

Operative Weiterbildung in der Praxis

Fallbericht aus einer Gemeinschaftspraxis

von Werner Bachmann und Wan Azlan Wan Omar

Die Vermittlung von Kenntnissen in der operativen Augenheilkunde ist ein kritischer Punkt in der Weiterbildung. Am Beispiel einer operativen Gemeinschaftspraxis wird gezeigt, wie es möglich sein kann, die Anforderungen der Weiterbildungsordnung real zu erfüllen. Dabei wird klar, dass die Weiterbildung Zeit erfordert, die möglicherweise unter dem hohen ökonomischen Druck als Folge des DRG-Systems nicht immer vorhanden ist.



Dr. Werner Bachmann
ReVis Augenklinik
info@revis.de



Wan Azlan Wan Omar
ReVis Augenklinik
info@revis.de

Die Zufriedenheit der Ärzte mit der Effizienz der augenärztlichen Weiterbildung ist gering. Dies betrifft das gesamte Spektrum, insbesondere jedoch die operativen Inhalte. In einer Umfrage unter Weiterbildungsassistenten aus dem Jahr 2015 waren 69 % der Befragten mit der Weiterbildung insgesamt unzufrieden, 89 % zeigten sich unzufrieden mit der operativen Weiterbildung und nur 19% gaben an, überhaupt eine operative Weiterbildung erfahren zu haben [1]. Diese Umfrage hätte – so gestellt – auch vor Jahrzehnten sicherlich ähnliche Ergebnisse erbracht. Das überrascht angesichts des heutigen Mangels an ärztlichem Nachwuchs. Man würde davon ausgehen, dass dieser Mangel die Situation der jungen Ärzte und Ärztinnen verbessert haben müsste.

Im Zuge der Reform der Weiterbildungsordnung wurden verschiedene Vorschläge unterbreitet und Forderungen gestellt, um diese Situation zu verbessern. Klar ist, dass vor allem die operative Weiterbildung im OP Zeit erfordert, die allen Berichten zufolge kaum noch vorhanden zu sein scheint, da die Kliniken nach jahrelangem DRG-Management unter extremem Kostendruck und damit vor allem auch unter Zeitdruck stehen.

Außerhalb der großen Kliniken ist der Mangel an Assistenten noch deutlich ausgeprägter. Um attraktiv zu sein, muss deshalb für die vorhandene Weiterbildungszeit eine möglichst vollständige

Abdeckung der Weiterbildungsthemen angeboten werden. Im Folgenden wird geschildert, wie sich dies unter den Bedingungen einer größeren operativen Gemeinschaftspraxis umsetzen lässt.

Voraussetzungen

Unsere Gemeinschaftspraxis hat die Weiterbildungsbefugnis für 3 Jahre. In der Praxis praktizieren sieben Inhaberärzte, insgesamt 14 Ärzte, fünf dieser Ärzte operieren intraokular. Fast immer haben wir Assistenten mit Vorkenntnissen, beispielsweise Zuwanderer aus osteuropäischen Staaten. So haben wir die geforderten Weiterbildungsinhalte auf 3 Jahre aufgeteilt (siehe Kasten). Die Assistenten haben in den verschiedenen Abschnitten unterschiedliche Betreuer. Ein Arzt aus dem Inhaberkreis ist zuständig und verantwortlich für die Einteilung und die Aufsicht.

Die Gemeinschaftspraxis ist mit einem Praxis- und Patientenverwaltungssystem auf elektronischer Basis ausgestattet, d. h. alle Befunde und Bilder sowie alle weiteren erhobenen Daten sind digitalisiert im System vorhanden. Zu den technischen Voraussetzungen gehören zudem:

- 🕒 Videobild an der Spaltlampe (Abb. 1)
- 🕒 Spion am Lasergerät (Laser-Koagulation und YAG-Laser)
- 🕒 Mitbeobachter am OP-Mikroskop (Abb. 2)

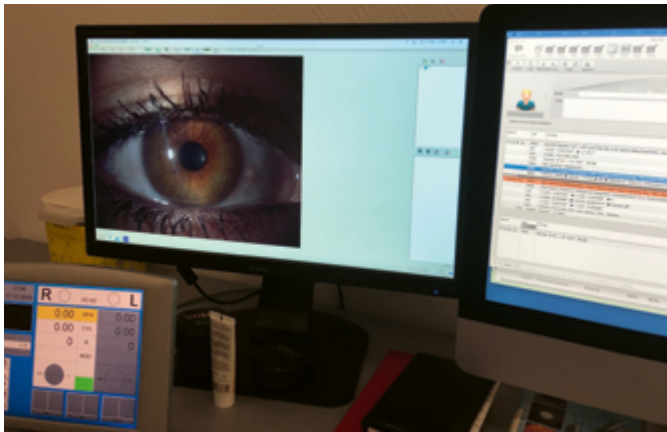


Abbildung 1:
Videobild an der
Spaltlampe

In der Sprechstunde gibt es verschiedene Möglichkeiten der „Fallvorstellung“. Zum einen geht dies „klassisch“ am Patienten nach entsprechender Vorbereitung des Falles durch den Assistenten: Der zuständige Facharzt beurteilt den Fall und trifft die Entscheidung. Zum anderen ermöglicht die elektronische Kartei die „virtuelle Fallvorstellung“. Hier kann vom Facharzt rasch entschieden werden, wie weiter zu verfahren ist. Dieses Verfahren ist vor allem bei gutem Kenntnisstand des Assistenten von zunehmender Bedeutung.

Praktische Ausbildung

Laser

Die Indikationsstellung und das Ziel der Laserbehandlung müssen zunächst klar sein. Am Beispiel der Laserkoagulation bei einem fortgeschrittenen Fall diabetischer Retinopathie bedeutet das, dass

die Fluoreszenzangiografie besprochen und das sinnvollste Vorgehen geklärt wird. Über den Mitbeobachter (Spion) kann der Lasereinsatz zunächst vom Assistenten angesehen und verfolgt werden. Anschließend verfolgt umgekehrt der Betreuer die durch den Assistenten durchgeführte Laserkoagulation.

Die Laserbehandlungen finden immer in einer eigenen Sprechstunde mit gesonderter Patienteneinbestellung statt. Steht eine „Lehrsituation“ an, werden die Termine rechtzeitig „ausgedünnt“, so dass ausreichend Zeit bleibt und kein unnötiger Zeitdruck entsteht. Das ist nach unserer Erfahrung wesentlich.

»Kleiner OP«

Wir haben eine eigene Sprechstunde zur kleinen Lidchirurgie eingerichtet. Die Termine werden aus der allgemeinen Sprech-



Abbildung 2:
Mitbeobachter am
OP-Mikroskop

stunde heraus vergeben. Im „kleinen OP“ (wie er bei uns heißt) ist der Assistent gemeinsam mit einem Facharzt tätig.

„Vormachen/Zusehen – Erklären – Nachmachen – Üben“ ist das übliche didaktische Vorgehen. Auch hier ist eine gute Zeitplanung wichtig für die Fallvorstellung, die möglicherweise erforderliche Erörterung und den gemeinsamen operativen Eingriff.

»Großer OP«

Die Arbeit im OP beginnt mit der OP-Vorbereitung: Patientenlagerung, sorgfältige Desinfektion und Abkleben des OP-Gebietes. Operativ kann man mit einfachen Dingen beginnen. Allein die Bindehautnaht unter dem OP-Mikroskop schult ganz erheblich die Orientierung unter dem Mikroskop und das Hantieren unter Mikroskopbedingungen. Das Risiko beim Setzen der Bindehautnaht ist gering. Es bildet sich allmählich eine Routine aus und die nervliche Anspannung sinkt.

Der nächste kritische Schritt ist der intraokulare Einsatz. Beim Erlernen gehen wir immer schrittweise vor. Zunächst wird lediglich Zugesehen, anschließend folgen die ersten Schritte. In unserer Praxis hat es sich bewährt vom OP-Ende her zu beginnen:

- ⌚ Absaugen von Viskoelastikum nach der IOL-Implantation, dann
- ⌚ Implantation einer Linse aus dem Injektor

Danach folgt vielleicht der erste Versuch der Kapsulorhexis. Dies ist oft eine gewisse Klippe. Gelingt die Kapsulorhexis, werden die ersten Phakoschritte unternommen: ein- bis zweimal graben. Das Absaugen von Kortextmaterial ist der nächste Schritt, der schon risikoreicher ist. Hierbei zeigen sich sehr rasch das individuelle Talent, die Reaktionsgeschwindigkeit und die Lerngeschwindigkeit des

Weiterbildungsplan Assistenzärzte

(3 Jahre entsprechend den Anforderungen der Bayerischen Landesärztekammer)

1. Jahr

- ⊕ Sprechstunde
(Notfälle, Post-Op Kontrolle, etc.)
- ⊕ Gerätebedienung:
OCT, HRT, Fundus/Spaltkamera,
Gesichtsfeld, Endothelmessung,
Pachymetrie
- ⊕ Fluoreszenzangiografie: 4 Monate
- ⊕ kleiner OP (Lid-OP): 4 Monate
- ⊕ Bereitschaftsdienst
(erst nach 3 Monaten)

2. Jahr

- ⊕ Sprechstunde
- ⊕ Laser: 6 Monate (Rotation)
- ⊕ kleiner OP: 6 Monate
- ⊕ IVOM: 6 Monate
- ⊕ Fluoreszenzangiografie: 6 Monate
- ⊕ Sehschule (Rotation)
- ⊕ Bereitschaftsdienst

3. Jahr

- ⊕ Sprechstunde
- ⊕ Glaukomsprechstunde
- ⊕ Voruntersuchungen Katarakt-OP
- ⊕ Lasersprechstunde: 6 Monate
- ⊕ IVOM: 6 Monate
- ⊕ Cat Op/Netzhaut Op: 4 Monate
- ⊕ Große Lid Op: 4 Monate
- ⊕ Refraktivchirurgie Trans PRK:
2 Monate
- ⊕ Vergrößernde Sehhilfen
- ⊕ Elektrophysiologie (Rotation)
- ⊕ Bereitschaftsdienst

Einzelnen. Davon unabhängig erhält jeder Assistent die Chance, einen intraokularen Eingriff durchzuführen. Immer gilt es hierbei, die Risiken für die Patienten klein zu halten und zu minimieren. Unsere Anästhesie hilft uns hier sehr mit dosiertem Einsatz einer Analgosedierung. Zu Beginn dürfen Anfänger operative Schritte lediglich an Patienten in Peribulbäranästhesie durchführen. Bei vorhandener Zeit ist die Lernkurve der Einzelnen sehr verschieden. Zum Lernen gehört auch das Gespräch beim Mitbeobachten: Warum mache ich jetzt diese oder jene Bewegung, diesen Handgriff etc.?

Diskussion

Die operative Weiterbildung ist auch unter Praxisbedingungen möglich. Sie erfordert zunächst den Willen der Ausbilder, die erforderlichen Inhalte auch wirklich zu vermitteln. Zudem erfordert sie eine klare Struktur und eine ebenso klare zeitliche

Einteilung. Die klare Struktur wird durch unser Praxismanagement aufrechterhalten: Immer wieder muss überprüft werden, wie die Einteilung für die verschiedenen Bereiche am besten funktioniert. Wichtig ist auch, dass die Assistenten – auch bei personellen Engpässen wie beispielsweise Erkrankung – nicht ständig kurzfristig umgeplant und anders eingesetzt werden. Es ist offensichtlich, dass dies Zeit erfordert und dass damit die Geschwindigkeit der Abläufe vor allem auch im OP geringer wird.

Für den „kleinen OP“ und den Laser-OP ist der wirtschaftliche „Verlust“ aufgrund der geringeren Anzahl der Patienten in der Lehrsituation unserer Erfahrung nach nicht hoch. Das ruhige „Anlernen“ macht sich bald bezahlt. Die Sicherheit, einen Facharzt an der Seite und jederzeit rufbereit zu haben, ist eine wichtige Stütze für die Assistenten.

In der Lehrsituation sinkt die Fallzahl pro Zeiteinheit. Dies ist vor allem im üblicher-

weise sehr routinierten Ablauf bei der Kataraktchirurgie zu bedenken. Aber hier setzt ja auch die Hauptkritik der Assistenten an: „Wir stören den Ablauf im OP und werden deshalb nicht zugelassen.“

In unserer Praxis haben wir die Erfahrung gemacht, dass es sich lohnt, diesen Preis zu zahlen, ein einzelner Operateur wird eine etwas geringere Fallzahl haben, die übrigen sind nicht betroffen. Dafür ist die Arbeitsatmosphäre in der gesamten Gemeinschaftspraxis gut und es herrscht üblicherweise ein konstruktives Miteinander. Das drückt sich überall aus: In der Sprechstunde, beim Bereitschaftsdienst und in der ärztlichen Team- und Fallbesprechung einmal pro Monat in großer Runde.

Fazit: In einer größeren Gemeinschaftspraxis lassen sich nach unserer Erfahrung die geforderten Inhalte umsetzen. ◀

1. Hos D et al (2015) Situation der Assistenzärztinnen und-ärzte in der Ophthalmologie in Deutschland. *Ophthalmologie* 112: 498–503