

New ideas for old Europe?!

Deutsch-kanadischer Live-Fortbildungsworkshop in Köln

*von Reinhard Griebenow und Heinrich Antz**

Vorgeschichte

Im Herbst 2001 wurde das 30-jährige Jubiläum des Abkommens zur wissenschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Kanada und Deutschland in Bonn gefeiert. Aus diesem Anlass beschlossen die Vertragspartner, zukünftig verstärkt Themen aus dem Bereich der Medizin in die Förderung einzubeziehen. Vor diesem Hintergrund waren auch mehrere Mediziner in der kanadischen Delegation mit angereist. Für sie arrangierte die gastgebende Ärztekammer Nordrhein mit Vertretern der nordrheinischen Kammer und der Bundesärztekammer ein Treffen in Köln.

Hier wurden neben Fragen der in Kanada praktizierten regelmäßigen Relizensierung von Ärzten auch Möglichkeiten zur Kooperation besprochen. Es ergaben sich erste konkrete Anknüpfungspunkte im Bereich der Fortbildung. Zwischen dem Fortbildungsbeauftragten der Ärztekammer Nordrhein und Prof. Dr. K. Ho aus Vancouver, dem Leiter der dortigen Abteilung für Continuing Medical Education (CME) der Universität, wurde vereinbart, sich gemeinsam um eine regierungsamtliche Förderung für ein Fortbildungsprojekt zu bewerben. Die Bewerbung wurde Ende Januar 2002 eingereicht und im Herbst 2002 positiv beschieden. Voraussetzung für eine Förderung war, dass die Projektpartner Drittmittel (z. B. von der Industrie) in mindestens gleicher Höhe wie die Fördersumme einwarben.

Grundidee

Es sollte in Vancouver und Köln ein Workshop simultan stattfinden, der ein relevantes Thema aus dem Bereich der Patientenversorgung aufgreift und für Allgemeinmediziner aufbereitet. Die Darstellung des klinischen Problems sollte fallbasiert erfolgen und die Erarbeitung einer evidenzbasierten Therapiestrategie zum Ziel haben.

Als Thema wurde zwischen den beiden Projektleitern Ho und Griebenow das kardiovaskuläre Risikomanagement beim Typ II-Diabetiker vereinbart, die Dauer der Veranstaltung wurde auf insgesamt 2,5 Stunden festgelegt.

Vorbereitungsphase

Das Team

Auf kanadischer Seite bestand das Team aus Professor Ho und den Mitarbeitern der Abteilung für CME, in der Endphase stieß ein niedergelassener Allgemeinmediziner mit Lehrauftrag an der Abteilung für CME hinzu. In Köln wurde das Team von zwei Kardiologen, einem Endokrinologen/Diabetologen und einem niedergelassenen Allgemeinmediziner gebildet.

Das Medium

Ziel war eine möglichst interaktive Veranstaltung mit der Möglichkeit, auf beiden Seiten des Atlantiks simultan auf die Materialien zugreifen zu können. Daher fiel die Entscheidung, eine internetbasierte Darstellung vorzubereiten. Für die

interne Aufgabenverteilung wurde festgelegt, dass das kanadische Team die Präsentation des klinischen Falles übernehmen sollte, aufgrund der starken Facharztpräsenz im deutschen Team bot sich als Aufgabe die Aufbereitung der relevanten klinischen Studien an. Letztere stehen im Internet unter www.star-ebm.com/cologne-vancouver zur Verfügung.

Der Fall

Um die Diskussion nicht zu überladen, fiel die Wahl auf die Darstellung eines Diabetikers ohne diabetische Folgeschäden. Die kanadische Gruppe griff hierzu auf eine bereits dort in anderweitigem Zusammenhang diskutierte Kasuistik zurück: 57-jähriger Mann mit einem Body-mass-Index von 28,5, HbA1c 6,9 %, LDL-Cholesterin 125 mg%, Blutdruck 140/90 mm Hg. Der Diabetes mellitus ist seit drei Jahren bekannt. Der Patient nimmt zurzeit Metformin 1500 mg/Tag. Er spielt Golf, geht Angeln und viermal die Woche mit seiner Frau für etwa 30 Minuten spazieren. Den Blutzucker misst er selbst. Er stellt sich nun in der Praxis nach Wechsel des Hausarztes erstmalig vor.

Nach einem Abgleich der angestrebten Zielwerte für Blutdruck, LDL-Cholesterin und HbA1c mit den aktuellen Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften, wurde als Ziel des Workshops festgelegt, eine evidenzbasierte Therapie für das Erreichen der Zielwerte von 130/80 mm Hg für den Blutdruck, einem LDL-Cholesterin von unter 100 mg% und eines Wertes von weniger als 7 % für den HbA1c-Wert zu erarbeiten.

Die Evidenz

Für die Erarbeitung einer evidenzbasierten Therapiestrategie bei diesem recht unkomplizierten Fall war immerhin die Berücksichtigung von 12 (bis 13) zum Teil komplexen klinischen Studien notwendig. Diese wurden unter dem Aspekt einer möglichst schnellen Vergleichbarkeit bei möglichst hoher Originaltreue internetfähig aufbereitet, was eine detaillierte Betrachtung der Evidenz auch unter den Bedingungen eines begrenzten Zeitkontingents ermöglichte.

* Prof. Dr. med. Reinhard Griebenow ist Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, Dr. med. Heinrich Antz ist Vorstandsmitglied der KV Nordrhein und Vorsitzender der KVNo-Kreisstelle Köln.

Die Teilnehmer bestanden auf beiden Seiten des Atlantiks aus jeweils fünf in freier Praxis tätigen Allgemeinmedizinerinnen sowie den Vorbereitungsteams.

Der optimierte Einsatz digitaler Informationstechnologie gestattete es, Fallpräsentation und Darstellung der Evidenz in der vorgesehenen Zeit zu bewältigen.

- Nach Würdigung der Evidenzlage wird folgender Therapievor-schlag aus Kanada gemacht:
- Ramipril, auftitriert auf 10 mg/Tag (aufgrund folgender Studien: UKPDS 38/39, HOT, HOPE, MI-CRO-HOPE)
- Simvastatin 40 mg/Tag (HPS)
- Acetylsalicylsäure 100 mg/Tag (HOT)
- Metformin 1500 mg/Tag
- erneute Diskussion des Diätregimes bei persistierendem Übergewicht

Bei unzureichender Blutdrucksenkung zusätzliche Gabe eines Thiazids.

Dieser Vorschlag wird auf deutscher Seite inhaltlich und hinsichtlich der zugrunde liegenden Evidenz uneingeschränkt nachvollzogen, wenngleich dem Patienten zusätzlich Lifestyle-Modifikationen empfohlen wurden, um ihn für seine Erkrankung zu sensibilisieren und eine verbesserte Ausgangssituation für die medikamentöse Therapie zu schaffen.

Daraufhin entspinnt sich eine allgemeine Diskussion mit folgenden Schwerpunkten:

1. Offensichtlich zeigt die Beurteilung der Evidenzlage im Zeitalter zunehmender globalisierter Kommunikationsmöglichkeiten auch eine unverkennbare Tendenz zur Internationalisierung, obwohl durchaus nicht alle Entscheidungen einfach zu treffen sind: so war sich die Gruppe schnell einig über einen Zielwert für das LDL-Cholesterin von < 100 mg%. In Deutschland wird dieser Wert von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie für den hier vorgestellten Patienten empfohlen, während die Deutsche Diabetesgesellschaft keine eindeutige Empfehlung gibt. In Kanada wäre für unseren Patienten nach den Empfehlungen der Kanadischen Diabetesgesell-

schaft (CDA) eher ein Zielwert von < 130 mg% anzusetzen, während die entsprechenden amerikanischen Gesellschaften < 100 mg% empfehlen. Es sind daher sicher weniger die wissenschaftlichen Grundregeln der weltweiten medical community, die sich von Land zu Land unterscheiden, sondern es sind andere Determinanten der ärztlichen Tätigkeit, die sich hier in den Vordergrund drängen:

2. Die deutsche Seite stellt dar, dass ein solcher Patient mit einem „milden“ Diabetes hierzulande nicht selten zufällig diagnostiziert wird und mithin erheblicher Überzeugungsbedarf zu unterstellen ist, bereits initial eine Vierfachtherapie zu beginnen. Diese Situation stellt sich in Kanada insofern anders dar, als stärker „krankheitszentrierte“ Arztbesuche stattfinden und etwa routinemäßige Check-ups gar nicht bezahlt werden. Darüber hinaus verlangen die Patienten von den kanadischen Kollegen nicht selten aktiv (lieber) eine medikamentöse Therapie, während Lifestyle-Modifikationen eher im Hintergrund stehen.
3. Für die Führung des Patienten steht dem kanadischen Kollegen bei etwa nur halb so vielen Patientenkontakten pro Stunde im Vergleich zu seinen deutschen Kollegen auch deutlich mehr Zeit zur Verfügung.
4. In dem Moment, in dem auf deutscher Seite das fixierte finanzielle Arzneimittelbudget dargestellt wird, bei dem die evidenzbasierte und leitliniengestützte Therapie eines solchen Diabetikers konkurriert mit den Erfordernissen einer Grippeperiode, kommt auch auf kanadischer Seite ein gewisses Gefühl der Hilflosigkeit auf, ist man dort doch in der Lage, eine patientenindividuell problemzentrierte Therapie ohne eigenes finanzielles Risiko durchführen zu können.

Fazit

Zusammenfassend war es für alle Teilnehmer eine sehr interessante

Erfahrung. So zeigt sich, dass durch die zunehmend schneller und damit auch globaler gewordene Kommunikation Erkenntnisse klinischer Studien nicht nur innerhalb kürzerer Zeit verbreitet werden können, sondern auch relativ schnell auf internationaler Ebene eine Konvergenz der Diskussion in Richtung auf konsenterte oder noch strittige Punkte in der Evidenzlage stattfindet.

Bei dem Umfang der zur Verfügung stehenden Evidenz (nicht nur für das in diesem Workshop dargestellte Spektrum einer Erkrankung) ergibt sich das Vermittlungsproblem nicht nur in Deutschland aber daraus, dass die für patientenindividuelle Entscheidungen benötigten spezifischen Informationen aus den relevanten Studien nicht situationsgerecht zur Verfügung stehen. Eine zunehmende Nutzung strukturierter Informationsmöglichkeiten wie das für diesen Workshop vorbereitete internetbasierte Studienvergleichssystem stellen Ansätze auf einem Weg dar, der hier Abhilfe schaffen soll.

Darüber hinaus bot dieser Workshop aber auch eine deutliche Bestätigung für die täglich gemachte Erfahrung der Teilnehmer, dass nicht nur medizinische Inhalte ärztliches Handeln und dessen „Erfolg“ determinieren, sondern dass mindestens in gleichem Umfang Faktoren wie die Patientenmentalität und/oder Organisation und Finanzierung des jeweiligen Gesundheitssystems dafür mitverantwortlich sind.

Nach dem einhellig bekundeten Willen der Teilnehmer werden sich die Organisatoren bemühen, diesem sehr hoffnungsvollen Auftakt weitere Veranstaltungen folgen zu lassen.

Danksagung

Die Organisatoren bedanken sich bei Prof. Dr. K. Köhle und Dr. W. Thomas (Institut für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Köln), die die Institutsräume und die technische Ausrüstung für die Videokonferenzen zur Verfügung gestellt haben.