

Medizinische Leitlinien in Deutschland, 1994 bis 2004. Von der Leitlinien- methodik zur Leitlinien- implementierung

Schwerpunkt

Günter Ollenschläger, Christian Thomeczek, Frank Thalau, Lothar Heymans, Henning Thole, Henrike Trapp, Sylvia Säger und Monika Lelgemann

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin ÄZQ, Berlin

Zusammenfassung

In den Diskussionen um die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems haben medizinische Leitlinien seit Mitte der 90er Jahre eine Schlüsselstellung bekommen. Dies belegt die Fülle entsprechender Initiativen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, der Selbstverwaltungskörperschaften im Gesundheitswesen sowie des Gesetzgebers. Der Übersichtsartikel beschreibt Hintergrund, Zielsetzungen, Inhalte und Optimierungsbedarf von Projekten zur Realisierung nationaler Leitlinien in Deutschland. Der Focus der Leitlinienarbeit der letzten 10 Jahre lag im In- und Ausland auf der Optimierung methodischer Standards für Leitlinien und der Etablierung guter Leitlinienprogramme. In Zukunft muss der Schwerpunkt verstärkt auf die Praxisrelevanz und erfolgsversprechende Verbreitung/Implementierung von Leitlinien gelegt werden. Als erfolgversprechendes Konzept wird die Adaption nationaler Leitlinien durch regionale Qualitätszirkel beschrieben.

Sachwörter: Leitlinie – Deutschland – Evidenzbasierte Medizin – Qualitätsmanagement – Fortbildung – Qualitätszirkel

Clinical practice guidelines in Germany, 1994 to 2004. From guideline methodology towards guideline implementation

Abstract

The role of clinical practice guidelines (CPG) as a tool for continuous medical education (CME), and quality management in health care is now widely accepted in Germany. Since the 90ies, the physicians' professional associations as well as health care authorities and parliament have been introducing several incentives and regulations in order to promote the use of evidence based CPG. In the past German CPG agencies have been focussing their work on developing and optimising methodological CPG standards. Future CPG activities should address much more other key factors for the success of CPGs, such as medical relevance, practicability, effective dissemination, and implementation. The article describes the process of guideline adaptation by regional physician audit groups as a tool for CPG implementation.

Key words: Practice Guideline – Germany – Quality of Health Care – Patient Care Management – Continuing Medical Education – Audit Groups

Einleitung

Die Umsetzung der medizinischen Erkenntnisse in den Versorgungsalltag von Klinik und Praxis stellt sich angesichts der Überflutung mit wissenschaftlichen Informationen immer schwieriger dar. Medizinische Leitlinien (*clinical practice guidelines*) können diesem Dilemma begegnen, indem sie als Orientierungshilfen für Arzt und Patient auf dem Weg zu einer möglichst guten individuellen Behandlung genutzt werden.

Aus ärztlicher Sicht zielen medizinische Leitlinien auf:

1. Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung,
2. Motivation zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener ärztlicher Vorgehensweise unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten,
3. Vermeidung überflüssiger und überholter medizinischer Maßnahmen und unnötiger Kosten,
4. Verminderung unerwünschter Praxisvariationen und Qualitätsschwankungen in der Versorgung sowie die
5. Information der Öffentlichkeit über notwendige und angemessene ärztliche Maßnahmen bei speziellen Ge-



sundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen. [modifiziert nach 1, 2, 3]

Gleichzeitig wird Leitlinien aber auch eine Schlüsselrolle als Steuerungsinstrumentarium im Gesundheitssystem zugemessen. Dies gilt im zunehmenden Maße auch für ökonomische Aspekte. Vor diesem Hintergrund wird mittlerweile die Unterscheidung zwischen „medizinischen Leitlinien“ und sogenannten „Allokations-Leitlinien (allocation guidelines)“ vorgeschlagen [4]: im Gegensatz zu medizinischen Leitlinien werden „Allokations-Leitlinien“ von Krankenkassen oder staatlichen Institutionen mit dem Ziel der Kostenkontrolle publiziert und sind nicht als Form des professionellen Standards (z. B. der Ärzteschaft) anzusehen. Im folgenden wird eine Übersicht über aktuelle Projekte der deutschen Ärzteschaft zur Förderung der Verbreitung und Nutzung guter medizinischer Leitlinien gegeben.

Leitlinienprogramme der Ärzteschaft in Deutschland: ein Rückblick

Medizinische Leitlinien werden in Deutschland bereits seit mehr als 90 Jahren – unter den verschiedensten Bezeichnungen als relevantes Instrumentarium der Qualitätsförderung diskutiert. So publizierte bereits **1912** die Arzneimittelkommission des Deutschen Kongresses für Innere Medizin eine Arzneimittelliste, in der zwischen „positiv – negativ – zweifelhaft beurteilten Arzneispezialitäten“ unterschieden wurde [5]. **1924** appellierte der Reichsgesundheitsrat vor dem Hintergrund der damaligen ökonomischen Krise, an Ärzte, ärztliche Gesellschaften und Krankenkassen, „in kollegialer Weise gegebene Richtlinien ...“, umfassende, aber kurz dargestellte therapeutische Ratschläge vom Gesichtspunkt ökonomischer Krankenbehandlung aus, ...“ zu nutzen [6] – s. Tabelle 1. In der DDR waren zentral verordnete medizinische Leitlinien allgemein verbreitet [7].

Auf dem Gebiet der ehemaligen Bundesrepublik wurden vor der Wiedervereinigung medizinische Handlungsemp-

fehlungen von den verschiedensten Interessenkreisen unter vielerlei Bezeichnungen (Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen, Standards) publiziert. So startete beispielsweise die Bundesärztekammer ihr Leitlinien-Programm zu Fragen der Qualitätssicherung **1971**, der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer erarbeitet seit **1984** Leitlinien und Empfehlungen für ausgewählte medizinische Fragestellungen [1]. Diese Maßnahmen wurden zwar von ausgewählten ärztlichen Fachkreisen, aber nicht von der betroffenen Öffentlichkeit zur Kenntnis genommen.

Dies änderte sich, als der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Leitlinien ab **1994** mit dem expliziten Ziel der „Vermeidung von Überfluss und Defiziten“ [8] in die gesundheitspolitische Diskussion brachte. Seitdem haben medizinische Leitlinien eine Schlüsselstellung in den berufs- und allgemeinpolitischen Diskussionen um die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems erlangt.

Vor diesem Hintergrund koordiniert die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) seit **1995** die Leitlinienerstellung ihrer Mitgliedsgesellschaften und entwickelte in den letzten Jahren

ein umfassendes Programm zur Qualitätsförderung dieser Projekte [9]. Zur Zeit existieren etwa *1000 fachspezifische*, vornehmlich konsensbasierte *Leitlinien* der Fachgesellschaften, die über Internet für jedermann zugänglich sind (www.awmf-leitlinien.de).

Nahezu zeitgleich zum Leitlinienprogramm der Fachgesellschaften starteten die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften (Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen) Kampagnen zur Disseminierung und Implementierung evidenzbasierter Leitlinien – dieser Begriff findet sich erstmalig **1992** in einem JAMA-Artikel von S. Woolf in [10]. Unter anderem zu diesem Zweck wurde **1995** von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung die Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung „ÄZQ“ als gemeinsames Institut errichtet [11]. Zwischen **1996 und 1998** erarbeitete die Einrichtung Instrumente und Strategien zur Qualitäts-Bewertung und -Förderung medizinischer Leitlinien [12] und entwickelte auf dieser Grundlage das **1999** etablierte *Deutsche Leitlinien-Clearingverfahren* [13] – www.leitlinien.de. Im Jahr **2000** veröffentlichten AWMF und ÄZQ als gemeinsame Grundlage für die Leitlinien-Entwicklung und -Nutzung in Deutschland

Tabelle 1. Leitsätze des Reichsgesundheitsrates für eine sparsame und doch sachgemäße Behandlungsweise der Kranken durch Ärzte vom 09.02.1924 [6].

- Der Arzt muss durch eine wirtschaftlich zweckmäßige, möglichst einfache Behandlungsweise mit allen Kräften dazu beitragen, die hohe Belastung der Kranken mit Geldausgaben zu vermindern.
- ... unter gleichwertigen Arzneimitteln stets das billigere verordnen. ... Letzten Endes ist aber stets das wirksamste Heilmittel auch das billigste.
- ... das neueste Arzneimittel nur dann verwenden, wenn ihr Wert durch systematische Untersuchungen erwiesen oder wahrscheinlich gemacht worden ist.
- Die Ärzte sollen durch strenge Selbstprüfung dazu beitragen, dass Vielverschreibung und sonstige Polypragmasie, die freilich oft durch die Neigung des Publikums selbst gefördert, unterbleibt.
- Es ist zu billigen, dass ... die Ärzte auf die jeweils vermeidbaren Arzneimittel aufmerksam gemacht werden.
- Wirksamer als die obligatorische Beschränkung des ärztlichen Handelns werden sein: In kollegialer Weise gegebene Richtlinien ... , umfassende, aber kurz dargestellte therapeutische Ratschläge vom Gesichtspunkt ökonomischer Krankenbehandlung aus, verfasst von hervorragenden Praktikern und Theoretikern ... , wiederholte Fortbildungskurse für Ärzte, Einwirkung auf den ärztlichen Nachwuchs ...
- Aber auch das Krankenkassenpublikum sollte von Seiten der Krankenkassen darüber aufgeklärt werden, dass Sparsamkeit bei der Verordnung von Arzneien durchaus sachgemäß und für den Kranken nutzbringend sein kann.

das *Leitlinien-Manual* [2] – www.leitlinienmanual.de, und zwar unter Berücksichtigung der *Empfehlungen zur Qualitätsförderung von Leitlinien* des Euro-parates [3]. Mit dem Ziel der breiten Konsentierung evidenzbasierter Empfehlungen für prioritäre Versorgungsprobleme initiierte die Bundesärztekammer **2002** das *Nationale Programm für Versorgungsleitlinien* [14] – www.versorgungsleitlinien.de. **2004** wurde das Programm „*Leitlinien-Wissen.de*“ (www.leitlinien-wissen.de) als erstes interaktives Fortbildungsangebot mit spezifischem Bezug auf evidenzbasierte Leitlinien eingeführt.

Künftiger Schwerpunkt der Leitlinienarbeit: Verbreitung und Implementierung evidenzbasierter Empfehlungen

In der internationalen Literatur besteht Konsens darüber, dass die Wirksamkeit von Leitlinien wesentlich von ihrem medizinischen Wert, ihrer Praxisrelevanz, der formalen Qualität, ihrer Akzeptanz seitens der Zielgruppen und der Wirksamkeit von Disseminierung und Implementierung beeinflusst wird [15].

In diesem Rahmen konzentrierten sich die Aktivitäten im In- und Ausland vor allem auf die Optimierung der formalen Qualität der Leitlinienentwicklung [3]. Fragen der Implementierung und Evaluation der Leitlinienwirkung wurden eher nachrangig behandelt [16]; hier sieht die internationale Leitlinienszene den künftigen Schwerpunkt ihrer Arbeit [17] – s. Tabelle 2.

Implementierung nationaler Leitlinien durch regionale Qualitätszirkel – dargestellt am Beispiel hessischer Pharmakotherapie-Zirkel

Regionale Leitlinien, die durch die Anwender selbst entwickelt werden, können optimal auf die lokale Situation an-

Tabelle 2. Globale Trends bei medizinischen Leitlinien (modifiziert nach [18]).

Bisherige Charakteristika	Künftige Charakteristika
<ul style="list-style-type: none"> Fachgruppen-spezifische LL für klinische Fragen informeller Konsens monodisziplinäre Entwicklung (vorwiegend De-novo-LL) Fokus auf Qualität der Entwicklung begrenzte Gültigkeit („Verfallsdatum“) 	<ul style="list-style-type: none"> Nationale LL-Programme für prioritäre Versorgungsprobleme Evidenz-basiert + formaler Konsens multidisziplinäre Entwicklung (häufig Adaptation ausländ. LL) Fokus auf wirksame Implementierung kontinuierliche Aktualisierung („living guidelines“) primäre Verbreitung über Internet LL von und für Gesundheitsexperten + Patienten Focus auf Evaluation der Leitlinien-Wirkung
<ul style="list-style-type: none"> primäre Verbreitung in Druckform LL von Ärzten für Ärzte 	
<ul style="list-style-type: none"> Focus auf Evaluation der Leitlinien-Qualität /-Akzeptanz 	

Organigramm

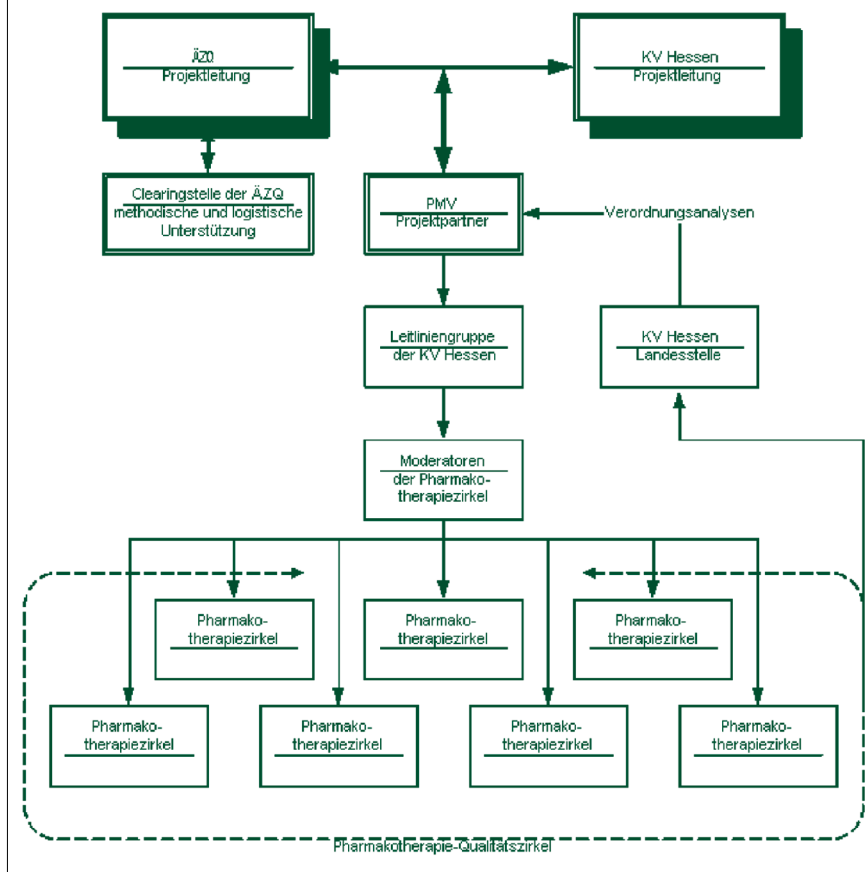


Abb. 1. Organisation der Leitlinienarbeit in den Pharmakotherapie-Zirkeln der KV Hessen im Rahmen des Modellversuchs „Leitlinienimplementierung“ [19].

gepasst werden. Sie greifen Probleme und Fragestellungen aus dem Behandlungsalltag auf und bieten praxisnahe und erprobte Lösungsvorschläge an. Vor allem die Tatsache, dass die Zielgruppe in die Leitlinienentwicklung eingebunden ist, führt im Vergleich mit nationalen Leitlinien zu einer stärkeren Identifikation mit den Inhalten. Da regionale Empfehlungen jedoch selten auf systematischen Literaturanalysen beruhen, besteht die Gefahr, dass alltägliches Verhalten zur Leitlinie wird und die Ergebnisse stark von Gruppenprozessen beeinflusst werden [19].

In der HEP-Studie zur Leitliniennutzung von niedergelassenen Ärzten [20] konnte gezeigt werden, dass eine adäquate Leitlinienkenntnis mit abnehmender Spezialisierung (Kardiologen 37,1%, Internisten ohne Teilgebetsbezeichnung 25,6%, Allgemeinmediziner 18,8%) drastisch abnahm. Neben der beruflichen Spezifikation erwies sich auch die Dauer der Praxistätigkeit als relevanter Einflussfaktor. Die verbesserungsfähige Umsetzung leitliniengestützter Empfehlungen beruht nach Aussagen der Autoren im Wesentlichen auf einem unzureichenden Wissenstransfer. Dies bedeutet für die Implementierungsstrategie, dass Programme ohne ein an den Grundsätzen der Erwachsenenpädagogik ausgerichtetes didaktisches Rahmenprogramm, das auf Verhaltensänderung der Leitlinienanwender zielt, nach dem vorliegenden Erkenntnisstand wirkungslos sind.

Vor diesem Hintergrund wurden in einem Modellversuch über 3 Jahre in Pharmakotherapiekreisen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen [21] Bedingungen für die Implementierung evidenzbasierter Leitlinien-Empfehlungen auf regionaler Ebene untersucht. Im Mittelpunkt stand die Frage, ob Gruppen niedergelassener Ärzte mit Gewinn für ihren Praxisalltag methodisch hochwertige Leitlinien adaptieren und auf den eigenen Versorgungsbereich zuschneiden können: *Modellprojekt „Implementierung interdisziplinärer Leitlinien“* [19].

Um den Transfer von Empfehlungen evidenzbasierter aus- und inländischer Leitlinien erfolgreich zu gestalten, wurden in dem Projekt verschiedene sich

ergänzende Instrumente und Maßnahmen eingesetzt und miteinander kombiniert [19, 22, 23, 24, 25] – s. Abb. 2. Dazu gehören:

1. Zur Steigerung der methodischen Qualität:

- Bewertung der *adaptierten Leitlinien* unter Berücksichtigung der Instrumente (Checkliste), Methoden (Recherche und Evidenzbewertung, multidisziplinärer Ansatz) und Ergebnisse des Leitlinien-Clearingverfahrens (Clearing-Berichte) [3]

- und Adaptation der Leitlinien an die internationalen Qualitätskriterien [2, 3, 17].

2. Zur Steigerung der Identifikation der Anwender mit den Inhalten:

- Entwicklung und Anpassung hausärztlicher Leitlinien durch Hausärzte, zugeschnitten auf die spezifische Patienten Klientel und den lokalen Versorgungsbereich.

3. Kombination mit wirksamen Fortbildungsmaßnahmen:

- Peer Review durch Diskussion in der Leitliniengruppe, der Moderatorengruppe und in den Qualitätszirkeln,

- Aufbereitung der *adaptierten und bewerteten Leitlinien* unter didaktischen Gesichtspunkten und Entwicklung von Manualen zur Anwendung der Leitlinien und Interpretation der Ergebnisse,

- Vermittlung der Inhalte in Pharmakotherapiekreisen.

4. Evaluation und zeitnahes Feed-back:

- Formulierung leitlinienspezifischer Qualitätsindikatoren zur Evaluation der *Implementierung* und Auswertung der Rezeptdaten,

- Evaluation der Leitlinien-Umsetzung durch Verordnungsanalysen,

- Diskussion der Ergebnisse in den Pharmakotherapiekreisen.

5. Evaluation der Akzeptanz:

- Erfassung über die Vorher/Nachher-Befragung der Teilnehmer,

- Evaluation der Leitlinienakzeptanz bei Patienten.

6. Einbindung der Patienten:

- Information durch qualitätsgesicherte Patienteninformationen [26].

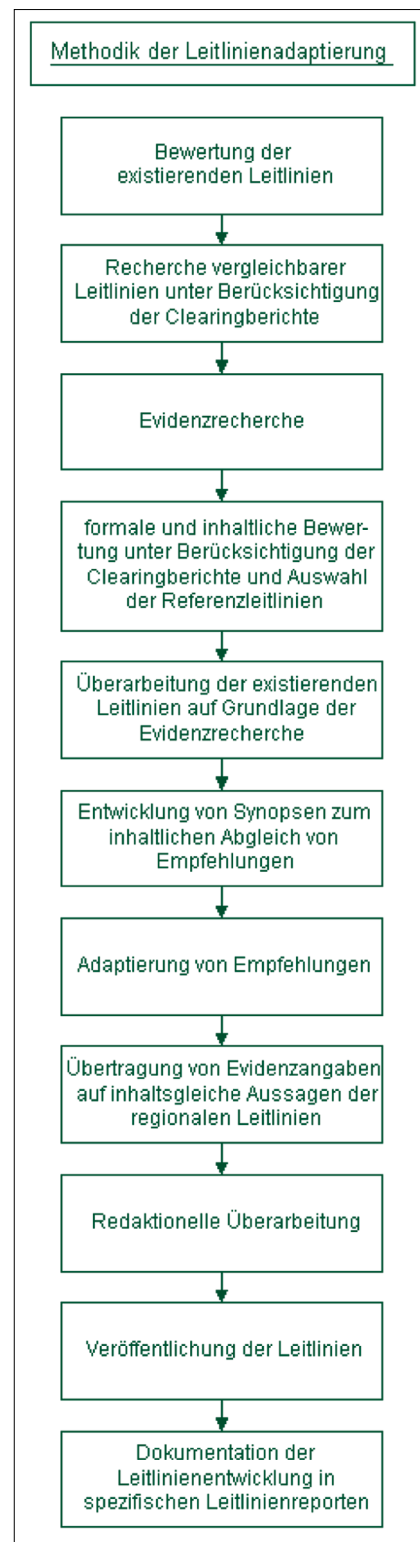


Abb. 2. Methodik der Leitlinienadaptierung in Pharmakotherapiekreisen der KV Hessen [19].

7. Entwicklung von Praxishilfen und Remindern

Mit Hilfe der dargestellten Methodik konnten im Studienverlauf 9 regionale

evidenzgestützte Handlungsempfehlungen durch die Leitliniengruppe erstellt werden. Um auch die kontinuierliche Aktualität der Leitlinien zu gewährleisten, hat jede Leitlinie einen Hinweis auf den Zeitpunkt ihrer nächsten Überarbeitung, sofern die Studienlage keine vorzeitige Aktualisierung erfordert [25].

Waren konkrete Veränderungen im Praxisalltag nachweisbar?

Die Teilnehmer selbst bewerteten die Teilnahme an den Pharmakotherapiezyklen als für sie effektiv und gut. Der größte Nutzen wurde offensichtlich für die persönliche Arbeit in der Entscheidungsunterstützung und der therapeutischen Sicherheit gesehen. So änderte sich u.a. im Studienverlauf die Häufigkeit der Leitliniennutzung in der Versorgungsroutine von unter 40% (s. Abb. 3) auf nahezu 70%.

Die Einführung von Leitlinien hatte nach Einschätzung der Teilnehmer aber auch einen Einfluss auf bestehende Praxisabläufe und Prozesse und in der Folge das Potenzial zur Zeitersparnis für Arzt und seine Praxis-Mitarbeiter.

Inwiefern der vermehrte Zeitbedarf durch z.B. Aufklärung durch die gewonnenen Zeitressourcen im Praxisablauf aufgefangen werden können

und worin der Nettoeffekt besteht, lässt sich durch die Befragungsergebnisse nicht sicher beantworten. Es wurde aber deutlich, dass die bestehenden Praxisroutinen unter Umständen ein Hindernis in der Umsetzung darstellen. Andererseits wurde von keinem Teilnehmer die Neuorganisation der Prozesse in der Praxis beschrieben. Dies gibt einen Hinweis darauf, dass die Eindringtiefe und der Einfluss der Leitlinien auf Praxisabläufe und Organisationsstrukturen in der vorliegenden Untersuchung nicht sehr groß war. Dies wird auch dadurch unterstützt, dass 18,4% der befragten Ärzte der Meinung waren, dass die Interaktion mit dem Patienten durch Leitlinien unbeeinflusst bleibt. Bestätigt werden damit Ansichten, dass Leitlinien ohne die Anbindung an andere Instrumente des Qualitätsmanagements nur einen begrenzten Einfluss auf tatsächliche Verhaltensänderungen haben. Für eine effektive und effiziente Implementierung sind viele verschiedene Faktoren verantwortlich, die miteinander kombiniert werden müssen, um ihr volles Potenzial entwickeln zu können. Hierzu gehören u. a. finanzielle, organisatorische und regulative Vorgaben [3].

Schlussfolgerung und Ausblick

Evidenzbasierte Leitlinien spielen im In- und Ausland weiterhin eine bedeutende Rolle als Instrumentarium der kontinuierlichen professionellen ärztlichen Qualifizierung. Dabei werden künftig die Entwicklung und Erprobung praxiserer Implementierungsmaßnahmen im Mittelpunkt des Interesses stehen.

Aus einer 3 Jahre dauernden Studie zur Adaptation evidenzbasierter nationaler Leitlinien durch Qualitätszirkel niedergelassener Ärzte in der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen [19] können folgenden Bedingungen für erfolgreiche Leitlinien-Implementierung in Deutschland abgeleitet werden:

1. Die Implementierung von Leitlinien muss als ein kontinuierlicher Prozess auf institutioneller und individueller Ebene (z.B. im Rahmen der ärztlichen Fortbildung) erfolgen. Dabei müssen Leitlinienentwicklung und -bewertung, ihre Verbreitung in Qualitätszirkeln, Monitoring und Evaluation der Anwendung sowie eine hierauf gegründete Justierung des Prozesses ineinander greifen.
2. Der Implementierungsprozess muss wissenschaftlich unterstützt und begleitet werden.
3. Der Prozess beruht auf einer von gegenseitiger Achtung der unterschiedlichen Kompetenzen der Partner und von gemeinsamen Zielvorstellungen getragenen Zusammenarbeit. Um beides zu gewährleisten, ist die Organisation in kleinen „interdisziplinär“ zusammengesetzten Gruppen mit verschiedenen Aufgaben: Leitliniengruppe, Moderatorengruppe, Qualitätszirkel unverzichtbar.
4. Die Arbeit der Kleingruppen bedarf einer zuverlässigen institutionellen Grundlage (Qualitätssicherungsprogramm) und der Anerkennung und Finanzierung durch die ärztlichen Organisationen und ihre Vertragspartner.

Auf der nationalen Ebene werden künftig Leitlinien systematisch zu erstellen sein, die die folgenden 10 Eckpunkte erfolgreicher nationaler Leitlinienprogramme berücksichtigen:

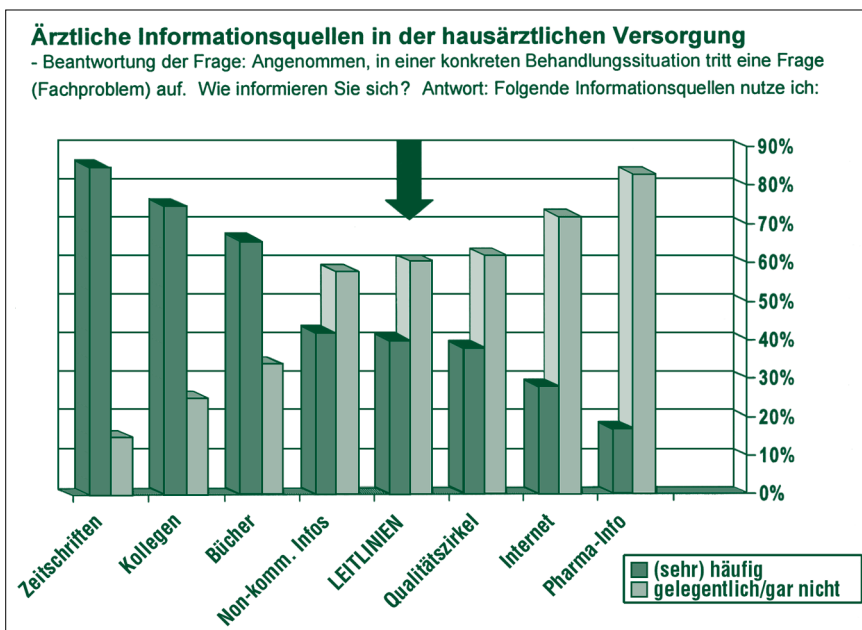


Abb. 3. Ärztliche Informationsquellen in der hausärztlichen Versorgung – n = 136 Qualitätszirkelärzte aus Hessen [19].

Gute nationale Leitlinien sollten

5. **evidenzbasiert** sein: – sie beruhen auf den besten verfügbaren Belegen aus medizinischer Wissenschaft und Praxis im In- und Ausland;

6. **konsensorientiert** sein: sie beschreiben den breiten Konsens der für ein medizinisches Problem zuständigen deutschen Fachgesellschaften – und zwar unter systematischer Berücksichtigung der Evidenz;

7. **unabhängig und transparent** entwickelt werden: Autoren und Herausgeber legen Finanzierungsquellen und mögliche Interessenkonflikte offen;

8. **Versorgungsbereich-übergreifend** angelegt sein: sie behandeln den gesamten Ablauf der Patientenversorgung von Vorbeugung über Diagnostik und Akuttherapie bis hin zu Nachsorge und Rehabilitation;

9. auf **prioritäre Versorgungsprobleme abgestimmt** werden: sie widmen sich den großen Volkskrankheiten oder anderen Themen, bei denen Experten und Öffentlichkeit Handlungsbedarf sehen;

10. **bedarfsorientiert** sein: sie berücksichtigen den Bedarf – insbesondere niedergelassener – Ärztinnen und Ärzte für unabhängige und aktuelle medizinische Informationen;

11. **patientenorientiert** sein: Patienten sollten an der Erstellung beteiligt werden; Leitlinienentwürfe sollten der interessierten Öffentlichkeit zur Diskussion angeboten werden;

12. in **ärztliches Qualitätsmanagement** integriert werden: sie beschreiben Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität und Maßnahmen zur Implementierung in TQM;

13. **Grundlage für zertifizierte ärztliche Fortbildung** sein: sie werden in Maßnahmen zur ärztlichen Fortbildung übertragen;

14. **mit anderen Projekten zur Förderung der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung vernetzt werden**.

Die Effekte solcher Bemühungen müssen im Rahmen seriöser Versorgungsforschung evaluiert werden. Es sollte das Ziel sein, Maßnahmen der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung – und dazu gehören Leitlinien – im bes-

ten Sinne der uns anvertrauten Patienten, d.h. zur Förderung und Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Transparenz im Gesundheitswesen, zu nutzen. Ökonomische Belange des Gesundheitssystems sind dabei zu berücksichtigen, dürfen aber – wie der Europarat anmahnt – nicht primäres Ziel der Leitlinien-Nutzung sein.

Danksagung

Die Autoren danken den Ärzten der Leitliniengruppe Hessen, den Moderatoren sowie Teilnehmern der Pharmakotherapiezykel und den ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung/des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (Standort Köln: Oktober 1995–September 2004) für die engagierte und konstruktive Zusammenarbeit.

Literatur

- [1] Field MJ, Lohr KN (editors). Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington DC: National Academy Press (1990)
- [2] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung ÄZQ Das Leitlinien-Manual. Z ärztl Fortb Qual sich 95: (2001) Suppl. 1. www.leitlinien.de
- [3] Europarat, Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Empfehlung Rec 13 des Europarates und Erläuterndes Memorandum. Deutschsprachige Ausgabe, Bern, Köln, Wien. Z ärztl Fortbild Qual sich (ZaeFQ) (Hrsg) (2002) 96 (Suppl III) 12. Zugänglich unter www.g-i-n.de
- [4] Gevers JK. The legal incorporation of clinical guidelines: a European perspective. Institut für Gesundheits- und Medizinrecht Bremen. Tagung Leitlinien und Recht, (2004) Bremen 7., 8. Mai 2004
- [5] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Eckdaten in der historischen Entwicklung (2004) <http://www.akdae.de/05/35HistorischeEckdaten.html> (Zugriff: 28.9.04)
- [6] Kraus F. Wie ließe sich die ärztliche Behandlung der Kranken angesichts der

jetzigen wirtschaftlichen Notlage der Bevölkerung sparsam und doch sachgemäß gestalten? Dtsch Med Wochenschr 1924;50:391–393

- [7] Institut für Arzneimittelwesen der DDR. Zentrale Therapieempfehlungen. 1. bis 6. Lieferung. Loseblattsammlung. Berlin, 1970–1977
- [8] Ollenschläger G, Thomeczek C. Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung – Bestandsaufnahme der ärztlichen Selbstverwaltung zur Qualitätssicherung in der Medizin 1955–1995. Gesundh Wes 1996;58: 360–371
- [9] Kopp I, Encke A, Lorenz W. Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung in der Medizin. Das Leitlinienprogramm der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2002; 45:223–233
- [10] Woolf SH. Practice guidelines, a new reality in medicine. II. Methods of developing guidelines. Arch Intern Med 1992;52:946–52.
- [11] Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. ÄZQ-Projekte 1995–2002. ÄZQ-Schriftenreihe Band 10. Niebüll, Verlag Videel (Hrsg) (2003)
- [12] Ollenschläger G, Oesingmann U, Thomeczek C, Kolkman FW. Ärztliche Leitlinien in Deutschland – Aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen. Z ärztl Fortbild Qual sich 1998;92: 273–280
- [13] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Das Leitlinien-Clearingverfahren von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherungen Ziele und Arbeitsplan Dtsch Ärztebl 1998;96:A-2105–2106
- [14] Ollenschläger G, Berenbeck C, Löw A, Stobrawa F, Kolkman FW. Nationales Programm für Versorgungs-Leitlinien bei der Bundesärztekammer – Methoden-Report. ZaeFQ 1999;96:545–548
- [15] Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, int' Veeld C, Rutten G, Mookink H. Attributes of clinical guidelines in general practice: observational study. BMJ 1998;317: 858–861
- [16] Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsa CRy, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, Wensing M, Dijkstra R, Donaldson C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strate-

- gies. Health Technology Assessment 2004; Vol. 8 (6)
<http://www.ncchta.org/htacd.htm>
 (Zugriff: 29.9.04)
- [17] Ollenschläger G, Marshall C, Qureshi S, Rosenbrand K, Burgers J, Mäkelä M, Slutsky J (in press). 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
- [18] Rosenbrand K Evidence based guideline development. Presentation. Symposium on Computerized Guidelines and Protocols. International Joint Meeting EuroMISE 2004. Prag 2004.
<http://www.euomise2004.org/index.html>
 (Zugriff: 29.9.04)
- [19] Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. „Implementierung interdisziplinärer Leitlinien für wichtige Versorgungsbereiche mit Hilfe des Leitlinien-Clearingverfahrens der Selbstverwaltungskörperschaften im Gesundheitswesen“ im Rahmen des Modellprogramms zur Förderung der medizinischen Qualitäts- Sicherung des Bundesministeriums für Gesundheit. Abschlussbericht. Köln/Berlin, (2003) ÄZQ-Schriftenreihe.
<http://www.aezq.de/projekte/implementierung/view>
 (Zugriff: 01.10.04)
- [20] Schneider CA, Hagemeyer J, Pfaff H, Mager G, Höpp HW. Leitlinien-adäquate Kenntnisse von Internisten und Allgemeinmedizinern am Beispiel der arteriellen Hypertonie. Z ärztl Fortbild Quallsich 2004;95:339–344
- [21] v Ferber L, Bausch J, Schubert I, Köster I, Ihle P. Pharmakotherapie zirkel für Hausärzte – Fortbildung in Pharmakotherapie. Z ärztl Fortbild Quallsich 1997;91:762–772.
<http://www.leitlinien.de/informationen/LLLiteratur/00000129/viewitem>
 (Zugriff: 01.10.04)
- [22] v Ferber L, Schubert I, Köster I, Ihle P, v Ferber C. Abschlussbericht der PMV Forschungsgruppe an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit „Implementierung interdisziplinärer Leitlinien für wichtige Versorgungsbereiche mit Hilfe des Leitlinien-Clearingverfahrens der Selbstverwaltungskörperschaften im Gesundheitswesen“. Köln, (2003) PMV Forschungsgruppe.
http://www.aezq.de/projekte/implementierung/pdf/hessen_abschlussbericht_pmv.pdf
 (Zugriff: 01.10.04)
- [23] Schubert I. Leitlinien-Report der Leitliniengruppe Hessen – Hausärztliche Pharmakotherapie zirkel. Therapie der chronischen Herzinsuffizienz. Z ärztl Fortbild Quallsich 2003;97:145–150
http://www.pmvforschungsgruppe.de/content/03_publicationen/03_d_leitlinien.htm und
<http://www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/deutsch/pdf/hessenleitlinienreport>
 (Zugriff: 01.10.04)
- [24] Fessler J, Gross J, Papendick H, Schubert I. Leitlinienimplementierung und Evaluation in einem Ärztenetz. Hessisches Ärzteblatt 2004;7/2004: 390–393;
http://www.laekh.de/HessAerzteblatt/2004/07_2004/kv_leitlinienimplementierung390_393.pdf
 (Zugriff: 01.10.04)
- [25] Schubert I. Allgemeiner Leitlinienreport der Leitliniengruppe Hessen. Stand März 2004. Version 2.01. Leitliniengruppe Hessen und PMV Forschungsgruppe. Frankfurt, Köln (2004)
http://www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03_publicationen/allgemein_report.pdf und
<http://www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/deutsch/pdf/hessenleitlinienreport>
 (Zugriff: 01.10.04)
- [26] Sänger S, Nickel J, Huth A, Ollenschläger G. Gut informiert über Gesundheitsfragen, aber wie? Das Deutsche Clearingverfahren für Patienteninformationen – Zielsetzung, Hintergrund, Arbeitsweise. Gesundheitswesen 2002; 96:391–397
- [27] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Sondergutachten 1995. Bonn, (1995) Sachverständigenrat.
<http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/sogu95/95deut/kurz95.pdf>
 (Zugriff: 28.9.04)

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Dr. med. Günter Ollenschläger
 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin ÄZQ, Wegelystr. 3, 10623 Berlin
 Tel.: 030/4005 2500;
 Fax: 030/4005 2555;
 e-mail: go@azq.de -Internet: www.azq.de

