

## Klinische und Versorgungsleitlinien

Heiner Raspe und Dagmar Lühmann, Lübeck

### Einleitung

„Brennen beim Wasserlassen“ beschreibt einen häufigen, subjektiv eindrücklichen, selten aber gefährlichen Anlass, einen Hausarzt oder Primärarzt aufzusuchen. Die Untersuchung und Behandlung des Symptoms unterliegt starken regionalen Schwankungen und ist allgemein eher von einem Zuviel als von einem Zuwenig an Leistungen gekennzeichnet. Es liegt nahe zu versuchen, die Varianz des ärztlichen Handelns zu verringern, seine Qualität zu erhöhen und Über-, Unter- und Fehlversorgung zu reduzieren. Dies würde auch der Wirtschaftlichkeit zu Gute kommen.

Als wirksames Mittel eines solchen Zwecks haben sich sog. klinische Leitlinien („clinical practice guidelines“) erwiesen. Sie stehen in Deutschland in großer Zahl, wenn auch meist in eingeschränkter Qualität, zur Verfügung. Von den über 900 im Internet verfügbaren Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) entsprechen nach Aussagen ihrer Repräsentanten bisher weniger als 10% dem sog. S2- und nur 6 dem höchsten S3-Standard. Nur diese gelten als evidenzbasiert und sind nach einem definierten Verfahren konsentiert.

Merkmale klinischer Leitlinien sind, dass sie von einer definierten Beschwerde (s.o.), einem Symptomkomplex (z.B. Rückenschmerzen) oder einer Erkrankung (z.B. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus Typ 2) ausgehen und annehmen, dass diese(r) der jeweils zuständigen ärztlichen Disziplin, oft einem Primärarzt, präsentiert wird.

Ausgangspunkt und Rahmen des Leitliniengebrauchs sind damit eine bestimmte klinische Situation mit ihren typischen Akteuren in einem typischen „Setting“. Soweit andere Akteure, Situationen und Umgebungen ins Spiel kommen, werden sie nur am Rande gestreift, z. B. in Hinweisen auf Überweisungs- oder Konsultationsnotwendigkeiten. Wie es dort weiterginge, müsste in neuen klinischen Leitlinien (z. B. für die einzuschaltenden Fachärzte) empfohlen werden. Klinische Leitlinien reflektieren also eine bestimmte und in unserem Gesundheitswesen noch besonders häufige Praxisform, die des in Einzelpraxis niedergelassenen Vertragsarztes, oder allgemeiner gesagt: die Begegnung eines Patienten mit einem Arzt.

Dies schränkt ihre Brauchbarkeit in dieserart „Soziotop“ keineswegs ein, es begrenzt aber ihre Reichweite in komplexeren kooperativen Handlungssystemen wie z.B. Ärztenetzwerken, Versorgungsketten (z.B. Akutkrankenhausbehandlung, Rehabilitation, ambulante Weiterbehandlung) und strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease Management Programmen).

Integrierte und Einrichtungs-, Professions- und Sektor-übergreifende Versorgungsformen brauchen offensichtlich einen weiteren Typ von Leitlinie, die von uns sogenannte *Versorgungsleitlinie* („health care guideline“).

### Versorgungsleitlinien

Ihr Ziel und ihre Aufgabe wäre es, einen ganzen Versorgungsabschnitt, eine typische Versorgungssequenz wieder- und in empfehlender Form vorzugeben.

Ein Beispiel: Denken wir uns den Fall einer 62-jährigen berufstätigen Frau, die sich bei einem Sturz aus dem Stand nach vorne eine geschlossene distale Radiusfraktur zuzieht. In fast allen Fällen wird ein solches Ereignis zu einem sofortigen Besuch eines Chirurgen oder einer Notfallaufnahme führen. Eine klinische Leitlinie würde sich vermutlich allein auf die Notfallsituation und das hier angezeigte diagnostische und therapeutische Vorgehen der (Unfall)Chirurgen konzentrieren. Eine Versorgungsleitlinie muss in mehrfacher Hinsicht darüber hinaus gehen: Sie wird

1. zu berücksichtigen haben, dass die Fraktur in etwa 50% der Fälle mit einer Osteoporose assoziiert ist. Zur Tertiärprävention einer Folgefraktur zu empfehlen wäre also die Messung der Knochendichte, etwa am kontralateralen Radius mittels DEXA, und bei einem T-Wert von  $-2.5$  oder geringer das Erwägen einer antiresorptiven Therapie z.B. mit Bisphosphonaten oder Östrogenen. Die Empfehlungen müssten natürlich den Stand der Evidenz, darüber hinaus aber auch die nationale oder regionale Infrastruktur, die Behandlungsgewohnheiten und die Akzeptanz der verschiedenen Optionen (Hormonersatztherapie?) durch die Kranken berücksichtigen.

2. wären weitere Risikofaktoren für Frakturen zu erwägen, besonders eine Sturzneigung. Dies erfordert eine gezielte Anamnese und hätte je nach Ergebnis unterschiedliche Konsequenzen (neurologische Abklärung, Augenarzt/Optiker, Wohnungsanpassung etc. pp.).

3. wären Hinweise auf die typische Nachbehandlung der Fraktur und ihre inhaltliche und zeitliche Ordnung zu geben: wie lange ist der Gips zu tragen, wann soll welche Art von Physiotherapie beginnen, wer soll die durchführen? Bedarf es gesonderter rehabilitativer Interventionen, eventuell unter veränderter Kostenträgerschaft (Rentenversicherung?)?

4. wären typische Komplikationen (z.B. Morbus Sudeck) und ihre Erkennung (durch Patientin und Hausarzt) und ihre oft komplexe Behandlung zu beschreiben.

Schließlich und 5. wäre die Entlassung der Patientin aus jeder medizinischen Behandlung vorzusehen und zu terminieren.

Während sich jede klinische Leitlinie auf einen kurzen Behandlungsabschnitt konzentriert und hierzu vertiefte und detaillierte Empfehlungen geben kann, muss eine Versorgungsleitlinie den gesamten Krankheits- und Behandlungsverlauf vom Initialereignis bis zur Rückkehr der Patientin in ihre Lebenswelt reflektieren. Ihr Abstand zu Behandlungsdetails wird zwangsläufig größer. Sie hat ein geringeres Auflösungsvermögen.

Bei chronischen, sich z. T. über Dekaden hinziehenden Erkrankungen kann es vernünftig sein, unterschiedliche Versorgungsleitlinien für abgrenzbare Abschnitte des Krankheits- und Versorgungsverlaufs vorzusehen, z.B. für die Initialphase einer rheumatoiden Arthritis in den ersten ein bis drei Jahren und unter Berücksichtigung aller heterogenen Bestandteile der multimodalen und multidisziplinären Akutbehandlung, der Sekundär- und Tertiärprävention, der medizinischen wie beruflichen Rehabilitation.

Beide Typen von Leitlinien machen sich nicht wechselseitig überflüssig, sie ergänzen sich vielmehr. Beide sind unverzichtbar. Während wir wenige qualitativ hochwertige klinische Leitlinien (S3-Standard der AWMF) zur Verfügung haben, fehlt es bei uns bis heute so gut wie ganz an Versorgungsleitlinien.



nien. Aber gerade sie werden als Grundlage der kurzfristig zu erarbeitenden Disease Management Programme im Augenblick besonders dringlich gebraucht.

## Schlussbemerkungen

Dieser EbM-Splitter will nicht mehr, als auf diese Notwendigkeit hinzuweisen. Es ist die Aufgabe anderer Institutionen, dieses Defizit aufzufüllen.

Vermutlich werden die die klinischen Leitlinien tragenden medizinischen Fachgesellschaften dies einzeln nicht leisten können. Ihre Kompetenz und Erfahrung endet in aller Regel an den Grenzen des eigenen Fachgebietes (z.B. der Unfallchirurgie). „Fachfremde“ Aufgabenstellungen müssten kooperativ und interdisziplinär bearbeitet werden, eine Novität für

alle diejenigen, die bisher auf spezialistische Ab- und Ausgrenzung gesetzt haben.

Dabei werden nicht nur andere ärztliche Subdisziplinen, sondern auch andere Versorgungssektoren (wie z. B. die medizinische und berufliche Rehabilitation), andere therapeutische Berufe (z.B. Physio- und Ergotherapie) und andere Sozialleistungsträger (wie die Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung) zu berücksichtigen sein.

Es ist heute noch nicht klar zu sehen, wer sich bei uns der Produktion von Versorgungsleitlinien am besten annehmen könnte. Möglicherweise sind es die führenden Kostenträger – wenn es ihnen gelänge, sich der Evidenz und des Sachverstandes der jeweils zu involvierenden Fachgruppen zu versichern. Möglicherweise ist es auch die AWMF, wenn sie die vielfältig notwendigen Integrationsleistungen effizient zu organisieren versteht.

## Golden Helix Qualitäts-Preis 2002

Im zehnten Jahr des Golden Helix Qualitäts-Preises ruft der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) Teams aus öffentlichen oder privaten Einrichtung des Gesundheitswesens in Deutschland und Österreich auf, sich mit Qualitätsverbesserungsprojekten an diesem renommierten Wettbewerb zu beteiligen.

Aufgerufen sind Mitarbeiter aus dem gesamten Spektrum des Gesundheitswesens von Sozialdiensten, Pflegeeinrichtungen, Rehabilitations- und Kureinrichtungen, niedergelassenen Ärzten und bis zu den Krankenhäusern.

Die Veränderung des deutschen Gesundheitswesens ist in vollem Gang. Krankenhäuser, Praxen, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen aber auch Krankenversicherungen bereiten sich auf die DRG-Vergütung, das Management chronischer Krankheiten oder die integrierte Versorgung vor. Methodische Hoffnungsträger sind dabei die evidenzbasierte Medizin, die Einführung von Leitlinien und Behandlungspfaden, die Balanced Score Card, die Externen Vergleiche oder die Zertifizierung von Gesundheitseinrichtungen. Sie alle sollen helfen, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken und die Qualität der Versorgung zumindest zu sichern, wenn nicht gar zu verbessern. Die Belege dafür, dass die Hoffnungen nicht trügen, sind jedoch sparsam gesät.

Der Golden Helix Qualitäts-Preis 2002 soll ein Ansporn sein, in diese Veränderungen aktiv einzugreifen. Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) hat seit dem Jahr 2000 die Schirmherrschaft für den in Deutschland und Österreich ausgeschriebenen Golden Helix Qualitäts-Preis übernommen. Als Co-Sponsoren unterstützen ihn der Verband der deutschen feinmechanischen und optischen Industrie

(F+O) e.V. und der Zentralverband Elektrotechnik- und Elektroindustrie (ZVEI) e.V. Als Symbol für diesen Qualitätspreis wurde die Helix (die Schnecke) gewählt. Die Helix basiert auf dem sogenannten „Goldenen Schnitt“; einem mathematischen Verfahren, das sich ad infinitum genau reproduziert. Es ist ein passendes Symbol für Perfektion und einen nie endenden Vorgang.

Mit dieser Auszeichnung werden jährlich Projekte geehrt, die der Erhöhung des Qualitätsstandards im Gesundheitswesen dienen bei gleichzeitiger Begrenzung der Kosten. In den Projekten muss der Patientenbezug, der Patientennutzen und die Patientenorientierung deutlich herausgearbeitet sein. Für die Beurteilung gelten nur zwei Kriterien: die Ergebnisse der Arbeit des Projektteams müssen messbar sein und es muss möglich sein, die aufgrund der Arbeit des Projektteams ergriffenen Maßnahmen zu rekonstruieren und zu verallgemeinern.

Bewerbungen können bis zum 01. Juni 2002 unter nachstehender Anschrift eingereicht werden. Der Preis wird im Rahmen der Medica 2002, anlässlich der Eröffnung des 25. Deutschen Krankenhaustages am 20. November 2002 in Düsseldorf verliehen. Die Auswahl wird von der Jury aus Vertretern der Ärzte und Pflegeberufe, der Krankenkassen, der Wissenschaft, den Sponsoren und dem Träger in einem dreistufigen Verfahren getroffen.

## Weitere Informationen

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) – Geschäftsstelle –, Oranienburger Straße 17, 10178 Berlin-Mitte

Tel.: 030/288859-12; Fax:030/288859-15;

e-mail: vkdgs@vkd-online.de

Internet: www.vkd-online.de

