

---

**Leitlinien für Diagnostik und Therapie**  
*Guidelines for diagnostics and therapy*

---

**16. Leitlinien-Konferenz der AWMF**

**Vortrag**  
**Praktische Erfahrungen:**  
**DEGAM-Leitlinien**

(F.M. Gerlach, Frankfurt/M.)



Folie 1

Ferdinand M. Gerlach

**Implementierung von**  
**DEGAM-Leitlinien in der**  
**hausärztlichen Praxis**

**Studienlage, Stimmungen, Strategien**



**Institut für**  
**Allgemein-**  
**medizin**



Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

## **Inhalt** – in 15 bis 20 Minuten machbar ...

### ■ **Studienlage**

- Wann werden Leitlinien in der Praxis umgesetzt?
- Erfolgsfaktoren, Implementierungs“verstärker“
- Relevante Implementierungsziele – Beispiel Hypertonie

### ■ **Bisherige Erfahrungen mit DEGAM-Leitlinien**

- Konzepte zur Verbreitung
- Stimmen und Stimmungen: Situation an der Basis
- Strategien gelungener Implementierungen – Ein Beispiel

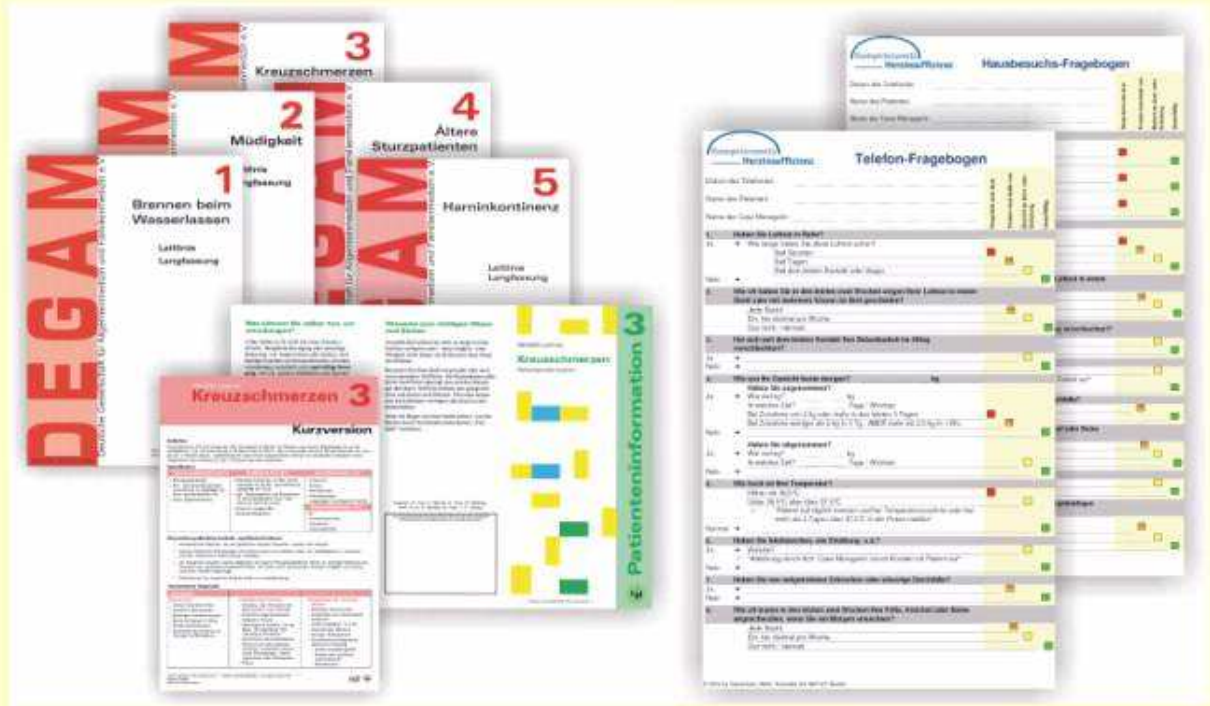
### ■ **Implementierungs-Barriere Multimorbidität**

- Implementierungs-Barrieren
- Grenzen indikationsspezifischer Leitlinien
- Generisches Konzept zur Betreuung chronisch Kranker in der Hausarztpraxis der Zukunft – Chronic Care Model
- Neue Tools zum Case Management durch das Praxisteam
- Konsequenzen für die Leitlinienentwicklung

## Implementierungs“verstärker“

- **Module für die Praxis** (für Ärzte, Praxisteam, Patienten)

# Module für die Praxis



## Implementierungs“verstärker“

- **Module für die Praxis** (für Ärzte, Praxisteam, Patienten)
- Umwandlung in **Versorgungspfade** durch lokale Adaptation / Modifikation („local tailoring“)
- **Integration in Praxis-EDV-Systeme** (ideal: Nutzung am “point of care“)
- **Intranet-Lösungen** für die integrierte Versorgung
- Leitlinien als **Teil eines systematischen Qualitätsmanagements**
- Materialien für **Qualitätszirkelarbeit**
- Integration in die **Aus-, Weiter- und Fortbildung**
- Veränderung von **Anreizsystemen**

## Relevante Implementierungsziele – Beispiel Hypertonie

- **Europa: über 50% der KHK-Patienten** in 9 Ländern hatten 1995/1996 und 1999/2000 **erhöhten Blutdruck**  
**Deutschland: sinkender Anteil gut eingestellter KHK-Patienten: 42,2% ⇒ 33,0%**  
*(EUROASPIRE I and II Group 2001)*
  - **Deutschland: adäquate Blutdruckkontrolle** nur bei **7% der hypertonen Männer (Frauen: 13%)**  
*(Bevölkerungsstudie: WHO-MONICA Projekt Augsburg: Gasse et al. 2001)*
- **Es ist nicht (so) relevant, welches Antihypertensivum ein Patient bekommt, sondern daß er überhaupt eines bekommt (und einnimmt).**

## Stimmungen (I.) – Das „nervt“ ...

- Neuer **EBM 2000 plus**
- **Disease Management-Programme**  
(aktuell: Diabetes, KHK, weitere folgen)
- **Hausarztverträge** (§ 73 b)
- **IV-Verträge** (§ 140 – insbesondere Barmer-Vertrag)
- Einzug der **Praxisgebühr**
- **Verpflichtung zum Qualitätsmanagement**
- **Fortbildungspflicht**
- Neue **Gesundheitskarte**
- **Nachwuchsmangel** (Arbeitslast ↑, Praxisübergabe?)
- Androhung: **Reduzierung der GOÄ-Sätze**
- **Standards, Vorschriften aller Art – inkl. Leitlinien**
- ...

## Stimmungen (II.)

### Häufige Wahrnehmung:

- Zu viel „Bürokratie“
- Zu viel Gängelung
- Veränderungsdruck wird immer stärker

### Häufige Reaktionen:

- Wir wollen damit *nichts* zu tun haben
- Man soll uns in Ruhe arbeiten lassen ...
- Verunsicherung, Überforderung, Angst

### Grundproblem:

- Orientierungs-/Perspektivlosigkeit
- Es fehlt eine Vision (für Hausarztpraxis der Zukunft)



## Strategien gelungener Implementierung – Beispiel: Qualitätszirkel Pharmakotherapie

- **Strukturiertes Qualitätszirkelprogramm** (ca. 3.500 Praxen aus Hessen, Sachsen-Anhalt, Niedersachsen)
- **Vorbereitete Moderatoren** (Dramaturgien, Materialien)
- **Integration evidenzbasierter (DEGAM-)Leitlinien**
- **Datenbasiert**: eigene Verordnungsdaten
- **Individuelles Feedback** („Verordnungsspiegel“)
- **Benchmarking** anhand von **Qualitätsindikatoren**
- **Peer Review** in der Gruppe
- **Sehr gute Akzeptanz bei teilnehmenden Hausärzten** (Ca. 90 %: zufrieden oder sehr zufrieden)
- **Nachgewiesene Effekte auf Qualität und Kosten** (Wensing et al.: J. Eval. Clin. Prac. 2004; 10: 457-466)

# Implementierungs-Barrieren

## Erfahrungen aus Implementierungsprojekten



## Leitlinien und Multimorbidität (I.)

(Boyd et al. JAMA 2005; 294: 716-724)

### Design

- **Auswahl der qualitativ besten Leitlinien** zu neun häufigen chronischen Erkrankungen
- **Ableitung: Empfehlungen für 117 typische Entscheidungsprobleme** bei älteren Patienten
- **Konstruktion einer (für US-Medicare) idealtypischen geriatrischen Patientin:** 79 Jahre, Osteoporose, Osteoarthritis, Diabetes Typ II, Bluthochdruck, COPD, (jeweils mittlerer Schweregrad)
- **Aus zutreffenden Leitlinien: durchschnittlich ambitionierter Behandlungsplan** (möglichst einfach u. kostengünstig: medikamentöse Therapie, notwendige Therapiekontrollen, Empfehlungen zur Lebensführung)

## Leitlinien und Multimorbidität (II.)

(Boyd et al. JAMA 2005; 294: 716-724)

### Ergebnis

- **12** verschiedene **Medikamente**
- zu **5** verschiedenen **Tageszeiten**
- insgesamt **19 Einzeldosen**
- Kosten (nur Medikation): **406,45 \$ / Monat**
- Etwa **20 evidenzbasierte Ratschläge** zur Diät und Lebensführung
- **Zahlreiche Praxisbesuche, Patientenschulungen** und **Selbstkontrollen**
- **4 Routinekontakte beim Hausarzt** à 15 Minuten *und* **1 Augenarztbesuch** sind praktisch **nicht ausreichend**

**Table 3.** Treatment Regimen Based on Clinical Practice Guidelines for a Hypothetical 79-Year-Old Woman With Hypertension, Diabetes Mellitus, Osteoporosis, Osteoarthritis, and COPD\*

Time	Medications†	Other
7:00 AM	Ipratropium metered dose inhaler 70 mg/wk of alendronate	Check feet Sit upright for 30 min on day when alendronate is taken Check blood sugar.
8:00 AM	500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 12.5 mg of hydrochlorothiazide 40 mg of lisinopril 10 mg of glyburide 81 mg of aspirin 850 mg of metformin 250 mg of naproxen 20 mg of omeprazole	Eat breakfast 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
12:00 PM		Eat lunch 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
1:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D	
7:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 850 mg of metformin 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 40 mg of lovastatin 250 mg of naproxen	Eat dinner 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
11:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler	
As needed	Albuterol metered dose inhaler	

## Behandlungsplan der 79jährigen Beispielpatientin

*Boyd et al. JAMA  
 2005; 294: 720*

## Leitlinien und Multimorbidität (III.)

(Boyd et al. JAMA 2005; 294: 716-724)

### Ergebnis (Fortsetzung)

- Relevantes **Risiko von UAW**
- Zwar keine unangemessenen Medikamente, allerdings soll Pat. **für 2** ihrer **Erkrankungen Medikamente** einnehmen, **die sich** auf eine andere ihrer fünf Erkrankungen **ungünstig auswirken können**.
- In 7 Bereichen muß Hausarzt darauf achten, daß sich 2 Medikationen nicht gegenseitig beeinträchtigen: **9 konkret erwähnte Interaktionen**.
- Patientin muß **in 8 Bereichen** darauf achten, die **Therapie nicht durch** ihre **Ernährung** (z.B. Fruchtsäfte, Alkohol) zu **beeinträchtigen**.

## Fazit: Krankheitsspezifische Leitlinien

- ... enthalten **zumeist keine Empfehlungen** zur notwendigen **Adaptation bei älteren Patienten**,
- ... enthalten **zumeist keine Empfehlungen** zur notwendigen **Prioritätensetzung bei Multimorbidität**,
- ... sind **bei Multimorbidität schwierig zu implementieren**
- ... und **können** hier sogar **gefährlich sein** (Interaktionen, UAWs, Medikationsfehler, Hospitalisierung).

## Schlußfolgerungen zur weiteren Diskussion

1. **Konzentration** auf *relevante* Implementierungsziele
2. „**Stimmungen**“ (Überforderung, Angst) an der Basis **müssen ernstgenommen werden**
3. **Es fehlt eine (positive) Vision** für die Praxis / das Gesundheitswesen der Zukunft – und die Rolle und Funktion von Leitlinien darin
4. **Evidenzbasierte Leitlinien sollten auch evidenzbasiert implementiert werden:**  
in der Regel Kombination unterschiedlicher Strategien („multifaceted intervention“)
5. **Leitlinien müssen zukünftig Multimorbidität** (sowie notwendige Adaptation nach Alter) **berücksichtigen und eine bewußte Prioritätensetzung fördern**