



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung

Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2006

Behandlungsrealität und Fortbildungsinhalte: Lässt sich der Kreis schließen?

Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Köln

Freitag, 21. April 2006 (Saal 6), 14.30 – 16 Uhr

Herkömmliche Fortbildung erfolgt in der Regel patientenfern. Zwar wählt die große Mehrheit der Teilnehmer Themen aus, die in ihrem beruflichen Alltag häufig bis regelmäßig vorkommen, und bei 20 bis 30 Prozent der Teilnehmer wird dadurch immerhin die persönliche Vorgehensweise konzeptionell beeinflusst; dennoch ist die Relevanz dieser Art von Fortbildung für die Entscheidung beim individuellen Patienten zu hinterfragen.

Im Idealfall soll ärztliche Fortbildung relevant sein für die situative, auf den individuellen Patienten bezogene Entscheidung in Diagnostik und Therapie. Dies setzt eine für die Gesamtpopulation repräsentative, gleichwohl aber auf den einzelnen Patienten spezifizierbare Beschreibung der Behandlungsrealität ebenso voraus wie ein speziell auf die individuelle Situation zugeschnittenes Fortbildungsangebot.



Prof. Dr. Reinhard Griebenow

Für die Diskussion der Behandlungsrealität und individueller Patientenprobleme stehen dabei heute zur Verfügung:

Qualitätszirkel: Ermöglicht relativ zeitnah, sekundär entscheidungsrelevante Fortbildung für den individuellen Patientenfall; unzureichende Beschreibung der allgemeinen Behandlungsrealität.

Qualitätssicherungsmaßnahmen: Erfasst nur den stationären Bereich mit zudem ausgewählten Themen; repräsentative Datenerhebung. Der „strukturierte Dialog“ zwingt die Betroffenen zur Reflexion und kann damit prinzipiell sekundär

entscheidungsrelevant werden. Auf der allgemeinen Ebene sind die Ergebnisse allerdings bisher nur relativ schlecht für Fortbildung operationalisierbar.

Register: Können einen repräsentativen Überblick über die Behandlungsrealität geben, für die Fortbildung allerdings nicht zeitnah und mit allenfalls sekundärer Entscheidungsrelevanz zu nutzen.

Disease-Management-Programme (DMP): Bei entsprechend hoher Patientenzahl (zum Beispiel etwa 250 000 Patienten im DMP Diabetes oder 100 000 Patienten im DMP KHK alleine in der KV Nordrhein) repräsentative Beschreibung der Behandlungsrealität. Dabei geben die Feedback-Berichte neben der Übersicht über das Gesamtkollektiv eine Zusammenfassung der eigenen Patientengruppe wieder und ermöglichen eine patientenindividuelle Darstellung von Behandlungsdaten. Eine auf die Daten des Feedback-Berichts bezogene Fortbildung erfolgt damit zwar weder primär entscheidungsrelevant noch zeitnah, aber auf eigene Patienten individuell beziehbar und daher mit der relativ höchsten sekundären Entscheidungsrelevanz.

In der konkreten Entscheidungssituation zur Verfügung stehende Fortbildungsangebote wären zum Beispiel im Rahmen von Telemonitoring-Programmen denkbar – ebenso wie in Form von „on demand“ zur Verfügung stehenden Online-Fortbildungen. Derartige Angebote befinden sich zurzeit im Wesentlichen noch in der Konzeptionsphase.

Schlussfolgerungen:

Selbst bei Volkskrankheiten sieht der einzelne Arzt nur ein begrenztes Spektrum von Patienten. Die Beschreibung der Behandlungsrealität setzt daher eine repräsentative Datenerhebung voraus. Diese entfaltet aber nur dann eine entscheidungsrelevante Wirkung, wenn der Behandlungsstatus der Patienten des einzelnen Arztes spezifisch dargestellt und mit der Gesamtgruppe verglichen werden kann. Dies ist bisher nur bei Qualitätssicherungsmaßnahmen und in den Feedback-Berichten des DMP realisiert. Gleichzeitig bietet sich hierdurch eine Möglichkeit zur direkt problemorientierten Fortbildung, die zukünftig verstärkt angeboten und genutzt werden sollte.