

Stabsstelle Qualitätssicherung der FMH

Tätigkeitsbericht 2002

Georg C. von Below (verantwortlich für den Bereich Qualitätssicherung)

Klinische Handlungsleitlinien – ein Update

Das Ressort Qualitätssicherung der FMH hat sich in den letzten Jahren verschiedentlich mit dem Thema der klinischen Handlungsleitlinien (*Clinical Practice Guidelines*) befasst [1–3]. Während methodologische Fragen im Zusammenhang mit Handlungsleitlinien bereits seit Jahren extensiv in der Literatur diskutiert wurden [4–12], hat sich der Schwerpunkt in der letzten Zeit eher hin zu Fragen der Implementierung und Beobachtung (Monitoring) der Verhaltensänderungen von Anwendern* klinischer Handlungsleitlinien verlagert [13]. Der Begriff «Handlungsleitlinien» wird unterschiedlich definiert; eine gute Definition liefert Ollenschläger [14]:

Leitlinien sind definiert als «systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen». Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Gute Leitlinien eignen sich dazu, die kontinuierlich zunehmende Informationsmenge an wissenschaftlicher Evidenz sowie an Expertenmeinungen über «gute medizinische Praxis» den Leistungsträgern im Gesundheitswesen (Ärzten, Pflegekräften und anderen Fachberufen) und der Öffentlichkeit zu vermitteln. Vorrangiges Ziel von Leitlinien ist die Bereitstellung von Empfehlungen zur Erreichung einer optimalen Qualität der Gesundheitsversorgung.

Was für geplante Leitlinienaktivitäten zu beachten ist

Wenn eine Fachgesellschaft, der Qualitätszirkel, ein Managed-Care-Netz klinische Leitlinien entwickeln oder anpassen und implementieren will, sind einige Punkte zu beachten.

* Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird die männliche Form verwendet. Es sind immer beide Geschlechter gleichberechtigt gemeint.



Georg C. von Below

Systematische Entwicklung und Aktualisierung

Leitlinien sollten systematisch entwickelt worden sein und regelmässig in einem transparenten Prozess aktualisiert werden. Für die Entwicklung der Leitlinie sind nicht nur methodologische Fragen relevant, sondern auch die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe spielt eine wichtige Rolle, v. a. im Hinblick auf die spätere Implementierung von Leitlinien [15, 16]. Besonders wichtig ist der Einbezug der anvisierten Anwendergruppe der Leitlinie und der Einbezug der Patienten – auch wenn dies den Prozess manchmal erschweren kann [17, 18].

Problem-, patienten- und anwenderbezogen

Leitlinien beziehen sich auf definierte Krankheitsbilder; häufig ist aber für breite Problemstellungen eine feinere Unterteilung der Patientengruppe notwendig (z. B. verschiedene Altersgruppen bei Behandlungsleitlinien der arteriellen Hypertonie, Empfehlungen für Vorsorgeuntersuchungen usw.). Last but not least müssen Leit-

linien für und mit der jeweiligen Anwenderzielgruppe «massgeschneidert» werden (Spezialisten, Grundversorger, Pflege, Patienten, Angehörige usw.)

Handlungsrelevanz

Leitlinien nützen nur dann etwas, wenn das Verhalten der Zielgruppe durch die Leitlinie verändert wird; sie sollen handlungsrelevant sein. Das Erreichen und Dokumentieren dieser Handlungsrelevanz ist das eigentliche *pièce de résistance* bei der Leitlinienimplementierung. Neue Ansätze sind hier in den letzten Jahren dank des adäquaten Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologie möglich geworden [19, 20].

Mögliche Formen der Leitlinienarbeit

Aktivitäten auf der materiellen Ebene:

Leitlinienentwicklung oder Anpassung

Klinische Handlungsleitlinien von Grund auf neu zu entwickeln stellt hohe Anforderungen an Know-how und Ressourcen. Für viele wichtige klinische Probleme existiert bereits eine Vielzahl von Leitlinien, z. T. in sehr guter Qualität (vgl. Weblinks im Kasten). Basierend auf diesen Vorarbeiten kann z. B. innerhalb einer interdisziplinären Gruppe eine bestehende Leitlinie an die spezifischen Verhältnisse eines Versorgungskontextes (Kooperation Spital/niedergelassene Ärzte; Ärztenetz; Care-Management-Programm usw.) angepasst werden.

Einige Websites mit Informationen zu klinischen Leitlinien

(alphabetisch, ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

- www.eguidelines.co.uk;
- www.evidence.de;
- www.evimed.ch;
- www.leitlinien.de;
- www.ngc.org.

Unterstützung von Leitlinienprogrammen auf der systemischen Ebene

Hier können je nach Gewichtung der eigenen Ziele (Positionsbezug der Gesellschaft/Stiftung, Stärkung einer Expertengruppe, Fördern neuer Kooperationsformen innerhalb des Behandlungsprozesses) unterschiedliche Ansätze sinnvoll sein:

Methodenwissen und Material für spezifische Leitlinienprojekte zur Verfügung stellen: z. B.

- Erstellung eines Leitlinienmanuals;
- Leitlinienordner (Ressource-Kit);
- Aufbau einer Leitlinienwebsite.

Unterstützung des Entwicklungsprozesses einer Leitlinie

etwa durch Coaching einer interdisziplinären Arbeitsgruppe zur Anpassung bestehender Leitlinien.

Systematisches Assessment bestehender Leitlinien im eigenen Fachgebiet

mit dem AGREE-Instrument [21, 22].

Unterstützung bei der Implementierung

- in Disease-Management-Programmen [13];
- zusammen mit Fachgesellschaften und Qualitätszirkeln;
- in Managed-Care-Netzwerken (z. B. in Kooperation mit EQUAM, med-swiss.net).

Angesichts des beträchtlichen Aufwandes, der mit der Neuerstellung oder Überarbeitung einer Leitlinie verbunden ist, empfiehlt sich in jedem Fall eine sorgfältige Abklärung der Zielsetzungen v. a. hinsichtlich

- der Leitlinienanwender: Grundversorger, Spezialisten, Pflege/Spitex, Patienten;
- der betroffenen Patientengruppen;
- des Behandlungskontexts (Selfcare, Homecare, Grundversorgung, Sekundär- bzw. Tertiärversorgung).

Literatur

- 1 Eicher E. Guideline für Guidelines. Schweiz Ärztezeitung 1999;80(10):581-4.
- 2 Eicher E. Guideline zur Abklärung des palpablen Mammabefundes. Schweiz Ärztezeitung 2001; 82(14):703-4.
- 3 Brunner HH. Guideline für Guidelines. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(9):464-6.
- 4 Field MJ, Lohr KN. Guidelines for Clinical Practice: Directions for a New Program. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
- 5 McDonald CJ, Overhage JM. Guidelines you can follow and can trust. An ideal and an example. JAMA 1994;271(11):872-3.
- 6 Winn RJ. Current status of practice guidelines in oncology. Oncology (Huntingt) 1995;9(7): 601-5, 609 DISC 609-10, 615.
- 7 Perleth M, Beyer M. [Evidence based medicine, the Cochrane Collaboration and dealing with medical literature. Implications for medical education, graduate and continuing education]. Z Arztl Fortbild (Jena) 1996;90(1):67-73.
- 8 Shiffman RN. Representation of clinical practice guidelines in conventional and augmented decision tables. J Am Med Inform Assoc 1997; 4(5):382-93.
- 9 Helou A, Perleth M, Bitzer EM, Dorning H, Schwartz FW. [Methodological quality of clinical practice guidelines in Germany: results of a systemic assessment of guidelines presented on the Internet]. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 1998;92(6):421-8.
- 10 McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. Br Med J 1998;316(7128):361-5.
- 11 Ohno-Machado L, Gennari JH, Murphy SN, Jain NL, Tu SW, Oliver DE, et al., The guideline interchange format: a model for representing guidelines. J Am Med Inform Assoc 1998; 5(4):357-72.
- 12 Ollenschläger G, Helou A, Kostovic-Cilic L, Perleth M, Raspe HH, Rienhoff O, et al. [Checklist for methodological quality of guidelines. A contribution to quality promotion of medical guidelines]. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 1998;92(3):191-4.
- 13 Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr, Ofman JJ. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness – which ones work? Meta-analysis of published reports. Br Med J 2002;325(7370):925.
- 14 Lorenz W, Ollenschläger G. Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2001;84.
- 15 Lewis S. Paradox, process and perception: the role of organizations in clinical practice guidelines development. CMAJ 1995;153(8):1073-7.
- 16 Pagliari C, Grimshaw J, Eccles M. The potential influence of small group processes on guideline development. J Eval Clin Pract 2001;7(2):165-73.
- 17 Fairhurst K, Huby G. From trial data to practical knowledge: qualitative study of how general practitioners have accessed and used evidence about statin drugs in their management of hypercholesterolaemia. Br Med J 1998; 317(7166):1130-4.
- 18 van Wersch A, Eccles M. Involvement of consumers in the development of evidence based clinical guidelines: practical experiences from the North of England evidence based guideline development programme. Qual Health Care 2001;10(1):10-6.
- 19 Casalino LP. External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases. JAMA 2003;289(4):434-41.
- 20 Greenes RA, Peleg M, Boxwala A, Tu S, Patel V, Shortliffe EH. Sharable computer-based clinical practice guidelines: rationale, obstacles, approaches, and prospects. Medinfo 2001; 10(Pt 1):201-5.
- 21 Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Qual Saf Health Care 2003;12(1):18-23.
- 22 Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation. AGREE Instrument. London: The AGREE Collaboration; 2001.