

Ausbildungsstrategien in der diagnostischen Gastroskopie

Anke Ende¹
Yurdaguel Zopf¹
Peter Konturek¹
Roland Heide¹
Eckhart G. Hahn¹
Jürgen Maiß¹

¹ Universitätsklinikum
Erlangen, Medizinische Klinik
I, Erlangen, Deutschland

Text

Hintergrund: Seit Mitte der 90er Jahre wurden zunehmend Trainingssimulatoren (Kunststoffphantome, Computersimulatoren und Simulatoren mit Organpräparation) für die Ausbildung in der gastrointestinalen Endoskopie verwendet. Eine optimale Ausbildungsstrategie zur diagnostischen Gastroskopie konnte bisher noch nicht ermittelt werden. Ziel der Studie war 3 verschiedene Ausbildungskonzepte zur Gastroskopie prospektiv zu vergleichen.

Methoden: Studiendesign: prospektiv randomisiert. Studienzeitraum: 9/05 – 4/06. Teilnehmer: 28 chirurgische und internistische Assistenzärzte aus 15 nordbayerischen Krankenhäusern ohne endoskopische Vorerfahrung. Die Basisevaluation der endoskopischen Grundfertigkeiten erfolgte nach einem intensiven praktischen (4h) und theoretischem (6h) Gastroskopie-Einführungskurs. Anschließend führten wir eine stratifizierte Randomisation auf Basis der Ergebnisse eines einfachen endoskopischen Geschicklichkeitstest im compactEASIE-Simulator in 3 Gruppen durch: Klinisches und Simulatortraining (Gruppe 1, n=10), nur klinisches Training (Gruppe 2, n=9), nur Simulator-Training (Gruppe 3, n=9). Die Gruppen 1 und 3 erhielten über 4 Monate zehn zweistündige Kurse an diversen Simulatoren (Plastikphantom, compactEASIE, Symbionix.) mit max. 3 Ärzten pro Simulator. Gruppe 2 wurde ausschließlich an Patienten ausgebildet. Die abschließende Evaluation aller Teilnehmer erfolgte von 2/06 bis 4/06 zuerst im compactEASIE-Simulator und anschlie-

ßend an drei klinischen Fällen. Bei der klinischen Evaluation wurden die Zeiten gemessen und die Fertigkeiten durch verblindete und unverblindete Evaluatoren auf einer Analogskala (1-10, 10=optimal) bewertet.

Ergebnisse: Alle Teilnehmer zeigten eine signifikante Verbesserung der Zeit für den einfachen endoskopischen Geschicklichkeitstest ($p < 0,001$) im Simulator und bessere Geschicklichkeitsscores ($p < 0,05$) unabhängig von der Ausbildungsform. Teilnehmer der Gruppe 1 benötigten im Mittel der klinischen Evaluation weniger Zeit zur Intubation des Ösophagus (61 ± 26 sec vs. 85 ± 30 bzw. 95 ± 36 sec) und bis zur Pyloruspassage (183 ± 65 sec vs. 207 ± 61 bzw. 247 ± 66 sec). Dieser Unterschied konnte aber nicht das Signifikanzniveau ($p = 0,07$) erreichen. Die ausschließlich am Simulator trainierte Gruppe war am langsamsten. Die Bewertung von verblindeten und unverblindeten Evaluatoren war nicht unterschiedlich ($p > 0,05$).

Schlußfolgerung: Klinische Ausbildung, die durch eine strukturierte Simulatorenausbildung begleitet wird, erscheint als beste Ausbildungsform, um die diagnostische Gastroskopie zu trainieren. Simulator-Training allein scheint nicht ausreichend, um alle für die Patientenuntersuchung notwendigen Fertigkeiten erfolgreich zu vermitteln.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Anke Ende
Universitätsklinikum Erlangen, Medizinische Klinik I,
Ulmenweg 18, 91054 Erlangen, Deutschland
anke.ende@uk-erlangen.de

Bitte zitieren als

Ende A, Zopf Y, Konturek P, Heide R, Hahn EG, Maiß J.
Ausbildungsstrategien in der diagnostischen Gastroskopie. GMS Z Med
Ausbild. 2008;25(1):Doc27.

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2008-25/zma000511.shtml>

Eingereicht: 02.11.2007

Überarbeitet: 06.11.2007

Angenommen: 14.11.2007

Veröffentlicht: 15.02.2008

Copyright

©2008 Ende et al. Dieser Artikel ist ein Open Access-Artikel und steht unter den Creative Commons Lizenzbedingungen (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de>). Er darf vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden, vorausgesetzt dass Autor und Quelle genannt werden.