
Leitlinien für Diagnostik und Therapie
Guidelines for diagnostics and therapy

16. Leitlinien-Konferenz der AWMF

Vortrag
S3-Leitlinie
Diagnostik und Therapie
der Colitis Ulcerosa

(J.C. Hoffmann, Berlin)



S3-Leitlinien-Koordinierung am Beispiel Diagnostik und Therapie der Colitis ulcerosa

Jörg C. Hoffmann, Wolfgang Höhne

Kompetenznetz „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“
Kerneinrichtung Berlin



Leitlinien-Klassifizierung

S1: Expertengruppe

S2: Formale Konsensfindung
Nominaler Gruppenprozess, Konsensuskonferenz, Delphikonferenz

S3: Leitlinie mit allen Elementen systematischer Entwicklung

„Evidence-based medicine“, Logik, Entscheidungsfindung,
Konsensus, „Outcome“-Analyse

Quelle: *Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. Z. ärztl. Fortbild. Qual. Sich. (2001) 95 Suppl. 1*

Methodik der Leitlinienüberarbeitung

Frühere LL + alter Fragebogen, **systematische Literatursuche**

CBF

Neu

Überarbeiteter Fragebogen

AG

Leitlinienvorbereitung: **Internet-basierte** Befragung

CBF/Alle

**Neu
Neu**

Konferenz Teil I: Konsensusvorbereitung

AG

Konferenz Teil II: Plenum-Abstimmung

Alle

Ausführliche Revision des Konsensus

CBF

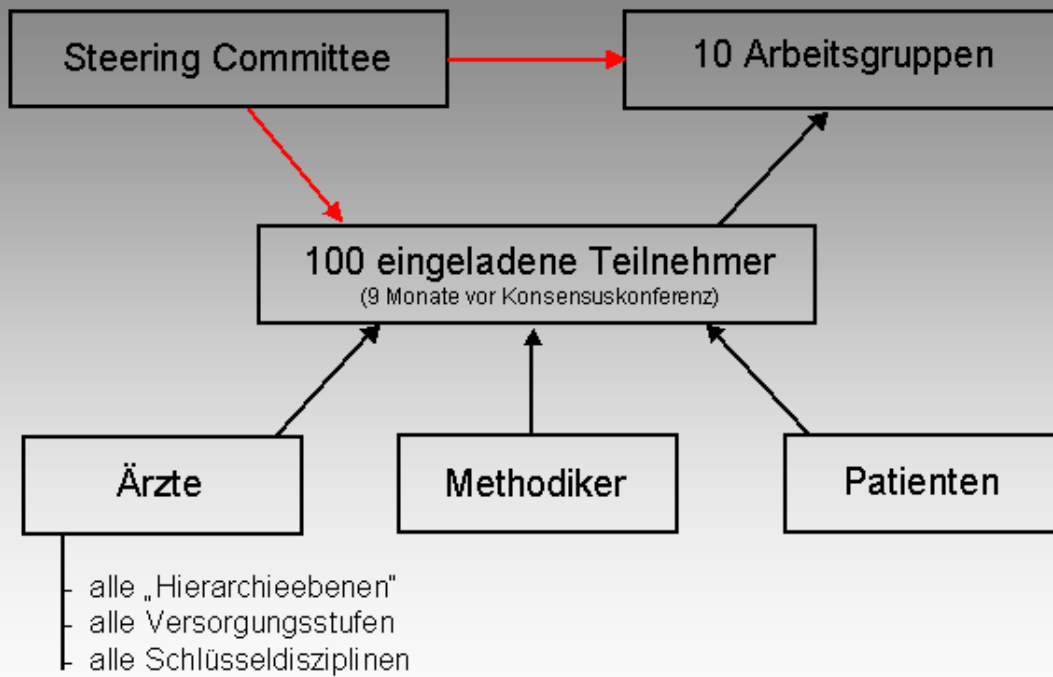
Mod.

Schlußrevision durch AG-Leiter

AG

Implementierung: Publikation, Fortbildungen etc.

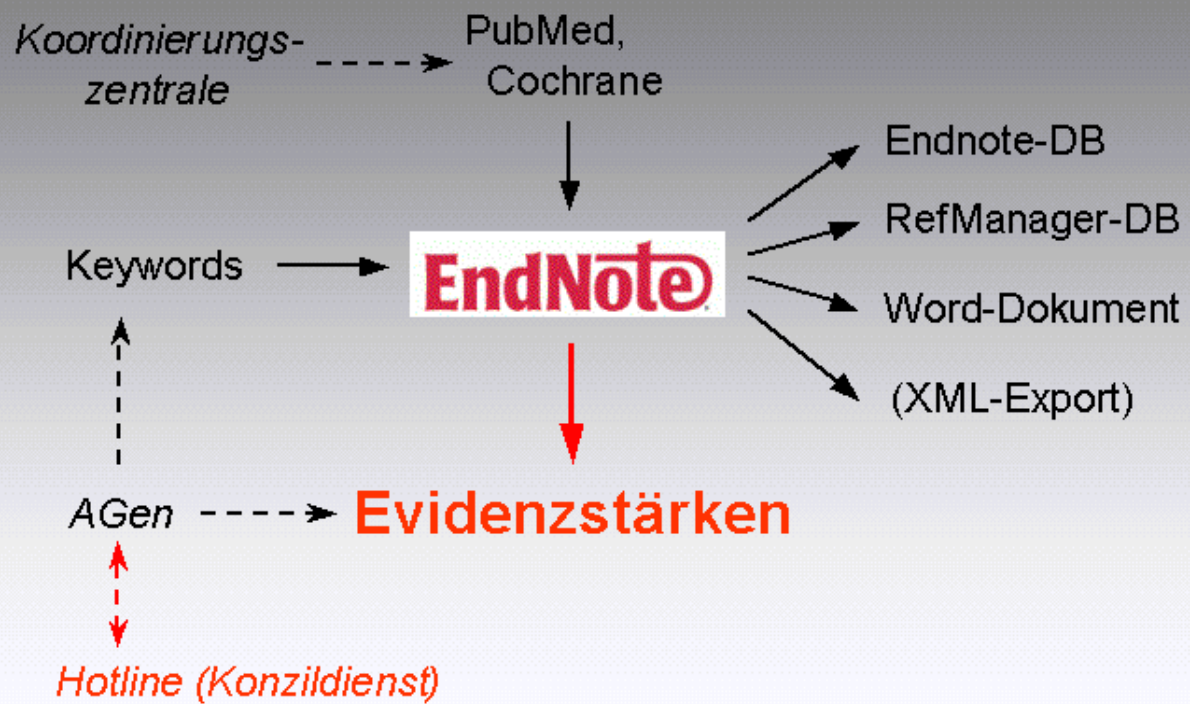
Teilnehmer-Auswahl



Beteiligte Fachgesellschaften

- Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
- Deutsche Gesellschaft für Pathologie
- Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie
- Deutsche Röntgengesellschaft
- Deutsches Kolloquium für psychosomatische Medizin
- Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung

Studien- und Literaturanalyse



Bewertung der Evidenzstärken

Evidenzstärke	Bedingung
Ia	Systematisches Review oder Metaanalysen randomisierter kontrollierter Studien (RCT)
Ib Ic (neu)	Mindestens <u>eine</u> gut geplante randomisierte, kontrollierte Studie Alles-oder-Nichts-Prinzip (Bsp.: Beatmung bei Apnoe)
Ila Ilb	Mindestens <u>eine</u> gut geplante, kontrollierte Studie ohne Randomisierung Mindestens eine gut geplante, quasi experimentelle Studie (z.B. Fall-Kontroll-Studie oder historischer Vergleich)
III	Gut geplante, nicht experimentelle deskriptive Studien (Fallserien, Korrelationsstudien) und Ila- bzw. Ilb-Studien mit mäßiger Qualität
IV	Berichte/Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinische Erfahrung ohne explizite kritische Bewertung (physiologische Modelle, Vergleiche oder Grundsätze)

(modifiziert nach ÄZQ)

„Gut geplante“ Studien

- klar formuliertes Studienziel (primäre Zielkriterien)
- ausreichende Patientenzahl mit Angabe der Berechnungsgrundlage
- adäquates Studiendesign zur Erreichung des Studienziels
- klar formulierte Ein- und Ausschlusskriterien, Angaben zur Einhaltung
- adäquate statistische Auswertung
 - Berücksichtigung multipler Testprobleme bzgl. primärer Zielkriterien
 - Angabe der Irrtumswahrscheinlichkeiten
 - Angabe von Konfidenzintervallen
- klare Formulierung der Schlussfolgerungen

„Delphi“-Befragung

- 12 Fragebögen mit insgesamt 2200 Fragen
- überarbeitete Fragebögen der vorherigen Konsensuskonferenz
- Beantwortung aller Fragebögen Bedingung für Zulassung zur Konsensuskonferenz
- Fragebogen kann im Einzelfall als ‚begründet nichtbeantwortet‘ gekennzeichnet werden (z.B. für Patientenvertreter)
- vier Wochen zur Beantwortung freigegeben
- jede Frage einzeln beantwortbar

Fragebogen

Erhebung

Konsensuskonferenz Colitis ulcerosa Berlin, 20./21.02.2004

Fragebogen "Klinische Diagnostik"

1. Welche anamnestischen Angaben und klinischen Symptome sind für die Diagnostik der Colitis ulcerosa relevant?

Anzahl der Stühle / 24 Stunden
 nächtliche Diarrhoe
 blutige / schleimige Diarrhoe
 abdominelle Schmerzen

Kommentar:

1.2. Die Symptomatik läßt auf das zu erwartende Befallsmuster bzw. die Ausdehnung der Erkrankung schließen.

Kommentar:

1.3. Welche extraintestinalen Manifestationen sind für die Colitis ulcerosa bestimmend?

Haut
 Augen
 Gelenke
 Gallenwege
 andere

Spezifizieren Sie:

Kommentar:

1.4. Bitte Anamnese, Untersuchungsergebnisse, Befunde und Befallsmuster mittels der Colitis ulcerosa beschreiben.

Auswertung

Konsensuskonferenz Colitis ulcerosa Berlin, 20./21.02.2004

Fragebogen "Klinische Diagnostik"

Ausgefüllte Fragebögen: 66
Nichtausgefüllte Fragebögen: 23

1. Welche anamnestischen Angaben und klinischen Symptome sind für die Diagnostik der Colitis ulcerosa relevant?

	Anzahl	Prozent	Konsensusstärke
Anzahl der Stühle / 24 Stunden	58	87,88	Konsens
nächtliche Diarrhoe	44	66,67	mehrfältige Zustimmung
blutige / schleimige Diarrhoe	59	89,39	Konsens
abdominelle Schmerzen	46	69,70	mehrfältige Zustimmung

Kommentare: Terlestern

1.2. Die Symptomatik läßt auf das zu erwartende Befallsmuster bzw. die Ausdehnung der Erkrankung schließen.

	Anzahl	Prozent	Konsensusstärke
ja	20	30,30	kein Konsens
nein	33	50,00	mehrfältige Zustimmung
unentschieden	13	19,70	kein Konsens

Kommentare: aber nicht ausreichend sicher in der Regel nein, in einigen Fällen trifft dies jedoch zu. Manchnal Keine eindeutige aussage möglich teilweise: z.B. typische proktische Beschwerden sie gibt Hinweis, lässt aber keine sicheren Schlüsse zu

1.3. Welche extraintestinalen Manifestationen sind für die Colitis ulcerosa bestimmend?

Konsensusstärke

Konsensusstärke	Bedingung
starker Konsens	Zustimmung von ≥ 95 % der Teilnehmer
Konsens	Zustimmung von $\geq 75 - 95$ % der Teilnehmer
mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von $\geq 50 - 75$ % der Teilnehmer
kein Konsens	Zustimmung von < 50 % der Teilnehmer

→ bei Bedarf nochmalige Abstimmung im Plenum

Anwendbarkeit

direkt: für Zielpopulation durch Studien belegt

indirekt: Extrapolation aus Studien mit definierter, jedoch anderer Zielpopulation

- Empfehlungen für Kinder
- Ableitung für andere ethnische Populationen
- Extrapolation aus anderen Krankheitsbildern

Ermittlung von Empfehlungsstärken

Einstufung	Bedingung
A	sehr empfehlenswert Evidenzstärke Ia + Ib + Ic / starker Konsens / direkte Anwendbarkeit Evidenzstärke Ia + Ib + Ic/ Konsens / direkte Anwendbarkeit Evidenzstärke IIa / starker Konsens / direkte Anwendbarkeit
B	Empfehlenswert alle unter A, jedoch mit extrapoliierter Anwendbarkeit Evidenzstärke Ia + Ib / mehrheitliche Zustimmung / direkte Anwendbarkeit Evidenzstärke IIa/ Konsens / direkte Anwendbarkeit Evidenzstärke IIb / starker Konsens bzw. Konsens / direkte Anwendbarkeit
C	Optional alle unter B, jedoch mit extrapoliierter Anwendbarkeit Evidenzstärke Ia + Ib / kein Konsens / direkte Anwendbarkeit Evidenzstärke IIa - IIb / mehrheitliche Zustimmung / direkte Anwendbarkeit Evidenzstärke III / starker Konsens bis mehrheitliche Zust. / dir. Anwendbar. Evidenzstärke IV / starker Konsens bzw. Konsens/ direkte Anwendbarkeit
D	keine empfehlende Aussage alle übrigen

Implementierung

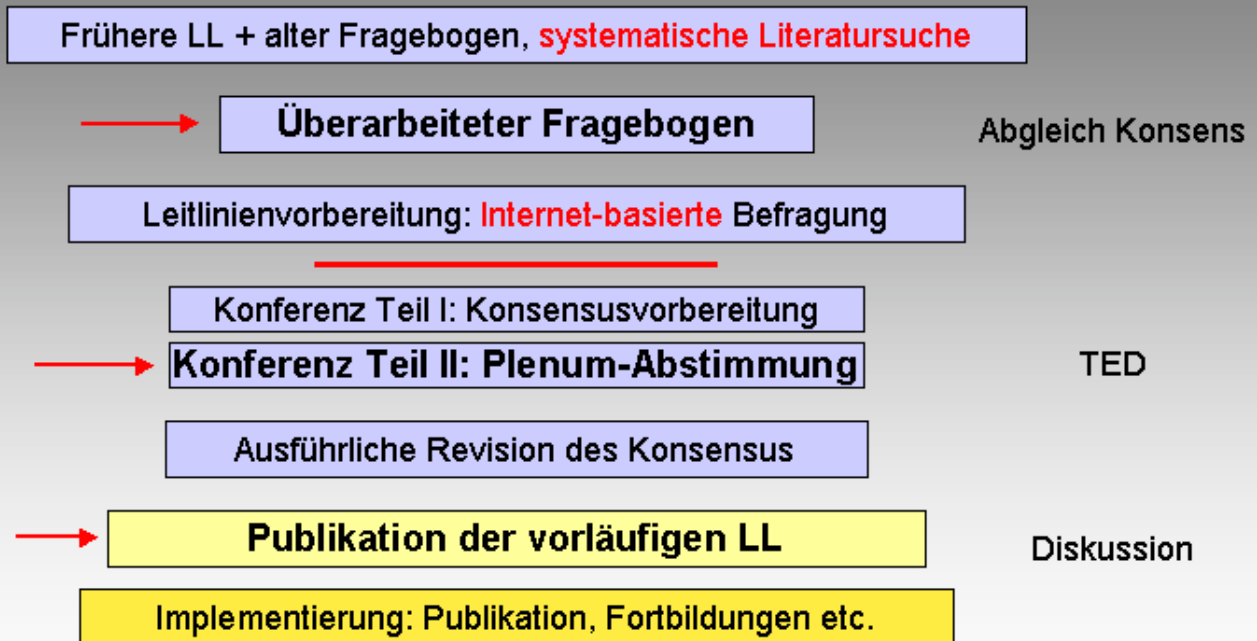
Publikationen:

- Spezialisten: Zeitschrift für Gastroenterologie
- Internisten: Medizinische Klinik
- Patienten: Bauchredner
- Sonstige Ärzte: The Medical Journal, Arzneimitteltherapie, Gastroliga-Newsletter, Der Kassenarzt

Sonstiges:

- Fragebogen DCCV zur Vorsorge
- Fragebogen des Kompetenznetzes zur medikamentösen Ther.

Verbesserungspotential



Danksagung

DLR - Projektträger Gesundheitsforschung des BMBF

DGVS Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und
Stoffwechselerkrankungen

Werner-Otto-Stiftung

Herrn Prof. E.F. Stange

Herrn Prof. H.K. Selbmann und Frau Dr. I. Fischer (IMI Tübingen)

Herrn Prof. M. Zeitz, Frau S. Mundt

Allen Teilnehmern am Leitlinien-Update „Colitis ulcerosa 2004“

Kontakt

Priv.-Doz. Dr. med. J. Hoffmann
Kompetenznetz CED, Kerneinrichtung Berlin
Charité, Campus Benjamin Franklin
Medizinische Klinik I
Hindenburgdamm 30
D-12200 Berlin

Tel. (030) 8445 3950

Fax (030) 8445 4481

e-mail: joerg.hoffmann@charite.de

Zurück zur [16. Leitlinien-Konferenz](#)

Zurück zur [Titelseite "Leitlinien"](#)

Back to [16. Guidelines-Conference](#)

Back to [AWMF-Guidelines-Homepage](#)

Zuletzt aktualisiert am 21.06.2006; 14:06:34

© [AWMF online](#)