

## Schwerpunkt

# Konsensusfindung in evidenzbasierten Leitlinien – vom Mythos zur rationalen Strategie

Ina B. Kopp<sup>1,\*</sup>, Hans-Konrad Selbmann<sup>2</sup>, Michael Koller<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

<sup>2</sup>Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Universitätsklinikum Tübingen

<sup>3</sup>Zentrum für Klinische Studien, Klinikum der Universität Regensburg

## Zusammenfassung

Leitlinien sollen als Entscheidungshilfen mit konkreten Handlungsempfehlungen auf der Basis bestverfügbaren Wissens zu einer guten medizinischen Versorgung beitragen. Das Erreichen dieses Ziels setzt eine klare, systematische methodische Vorgehensweise bei der Leitlinienentwicklung voraus. Wesentliche Elemente sind dabei Recherche, Auswahl und Bewertung empirischer Belege vorhandenen Wissens. Zu bestimmten Anteilen werden aber immer auch Erfahrungen, subjektive Einschätzungen und Wertvorstellungen in Leitlinienempfehlungen einfließen, insbesondere bei der klinischen Beurteilung der Aussagefähigkeit und Anwendbarkeit der Evidenz. Um in diesem Prozess qualitativ hochwertige Ergebnisse zu erreichen, sollten formale Konsensustechniken mit Beteiligung der poten-

tiellen Anwender und Betroffenen eingesetzt werden. Charakteristisch für diese Techniken ist die strukturierte Interaktion, in deren Rahmen individuelle Beiträge der Teilnehmer systematisch erfasst, transparent gemacht und zusammengeführt werden. Qualität und Akzeptanz der Ergebnisse werden von der Vorbereitung und praktischen Durchführung der Verfahren bestimmt. Dabei spielen individual- und gruppenpsychologische Einflussfaktoren eine wichtige Rolle. Der Methodik der Konsensusfindung kommt daher bei der Leitlinienentwicklung ebenso große Bedeutung zu wie der Methodik der Evidenzsynthese.

**Sachwörter:** Leitlinien, Evidenzbasierte Medizin, Gruppenprozesse, Konsensus

## Consensus Development in Evidence-based Guidelines: from Myths to Rational Strategies

### Abstract

Guidelines are meant to be decision aids with precise procedural recommendations that are based upon the best knowledge available and thus should contribute to improving healthcare delivery. The achievement of this goal necessitates both a systematic and methodically sound approach in guideline development. Essential elements include the search for and the selection and evaluation of empirical evidence for existing knowledge. In addition, personal experience and

subjective judgements will always be part of guideline recommendations, especially when the applicability of the evidence is appraised and health benefits and risks of different management options for the disease or condition are considered. To achieve high-quality results in this process, formal consensus techniques should be employed and potential users and affected patients should be involved. Typical of this technique is the structured interaction that provides the framework in which contributions of

\*Korrespondenzadresse: PD Dr. Ina B. Kopp, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), c/o Institut für Theoretische Chirurgie Philipps-Universität; Baldinger Str.; 35043 Marburg. Tel.: +06421 2862249; Fax: +06421 2868926.  
E-Mail: [kopp@mail.uni-marburg.de](mailto:kopp@mail.uni-marburg.de) (I.B. Kopp)

individual participants are documented, made transparent and brought together. Quality and acceptance of results are determined by the preparation and practical implementation of these procedures, in which in-

dividual- and group-psychological influencing factors play an important role. Along with the methods of evidence synthesis, structured consensus building methodology represents a cornerstone of guideline development.

**Key words:** guidelines, evidence-based medicine, group processes, consensus

## Hintergrund: Warum benötigen wir Evidenz- und Konsensbasierte Leitlinien?

Seit über einem Jahrzehnt werden Leitlinien verstanden als „systematisch entwickelte Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten, ggf. anderen Gesundheitsberufen sowie Patienten für eine angemessene Vorgehensweise bei vorgegebenen Gesundheitsproblemen“ [1-3]. Leitlinien sollen explizit ausformulierte Handlungsempfehlungen bereitstellen und dabei „die beste Evidenz mit anderen Kenntnissen, die für die Entscheidungsfindung hinsichtlich eines bestimmten Gesundheitsproblems erforderlich sind“, kombinieren [4]. Sie haben damit die Aufgabe, den gegenwärtigen Erkenntnisstand aus wissenschaftlicher Evidenz und Praxiserfahrung zu speziellen Fragestellungen „explizit darzulegen, unter methodischen und klinischen Aspekten zu bewerten, gegensätzliche Standpunkte zu klären, sowie unter Abwägung von Nutzen und Schaden das derzeitige Vorgehen der Wahl zu definieren“ [1]. Über die Vermittlung und Umsetzung des aktuellen Erkenntnisstands können Leitlinien zur Qualitätsförderung in der medizinischen Versorgung beitragen.

Konkret bedeutet Evidenzbasierung im Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung die systematische Recherche, Auswahl und Bewertung empirischer Belege des vorhanden Wissens aus Wissenschaft und Praxis zu spezifischen Entscheidungssituationen bzw. Fragestellungen als Grundlage für die Formulierung von Empfehlungen. Idealerweise sollten sich Leitlinienempfehlungen explizit auf die Ergebnisse möglichst qualitativ hochwertiger klinischer Studien stützen. Leitlinien sollen aber nicht nur einzelne Fragestellungen be-

antworten, sondern Empfehlungen für ganze Versorgungsabläufe bereitstellen. Dadurch unterscheiden sie sich von anderen Formen zusammenfassender Darstellungen, wie systematischen Übersichtsarbeiten (Beantwortung einer wissenschaftlichen Fragestellung) und Health Technology Assessment (Aufbereitung vorhandener Informationen für Entscheidungen auf der Gesundheitssystemebene) [5]. In vielen Bereichen, in denen Kliniker und Patienten Entscheidungshilfen benötigen, wird man dabei mit fehlenden oder unsicheren empirischen Belegen umgehen müssen [6]. Neben der methodischen Güte der Evidenz geht auch die Beurteilung ihrer klinischen Implikationen, ihrer Aussagefähigkeit und Anwendbarkeit in die Formulierung von Empfehlungen ein, im Englischen „considered judgement“ genannt [7-9]. Dabei spielen Wertvorstellungen eine große Rolle, wenn die Relevanz von verschiedenen Versorgungszielen und Studienendpunkten (z.B. Mortalität und Lebensqualität), das Verhältnis von Wirkungen und Nebenwirkungen (oft auf der Basis unterschiedlicher Evidenzstärken) oder erwarteter Individual- und Sozialnutzen möglicher Interventionen abzuwägen sind. Schließlich ist eine Leitlinie immer das Ergebnis von Selektionsprozessen – von der Eingrenzung des Aufgabenbereichs der Leitliniengruppe über die Auswahl relevanter Studien bis hin zur Festlegung geeigneter Überprüfungskriterien für die Umsetzung und Auswirkungen der Leitlinie in der Praxis [8,9]. Leitlinien basieren also immer zu bestimmten Anteilen auf Erfahrungen, Wertvorstellungen und subjektiven Einschätzungen. Diese können theoretisch auf drei Wegen erfasst und eingearbeitet werden: durch Konsultation der „erfahrenen Experten“ (z.B. externe Begutachtung), im Rahmen informeller Methoden der Konsensfindung (z.B. moderierte Diskussionen mit Fokusgruppen),

oder im Rahmen formaler Methoden der Konsensfindung.

## Formale Methoden der Konsensfindung: Rationale und Charakteristika

International werden bei der Entwicklung von Leitlinien heute in der Regel die Strategien der Evidenzsynthese und der Konsensfindung kombiniert, wobei oft noch informelle Verfahren eingesetzt werden [10]. Konsensusverfahren werden aber seit mehr als 30 Jahren im Rahmen verschiedener Bereiche der Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen eingesetzt und systematisch analysiert [11-14]. Zu den wichtigsten Erkenntnissen gehört, dass

- individuelle, aber auch Gruppeneinschätzungen anfällig für eine Vielzahl unerwünschter Einflüsse sind;
- Gruppen mit höherer Wahrscheinlichkeit zu einer rationalen, validen Einschätzung gelangen und einflussreicher sind als individuelle Experten, diese Potentiale aber in der Praxis keineswegs immer ausgeschöpft werden;
- informelle Verfahren bezüglich Repräsentativität, Reproduzierbarkeit und Akzeptanz der Ergebnisse formalisierten Verfahren unterlegen sind;
- die Ergebnisqualität nicht nur von der Art, sondern auch wesentlich von der Vorbereitung und Durchführung der Verfahren abhängen.

Bei der Leitlinienentwicklung sollten deshalb wissenschaftlich begründete, formale Methoden der Konsensfindung mit Beteiligung der potentiellen Anwender und Betroffenen eingesetzt werden [2,3,13,15,16].

Formale Methoden der Konsensfindung sind dadurch charakterisiert, dass

**Tabelle 1.** Formalisierte Konsensusverfahren (modifiziert nach [10,12]).

| Bezeichnung                     | Ablauf   | Charakteristika  |
|---------------------------------|--|--|
| <b>Nominaler Gruppenprozess</b> | Die Teilnehmer treffen sich persönlich, die Gruppe wird durch einen unabhängigen, geschulten Moderator unterstützt. In einer Stillarbeitsphase formuliert jeder Teilnehmer seinen Standpunkt zunächst schriftlich (silent generation). In weiteren Schritten werden alle Beiträge im Einzelumlaufverfahren registriert (round robin), der Gruppe dargelegt, begründet, unklare Punkte erörtert und Doppelmeldungen eliminiert. Dann wird ein Trend ermittelt, erst danach diskutiert und endgültig abgestimmt. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehr hohe Strukturierung der Interaktion</li> <li>- Hohe Beteiligung der einzelnen Teilnehmer</li> <li>- Direkter Austausch in der Gruppendiskussion erleichtert Klärung von Dissens</li> <li>- Relativ geringer organisatorischer Aufwand</li> <li>- Eingeschränkte Teilnehmerzahl (15-20)</li> </ul>              |
| <b>Delphi-Technik</b>           | Die Beiträge werden schriftlich und anonymisiert mittels strukturierter Fragebögen eingeholt, zusammengefasst und der Gruppe zurückgemeldet. Oft werden numerische Einschätzungen erfragt, die statistisch ausgewertet werden können. Die Befragungsrunden werden bis zum Erreichen einer Gruppenantwort (Konsens oder begründeter Dissens) fortgeführt.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geeignet für größere Teilnehmerzahl</li> <li>- Anonymisierung schützt Einzelbeiträge und unterstützt die Fokussierung auf Inhalte</li> <li>- Kein direkter Austausch</li> <li>- Sehr hoher organisatorischer Aufwand</li> </ul>   |
| <b>Konsensuskonferenz</b>       | Im ersten Teil der Konferenz treffen sich die Teilnehmer in themenspezifischen Kleingruppen und erarbeiten gemeinsame Stellungnahmen. Im zweiten Teil der Konferenz werden von Sprechern der Gruppen dem Gesamtplenium die Ergebnisse der Kleingruppendiskussionen vorgetragen und die Stellungnahmen zur Abstimmung gebracht. Kleingruppen und Plenarsitzung werden durch unabhängige Moderatoren unterstützt.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geeignet für über 100 Teilnehmer, optimal ca. 60</li> <li>- Anonymisierte Abstimmung mit elektronischen Systemen möglich</li> <li>- Plenum eignet sich für erweiterte externe Prüfung und fördert die Akzeptanz</li> <li>- Geringere Möglichkeit zu Interaktion und Strukturierung der Gruppendiskussion</li> </ul> |

Gruppenentscheidungen im Rahmen einer strukturierten Interaktion herbeigeführt werden. Dazu gehören die explizite Erfassung und Zusammenführung der Beiträge aller individuellen Teilnehmer sowie die Möglichkeit, persönliche Einschätzungen in Kenntnis der Gruppenperspektive zu überdenken, bevor ein endgültiges Ergebnis festgestellt wird. Dabei werden einfache quantitative Verfahren (Erfassung der Teilnehmervoten, der prozentualen Zustimmung und der sich daraus ergebenden Konsensstärke) oder statistische Auswertungen (Ranking verschiedener Optionen und Mittelwertbestimmung) eingesetzt [13].

Die am häufigsten eingesetzten formalen Methoden der Konsensfindung sind „Nominaler Gruppenprozess“, „Delphi-Technik“ und „Strukturierte Konsensuskonferenz“ [11,13,17].

Konzeptionell sind diese Methoden auf unterschiedliche Aufgabenstellungen und Zielsetzungen ausgerichtet. Daher unterscheiden sie sich in einigen verfahrensspezifischen Charakteristika (Tabelle 1).

Die Entwicklung des **Nominalen Gruppenprozesses** stützt sich unmittelbar auf die Ergebnisse sozialpsycho-

logischer Forschung zur Arbeit in Gruppen [11,13,18]. Die hohe Strukturierung des Verfahrens mit Phasen unabhängiger und interaktiver Arbeit der Teilnehmer ist besonders hilfreich zur Lösung komplexer Entscheidungsprobleme und zur Erfassung und Klärung unterschiedlicher Perspektiven – einer klassischen Aufgabe bei der Formulierung von Leitlinienempfehlungen.

Die **Delphi-Technik** wurde für Vorhersagen des erwarteten Nutzens alternativer Interventionen konzipiert [11,13]. Über den Namen hinaus hat sie nichts mit dem griechischen Orakel gemein, vielmehr soll sie zur bestmöglichen Informationsgewinnung aus Erfahrung und Intuition ausgewählter Experten beitragen, wenn empirische Belege fehlen. Die Anonymität der Befragungen unterstützt die Konzentration auf eine rationale, inhaltliche Diskussion. Darüber hinaus können die Einschätzungen der Teilnehmer quantifizierbar gemacht werden, um sie in mathematischen Entscheidungsmodellen einzusetzen [12].

**Strukturierte Konsensuskonferenzen** wurden eingeführt, um die Legitimation und Akzeptanz von Ent-

scheidungen im Gesundheitssystem zu fördern, und zwar durch die Erfassung unterschiedlicher Perspektiven und kritischer Standpunkte im Rahmen einer breiten, öffentlichen Diskussion. Hintergrund war der wahrgenommene Bedarf, Information aus verschiedenen Quellen, vornehmlich Health Technology Assessment und klinischer Expertise, zusammenzuführen und auch den Wissensaustausch mit politischen Entscheidungsträgern und Kostenträgern zu verbessern [13,17].

Aufgrund der unterschiedlichen Ausrichtungen und der sich daraus ergebenden verfahrensbedingten Vor- und Nachteile werden bei der Leitlinienentwicklung zunehmend Kombinationen der einzelnen Verfahren eingesetzt [14].

## Ergebnisqualität formaler Konsensusverfahren: Quellen für Bias

Die Beurteilung der Validität von Konsensusentscheidungen bereitet erhebliche Schwierigkeiten [13]. Sie sind

sicher nicht valide, wenn sie ohne Grund in klarem Konflikt zur gegenwärtig verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz stehen. Konsensusverfahren werden aber gerade dort eingesetzt, wo Unsicherheit darüber besteht, was richtig ist und was nicht und wo Erfahrungen und Werturteile gefragt sind. Ob eine Entscheidung richtig war, lässt sich dann erst nachgerade beurteilen, wenn entsprechende wissenschaftliche Erkenntnisse verfügbar oder die Auswirkungen der Entscheidung erfassbar werden. Dennoch kann sie die bestmögliche Entscheidung zur Zeit ihres Bedarfs gewesen sein. Die gleiche Problematik ergibt sich, wenn bei einer vergleichenden Beurteilung datenbasierte mathematische Entscheidungsmodelle als „Goldstandard“ herangezogen werden sollen. Alternativ können die interne Logik und Konsistenz sowie die Reproduzierbarkeit der Gruppeneinschätzungen betrachtet werden [13,14].

Da insgesamt die Ergebnisqualität von Konsensusverfahren kaum direkt und absolut beurteilt werden kann, ist es umso wichtiger, die Faktoren zu verstehen, die diese beeinflussen können und formale Techniken richtig einzusetzen. Analog zu klinischen Studien kommt es also auch bei der Planung und Durchführung von Konsensusverfahren darauf an, mögliche Quellen systematischer Verzerrungen zu kennen und – wenn möglich – zu vermeiden. Auch sind Abstimmungsverläufe, Ergebnisse, Bereiche, in denen kein Konsens erzielt wurde, und ggf. Minderheitsmeinungen mit entsprechenden Begründungen zu dokumentieren.

Es liegt auf der Hand, dass die Verfügbarkeit und Qualität von Informationen für die Entscheidungsfindung (aufbereitete Evidenz), Status- und Persönlichkeitsmerkmale der einzelnen Teilnehmer, sowie Partikularinteressen persönlicher, politischer, oder wirtschaftlicher Art Einflüsse begründen können. Vielleicht noch wichtiger sind aber individual- und gruppenpsychologische Phänomene [13,14,18]. Die in Bezug zur Leitlinienthematik sieben wichtigsten Quellen für Bias und konkrete Lösungsansätze werden im folgenden vorgestellt (Tabelle 2).

## Selektion der Teilnehmer

Die Zusammensetzung des Leitliniengremiums hat wesentlichen Einfluss auf die Akzeptanz und Umsetzung der Leitlinie [19]. Sie kann sich aber auch auf das Ergebnis der Konsensusverfahren auswirken [13,14]. „Macher“ neigen dazu, Interventionen positiver einzuschätzen als „Nicht-Macher“ z.B. favorisierten bei Koronarer Herzkrankheit Kardiologen öfter Katheter-interventionelle und Chirurgen öfter operative Verfahren zur Revaskularisation. Dieser Effekt ist durch das Bestreben nach innerer Konsistenz erklärbar (Theorie der kognitiven Dissonanz [20]). Die Rückmeldung anderer Teilnehmer, vor allem solcher mit anderem Hintergrund, kann zu einer kritischeren Sichtweise und der Vermeidung von „Betriebsblindheit“ beitragen; eine Erkenntnis, die mit der Sozialen Einflussstheorie in Einklang steht. Größere, multidisziplinäre Gremien können zu ausgewogeneren und besser reproduzierbaren Einschätzungen gelangen [13].

Bei der Zusammensetzung eines Leitliniengremiums sollten die im Wesentlichen von den Empfehlungen Betroffenen angesprochen werden, das heißt die im Anwendungsbereich der Leitlinie an der Versorgung beteiligten Fachgruppen und auch die Patienten, für die eine Leitlinie gelten soll [2,3]. Die Teilnehmer sollten über Expertise, d.h. klinische, wissenschaftliche oder selbst-erlebte Erfahrung im Themengebiet und über Ansehen im Anwenderkreis der Leitlinie verfügen [13]. Unerwünschten Selektionseinflüssen kann außerdem durch öffentliche Ausschreibung des Leitlinienprojekts entgegengewirkt werden sowie durch Einholung von Mandaten der Teilnehmer bei den durch sie repräsentierten Organisationen und durch Interessenskonflikt-erklärungen.

## Präsentation der Information

In Gruppendiskussionen werden Informationen, die vorher allen Teilnehmern zur Verfügung standen (geteilte Information), häufiger zur Sprache gebracht, als glaubwürdiger und relevanter eingeschätzt und fließen stärker

in die gemeinsame Entscheidung ein als solche, die vorher nur Einzelnen zur Verfügung standen (ungeteilte Information) [13]. Das gleiche gilt für Informationen, die den eigenen Zielen und Wertvorstellungen entsprechen (präferenzkonsistente Information) [13]. Individuelle Einschätzungen werden vom Detaillierungsgrad der Information beeinflusst; z.B. wurde die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Diagnose und der Angemessenheit einer Intervention bei wenigen angebotenen Alternativen hoch, bei mehreren geringer eingeschätzt [13].

Bei der Leitlinienentwicklung hat es sich bewährt, die zu konsentierenden Materialien mit ausreichender Hintergrundinformation (z.B. Leitlinienentwurf, Erläuterungen, Evidenztabellen, Methodenreport) schriftlich allen Teilnehmern zur Verfügung zu stellen. Das Konsensusverfahren selbst sollte mit einer Einführung in die bisher erbrachten Vorarbeiten, Ziele und noch ausstehenden Aufgaben beginnen. Bei Unsicherheit bezüglich der Datenlage in einer Entscheidungssituation ist rational begründeter Wissenszuwachs ein erklärtes Ziel der Konsensfindung. Dabei wird angenommen, dass die beste Entscheidung sich aus der Summe der Informationen verschiedener Experten ergibt („hidden profile“). Deshalb sollten die individuellen Beiträge und Präferenzen aller Teilnehmer aktiv erfragt und eine möglichst vollständige Beteiligung erreicht werden.

## Majoritäts- und Minoritätseinfluss

Majoritätseinfluss bezeichnet den Umstand, dass eine Mehrheit von Gruppenmitgliedern eine abweichende Meinung unterdrückt, sodass diese im Abstimmungsprozess eliminiert wird [18]. Das kann vor allem passieren, wenn mit diesen Meinungen neue Informationen vorgetragen werden. Entgegengesetzt kann eine Einzelperson oder Minderheit von Experten durch Beharrlichkeit und flexible Argumentation die Gruppe zur Meinungsänderung bewegen [18]. Beide Einflüsse können wünschenswert sein, wenn sie informativ sind, d.h. auf Fakten basieren; jedoch auch unerwünscht, wenn

**Tabelle 2.** Barrierenanalyse: Einflussfaktoren auf die Entscheidungsfindung in Konsensusverfahren (modifiziert nach [13,14,18]).

| Problem  | Lösungsansatz  |
|--|--|
| <b>Selektion der Teilnehmer</b>  |  |
| Das Leitliniengremium ist nicht repräsentativ für die Anwenderzielgruppe<br>Verschiedene Gruppen kommen zu verschiedenen Ergebnissen<br>Es kommt zu Meinungsbeeinflussungen durch Dritte | Öffentliche Ausschreibung des Leitlinienprojekts<br><br>Einladung aller relevanten Berufsgruppen und Patienten<br>Einholung von Mandaten, Sicherstellung von Rückkopplungen mit den durch die Teilnehmer repräsentierten Organisationen<br>Interessenskonflikte erklären |
| <b>Präsentation der Information</b>  |  |
| Die Teilnehmer sind nicht ausreichend vorinformiert<br><br>Neue und den Präferenzen der Teilnehmer widersprechende Informationen werden nicht ausreichend berücksichtigt                 | Schriftliche Vorinformation und Einführung über den Stand der Arbeiten an der Leitlinie<br><br>Individuelle Beiträge aktiv erfragen, vollständige Teilnahme anstreben  |
| <b>Majoritäts- und Minoritätseinfluss</b>  |  |
| Die Mehrheit unterdrückt/eliminiert abweichende Meinungen<br><br>Dominanz/Geschick Einzelner stimmen die Gruppe um<br><br>Eine Minderheit instrumentalisiert die Gruppe (Machtausübung)  | Kanalisation der Interaktionen innerhalb der Gruppe: jeder Teilnehmer kommt unbeeinflusst zu Wort<br><br>Transparente Darlegung des Abstimmungsprozesses, auch Dissens und Minderheitsvoten  |
| <b>Groupthink</b>  |  |
| Hoher Druck /zu rasche Entscheidung führt zu Konsens über eine vorgefertigte Meinung<br>Oppositionsstandpunkte werden nicht geklärt  | Opposition ausdrücklich zulassen<br><br>Mögliche Fehler ausräumen durch Vorbereitungs- und Abstimmungsprozess in mehreren Schleifen, Nachrecherche und –bewertung der Literatur, externe Begutachtung  |
| <b>Soziales Faulenzen</b>  |  |
| Trittbrettfahrer, die nicht wesentlich zum Gruppenprodukt beitragen  | Identifizierbarkeit der Einzelbeiträge gewährleisten (Motivation)<br>Detailarbeit in Kleingruppen verteilen (Verantwortlichkeit)   |
| <b>Brainstorming</b>   |  |
| Assoziatives, unsystematisches generieren von Ideen im Gruppenkontext<br>Produktivitätsverlust durch wechselseitige Reaktionsblockaden   | Gegenstandskatalog für den Konsensusprozess vorbereiten nach den Kriterien der EbM<br>Grundsätzliche Kriterien für Werturteile a priori definieren<br>Strukturierte Interaktion; Beiträge, Klarstellungen, Begründungen, offene Fragen erfassen                          |

sie normativ sind, d.h. sozialer Druck ausgeübt wird [13]. Im schlimmsten Fall können sowohl Majoritäts- als auch Minoritätseinfluss in Machtausübung übergehen: die Gruppe macht einen Abweichler mundtot oder Einzelne instrumentalisieren die große Gruppe, um die eigene Meinung festzuschreiben. Diese Einflüsse untermauern die Notwendigkeit der Kanalisierung der Interaktionen innerhalb von Gruppen. Alle Teilnehmer sollten die gleiche Möglichkeit haben, Beiträge unbeeinflusst zu formulieren und einzubringen. Zielführend wirkt auch die Mehrstufigkeit des Abstimmungsprozesses in formalen Konsensusverfahren (Möglichkeit, den eigenen Standpunkt zu über-

denken) und die Art der Präsentation der Zwischenergebnisse (Angabe der Konsensstärke als prozentuales Zahlenverhältnis) [21].

### Gruppendenken (Groupthink)

Der Begriff Groupthink wurde in Zusammenhang mit katastrophalen Fehlentscheidungen in Politik und Wirtschaft geprägt [13,18]. Der Drang zu einer Gruppenentscheidung unter hohem Druck kann zu Konsens über eine vorgefertigte Meinung führen, ohne dass Oppositionsstandpunkte und kritische Aspekte geklärt werden. Dabei können einzelne Teilnehmer zustimmen, obwohl sie eigentlich anderer

Auffassung sind (Selbst-Zensur). Dieses Phänomen kann vor allem in Gruppen auftreten, die sehr kohärent sind, in denen überzeugte Meinungsführer vertreten sind und die unter zu großem Zeitdruck stehen.

Bei der Leitlinienentwicklung ist dieses Phänomen zu umgehen, indem die Gruppen multidisziplinär zusammengesetzt werden, Opposition ausdrücklich zugelassen wird, der Moderator im Bedarfsfall die Rolle des "advocatus diaboli" einnimmt und die Möglichkeit der Nacharbeit eingeräumt wird. Dabei können ergänzende Literaturrecherchen und ein erneuter Abstimmungsprozess, eine anonymisierte Delphirunde und externe Begutachtung er-

wogen werden. Hilfreich ist auch, Konsens nicht zu erzwingen, sondern in begründeten Fällen auch Dissens und/oder Minderheitsmeinungen zu dokumentieren.

### Soziales Faulenzen

Soziales Faulenzen oder Trittbrettfahrermentalität bezeichnet das Phänomen, einer Gruppe anzugehören, ohne wirklich zum Gruppenprodukt beizutragen [18]. Motivation und das Gefühl eigener Verantwortlichkeit sind die Schlüssel zu seiner Behebung. Dazu sollten die individuellen Beiträge (auch bei der Publikation) identifizierbar gemacht, spezielle Aufgaben auf Kleingruppen verteilt und den Teilnehmern selbst die Wahl überlassen werden, welche Aufgaben sie übernehmen wollen.

### Brainstorming

Brainstorming ist das assoziative und unstrukturierte Generieren von Ideen im Gruppenkontext [18]. Das kann zu gegenseitigen Blockaden der Teilnehmer führen, wenn zu sehr von der eigentlichen Aufgabe abgewichen und es schwer möglich wird, den Beiträgen noch zu folgen. Das Ergebnis ist ein Verlust an Produktivität und Kreativität. Um diese Tendenz zu vermeiden, sollte bei der Leitlinienentwicklung die Aufgabe der Konsensusgruppe klar umrissen und die Strukturierung der Gruppenarbeit (Einführung der Teilnehmer, Regelung der Erfassung von Beiträgen, Klarstellungen, Begründungen und offenen Fragen) gewährleistet werden. Wenn es um die Verabschiedung der Empfehlungen geht, sollte der Gegenstandskatalog für das Konsensusverfahren durch die Leitungsgruppe nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin vorbereitet und die grundsätzlichen Kriterien für das Werturteil (considered judgement) a priori definiert werden [8,16,22].

### Fazit

- Bei der Entwicklung von Leitlinien kommt der strukturierten Konsensfindung mit Beteiligung der poten-

tiellen Anwender und Betroffenen ebenso große Bedeutung zu wie der Evidenzsynthese.

- Formale Konsensusverfahren sind wissenschaftlich begründete Methoden; ihre Anwendung kann auf höchstem Evidenzniveau empfohlen werden.
- Analog zu klinischen Studien kommt es auch bei Konsensusverfahren darauf an, bei der Planung und Durchführung mögliche Quellen systematischer Verzerrungen zu kennen und zu vermeiden sowie Ablauf und Ergebnisse sorgfältig zu dokumentieren.

Aufgrund der Fülle der publizierten konzeptionellen und experimentellen Arbeiten zu Gruppenentscheidungen und Konsensusverfahren wurde fast ausschließlich auf systematische Übersichten verwiesen. Die Lektüre der Primärliteratur ist empfehlenswert.

### Literatur

[1] Field MJ, Lohr KN. 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), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wes 2005; 99(8): 468-92. Internet: [www.delbi.de](http://www.delbi.de)

[3] Lorenz W, Ollenschläger G, Geraedts M, Gandjour A, Helou A, Kirchner H, et al. „Das Leitlinien-Manual“ von AWMF und ÄZQ. Z ärztl Fortbild Qualitätssich 2001;95(Suppl.1):50.

[4] Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes B. Evidenzbasierte Medizin—EBM-Umsetzung und -vermittlung. Deutsche Ausgabe: Regina Kunz und Lutz Fritsche. München, Zuckschwerdt; 1999;S:89-90.

[5] Lelgemann M, Lang B, Kunz R, Antes G. Leitlinien Was haben Ärzte und Patienten davon. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2005;48(2): 215-20.

[6] Neises G, Windeler J. Wie viel ist „evidenzbasiert“? Eine Übersicht zum aktuellen Forschungsstand. Z ärztl Fortbild Qualitätssich 2001;95(2):95-104.

[7] Verkerk K, van Veenendaal H, Severens J, Hendriks EJM, Burgers JS. Considered jud-

gement in evidence-based guideline development. International Journal for Quality in Health Care 2006;18(5):365-9.

[8] GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. British Medical Journal 2004;328: 1498-506.

[9] Selbmann HK. Ist Konsens bei der Leitlinienerstellung Nonsense? Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wes 2006;100(7):536-41.

[10] Burgers JS, Grol R, Klazinga N, Mäkelä M, Zaat J for the AGREE Collaboration. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. International Journal for Quality in Health Care 2003;15(1):31-45.

[11] Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH.. Group techniques for program planning Glenview, IL: Scott, Foresman and Company; 1975.

[12] Chapman G, Sonnenberg A. Decision Making in Health Care. Theory, Psychology and applications. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.

[13] Black N., Murphy M., Lamping D., McKeen M., Sanderson C., Askham J., Marteau T., Consensus development methods: a review of best practice in creating clinical guidelines, J Health Serv Res Policy, 1999; 4(4): 236-248 Volltext: Health Technology Assessment 1998;2(3). Internet: [www.ncchta.org/fullmono/mon203.pdf](http://www.ncchta.org/fullmono/mon203.pdf)

[14] Hutchings A, Raine R. A systematic review of factors affecting the judgments produced by formal consensus development methods in health care. J Health Serv Res Policy 2006;11(3):172-9.

[15] Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. Lancet 1993;342:1317-22.

[16] Europarat. Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis—Empfehlung Rec(2001)13 des Europarates und erläuterndes Memorandum. Z ärztl Fortbild Qualitätssich 2002;96(Suppl. II):1-59.

[17] Ferguson JH. NIH consensus conferences: dissemination and impact. Ann Ny Acad Sci 1993;703:180-98.

[18] Koller M. Beiträge der Sozialpsychologie zur Analyse und Lösung von Problemen im deutschen Gesundheitssystem – das Beispiel Leitlinien. Zeitschrift für Sozialpsychologie 2005;36(2):47-60.

[19] Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, Wensing M, Dijkstra R, Donaldson C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess 2004;8(6) iii-72.

[20] Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Stanford: Stanford Univ. Press, 1957.

[21] Gardikiotis A, Martin R, Hewstone M. Group consensus in social influence: type of consensus information as a moderator



of majority and minority influence. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2005;31(9):1163–74.

[22] Bundesärztekammer, AWMF, Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg). Programm für Nationale Versorgungsleitlinien – Me-

thodenreport. Berlin, ÄZQ. Internet: [www.methodik.n-v-l.de](http://www.methodik.n-v-l.de)

**Zu: Juche, A., Kunz, R., Willich, S.N., Brüngenjürgen, B.: Implementierung evidenzbasierter Medizin in der hausärztlichen Praxis (Neuköllner Recherche-Projekt) – Akzeptanz und Nutzung eines externen Rechercheangebots. Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes. (2006) 100; 383-387.**

#### **Praxisübliche Lösung von Patientenproblemen – Zweitmeinung – Expertenrat**

Juche und Mitarbeiter spiegeln die geringe Nutzung von externen Recherchen durch Hausärzte wieder. Dabei stellen sie für die eingereichten lösbaren Fragestellungen einen mehrere Stunden umfassenden Bearbeitungsaufwand dar. Ist das Angebot praxisgerecht zumal den Hausärzten doch scheinbar sehr viel Arbeitsaufwand abgenommen wird?

Die Behandlung von Patienten in einer Praxis und einer Ambulanz erfordert in erster Linie, dass die mit Mitteln der Einrichtung **lösbare Problematik** erkannt wird. Durch die Beobachtung des Verlaufes kann das Ergebnis eingeschätzt werden. Arztpraxen leisten durch die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung, das was in Ambulanzen mit Schichtbetrieb nur aufgrund von Dokumentationen getätigt werden kann: Fallüberwachung. Aus der Erinnerung des Aspektes einer Wunde im Verlauf von Tagen schließt der Arzt auf einen Heilungsverlauf. Aus dem Vergleich von HBA1c-Werten im Quartalsvergleich schlussfolgert der Arzt auf Interventionsbedarf. Unklare Krankheitsbilder ohne akute Bedrohlichkeit wird er gleichfalls beobachten. Die Schnittstelle zu Gebietsärzten, stationären Einrichtungen sind der Bedarf nach in der Regel durch Gerätetechnik bestimmten Methoden, nach Ressourcen (zum Zwecke der Behandlung bei Ausschöpfung eigener regulierter Mittel) und nach Anwendung von Prozeduren (strukturierte Therapie, Untersuchungskaskade in Abhängigkeit eines indizierenden Symptomenkomplexes).

Dennoch sollten Primärärzte einen Bedarf an externer Information haben, der für den einzelnen Fall oder für eine Vorgehensweise Entscheidungen beeinflusst. Dieser Bedarf wird derzeit in Plenarfortbildungen erfüllt, nach welchen Primärärzte zuhörend und einzelne Fragen einbringend Teile des propagierten Vorgehens in ihr Praxiskonzept einbinden können.

**Zweitmeinung** ist für den Primärarzt jede durch eine Überweisung oder klinische Behandlung veranlasste Einschätzung. Diese können als vertextete Mitteilung argumentative Überzeugungskraft und für den Fall abweichender Therapieentscheidungen rechtsrelevante Beweisfähigkeit erreichen. Eigenständige Literaturarbeit zur Lösung von Patientenproblemen geht in Arztberichte selten ein. Auch die Überweisungsempfänger vermitteln Meinung, geben die aus ihren Praxisgegebenheiten erwachsenden Einschätzungen wieder. Die Überlegenheit der Zweitmeinung kann aufgrund des Fehlens von argumentativen Belegen nicht objektiviert werden. Sehr selten erhalten Arztbriefe, in welchen ein angewendetes Therapieverfahren mit Literatur in einer auf die Quelle verfolgbaren Zitierform belegt wird.

Der Arbeitstakt einer Primärpraxis ist vom Patientenstrom bestimmt und kann nur bei den Einbestellungen zur Kontrolle oder in programmatischen Versorgungsmöglichkeiten geplant werden. Die kritisierte 6-Minuten-Medizin ist obligatorisch bei vertraglich regulierten Leistungen. Würde der Arzt in den Konsultationen bei jedem Kontakt in Literatur Einsicht nehmen, um wie ein Bundesbahnbeamter trotz Kenntnis der bestmöglichen Strecke, dienstübliche Routinen abzuarbeiten, wäre eine Versorgung zu maximal 45,- € für drei Monate Patientenfürsorge nicht möglich. Massenbetrieb und bremsender Mehrbedarf in Versorgungssituationen, die durch den Patienten bestimmt sind, prägen den Arbeitsplatz Arztpraxis.

Lektüre von Fachbüchern, durchgereichten Zeitschriften, Korrespondenz mit Kollegen bestimmt den Austausch von fachlichen Inhalten

## ZaeFQ-Service Leserzuschriften

während der an Mittel der Praxis gebundenen Arbeitszeiten. Die Recherche ist dem Primärarzt daher als Praxisroutine fremd. Inwieweit methodisch durch Überweisungsempfänger recherchiert wird, die mitunter ein Fallbudget von 30,- € haben, sei dahin gestellt.

**Experte** ist der in Medien als Sprecher, als Meinungsbilder herausgestellte Kollege. Die niedrigste Schwelle zur Expertise ist das Wochenwerbeblatt. Treten Ärzte in Apotheken als Beratungsteam an, wächst ihr Ansehen in der Bevölkerung und vom Hausarzt werden Zuweisungen von den Patienten erbeten. Veröffentlichungen dieser Experten mögen Beiwerk sein. Entscheidend für den Status ist die Anerkennung durch Meinungsbildner.

**Bedarf** für eine literaturgestützte Recherche formuliert nicht einmal ein deutsches Amtsgericht, wenn die Geschäftsunfähigkeit eines Kranken attestiert werden soll. Ein Rezept mit der entsprechenden Mitteilung, gezeichnet vom Hausarzt reicht völlig aus!

Erst bei der Klärung von Dissonanz von Empfehlungen, bei der Planung selten praktizierter medizinischer Eingriffe gewinnt die Recherche für den Arzt an Bedeutung. Mit einem solchen Ergebnis steht der Primärarzt allerdings einsamer da, als wenn er sich in den Chor der Meinungsbildner einreicht. Klienten werden nur dann ein Interesse am medizinischen Sachverstand zeigen, wenn sie einen Gewinn anstreben. D.h. bei der Durchsetzung von Interessen in Rechtsstreiten, gegenüber Behörden, beim Erwirken von Versorgungsleistungen erwächst ein Markt für recherchierte Beratung. Die Regelfälle wollen Dienstleistungen wie vom Bäcker, was dieser über Backwaren liest, interessiert den kranken Kunden im Versorgungssystem nicht.

Martin P. Wedig  
Roonstr. 86  
44628 Herne  
Tel: 023238781  
E-Mail: [Martin.Wedig@uni-wh.de](mailto:Martin.Wedig@uni-wh.de)

