4–6 Zyklen Erhaltungstherapie mit Atezolizumab +/- Bevacizumab.

Kommentar: In der IMpower-150-Studie wird in einem dreiarmligen Design Atezolizumab mit Carboplatin und Paclitaxel (ACP-Gruppe) gegen Bevacizumab mit Carboplatin und Paclitaxel (BCP-Gruppe, 336 Patienten) und gegen Atezolizumab mit Bevacizumab, Carboplatin und Paclitaxel (ABCP-Gruppe, 356 Patienten) bei Patienten mit metastasiertem NSCLC/Adenokarzinom verglichen [6]. In die primäre Analyse wurden die ABCP- und die BCP-Gruppe einbezogen. Das mediane progressionsfreie Überleben als primärer End-

punkt war mit 8,3 Monaten in der ABCP-Gruppe statistisch signifikant länger als in der BCP-Gruppe mit 6,8 Monaten (Hazard Ratio 0,62, 95% KI 0,52–0,74, $p < 0,001$). Das mediane Gesamtüberleben (Interimsanalyse) war in der ABCP-Gruppe mit 19,2 Monaten der BCP-Gruppe mit 14,7 Monaten statistisch signifikant überlegen (Hazard Ratio 0,78, 95% KI 0,64–0,96, $p = 0,02$).

Therapie mit Atezolizumab, Carboplatin und nab-Paclitaxel; nach 4–6 Zyklen Erhaltungstherapie mit Atezolizumab

Kommentar: In der IMpower-130-Studie war bei Patienten mit metastasiertem NSCLC/Adenokarzinom das mediane Gesamtüberleben im Atezolizumab-Arm (483 Patienten) mit 18,6 Monaten gegenüber 13,9 Monaten im Placebo-Arm (240 Patienten) statistisch signifikant verbessert (Hazard Ratio 0,79, 95% KI 0,64–0,98, $p = 0,03$) [7].

Plattenepithelkarzinome mit einer PD-L1-Expression $< 50\%$:

Therapie mit Pembrolizumab, Carboplatin und Paclitaxel oder nab-Paclitaxel; nach 4 Zyklen Erhaltungstherapie mit Pembrolizumab.

Kommentar: In der KEYNOTE-407-Studie war bei Patienten mit metastasiertem NSCLC/Plattenepithelkarzinom nach einem medianen Follow-up von 7,8 Monaten das mediane Gesamtüberleben mit 15,9 Monaten im Pembrolizumab-Arm (278 Patienten) gegenüber 11,3 Monaten im Placebo-Arm (281 Patienten) statistisch signifikant verlängert (Hazard Ratio 0,64, 95% KI 0,49–0,85, $p < 0,001$) [8].

Erstlinie bei Kontraindikation für eine Immuntherapie

Adenokarzinome:

Therapie mit Cisplatin, Pemetrexed und ggf. Bevacizumab; nach 4 Zyklen Erhaltungstherapie mit Pemetrexed und ggf. Bevacizumab.

Therapie mit Carboplatin und nab-Paclitaxel für 4 Zyklen.

Therapie mit Carboplatin, Paclitaxel und Bevacizumab; nach 4 Zyklen Erhaltungstherapie mit Bevacizumab.

Plattenepithelkarzinome:

Therapie mit Carboplatin und nab-Paclitaxel für 4 Zyklen.

Palliative NSCLC-Stadien, Zweitlinientherapie

Wenn in der Erstlinie eine Monotherapie mit Pembrolizumab erfolgt ist, kommen als Zweitlinie die Therapieschemata in Frage, die vorangehend bei «Erstlinie bei Kontraindikation für eine Immuntherapie» aufgelistet worden sind.

Als weitere Therapieregime in der palliativen Zweitlinientherapie kommen unter anderem in Frage: Docetaxel mit Nintedanib, Docetaxel mit Ramucirumab, Docetaxel als Monotherapie und der TKI Afatinib (nur bei Plattenepithelkarzinomen) auch ohne Nachweis einer Treibermutation.

Literatur

- 1 Goldstraw P, Chansky K, Crowley J, et al.: J Thorac Oncol 2016;11:39–51.
- 2 Haanen J, Carbone F, Robert C, et al.: Ann Oncol 2017;28:iv119–iv42.
- 3 Brahmer JR, Lacchetti C, Schneider BJ, et al.: J Clin Oncol 2018;36:1714–1768.
- 4 Reck M, Rodriguez-Abreu D, Robinson AG, et al.: N Engl J Med 2016;375:1823–1833.
- 5 Gandhi L, Rodriguez-Abreu D, Gadgeel S, et al.: N Engl J Med 2018;378:2078–2092.
- 6 Socinski MA, Jotte RM, Cappuzzo F, et al.: N Engl J Med 2018;378:2288–2301.
- 7 West H, McCleod M, Hussein M, et al.: Lancet Oncol 2019;20:924–937.
- 8 Paz-Ares L, Luft A, Vicente D, et al.: N Engl J Med 2018; 379: 2040–2051.

Kontakt: Dr. Matthias Raspe, Dr. Nikolaj Frost, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Infektiologie und Pneumologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Deutschland.

Aus der Praxis

Was wollen Chefärzte? Und wie passt das zu Deinen Erwartungen an die Weiterbildung?

Wie stellst Du Dir den optimalen Arbeitgeber für die Facharzt-Weiterbildung vor? Und was wünscht sich Dein künftiger Chef? Im Dialog mit dem Publikum haben die Chefärzte Dr. Georg Hillebrand und PD Dr. Marko Fiege beim Operation Karriere-Kongress in Hamburg Mitte Juni die gegenseitigen Erwartungen herausgearbeitet. Ein weiß-rotes Absperband teilt das Publikum in zwei Hälften: Die Medizinstudenten und jungen Ärzte, die beim Operation Karriere-Kongress in Hamburg im Hörsaal sitzen, dürfen bei diesem Vortrag nicht nur zuhören. Stattdessen können sie selbst aktiv werden und sich in verschiedene Situationen einfühlen. Die Zuhörer auf der einen Seite spielen die «Chefärzte»: Sie wollen für ihre Klinik möglichst geeignete Nachwuchskräfte rekrutieren. Auf der anderen Seite sitzen die «Weiterbildungsassistenten», die eine attraktive Stelle suchen, bei der sie viel für ihre Facharztweiterbildung lernen, aber bei der auch die Work-Life-Balance nicht zu kurz kommt.

Hillebrand und Fiege steuern die Diskussion mit Fragen: Welche Form sollte eine Bewerbung haben? Ist die Bewerbungsmappe noch zeitgemäß, oder reicht es, im Bewerbungsportal seine Unterlagen hochzuladen? «Eine E-Mail mit den Dokumenten als pdf-Datei im Anhang ist inzwischen üblich und meistens gleichwertig wie die gedruckte Bewerbungsmappe», erklärt Hillebrand, «allerdings sollten Sie keine Serienbriefe schreiben, sondern in der Bewerbung zeigen, dass Sie sich mit der Stelle auseinandergesetzt haben». «Wir stellen niemanden ein, der nicht zumindest bei uns hospitiert hat», ergänzt Fiege, «dann rede ich mit meinen Kollegen, ob der Kandidat ins Team passt. Besser ist es natürlich, wenn jemand schon im PJ bei uns war – dann wissen beide Seiten, was sie erwartet».

Was ist wichtig: Promotion? Auslandserfahrung? Ehrenamt?

Eine Promotion sei nicht entscheidend – allerdings sei sie auch kein Nachteil, verrät Fiege weiter. Im besten Fall habe jemand in seiner Doktorarbeit schon bestimmte Fähigkeiten unter Beweis gestellt, die für die Weiterbildung wichtig seien.

Auslandserfahrung sei grundsätzlich gut. Allerdings komme es darauf an, was genau jemand gemacht habe, erklärt Hillebrand: Wer zwei PJ-Tertiale auf Tahiti verbracht habe, müsse sich die Frage gefallen lassen, ob dabei nicht vielleicht die Freizeitgestaltung im Mittelpunkt gestanden habe. Etwas anderes sei ein Aufenthalt in einer Klinik für Tropendermatologie in Sri Lanka – das ist bei der Bewerbung von Vorteil. Gut sei es auf jeden Fall, wenn man soziales Engagement nachweisen könne – zum Beispiel in einer studentischen Initiative.

Bewerber müssen ins Team passen. Eine Hospitation ist oft der Schlüssel, das unter Beweis zu stellen. Foto von Luis Melendez auf Unsplash.

Flexibilität ist angesagt

Und was ist mit Lücken im Lebenslauf? «Das finde ich als Chefarzt oft extrem spannend, weil ich verstehen will, was jemand in der Zeit gemacht hat», verrät Fiege, «Das macht Menschen spannend, wenn sie im Leben auch mal über den medizinischen Tellerrand geguckt und etwas ganz anderes gemacht haben». Und auch Kinder sind grundsätzlich kein Problem – vor allem, weil die junge Ärztegengeneration die Vereinbarkeit von Familie und Beruf immer mehr einfordere, erklärt Hillebrand. Wichtig sei es nur, keine völlig steifen Vorstellungen von der Arbeitszeit zu haben: «Wir versuchen, Eltern da entgegenzukommen. Aber ein großer Teil der Facharzt-Weiterbildung ist nunmal in Schichtdiensten organisiert. Da können sich einzelne nicht nur die Rosinen rauspicken – sonst wird es dem Rest des Teams gegenüber schnell ungerecht».

Für beide Chefärzte ist aber die Begeisterung für das Fach und die Arbeit als Arzt das allerwichtigste Kriterium, wenn es darum geht, einen neuen Kollegen einzustellen: «Das ist dieses Leuchten in den Augen», beschreibt Hillebrand, «Der Kandidat soll für das Fach brennen. Und wenn man das merkt, ist das schon eine gute Ausgangslage».

Originalquelle: «Was wollen Chefärzte? Und wie passt das zu Deinen Erwartungen an die Weiterbildung?» Ein Beitrag auf www.operation-karriere.de (www.operation-karriere.de/karriereweg/assistentenarzt/was-wollen-chefaeerzte-und-wie-passt-das-zu-deinen-erwartungen-an-die-weiterbildung.html)

Im direkten Gespräch sind Dr. Hillebrand und PD Dr. Fiege noch weiter ins Detail gegangen.

Dr. Georg Hillebrand (links) ist Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Itzehoe. PD Dr. Marko Fiege ist Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie am selben Klinikum. © Hanke / Deutscher Ärzteverlag

Sehen Sie Diskrepanzen zwischen den Erwartungen der jungen Ärzte und den Erwartungen der Chefärzte?

PD Dr. Marko Fiege: Da muss es Diskrepanzen geben. Jemand, der eine Facharzt-Weiterbildung anfängt, hat ja ein ganz persönliches Interesse daran, in einer bestimmten Zeit gut ausgebildet zu werden und das auch mit seinem restlichen Leben gut kombinieren zu können – und das soll auch noch irgendwie nett sein. Das ist das Interesse der Weiterbildungsassistenten. Als Chefärzte haben wir natürlich auch ein Interesse daran, dass wir die besten Leute für unsere Klinik gewinnen und weiterbilden möchten – und es ist toll, wenn sie dann später erzählen, wie gut die Weiterbildung bei uns war. Aber wir haben natürlich auch ein Interesse an fleißigen Mitarbeitern, die für ihr Geld auch gute Arbeit machen – denn Weiterbildung ist nicht Ausbildung. Wir müssen die klinischen Belange abdecken und da ist es wichtig, dass die jungen Kollegen ab einem gewissen Zeitpunkt auch produktiv sind. Es ist immer herausfordernd, die Balance zwischen diesen beiden Interessen zu halten.

Was können denn Kliniken in dem Zusammenhang tun, um für die jungen Ärzte attraktiv zu sein?

Fiege: Ich glaube, man braucht ein gutes, strukturiertes Weiterbildungskonzept. Man muss eine Idee haben, wie man die Leute ausbildet: Was baut aufeinander auf und wann passt welcher Baustein gut ins Gesamtkonzept? Es gibt ja auch viele didaktische Gründe, warum eine bestimmte Reihenfolge bei den Inhalten sinnvoll ist. So ein Konzept muss es in der Klinik geben.

Dr. Georg Hillebrand: Es ist ja auch immer eine Frage, inwieweit sich Didaktik und der Anspruch an Lehre im Klinikalltag mit dem Team umsetzen lassen. Das eine ist eine Art Curriculum, in dem die Abläufe der Facharzt-Weiterbildung über fünf oder sechs Jahre struk-

turiert sind. Das andere ist der Alltag: Inwieweit findet Lehre im Alltag statt? Das ist «Training on the job», weil natürlich in erster Linie die Patienten versorgt werden müssen. Manchmal ist die Ambulanz total voll – da muss schnell gearbeitet werden. Andererseits möchte der Assistenzarzt vielleicht jeden Fall sehr ausführlich nachbesprechen. Da muss man einen guten Kompromiss finden.

Wie bringen Sie diese unterschiedlichen Erwartungen in der Praxis unter einen Hut?

Hillebrand: Ich glaube, uns in der Kinderklinik in Itzehoe gelingt das ganz gut. Für uns im oberärztlichen und chefärztlichen Team ist Lehre ein wichtiger Teil unserer täglichen Arbeit. Wir machen jeden Morgen eine ausführliche Morgenbesprechung. Da besprechen wir alle neuen Patienten, bringen aber auch gleichzeitig noch einen Teaching-Aspekt mit rein. Da gibt es dann jeden Tag ein besonderes Thema, das kurz angesprochen wird. Außerdem gibt es jede Woche Fallkonferenzen, in denen wir reihum Fälle vorstellen. Und es gibt regelmäßige Besprechungen mit den Kollegen aus anderen Fachrichtungen. Ich glaube, das ist eine Herausforderung und ein Anspruch an das Team der leitenden Ärzte, dass sie neben der Patientenbetreuung und ihren administrativen Aufgaben nicht vergessen, dass die Ausbildung ein wesentlicher Teil des Jobs ist – und zwar qualitativ auf einem hohen Niveau. Und wenn man das berücksichtigt, spricht sich das rum – und das macht eine Klinik attraktiv für Bewerber.

Fiege: Ich glaube, dass es eine gewisse Ehrlichkeit in der curricularen Ausbildung geben muss. Für mich heißt das, die curricularen Vorgaben müssen realistisch zu dem passen, was wir auch umsetzen können. Wir betreiben zum Beispiel auch ein Simulationszentrum und machen simulationsgestützte Weiterbildung – aber im realen Leben geben die Patienten und der Klinikbetrieb vor, was passiert. Man kann in das Curriculum schreiben, dass jemand nach 92 Wochen eine bestimmte Behandlung durchführt. Aber dafür muss der passende Patient da sein und der Weiterbildungsassistent muss im Vorfeld die nötigen Grundlagen gelernt haben. Bei uns gibt es in der Weiterbildung Jahresthemen – da ist jemand dann schwerpunktmäßig zum Beispiel in der Intensivstation beschäftigt oder macht viel Notfallmedizin. Dieses grobe Raster halten wir auch seit längerer Zeit ziemlich dezidiert ein. Das lässt sich leichter umsetzen als ganz konkrete Pläne, was wann genau gemacht werden soll. Wenn man so ein grobes Raster hat, ist man schon relativ weit.

Was geben Sie jungen Ärzten mit auf den Weg, damit der Einstieg in die Weiterbildung gut klappt?

Hillebrand: Sie müssen für sich selbst eine Entscheidung treffen, dass es jetzt losgehen soll. Ich erwarte von niemandem, dass er seine künftige Karriere schon zu Beginn der Weiterbildung komplett vor Augen hat. Aber es sollte eine bewusste Entscheidung fallen: «Die nächsten zwei bis fünf Jahre bin ich jetzt in diesem Fach. Ich bin jetzt bereit zu starten und mein Leben darauf einzurichten.» Und dann klappt es.

Fiege: Ich glaube, so eine Offenheit und Neugier für diesen Lebensabschnitt, der ganz anders ist als das Studium, ist wichtig: Das ist dann Real-Life und das heißt auch, man muss sich auf die Zusammenarbeit mit ganz unterschiedlichen Menschen aus unterschiedlichen Disziplinen einlassen. Da beginnt auf einmal auch ganz viel soziale Interaktion am Arbeitsplatz. In so einem Gefüge muss man sich erstmal zurechtfinden. Manchmal hilft es vielleicht, die eigenen Erwartungen ein Stück weit zurückzuschrauben – und die neuen Eindrücke auf sich wirken zu lassen. Die ersten Wochen und Monate sind – zumindest bei mir im Fach – extrem anstrengend. Das erzählen alle jungen Kollegen. Aber nach ungefähr einem halben Jahr ist auch wieder ein normales Leben außerhalb der Arbeit möglich.

OPERATION KARRIERE

Originalquelle: Operation Karriere Hamburg, 14.06.2019, Impulsvortrag: «Neu in der Klinik – Erwartungen von Chefarzten und Weiterbildungsassistenten», PD Dr. med. Marko Fiege, Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Dr. med. Georg Hillebrand, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, beide Klinikum Itzehoe

Blickdiagnosen

Welche Diagnose vermuten Sie?

Bei der 58-jährigen Patientin mit Verdacht auf einen gastrointestinalen Stromatumor (GIST) war bei der Narkoseeinleitung zur operativen Resektion eine bisher unbekannte zirkuläre Trachealstenose aufgefallen. Die Einleitung wurde daraufhin abgebrochen und die Patientin nach einer Thorax-Computertomographie (CT) zur weiteren Diagnostik an unsere Endoskopie verwiesen. Klinisch war die Patientin nicht wesentlich beeinflusst. Eine Sprachbarriere erschwerte allerdings die intensivere Erhebung

der Anamnese. Bildbefund A zeigt einen horizontalen Schnitt aus einer Thorax-CT-Untersuchung und Bildbefund B einen subglottischen Blick in die Trachea.

Auflösung unter:

www.karger.com/blickdiagnose-kkp-6-2019

Kontakt: Dr. Matthias Raspe, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Infektiologie und Pneumologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Deutschland, matthias.raspe@charite.de

Bildbefund A mit freundlicher Genehmigung von PD Dr. med. C. Althoff, Leitung Interventionsradiologie, Charité Campus Mitte, Institut und Klinik für Radiologie CCM und CVK, Charité – Universitätsmedizin Berlin; Bildbefund B stammt aus der eigenen Klinik.