

Leitlinien – Grundlage neuer, zukunftsweisender Versorgungsformen

Leitlinien

Hauptziel von Leitlinien ist an erster Stelle die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung durch Informations- und Wissensmanagement. Das US-amerikanische Institute of Medicine definiert medizinische Leitlinien als systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer und Patienten über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen [1]. Leitlinien sollen nach der Bundesärztekammer als Orientierungshilfen im Sinne von Entscheidungskorridoren verstanden werden, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder muss [2]. Leitlinien zielen darauf ab, gute klinische Praxis zu fördern und zu unterstützen sowie die Öffentlichkeit darüber zu informieren und die Stellung der Patienten zu stärken [3]. Sie sind somit Instrumente, Entscheidungen in der medizinischen Versorgung auf eine rationalere Basis zu stellen [4]. Die Aufgabe medizinischer Leitlinien besteht darin, zu einem definierten klinischen Problem das medizinische Wissen

- explizit darzulegen,
- unter methodischen und klinischen Aspekten zu bewerten,
- gegensätzliche Standpunkte darzustellen und zu klären sowie
- unter Abwägung von Nutzen und Schaden das derzeitige Vorgehen der Wahl zu definieren.

Durch Definition idealtypischer Vorgehensweisen und Abläufe im Versorgungsprozess bieten Versorgungsleitlinien die Möglichkeit, Nahtstellen zu definieren und zu optimieren. Sie stellen damit eine ideale Grundlage für unterschiedliche Formen der Integrierten Versorgung dar.

Integrierte Versorgung

Ziel der Integrierten Versorgung ist es, sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre Versorgungsangebote zu erstellen [5, 6]. Der Begriff „Integrierte Versorgung“ (IV) ist in den USA im Kontext des Managed Care entstanden. Managed Care vom US-amerikanischen Typ, meist als Einheit von Leistungserbringer und Ausgabenträger organisiert, ist in Deutschland aufgrund des hier anders organisierten Gesundheitssystems die Ausnahme (Bundesknappschaft). Da in Deutschland Leistungserbringung und Kostenträgerschaft fast immer voneinander getrennt sind und die Versorgung sektoral organisiert und bezahlt wird, stellt die Integrierte Versorgung eine besondere Herausforderung dar. Vor diesem Hintergrund wird Integrierte Versorgung als eine Form des Versorgungsmanagements verstanden, bei dem der Behandlungsprozess als Ganzes im Vordergrund steht [5]. Im Rahmen des Versorgungsmanagements werden zur Steuerung des Versorgungsgeschehens Managed-Care-Instrumente wie das Qualitätsmanagement eingesetzt.

In Deutschland kann Integrierte Versorgung im Rahmen folgender vertraglicher Vereinbarungen umgesetzt werden:

- Modellvorhaben nach §§ 63 ff SGB V oder Strukturverträge nach § 73a SGB V (2. NOG 1997),
- Integrierte Versorgung nach §§ 140 ff SGB V (2000 GKV-Reform),
- Disease-Management-Programme (DMP, Strukturierte Behandlungsprogramme) nach §§ 137 f, f SGB V (2002, Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs),
- medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V und hausarztzentrierte Verträge nach § 73b SGB V (2004 GKV-Modernisierungsgesetz).

Nachdem die ersten Reformen mit dem Ziel einer besseren Verzahnung der Versorgung zunächst nur wenig Widerhall fanden, ist die Integrierte Versorgung nun durch die Überarbeitung der §§ 140 ff SGBV im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes und durch die Verknüpfung mit einer Anschubfinanzierung in der Versorgungsrealität angekommen [5]. Seither hat sich die Zahl an Verträgen zur Integrierten Versorgung, die bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) registriert werden, vervielfacht.¹ So gibt es nicht nur indikationsbezogene Verträge, wie beispielsweise das „mam-

¹ <http://www.bqs-register140d.de/>

maNetz“ Augsburg für eine optimierte Brustkrebbsversorgung, sondern auch populationsbezogene Verträge wie das Projekt „Gesundes Kinzigtal“.

Integrierte Versorgung beschreibt Ansätze zur besseren Verzahnung von Diagnostik und Therapie, um auf diese Weise Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren [7]. Unter Integrierter Versorgung wird in diesem Kontext ein Behandlungsmanagement verstanden, bei dem der Patient nicht entsprechend der Organisation des Systems versorgt wird. Er wird vielmehr gemäß seiner Erkrankung durch den Versorgungsprozess geleitet. Strukturierte Behandlungsprogramme, auch Disease-Management-Programme genannt, sind eine Form der Integrierten Versorgung. Hier liegt auch der Anknüpfungspunkt zu Leitlinien, die neben der Formulierung von Empfehlungen zu einzelnen Schlüsselfragen den Schwerpunkt auf Empfehlungen zur optimalen Gestaltung des Versorgungsprozesses legen.

Welche Anforderungen sind an Leitlinien zu stellen?

Leitlinien müssen nationalen und internationalen Qualitätsstandards entsprechen, um bei den Anwendern akzeptiert zu werden und für alle Seiten eine verlässliche Entscheidungsgrundlage darzustellen [8, 9]. Dabei wird der Methodik bei der Erstellung von Leitlinien ein besonderer Wert beigemessen [4]. International hat sich eine Vorgehensweise als Standard etabliert, die sich die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin zunutze macht. Entsprechend erfolgt eine systematische Literaturrecherche zu den Fragestellungen, die im Rahmen der Leitlinie behandelt werden sollen. Die ermittelten Publikationen werden nach zuvor festgelegten Kriterien sortiert und bewertet. Die methodische Qualität publizierter Studien wird durch sogenannte Evidenzgrade gekennzeichnet. Zur Formulierung der Empfehlungen werden möglichst hochwertige Studien herangezogen.

Darüber hinaus spielen jedoch auch Fragen zur klinischen Relevanz bzw. zur Anwendbarkeit der Leitlinie und zu Präferenzen der Patienten eine Rolle. Dies sind wesentliche Merkmale, die Leitli-

nien von Evidenzberichten unterscheiden und sich in der Formulierung der Empfehlungen widerspiegeln. Die Empfehlungen werden auch mit einer Graduierung versehen unter Bezug auf die zugrunde liegende wissenschaftliche Evidenz. Formulierung und Graduierung der Empfehlungen erfolgen unter Anwendung formaler Konsensstechniken [10]. Weitere Kriterien, die für die Qualitätsbewertung einer Leitlinie herangezogen werden, sind

- die Neutralität der Leitlinienautoren bzw. die Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte,
- die Beteiligung von Patienten an der Leitlinienerstellung,
- die Beteiligung aller an der Versorgung der Patienten beteiligten Berufsgruppen,
- die Gültigkeit der Leitlinie bzw. ihre regelmäßige Aktualisierung.

Bei der Entwicklung einer Leitlinie werden klinische Erfahrung (interne Evidenz) ebenso berücksichtigt wie die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien (externe Evidenz) und die Präferenzen der Patienten [8, 11]. Leitlinien bieten somit eine rationale Basis für eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Durch die Definition idealtypischer Vorgehensweisen und Abläufe im Versorgungsprozess bieten Leitlinien die Möglichkeit, Nahtstellen zu definieren und zu optimieren. Diese Anforderungen erfüllen nur Versorgungsleitlinien oder inter- und multidisziplinäre Leitlinien.

Dass Leitlinien in der Lage sind, die Prozessqualität im Gesundheitswesen zu verbessern, ist wissenschaftlich belegt [12, 13]. Dennoch wissen wir über die Auswirkungen einer Leitlinienimplementierung noch zu wenig. Unter Implementierung wird dabei der Transfer von Handlungsempfehlungen in individuelles Handeln bzw. Verhalten von Ärzten und anderen Leistungserbringern sowie von Patienten verstanden. Die in den oben zitierten Studien gezeigten Effekte bezogen sich auf Teilaspekte einer Leitlinie, die Eingang in ein Qualitätsmanagement gefunden hatten. Die Einbindung von Leitlinien in Verträge der Integrierten Versorgung und die Verknüpfung mit Qualitätsindikatoren bietet die Chance, das Wissen über diese Fragen zu vergrößern.

Um die Qualität einer Leitlinie beurteilen zu können, werden in der Regel Checklisten herangezogen. Für Deutschland erfolgt die Bewertung mithilfe des Deutschen Instruments zur methodischen Leitlinienbewertung (DELBI) [14]. In das DELBI sind langjährige Erfahrungen mit der Entwicklung und Bewertung von Leitlinien aus der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) sowie der internationalen Arbeitsgruppe Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) eingeflossen [15]. DELBI bewertet formal in 7 Domänen wesentliche Aspekte der Leitlinienqualität (■ **Abb. 1**).

Besondere Anforderungen an Leitlinien als Basis der Integrierten Versorgung

Verträge zur Integrierten Versorgung stützen sich auf einheitliche Therapieempfehlungen, die von allen Beteiligten getragen werden, um zu gewährleisten, dass sie auch tatsächlich umgesetzt werden. Leitlinien, die als Grundlage entsprechender Vereinbarungen dienen, geben notwendigerweise auch explizite Empfehlungen zu Nahtstellen der Versorgung, zu idealtypischen Versorgungsabläufen und zur interdisziplinären Zusammenarbeit.

Mit den Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) gründete die Bundesärztekammer im Jahr 2002 ein Leitlinienprogramm, das auf die Anforderungen der Integrierten Versorgung oder der Strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) zugeschnitten ist. Ziel dieses seit 2003 gemeinsam von der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) getragenen Programms ist die Entwicklung von Leitlinien, die die Defizite in den Bereichen der Kooperation und Koordination im deutschen Gesundheitswesen adressieren. Durch diese Ausrichtung sollen evidenzbasierte deutsche Leitlinien in der strukturierten Krankenversorgung oder in Verträgen zur Integrierten Versorgung implementiert werden.

Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) Kurzfassung 2005 / 2006 – Teil 1 von 2 –				
Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck				
	1	2	3	4
1	Das Gesamtziel der Leitlinie ist differenziert beschrieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Die in der Leitlinie behandelten medizinischen Fragen / Probleme sind differenziert beschrieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Die Patienten, für die die Leitlinie gelten soll, sind eindeutig beschrieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen				
	1	2	3	4
4	Die Entwicklergruppe der Leitlinie schließt Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Die Ansichten und Präferenzen der Patienten wurden ermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Die Anwenderzielgruppe der Leitlinie ist definiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Die Leitlinie wurde in einer Pilotstudie von Mitgliedern der Anwenderzielgruppe getestet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domäne 3: Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung				
	1	2	3	4
8	Bei der Suche nach der Evidenz wurden systematische Methoden angewandt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Die Kriterien für die Auswahl der Evidenz sind klar beschrieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Die zur Formulierung der Empfehlungen verwendeten Methoden sind klar beschrieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Bei der Formulierung der Empfehlungen wurden gesundheitlicher Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Die Verbindung zwischen Empfehlungen und der zugrunde liegenden Evidenz ist explizit dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Die Leitlinie ist vor ihrer Veröffentlichung durch externe Experten begutachtet worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ein Verfahren zur Aktualisierung der Leitlinie ist angegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertung 1: Trifft überhaupt nicht zu Bewertung 4: Trifft uneingeschränkt zu				

Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) Kurzfassung 2005 / 2006 – Teil 2 von 2 –				
Domäne 4: Klarheit und Gestaltung				
	1	2	3	4
15	Die Empfehlungen der Leitlinie sind spezifisch und eindeutig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Die verschiedenen Handlungsoptionen für das Versorgungsproblem sind dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Schlüsselempfehlungen der Leitlinie sind leicht zu identifizieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Es existieren Instrumente bzw. Materialien, die die Anwendung der Leitlinie unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domäne 5: Generelle Anwendbarkeit				
	1	2	3	4
19	Die möglichen organisatorischen Barrieren gegenüber der Anwendung der Empfehlungen werden diskutiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Die durch die Anwendung der Empfehlungen der Leitlinie möglicherweise entstehenden finanziellen Auswirkungen werden berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Die Leitlinie benennt wesentliche Messgrößen für das Monitoring und / oder die Überprüfungs-kriterien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit				
	1	2	3	4
22	Die Leitlinie ist redaktionell von der (den) finanzierenden Organisation(en) unabhängig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Interessenkonflikte von Mitgliedern der Leitlinienentwicklungsgruppe wurden dokumentiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domäne 7: Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem				
	1	2	3	4
24	Es liegen Empfehlungen zu präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen in den verschiedenen Versorgungsbereichen vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Es existieren Angaben, welche Maßnahmen unzweckmäßig, überflüssig oder obsolet erscheinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Die klinische Information der Leitlinie ist so organisiert, dass der Ablauf des medizinischen Entscheidungsprozesses systematisch nachvollzogen wird und schnell erfassbar ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Es ist eine Strategie / ein Konzept für die einfache Zugänglichkeit und für die Verbreitung der Leitlinie dargelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Ein Konzept zur Implementierung der Leitlinie wird beschrieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Der Leitlinie ist eine Beschreibung zum methodischen Vorgehen (Leitlinien-Report) hinterlegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertung 1: Trifft überhaupt nicht zu Bewertung 4: Trifft uneingeschränkt zu				

Abb. 1 ▲ Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinienbewertung (DELBI) (Kurzfassung), Quelle: ÄZQ, AWMF (2005), [14] (Langfassung unter <http://www.delbi.de>)

Bisher sind NVL zu den Themen Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Augenkomplikationen bei Diabetes mellitus Typ 2, Fußkomplikationen bei Diabetes mellitus Typ 2 und zu koronarer Herzerkrankung erarbeitet worden. Im Laufe des Jahres 2008 werden NVL zu den Themen Depression, Nierenerkrankungen bei Diabetes mellitus, diabetische Neuropathie, Herzinsuffizienz und Kreuzschmerz abgeschlossen.

Ziele der Nationalen Versorgungs-Leitlinien

Die Definition medizinischer Standards im Rahmen der NVL erfolgt über die Grenzen von Fachgebieten und Sektoren hinaus. Die Empfehlungen beschreiben nicht nur die Einzelschritte der Versorgung, sondern geben auch konkrete Hinweise bezüglich der Koordination einzelner Behandlungsschritte über verschiedene Versorgungsbereiche hinweg (■ Abb. 2). In die Erstellung der Empfeh-

lungen fließen Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien, praktische Erfahrungen der am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen und Erfahrungen der Patienten mit dem Versorgungssystem ein. NVL geben konkrete Handlungshinweise zum derzeitigen Vorgehen der Wahl sowie zu Vorgehensweisen, die nicht (mehr) angewendet werden sollen. Wesentlich ist dabei, dass sich die beteiligten Akteure (Experten der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, weitere an der Versorgung beteiligte Berufsgruppen und Patientenvertreter) im Rahmen der NVL-Entwicklung bereits in einem formalisierten Konsensverfahren auf die entsprechenden Vorgehensweisen und Algorithmen geeinigt haben. Vor diesem Hintergrund sind die Nationalen Versorgungsleitlinien als Grundlage für Verträge zur Integrierten Versorgung besonders geeignet.

NVL-Empfehlungen geben somit den interdisziplinären Konsens aller an der Versorgung einer bestimmten Patienten-

gruppe beteiligten medizinischen Fachgesellschaften und Disziplinen auf Grundlage der besten verfügbaren Evidenz wieder. Sie beschreiben den gesamten Versorgungsprozess von der Prävention über die ambulante und stationäre Versorgung bis zur Rehabilitation. NVL, die seit 2007 entwickelt werden, werden für Kernempfehlungen mit Qualitätsindikatoren hinterlegt.² Diese Qualitätsindikatoren können zur Unterstützung der Prozesssteuerung herangezogen werden (■ Abb. 3).

Leitlinien und Qualitätsmanagement

Leitlinien sind einerseits eines der wichtigsten Instrumente des Qualitätsmanagements, andererseits ist die Integration von Leitlinien in Qualitätsmanagement-Programme eine der effektivsten Leitlinien-

² http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/pdf/nvl_methode_3auf1.pdf

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2008 · 51:558–564
DOI 10.1007/s00103-008-0528-3
© Springer Medizin Verlag 2008

S. Weinbrenner · G. Ollenschläger

Leitlinien – Grundlage neuer, zukunftsweisender Versorgungsformen

Zusammenfassung

Durch die starke Zergliederung des deutschen Gesundheitssystems erfolgt die Versorgung der Patienten in der Regel innerhalb der Sektoren bzw. entlang der Sektorengrenzen und nicht dem optimalen Versorgungsprozess entsprechend. Dies hat häufig zur Folge, dass die einzelnen Versorgungsschritte unkoordiniert nebeneinander verlaufen. Unzureichender Informationsaustausch zwischen den Beteiligten und mangelnde Abstimmung zur Vorgehensweise können zu erheblichen Brüchen in der Versorgung führen. Daraus entstehen Probleme, wie z. B. die Durchführung überflüssiger Diagnose- und Therapiemaßnahmen sowie eine unzu-

reichende Abstimmung der Maßnahmen und damit eventuell eine unnötige Inanspruchnahme oder erhöhte Fehlerwahrscheinlichkeit z. B. im Bereich der medikamentösen Therapie. Hier sind über eine bessere Organisation (Kommunikation, Koordination und Kooperation) Optimierungen in den Bereichen Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erwarten. Qualitativ hochwertige, evidenzbasierte Leitlinien oder daraus entwickelte klinische Behandlungspfade können als idealtypische Grundlage der Prozessabläufe die Integration der medizinischen Leistungen inhaltlich, organisatorisch und durch Darlegung der Anforderungen an Struktur-, Prozess-

und Ergebnisqualität unterstützen. Dabei werden für die Prozesssteuerung evidenzbasierte Qualitätsindikatoren herangezogen. Verträge zur Integrierten Versorgung, die sich auf Leitlinien stützen, stellen eine sehr gute Möglichkeit dar, Leitlinien zu implementieren. Gleichzeitig kann Integrierte Versorgung, die sich auf hochwertige Leitlinien stützt, einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung leisten.

Schlüsselwörter

Integrierte Versorgung · Leitlinie · Qualitätsmanagement · Qualitätsindikator

Guidelines as a basis for future-oriented health care management

Abstract

Due to the highly divided structure of the German health care system, patients are usually cared for within sectors or along sectoral borders and not according to the ideal process of care. Often, as a result of this, individual working steps in health care are carried out parallel to each other in an uncoordinated fashion. The insufficient exchange of information and the lack of coordination of procedures between the involved members of the care process can lead to severe disruptions in the delivery of care. This creates problems like superfluous diagnostic and therapeutical interventions

or a higher likelihood of mistakes, for example, when it comes to pharmacological therapy. With improved organization (communication, coordination and cooperation), optimization in the areas of quality and cost effectiveness can be expected. High-quality evidence-based guidelines or clinical pathways developed from evidence-based guidelines define ideal process sequences and requirements for structure, process and outcome quality. Thus, they can play a supporting role in the integration of medical care services in terms of organization and content. Hereby evi-

dence-based quality indicators serve as tools for process supervision. Guideline-based Integrated Care Contracts pose an excellent opportunity for the implementation of guidelines. At the same time, integrated care based on high-quality guidelines can considerably contribute to improving the quality of medical health care.

Keywords

integrated care · guideline · quality management · quality indicator

Überweisung vom Hausarzt zum Kardiologen (ambulant): Indikationen

- Symptome, die mit der KHK in einem engen Zusammenhang stehen können und hausärztlich nicht befriedigend zu klären sind.
- Befriedigende symptomatische Behandlung ist auf der hausärztlichen Versorgungsebene nicht möglich (Verschlimmerung – Therapieziel Lebensqualität gefährdet).
- Medikamentöse und sonstige Maßnahmen zur Verbesserung der Prognose sind unzureichend umsetzbar (z. B. Unverträglichkeiten, Interaktionen, Non-Compliance, die durch Facharztbeurteilung optimierbar erscheint – Therapieziel Verbesserung der Prognose gefährdet).
- Deutliche Verschlechterung einer bekannten bzw. Verdacht auf neue Herzinsuffizienz, neu aufgetretene, klinisch relevante Rhythmusstörungen (Sicherung der Diagnose und Prognose, ggf. Therapie).

Gemeinsame Betreuung Hausarzt und Facharzt für Kardiologie

- Patienten, bei denen ein akutes Koronarsyndrom oder eine Revaskularisations-Maßnahme weniger als ein Jahr zurück liegen.
- Patienten mit einer ausgeprägten Herzinsuffizienz (mindestens Stadium III/IV NYHA, auch anamnestisch).
- Patienten mit ventrikulären Rhythmusstörungen (VT, VF, ICD).
- Patienten mit Klappenvitien.

Abb.2 ◀ **Definition der Versorgungs- koordinierung der Nationalen Ver- sorgungsleitlinien zu koronarer Herzerkrankung (NVL KHK)**, Quelle: NVL KHK (http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/khk/nvl_khk/versorgungs koordinierung)

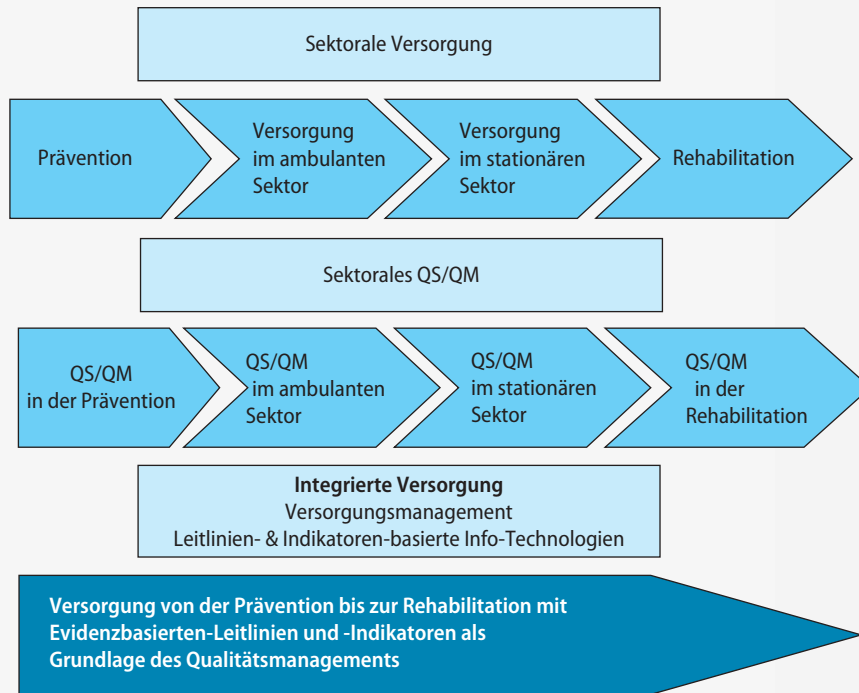


Abb.3 ◀ **Leitlinien in der Integrierten Versorgung als Grundlage der Prozesssteuerung**, Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach [6]

Implementierungsmaßnahmen. Der positive Einfluss von Leitlinien auf die Prozessqualität in der medizinischen Versorgung ist wissenschaftlich belegt [12, 16]. Die Wirksamkeit und damit letztlich der Nutzen einer einzelnen Leitlinie für Patienten, behandelnde Ärzte und für das Gesundheitssystem insgesamt hängen jedoch entscheidend von ihrer Qualität und Umsetzung ab. Nachdem in den vergangenen 10 Jahren die Entwicklung einer qualitativ hochwertigen Methodik der Leitlinienent-

wicklung im Vordergrund stand und optimiert wurde, stehen Leitliniengruppen nun vor der Herausforderung der Leitlinienimplementierung [17, 18].

Wie Anpassungen von Leitlinien an regionale Gegebenheiten oder die „Übersetzung“ von Leitlinien in klinische Behandlungspfade zeigen, liegt ein großes Potenzial in der Verknüpfung mit dem Qualitätsmanagement [19, 20].

Leitlinien dienen im Rahmen des Qualitätsmanagements als

- Grundlage für die Arbeit in Qualitätszirkeln [18, 19, 20],
- Referenz für Qualitätsziele, Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren [21, 22],
- Grundlage für Prozess- und Ablaufbeschreibungen [17, 20, 23] sowie als
- Durchführungsanleitungen z. B. in Form klinischer Behandlungspfade [17, 19] und regionaler Leitlinien für die ambulante hausärztliche Versorgung [20, 21].

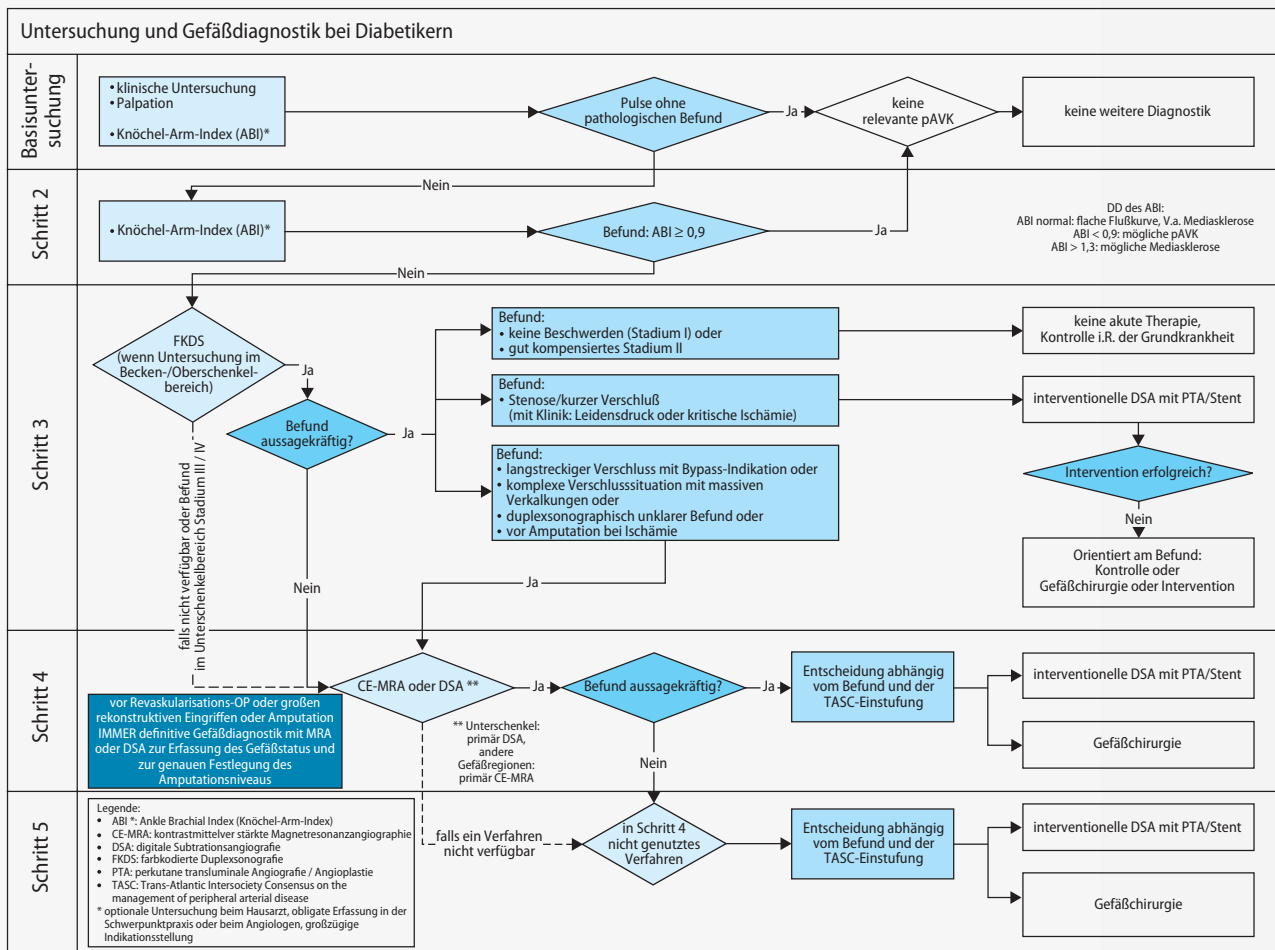


Abb. 4 ▲ Nationale Versorgungsleitlinie Diabetes Mellitus Typ 2 Fußkomplikationen – Versorgungskoordination, Quelle: NVL Diabetes Mellitus Typ 2 Fußkomplikationen (Langfassung unter <http://www.delbi.de>)

Leitlinien und Prozesssteuerung

Nationale Versorgungsleitlinien werden mit dem Ziel erstellt, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Gleichzeitig liegt ihr Fokus auf einer Optimierung der Koordination und Kooperation zwischen unterschiedlichen Sektoren und Leistungserbringern. NVL bieten als Grundlage einer Integrierten Versorgung bereits konsentrierte Prozess- und Ablaufbeschreibungen, die das Versorgungsmanagement an relevanten Nahtstellen regeln (■ Abb. 4).

Die „Übersetzung“ von Versorgungsleitlinien oder Behandlungspfaden in Integrierte Versorgung kann auch der Identifizierung diesbezüglicher Schwachstellen dienen. Bei der Umsetzung der S3-Leitlinie „Management der frühen Rheumatoiden Arthritis“ in einen klinischen Behandlungspfad zeigte sich, dass die Empfehlung, Patienten bei begründetem

Verdacht auf eine Rheumatoide Arthritis möglichst früh zu einem Rheumatologen zu überweisen, nicht umzusetzen war. In Deutschland stehen nämlich Spezialisten nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung. Um die Versorgung dennoch der Empfehlung entsprechend zu optimieren, wurde von den Beteiligten ein Lösungskonzept erarbeitet, das es ermöglicht, die Patienten einer frühzeitigen Diagnostik zuzuführen [24].

Für Fragestellungen, deren Lösung in einer Leitlinie noch nicht in Algorithmen abgebildet wurde, kann entsprechend der üblichen Vorgehensweise bei der Erstellung von Behandlungspfaden vorgegangen werden [25]:

- unternehmerische Entscheidung zur Definition von Behandlungsalgorithmen,
- Auswahl der entsprechenden Themen,

- Zusammenstellung einer multi- und interdisziplinären Entwicklungsgruppe,
- Analyse des Istzustandes,
- Definition zu erreichender Behandlungsziele,
- Festlegung der dazu notwendigen Maßnahmen,
- Abgleich mit dem medizinischen Standard (evidenz- und konsensbasierten Leitlinien),
- Festlegung von Qualitätsindikatoren,
- Entwicklung einer entsprechenden Dokumentation.

Prozesssteuerung in der Integrierten Versorgung und Leitlinienergebnisse

Um die Wirksamkeit einer Leitlinie bzw. der Integrierten Versorgung messen zu können, müssen Implementierungser-

folge bzw. Verbesserungen der Versorgung messbar gemacht werden. Aus diesem Grund werden wesentliche Inhalte einer Leitlinie bzw. der Prozesssteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung mit validierten, evidenzbasierten Qualitätsindikatoren hinterlegt [26, 27]. Die Wahl der Indikatoren sollte Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfassen. Dabei wäre es wünschenswert, möglichst Daten heranzuziehen, die ohnehin erhoben werden. Parameter, die außerhalb der täglichen Routine zusätzlich gemessen werden müssen, haben eine geringe Akzeptanz und werden dann im Regelfall nicht erhoben.

Vor Umsetzung einer Integrierten Versorgung und damit Implementierung einer Leitlinie kann mithilfe der gewählten Qualitätsindikatoren eine Istanalyse durchgeführt werden. Die entsprechenden Daten werden später bei der Evaluation als Referenzwerte herangezogen. Auf diese Weise kann im Sinne des Qualitätsmanagements ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess in der Versorgung initiiert werden. Gleichzeitig können die Ergebnisse dieser Evaluation in die Optimierung der Leitlinienentwicklung und der Implementierungsstrategien einfließen.

Fazit

Sowohl Leitlinien als auch Projekte der Integrierten Versorgung orientieren sich an den Fragen und Problemen der betroffenen Leistungserbringer und Patienten, um in der Versorgung akzeptiert und somit wirksam zu werden. Im Sinne des Wissensmanagements werden durch Leitlinien zeitnah relevante Informationen zur Verfügung stehen, die dann über Behandlungspfade im Rahmen der Integrierten Versorgung in die Anwendung gelangen und in ihrer Wirksamkeit überprüft werden können. Auf diese Weise können Synergieeffekte zwischen Leitlinienentwicklung und Integrierter Versorgung genutzt werden.

Korrespondierende Autorin

Susanne Weinbrenner

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Wegelystraße 3
10623 Berlin, BRD
E-Mail: weinbrenner@azq.de

Literatur

- Field MJ, Lohr KN, Institute of Medicine, Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines (1990) Clinical practice guidelines: directions for a new program. National Academy Pr., Washington
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997) Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung – Beschlüsse der Vorstände der Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997. Dtsch Arztebl 94(33):A2154–2155
- Europarat (2002) Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Empfehlung Rec 13 des Europarates und Erläuterndes Memorandum. Deutschsprachige Ausgabe. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 96(Suppl III):1–60
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2001) Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 95(Suppl 1):1–84
- Schreyögg J, Weinbrenner S, Busse R (2006) Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung. In: Busse R, Schreyögg J, Gercke C (Hrsg) Management im Gesundheitswesen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 106–122
- Amelung VE, Meyer Lutterloh K, et al. (2006) Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung. Med. Wiss. Verl.-Ges, Berlin
- Mühlbacher A (2002) Integrierte Versorgung. Management und Organisation. Huber, Bern
- Ollenschläger G, Kirchner H, Sänger S, et al. (2005) Qualität und Akzeptanz medizinischer Leitlinien in Deutschland – Bestandsaufnahme Mai 2004. In: Hart D (Hrsg) Klinische Leitlinien und Recht. Nomos, Baden-Baden, S 17–39
- Grimshaw J, Eccles M, Tetroe J (2004) Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. J Contin Educ Health Prof 24(Suppl 1):S31–S37
- Kopp I, Lelgemann M, Ollenschläger G (2007) Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien. In: Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H et al. (Hrsg) Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis, 2. Aufl. Dt. Ärzte-Verlag, Köln, S 361–373
- Selbmann H-K, Encke A (2005) Leitlinien: Steter Prozess der Aktualisierung. Dtsch Arztebl 102(7):A404–405
- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. (2004) Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess 8(6):iii-72
- Thomas L, Cullum N, McColl E, et al. (2000) Guidelines in professions allied to medicine. Cochrane Database Syst Rev (2):CD000349
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2005) Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 99(8):468–519
- Thole H, Thalau F, Lelgemann M, et al. (2007) Kritische Bewertung von Leitlinien. In: Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H et al. (Hrsg) Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis, 2. Aufl. Dt. Ärzte-Verlag, Köln, S 177–189
- Ollenschläger G, Marshall C, Qureshi S, et al. (2004) Improving the quality of health care: using international collaboration to inform guideline programmes by founding the Guidelines International Network (G-I-N). Qual Saf Health Care 13(6):455–460
- Lelgemann M, Ollenschläger G (2006) Evidenzbasierte Leitlinien und Behandlungspfade. Ergänzung oder Widerspruch? Internist 47(7):690–698
- Kopp I (2005) Wege zur Qualitätsentwicklung: Implementierung von Leitlinien. In: Badura B, Iseringhausen O (Hrsg) Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation – Beiträge aus der Versorgungsforschung. Huber, Bern, S 255–266
- Kirchner H, Ollenschläger G (2002) Implementierung von Leitlinien. Netze auf dem Weg zur evidenzbasierten Medizin. In: Tophoven C, Lieschke L (Hrsg) Integrierte Versorgung. Dt. Ärzte-Verlag, Köln, S 63–106
- Fessler J, Gross J, Papendick H, Schubert I (2006) Qualitative und ökonomische Auswirkungen der Implementierung hausärztlicher Leitlinien in ein Ärztenetz. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 100(2):107–112
- Schubert I, Lelgemann M, Kirchner H, et al., Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2006) Handbuch zur Entwicklung regionaler Leitlinien. äzq Schriftenreihe; 26.: BoD, Books on Demand, Norderstedt
- Geraedts M, Selbmann HK, Ollenschläger G (2002) Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Messgrößen. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 96(2):91–96
- Geraedts M, Jäckel W, Thomeczek C, et al. (2005) Qualitätsindikatoren in Deutschland. Positionspapier des Expertenkreises Qualitätsindikatoren beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin. Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung. Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen 99(4–5):329–331
- Lelgemann M, Schneider M (2007) EbM in der Rheumatologie – die interdisziplinäre Leitlinie: Management der frühen rheumatoiden Arthritis. In: Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, et al. (Hrsg) Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis, 2. Aufl. Dt. Ärzte-Verlag, Köln, S 283–288
- Hellmann W (2002) Einführung von klinischen Pfaden in deutschen Krankenhäusern. Nutzen, Hemmnisse und terminologische Problematik. In: Hellmann W (Hrsg) Klinische Pfade. Konzepte, Umsetzung, Erfahrungen. ecomed, Landsberg, S 11–18
- Schnabel M, Kill C, El-Sheik M, et al. (2003) Von der Leitlinie zum Behandlungspfad. Entwicklung eines prozessmanagementorientierten Algorithmus zur Akutversorgung polytraumatisierter Patienten. Chirurg 74(12):1156–1166
- Albert US, Koller M, Lorenz W, et al. (2004) Implementierung und Evaluation von Leitlinien auf nationaler Ebene: Entwicklung eines Konzeptes für die Stufe-3-Leitlinie „Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland“. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 98(5):347–359