Berliner Forum der AWMF:
Gemeinsam Klug Entscheiden (GKE) *–*
Initiative der AWMF und ihrer Fachgesellschaften
15.10.2015

Auswahl von „Gemeinsam Klug Entscheiden“ - Empfehlungen:

Prinzipien der Methodik und Testung am Beispiel der Nationalen VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz

Dr. med. Monika Nothacker, MPH

AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement
Philips-Universität Marburg

AGENDA

- **Methodik: Ziel und Vorgehen der ad hoc Kommission**

- **Vorstellen der Aspekte, die im Zuge der Entwicklung von “Gemeinsam Klug Entscheiden“- Empfehlungen berücksichtig werden sollen einschließlich der beschlossenen Auswahlkriterien**
  Erläuterungen zum Manual „Entwicklung von Empfehlungen im Rahmen der Initiative Gemeinsam Klug Entscheiden (GKE)“ - 1.0, Konsultationsfassung 09/2015

- **Das Beispiel Kreuzschmerz**

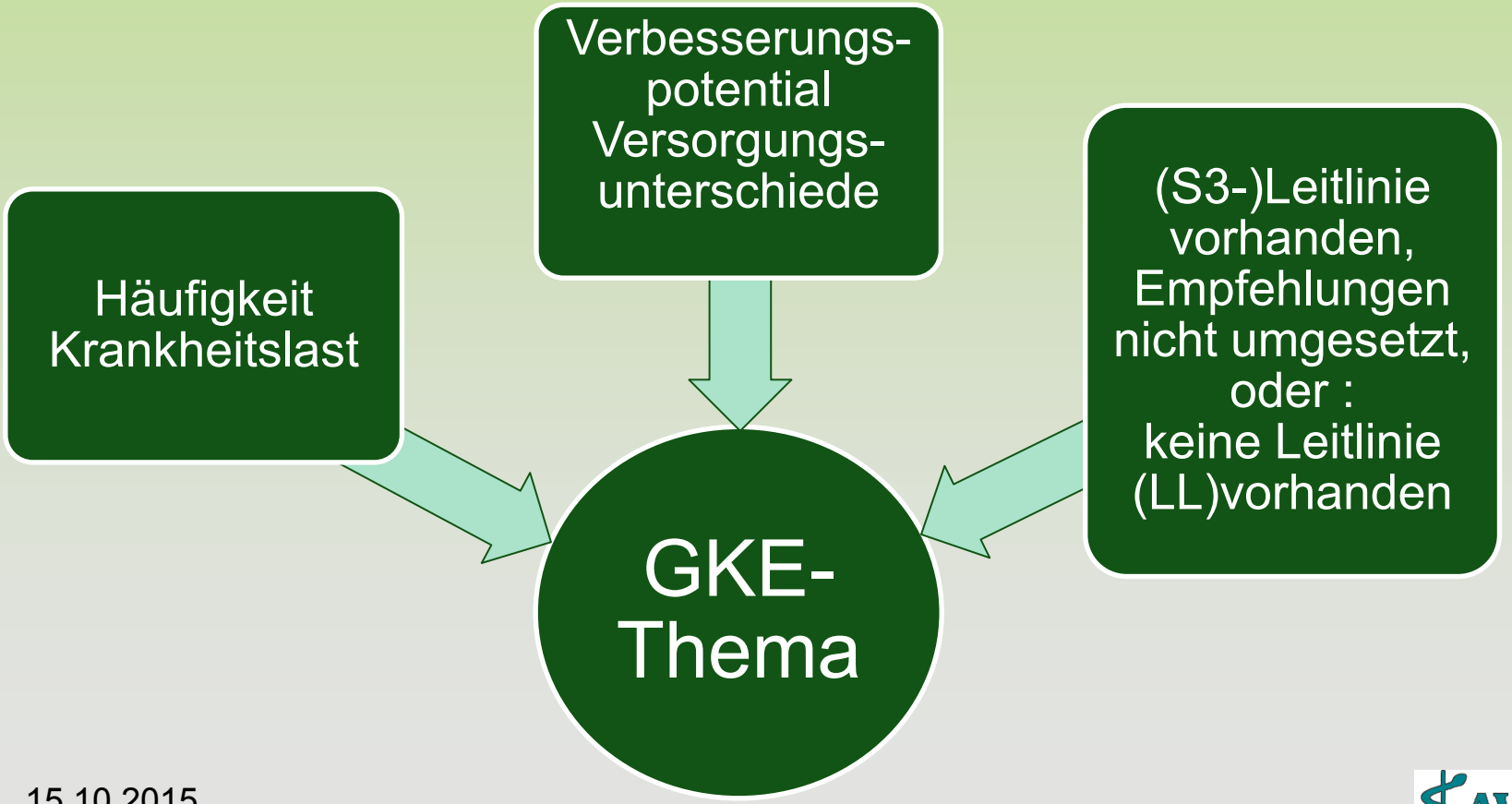
Methodik für „Gemeinsam Klug Entscheiden“-Empfehlungen: Ziel und Vorgehen der ad hoc Kommission

- **Ziel:**
  - Transparenz, Nachvollziehbarkeit der Auswahl von Empfehlungen
  - Interdisziplinäre Abstimmung fördern – Synergien erzeugen, Widersprüche vermeiden
  - Nachhaltigkeit anregen

- **Vorgehen der ad hoc Kommission:**
  - Diskussion, informelle Übereinkunft über das Vorgehen, Abstimmung der Auswahlkriterien im Delphi-Verfahren

1. Auswahl eines Versorgungsaspekts

- Identifikation, Anerkennung und Benennung von bestehenden Versorgungsproblemen unter Nutzen expliziter Kriterien, z.B.



2. Zusammensetzung eines repräsentativen Gremiums

- Initiative für die Erarbeitung von GKE-Empfehlungen und die Auswahl von Versorgungsaspekten/ Krankheitsbildern kann von einer einzelnen Fachgesellschaft oder von einer LL-Gruppe ausgehen

- Festlegung des Adressatenkreises inkl. betroffener Patienten/Bürger

- Erarbeitung der GKE-Empfehlungen durch ein für die Adressaten repräsentatives Gremium

3. Kriterien zur Auswahl von Empfehlungen

Zwei Hauptkriterien:

- **Klarheit der Empfehlung**
  Folgende Aussage wird bewertet:
  Die Empfehlungsinhalte sind eindeutig definiert.
  (**P**atientencharakteristika, **I**ntervention, **O**utcome/Ziel)

- **Hinweise auf Über- oder Unterversorgung**
  Folgende Aussage wird bewertet:
  Es liegen Versorgungsdaten oder ein begründeter Expertenkonsens für das Vorliegen eines relevanten Versorgungsproblems in Hinblick auf Über- oder Unter- (oder Fehl-)versorgung vor.

Foto: Michael Tieck

3. Kriterien zur Auswahl von Empfehlungen

Ggf. ergänzende Kriterien:

- **Evidenzbasis der Empfehlung**
  Folgende Aussage wird bewertet:
  Die Empfehlung beruht auf einer sicheren Evidenzbasis

- **Stärke der Empfehlung**
  Folgende Aussage wird bewertet:
  Die Stärke der Empfehlung ist hoch und begründet.

- **Beeinflussbarkeit des Versorgungsproblems**
  - Abhängig von den eingebundenen Adressaten zu beurteilen-

- **Umsetzbarkeit der Empfehlung im Versorgungsalltag**
  - Barrieren und förderliche Faktoren bedenken-

Alle Kriterien entwickelt in Anlehnung an Kriterien für Qualitätsindikatoren aus Leitlinien auf Basis von QUALIFY – Bewertungsinstrument für Indikatoren [http://bqs-institut.de/innovationen/qualify-instrument.html]

4. Strukturierte Konsensfindung

- Die Konsensfindung aller Beteiligten über die getroffene Auswahl (TOP-Listen) wird als relevant zur Identifikation mit der Empfehlung eingeschätzt

- Der Einsatz wissenschaftlich begründeter formale Konsensusverfahren (Nominaler Gruppenprozess, Strukturierte Konsensuskonferenz, Delphi-Technik) wird empfohlen

Copyright Gemeinsam stark für Vielfalt

Murphy et al, 1998
Hutchings et Raine, 2006.

5. Zielgruppenorientierung

- GKE-Empfehlungen sollten **für alle Zielgruppen** in Form von Kurzinformationen vorliegen:

- laien- bzw. patientenverständlich Formate zur Stärkung der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten (z.B. Entscheidungshilfe,Flyer) sind entscheidend für die Teilhabe der Patienten

- für Ärzte und weitere Behandelnde

- für Organisationen und Institutionen

PATIENTENINFORMATION

äzq

Akuter Kreuzschmerz

September 2014

PLÖTZLICH KREUZSCHMERZ – WAS KANN ICH TUN?

Foto: Françoise Fine

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

Sie haben seit kurzem Kreuzschmerzen und wollen wissen, woher die Beschwerden kommen, wie man sie behandelt und was Sie selbst dagegen tun können. Eine erste wichtige Information für Sie lautet: Sie sind nicht allein. Kreuzschmerzen gehören in Deutschland zu den häufigsten Schmerzen überhaupt. Etwa drei

Bei mindestens 85 von 100 Menschen mit Kreuzschmerzen sind die Beschwerden nichtspezifisch. Die Schmerzen sind oft belastend oder sogar beunruhigend und schränken den Alltag der Betroffenen häufig ein. In den meisten Fällen sind sie aber harmlos und bilden sich innerhalb kurzer Zeit gut zurück.

.

Dwamena et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations, Cochrane Database Syst Rev. 2012

AWMF

6. **Verbreitung** und Umsetzung

- Webseiten: Fachgesellschaften + zentrale Webseite „Gemeinsam Klug Entscheiden“ bei der AWMF
- AWMF-Leitlinienregister: GKE-Empfehlungen als zu den Leitlinien gehörenden Dokumenten
- Kongresse, Fachartikel, CME…
- Presse, Öffentlichkeit, Soziale Medien

- **„Gemeinsam klug entscheiden“ Veranstaltungen** zusammen mit Selbstverwaltung, Kostenträgern, Patientenverbänden u.a.

7. Evaluierung

- Die Kriterien-gestützte Begleitforschung zur Auswertung der Effekte von „Gemeinsam Klug Entscheiden“-Empfehlungen soll von Anfang an Bestandteil des Konzepts sein.

- Neben quantitativen Auswertungen können unterstützend Fallbetrachtungen und qualitative Erhebungen hilfreich sein.

Gesetz
zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Vom 16. Juli 2015

Erste Erhebungen aus USA: Colla et al, 2014, Rosenberg et al, 2015

Beispiel Kreuzschmerz
1. Auswahl eines Versorgungsaspekts

- Hohe Krankheitslast (M54 unter den häufigsten Diagnosen)
- Hoher Ausfall an Arbeitskraft
- Verbesserungspotential: hoher Anteil an Überversorgung mit Bildgebung und Krankschreibung bei akutem unspezifischem Kreuzschmerz, niedriger Anteil an multimodaler Therapie bei chronischem Kreuzschmerz. (?)

Liegen Versorgungsdaten vor?

- Gutachten des Sachverständigenrats 2001
- WIdO -Versorgungsreport 2013/2014: Daten von 2010
- Analyse des WiNEG 2014: Daten 2011/2012
- Barmer GEK Krankenhausreport 2015: Daten bis 2014

Beispiel Kreuzschmerz
1. Auswahl eines Versorgungsaspekts

Nationale VersorgungsLeitlinie vorhanden seit 2010 – umgesetzt? (93 Empfehlungen, 39 (42%) negativ)

Einige prioritäre Empfehlungen:

- Bei akutem Kreuzschmerz soll nach klinischem Ausschluss gefährlicher Verläufe ( )durch Anamnese und körperliche Untersuchung **keine bildgebende Untersuchung** durchgeführt werden. (LoE 1)

- Patientinnen/Patienten sollen aufgefordert werden, **körperliche Aktivität soweit wie möglich beizubehalten** (LoE 1)

Beispiel Kreuzschmerz
1. Auswahl eines Versorgungsaspekts

Nationale VersorgungsLeitlinie vorhanden seit 2010 – umgesetzt?

Einige prioritäre Empfehlungen:

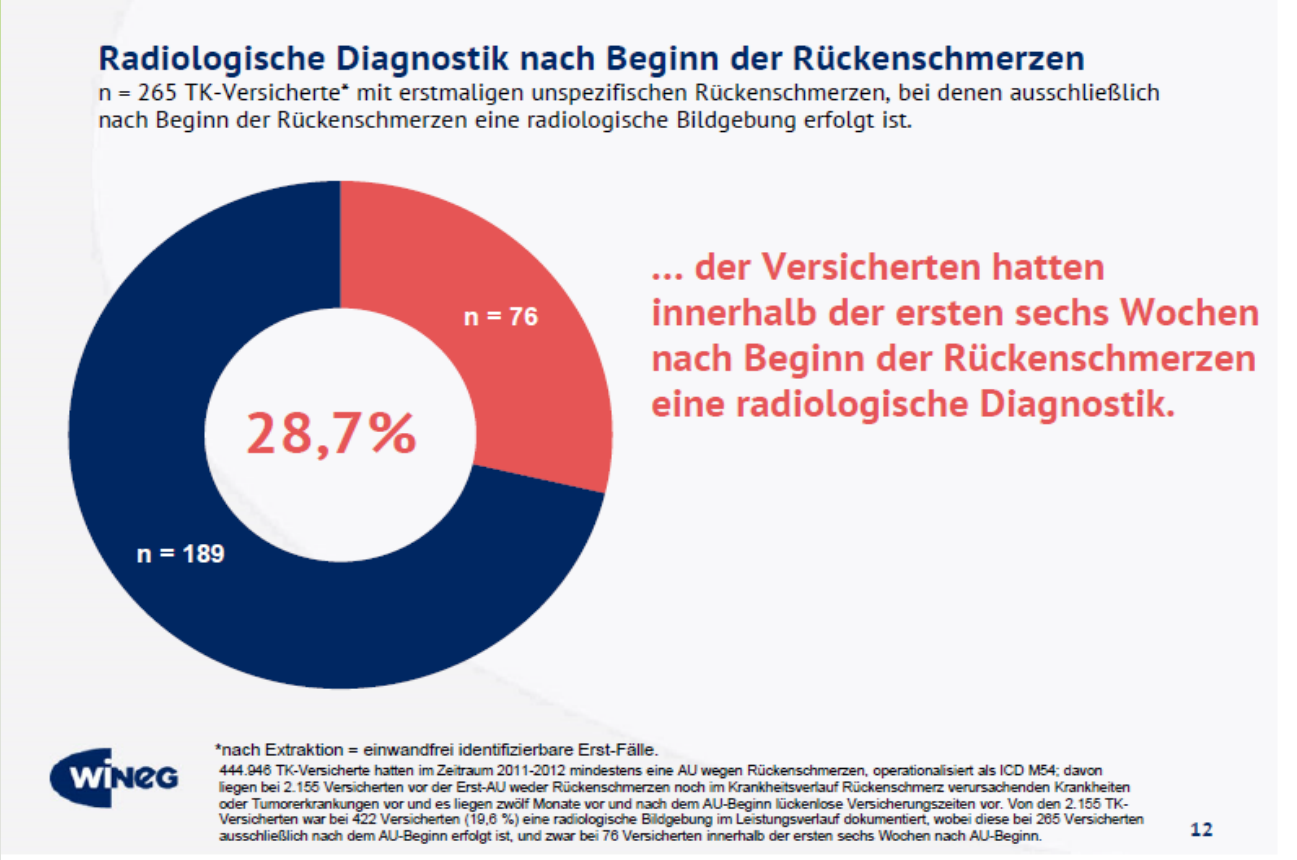
- Patienten mit nichtspezifischen Kreuzschmerzen sollen **keine invasiven (perkutane und/oder operative) Therapiemaßnahmen** erhalten (EK)

- Patienten mit chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz (>12Wo) und unzureichendem bisherigen Therapieerfolg sollen in einem **multimodalen Therapieprogramm** behandelt werden (LoE 1)

NVL-Programm von BÄK, KBV, AWMF, Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz, 2013

Kreuzschmerz – aktuelle Versorgung

Radiologische Diagnostik bei akutem unspezifischem Kreuzschmerz 2011/12



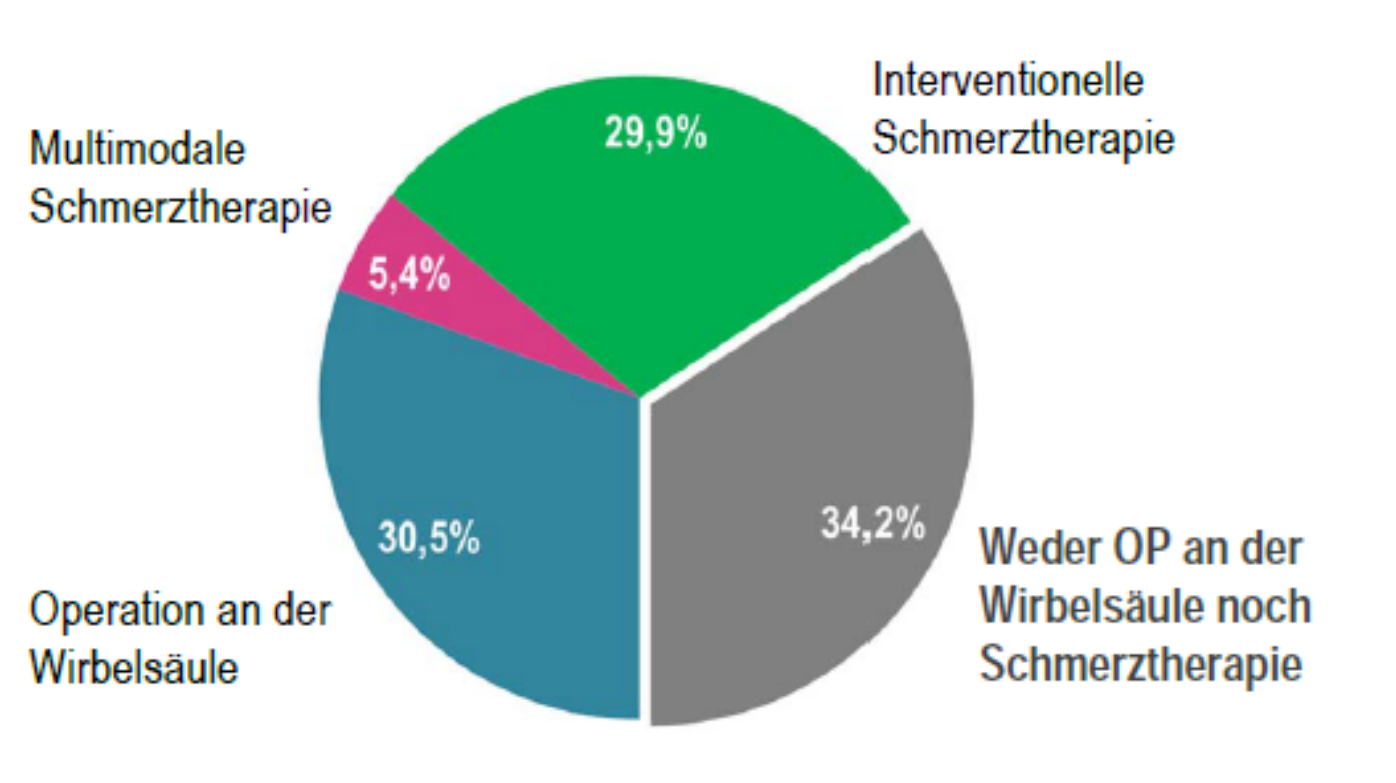
Horenkamp-Sonntag et al, 2014

Vergleich USA: 57% der Patienten

Rosenberg et al, 2015 JAMA Intern Med.

Kreuzschmerz – aktuelle Versorgung

Behandlung von Patienten mit Rückenschmerzen **im Krankenhaus** 2014 (seit 2006 Anzahl verdoppelt)



Barmer GEK Report Krankenhaus 2015

EBM: Qualitätsvereinbarung Schmerztherapie

- Therapeutisches Team? -> nicht vorgesehen
- Fachübergreifende Kooperationen? -> erschwert
- Regelmäßige Teambesprechung? -> „intern“
- Strukturierter Therapieplan? -> monodisziplinär

- Immerhin: Teilnahme an 8 (10) Schmerzkonferenzen pro Jahr (Vergütung 6,16 €/Patient)

Fazit: Multidiziplinäre (Schmerz)Therapie ist im ambulanten Sektor nicht vorgesehen!

B. Arnold
Abt. f. Schmerztherapie
Helios Amperklinikum Dachau

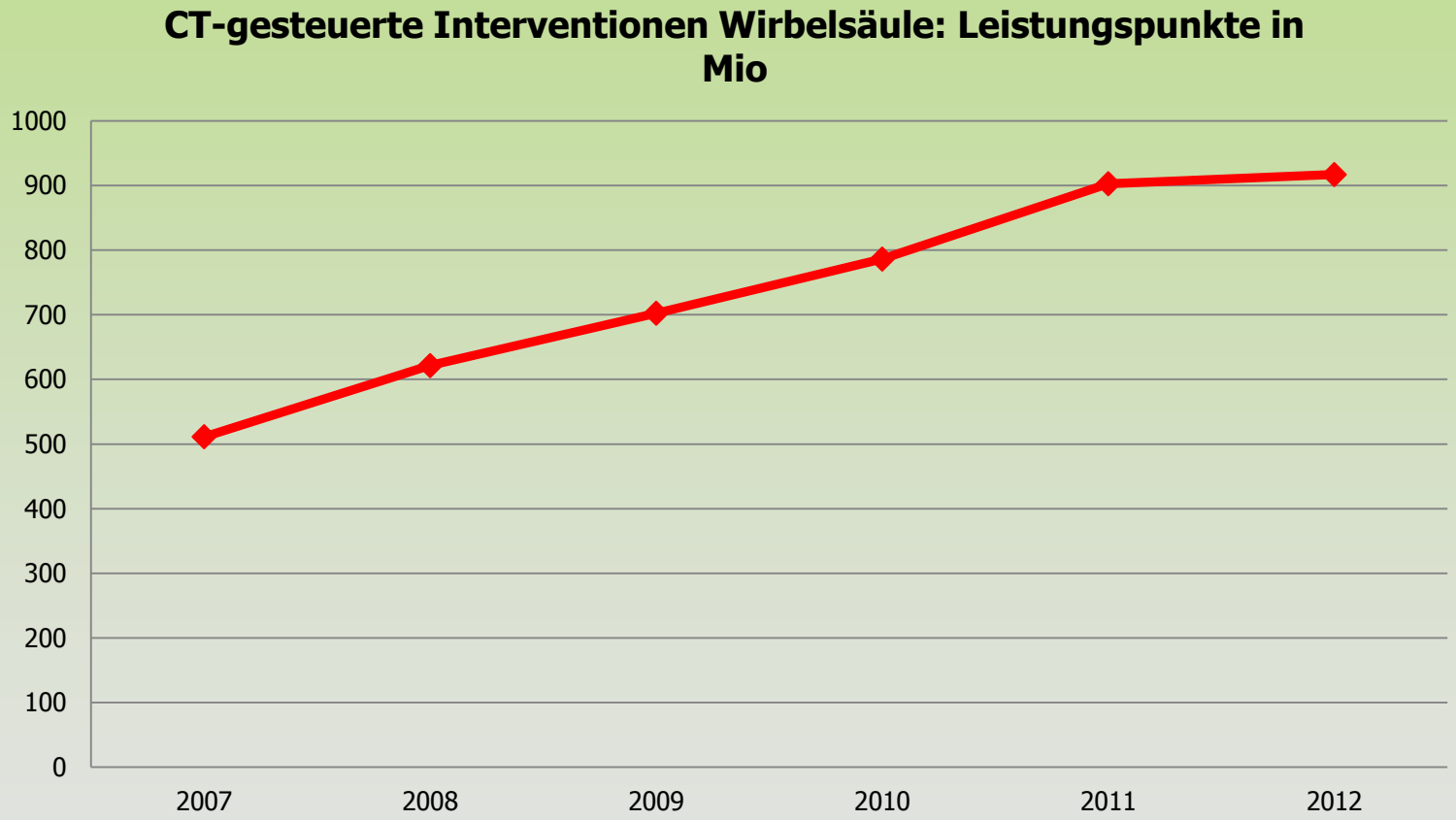
Entschließung des Deutschen Ärztetags 2014

- „…fehlt durch die ungenügende Ausstattung ambulanter Strukturen ein wesentlicher Anteil einer abgestuften Versorgung, nämlich die **frühzeitig** im Krankheitsverlauf einsetzende **multidisziplinäre** Betreuung noch **wenig chronifizierter** Patienten (vgl. Nationale Versorgungsleitlinie "Kreuzschmerz“) und die niedrigintensive multidisziplinäre Behandlung milderer Verläufe chronischer Schmerzen“

- „Ziel muss die Schaffung wirtschaftlich tragfähiger interdisziplinärer Versorgungsnetze mit engem und regelmäßigem fallbezogenem Austausch sein“

B. Arnold
Abt. f. Schmerztherapie
Helios Amperklinikum Dachau

Ambulanter Sektor: CT-gesteuerte Interventionen



Rohdaten: KBV

HELIOS Kliniken
Jeder Moment ist Medizin

B. Arnold
Abt. f. Schmerztherapie
Helios Amperklinikum Dachau

2. Zusammensetzung eines repräsentativen Gremiums

NVL Kreuzschmerz – Aktualisierung 2015/2016

26 Fachgesellschaften & Organisationen

- Beteiligung nicht-ärztlicher Disziplinen (Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie) und eines Patientenvertreters am Entstehungsprozess

unter Beteiligung von

- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund)
- Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew (DVMB) (Patientengremium)
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)
- Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK)
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KVB)

- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)
- Deutsche Gesellschaft für experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie (DGPT)
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
- Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM)
- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)
- Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM)
- Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)
- Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)

3. Kriterien zur Auswahl von Empfehlungen

- Umfrage Juli/August 2015 unter Autoren der NVL-Kreuzschmerz (n=45), Teilnahmerate 62% (29/45) – 76% (34/45)

- **<u>Nur eine Frage:</u> Bitte schätzen Sie jeweils die Stärke der Hinweise auf Über- oder Unterversorgung ein, 4er Skala**
- **Zu beurteilen: 38 starke Empfehlungen**
- **Limitation: keine Einführung, ggf. Frage mißverständlich**

3. Kriterien:

Beurteilung von Empfehlungen im Hinblick auf Über- oder Unterversorgung (Auswahl)

1. Negativ-Empfehlungen	Deutliche/starke Hinweise
5- 3 Nichtanwenden, Abraten von Bettruhe bei akutem Kreuzschmerz (KS)	30% (9/30)*
6- 7 Keine nicht-steroidalen Antirheumatika parenteral	38% (13/34)
6-14 Keine transdermale Opioide bei akutem KS	55% (17/31)
2. Positiv-Empfehlungen	
8-2 Auswahl von präventiver Bewegung nach individuellen Präferenzen richten	32% (10/31)
10-1 Übernahme einer Lotsenfunktion für die Versorgung durch einen Arzt	44% (14/31)
8-1 Präventiv körperliche Bewegung empfehlen	48% (15/31)
10-5 Nach 6 Wochen: Yellow flags überprüfen	50% (16/32)

*Kommentar: Unterversorgung gemeint!

3. Kriterien:

Beurteilung von Empfehlungen im Hinblick auf Über- oder Unterversorgung (Auswahl)

2. Positiv-Empfehlungen	Deutliche/starke Hinweise
6-11 Reevaluation Opioid-Therapie	55% (17/31)
5-30 Patientenedukation akut/subakut und 5-31 chronisch	56% (16/29) 62% (17/28)
10-6 Vorliegen (komorbider) psychischer Störungen prüfen und entsprechend versorgen	63% (20/32)
10-7 Nach 6 Wochen: interdisziplinäre und fachübergreifende Fallkonferenz	70% (23/33)

: die Leitliniengruppe will „Gemeinsam Klug Entscheiden“-Empfehlungen aussprechen!

Fazit

1. Die ad hoc Kommission „Gemeinsam Klug Entscheiden“ hat ein Vorgehen erarbeitet, um mit allen Beteiligten wichtige Empfehlungen für die Verbesserung der Patienten-versorgung zu identifizieren, dies wird getestet.

2. Hilfen für die Verbreitung und Umsetzung von „Gemeinsam Klug Entscheiden“-Empfehlungen werden weiter entwickelt.

3. Versorgungsdaten sind für die Analyse essentiell – Versorgungsforschung, auch unter Einbeziehung qualitativer Ansätze, ist dringend von Nöten.