

Ärztliche Leitlinien in Deutschland – aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen

Günter Ollenschläger, Ullrich Oesingmann, Christian Thomeczek und Friedrich-Wilhelm Kolkmann

Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Köln

Zusammenfassung

Ärztliche Leitlinien werden in unserem Gesundheitssystem zunehmend als sinnvolle und notwendige Entscheidungshilfen zur Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung angesehen. Allerdings wurden in letzter Zeit wiederholt Zweifel an der Qualität eines großen Teils der veröffentlichten deutschsprachigen Leitlinien geäußert. Aus diesem Grund haben Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 1997 ein Programm zur Qualitätsförderung von Leitlinien in Deutschland initiiert. In diesem Zusammenhang wurden Instrumente entwickelt, mit deren Hilfe die Qualität von Leitlinien erfaßt und bewertet werden können. Außerdem wurden ein „Clearingverfahren für Leitlinien“ und Vorschläge für die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien entwickelt. Über Hintergründe und Inhalte dieser Maßnahmen wird im folgenden berichtet.

Sachwörter: Leitlinien, Qualität von Leitlinien, Fortbildung

Ärztliche Leitlinien werden in unserem Gesundheitssystem zunehmend als sinnvolle und notwendige Entscheidungshilfen zur Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung angesehen (1–7). Mit ihrer Hilfe können im Rahmen des individuellen Arzt-Patienten-Kontaktes – aber auch auf der sogenannten Makroebene (zum Beispiel bei der Auswahl von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung) – Entscheidungen über den Umfang von Versorgungsmaßnahmen, über die Angemessenheit der Leistung, über den Ablauf von Betreuungsprozessen gefällt werden (siehe Tab. 1).

Leitlinien nehmen somit unter den Qualitätssicherungsmaßnahmen in der medizinischen Versorgung eine zentrale Stellung ein. Sie sollten allerdings nicht nur als Regulierungs-

instrument gesehen werden. Vor allem geben Leitlinien den im Gesundheitswesen Tätigen Entschei-

dungsunterstützung bei der Patientenversorgung (8). Eine Leitlinie ist in diesem Sinne eine systematisch entwickelte Entscheidungshilfe über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen (siehe Tab. 2). Die Aufmerksamkeit, mit der die Öffentlichkeit derzeit die Entwicklung von deutschsprachigen Leitlinien beobachtet, kommt in der Fülle von Stellungnahmen, Aufsätzen (z. B. 9–20) und rechtlichen Bewertungen (21–23), die sich gerade in den letzten Monaten mit dieser Thematik beschäftigt haben, zum Ausdruck.

Tabelle 1. Ziele von Leitlinien (aus 3).

Leitlinien dienen

- der Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung,
- der Berücksichtigung systematisch entwickelter Entscheidungshilfen in der ärztlichen Berufspraxis,
- der Motivation zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener ärztlicher Vorgehensweise unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten,
- der Vermeidung unnötiger und überholter medizinischer Maßnahmen und unnötiger Kosten,
- der Verminderung unerwünschter Qualitätsschwankungen im Bereich der ärztlichen Versorgung,
- der Information der Öffentlichkeit (Patienten, Kostenträger, Ordnungsgeber, Fachöffentlichkeit u.a.) über notwendige und allgemein übliche ärztliche Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen.

Tabelle 2. Definitionen : Leitlinien – Richtlinien (aus 3).

- *Leitlinien* sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen.
- Leitlinien stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (ggf. unter Berücksichtigung von Patienten) zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen dar.
- Leitlinien sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen.
- Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muß.
- Leitlinien werden regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und ggf. fortgeschrieben.

Der Begriff *Richtlinien* sollte hingegen Regelungen des Handelns oder Unterlassens vorbehalten bleiben, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurden, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht.

Qualität von Leitlinien

In der internationalen Literatur besteht Konsens darüber, daß die Akzeptanz und die Wirksamkeit von Leitlinien ganz wesentlich von deren Qualität abhängen (24–32). Allerdings wurden in letzter Zeit wiederholt Zweifel an der Qualität eines großen Teils der veröffentlichten deutschsprachigen Leitlinien geäußert (2, 14, 15, 17, 18), wie etwa E. Buchborn vor dem 50. Bayerischen Ärztetag 1997: „So gleichen die in den letzten Jahren kurzfristig und hektisch zustande gekommenen, mehreren hundert Leitlinien der Fachgesellschaften und ihrer ad hoc gebildeten Expertengruppen mehr dem redaktionell verdichteten Inhalt von Lehrbüchern und Erfahrungssätzen eines tradierten Konsenses als wirklichen Standardisierungen mit gesicherter Wissensbasis“. Dabei handelt es sich offensichtlich um ein internationales Problem. Analysen aus Deutschland (33), den USA (34) und Australien (35) belegen übereinstimmend die insgesamt geringe Berücksichtigung von Qualitätskriterien für ärztliche Leitlinien (3, 31, 36) durch deren Autoren oder Herausgeber.

Die Widerstände gegen die Implementierung der aktuell verfügbaren deutschsprachigen Leitlinien werden vor allem mit folgenden Argumenten begründet (15, 17):

1. Die Qualität von Leitlinien (insbesondere des Entwicklungsprozesses) ist häufig nicht beurteilbar.
2. Belege für Empfehlungen sind oft nur unzureichend dokumentiert.
3. Angaben zum Umfang von Nutzen und Kosten fehlen meist.

Tabelle 3. Struktur der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ (aus 42).

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung

- Angabe der Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung
- Nennung der Autoren der Leitlinie
- Methodik der Identifizierung und Interpretation der Evidenz
- Technik der Formulierung der Leitlinienempfehlungen
- Angabe von Gutachterverfahren und Pilotstudien
- Kennzeichnung von Gültigkeitsdauer / Aktualisierung der Leitlinie
- Hinweise auf die Transparenz der Leitlinienerstellung

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie

- Beschreibung der Ziele der Leitlinie
- Bezeichnung des Kontextes (Anwendbarkeit / Flexibilität)
- Hinweise für Klarheit, Eindeutigkeit der Empfehlungen
- Angabe von Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie

- Vorstellungen zur Verbreitung und Implementierung
- Techniken für die Überprüfung der Anwendung

4. Es existieren verschiedene Leitlinien zu identischen Versorgungsproblemen unabgestimmt nebeneinander.
5. Probleme der hausärztlichen Versorgung werden nur unzureichend berücksichtigt.

Maßnahmen der ärztlichen Selbstverwaltung zur Qualitätsförderung von Leitlinien

„Leitlinie für Leitlinien“

Vor dem Hintergrund der geschilderten Schwierigkeiten haben Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung 1997 in ihrer gemeinsamen Stellungnahme „Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung“ (3) festgelegt, welche Qualitätsanforderungen die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften an Leitlinien stellen, die sie in ihrem eigenen Verantwortungsbereich nutzen wollen. Diese „Leitlinie für Leitlinien“ berücksichtigt die nationalen und internationalen Vorstellungen über die Charakteristika „guter“ Leitlinien (36–41); sie wurde unter anderem auch mit dem

Ziel veröffentlicht, die Bemühungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) um qualitativ hochwertige Leitlinien (7, 37–39) zu unterstützen und bestärken.

„Checkliste zur methodischen Qualität von Leitlinien“

Auf der Grundlage der Beurteilungskriterien wurde Anfang 1998 ein Instrument vorgelegt, mit dem die methodische Qualität von Leitlinien systematisch erfaßt werden kann (42). Diese *Checkliste* (s. Tab. 3) orientiert sich an Vorbildern aus Schottland und England (32, 43) und berücksichtigt Vorarbeiten einer deutschen Arbeitsgruppe (44). Die Checkliste wurde – gemeinsam mit einem Nutzermanual (45) – im März 1998 allen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kenntnis gebracht.

Clearingverfahren für Leitlinien

In Analogie zu einem US-amerikanischen Projekt „National Clinical Guideline Clearinghouse“ der AH-CPR (46, 47) wurde 1997 die Konzeption für ein deutschsprachiges Leitlinien-Clearingverfahren (31) vorgestellt und – in modifizierter Form – Anfang 1998 als gemeinsames Projekt von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung beschlossen (siehe (9) und Tab. 4, Abb. 1). Organisatorische Grundlage des Clearingverfahrens soll ein Netzwerk aus Anbietern und Nutzern von Leitlinien sowie von wissenschaftlich auf dem Gebiet der Medizin und des Gesundheitswesens Tätigen sein. Koordiniert werden die Aufgaben des Clearingverfahrens durch eine Clearingstelle (siehe Abb. 1). Die Bewertung von Leitlinien soll von multidisziplinär zusammengesetzten Expertengruppen anhand der Checkliste „Methodische Qualität

Table 4. Aufgaben des Leitlinien-Clearingverfahrens der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (aus 9).

- Bewertung von wichtigen Leitlinien (gemessen an dem zu erwartenden Nutzen bzw. der Wirtschaftlichkeit) anhand vorab festgelegter Kriterien; ggf. Empfehlungen zur Verbesserung
- Kennzeichnung der für gut befundenen Leitlinien
- Monitoring der Fortschreibung von Leitlinien
- Information über Leitlinien
- Unterstützung bei der Verbreitung von Leitlinien
- Beratung über die Multiplikation von Leitlinien
- Koordination von Erfahrungsberichten über bewertete Leitlinien
- Unterstützung bei der Evaluation von Leitlinien

von Leitlinien“ durchgeführt werden.

Die Bewertungsergebnisse werden der Fachöffentlichkeit in Form einer Datenbank mit strukturierten Leitlinien-Abstracts zur Verfügung gestellt. Dabei wird sich die Form dieser Datenbank an den Vorstellungen von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung bezüglich einer standardisierten Zusammenfassung von Leitlinien (s. Tab. 5) orientieren.

Benennung prioritärer Versorgungsbereiche, für die Leitlinien entwickelt werden sollen

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung werden künftig gemeinsam Versorgungsbereiche und ärztliche Be-

treuungsmaßnahmen benennen, für die ihrer Meinung nach die Entwicklung oder Fortschreibung von Leitlinien notwendig erscheint. Dabei sollen sich diese Vorschläge insbesondere an Wissenschaftliche Fachgesellschaften in Abstimmung mit Berufsverbänden, den wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer, die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft und den Bundesausschuß Ärzte und Krankenkassen richten.

Die Themenvorschläge werden ausgewählt auf der Grundlage

- der Bedeutung eines Gesundheitsproblems für den Einzelnen und die Bevölkerung,
- der Existenz unangemessener Qualitätsunterschiede in der ärztlichen Betreuung,
- der Möglichkeit einer Verbesserung der Versorgungsqualität.

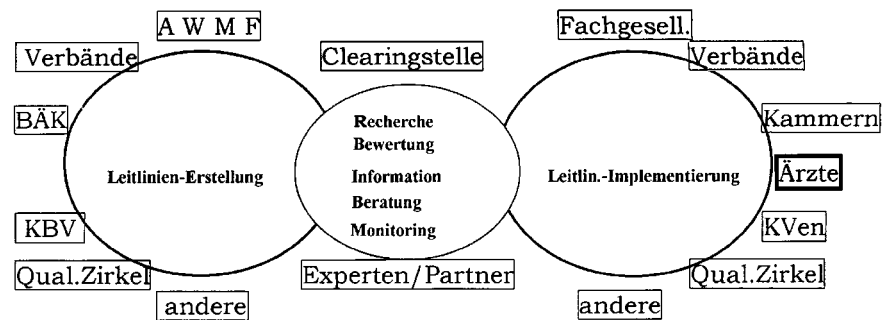


Abb. 1. Leitlinien-Clearingnetzwerk (aus 9).

Table 5. Vorschlag für eine standardisierte Zusammenfassung von Leitlinien (aus 3).

1. *Ziele:* Vorrangige Ziele der Leitlinie mit Nennung des Gesundheitsproblems, der Zielgruppe (Patienten und Leistungserbringer) und der Rahmenbedingungen.
2. *Vorgehensweise:* Ablaufschema der empfohlenen Vorgehensweise. In diesem Zusammenhang sollte die Leitlinien – wenn möglich – Antwort auf folgende Fragen geben: Was ist notwendig ? Was ist überflüssig ? Was ist obsolet ? Wie sollen Verlaufsbeobachtungen durchgeführt werden ? Läßt sich eine differenzierte Empfehlung zur Entscheidung hinsichtlich ambulanter oder stationärer Versorgung machen ?
3. *Ergebnisse:* Zusammenstellung der Ergebnisse der empfohlenen Vorgehensweise, auch im Vergleich zu anderen, nicht vorgeschlagenen Vorgehensweisen.
4. *Beweise und Auswahlkriterien:* Wissenschaftliche Belege für die Ergebnisse der empfohlenen Vorgehensweise. Angabe, welche Auswahlkriterien und Werturteile für die Nennung der wissenschaftlichen Belege von wem genutzt wurden.
5. *Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten:* Umfang des Nutzens, der Risiken, Nebenwirkungen, Kosten, die bei Berücksichtigung der Leitlinie zu erwarten sind. Erwünscht sind Hinweise auf die Nutzen-Kosten-Relation der vorgeschlagenen Vorgehensweise (wenn möglich, auch im Vergleich zu anderen Vorgehensweisen).
6. *Zusammenfassende Empfehlungen der Leitlinie*
7. *Implementierungsplan:* Angabe problemorientierter Implementierungsinstrumente (z.B. Praxishilfen, Patienteninformationsmaterial, Fortbildungsmaterial, Dokumentationshilfen)
8. *Belege für die Berücksichtigung und Wirksamkeit der Leitlinie:* Angabe externer Evaluation der Leitlinie und ihrer Berücksichtigung, Vergleich mit vergleichbaren Leitlinien oder Empfehlungen.
9. *Gültigkeitsdauer und Verantwortlichkeit für die Fortschreibung*
10. *Angabe von Autoren, Kooperationspartnern, Konsensusverfahren, Sponsoren*

Table 6. Beispiele für Prioritätenkriterien von Leitlinien-Themen (aus 9).

- Gesundheitsproblem, für das eine wirksame Prävention oder Therapie wissenschaftlich belegt ist, mit deren Hilfe vorzeitige, vermeidbare Todesfälle oder hohe Morbidität, Behinderung oder eingeschränkte Lebensqualität reduziert werden können.
- Gesundheitsproblem, bei dem die als wirksam erkannte präventive oder therapeutische Maßnahmen mit klinisch relevanten, vermeidbaren Qualitätsunterschieden der Betreuungsergebnisse verbunden sind.
- Iatrogene Gesundheitsprobleme mit signifikanten medizinischen oder ökonomischen Folgen.
- Medizinische Betreuungsmaßnahmen mit hoher Varianz der klinischen Praxis, bei denen ein Fachkonsens notwendig und möglich erscheint.
- Medizinische Betreuungsmaßnahmen mit hohem Kostenaufwand, z. B. infolge von
 - Häufigkeit des Gesundheitsproblems bei niedrigen Tageskosten pro Patient
 - Langer Behandlungsdauer bei niedrigen Tageskosten pro Patient
 - Hohen Tageskosten pro Patient
- Gesundheitsproblem bzw. Betreuungsmaßnahme, für welche die Entwicklung einer Konsensusleitlinie unter Berücksichtigung der wissenschaftlich-medizinischen Belege (Evidenz) möglich erscheint.

Table 7. Ablauf der Erstellung von Leitlinien durch Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (nach 9).

- Arbeitsschritte
 - *Expertenkreis zusammenstellen, Arbeitsweise vereinbaren, Ziele der Leitlinie definieren*, detaillierten Arbeitsplan erstellen, Erfahrungen über ähnliche Leitlinien sammeln, Umfang der Literaturrecherche festlegen, Literatursammlung beginnen
 - *Literaturrecherche*, Identifikation von Schlüsselpublikationen, Qualitätsbewertung der recherchierten Literatur / Leitlinien
 - *Detaillierte Literaturanalyse*, Definition von Schlüsselaussagen der Leitlinie, Auswahl der Evidenz-Belege, Verknüpfung von Empfehlungen und Evidenz
 - *Formulierung des 1. Leitlinienentwurfs*
 - *Öffentliche Anhörung oder Delphibefragung*
 - *Überarbeitung des Leitlinienentwurfs* auf der Grundlage der Anhörung / Befragung
 - *Externe Begutachtung des 2. Leitlinienentwurfs, Überarbeitung*
 - *Beratung, Beschlußfassung durch Gremien, Publikation der endgültigen Leitlinie*

Dabei sollen *Kriterien für die Priorität von Leitlinien* berücksichtigt werden (siehe Tab. 6).

Gemeinsame Entwicklung von Leitlinien der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Berücksichtigung des Wirtschaftsgebotes

In Fällen, in denen die Entwicklung einer nationalen Leitlinie unter Berücksichtigung des Wirtschaftsgebotes durch Dritte trotz besonderer Dringlichkeit nicht absehbar ist, werden Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einzelfall die Erarbeitung einer Leitlinie selbst koordinieren.

Dabei wird die Entwicklung nach einer standardisierten Vorgehensweise (siehe Tab. 7), und zwar

- unter Nutzung systematischer Literaturrecherchen zur Erfassung der wissenschaftlich-medizinischen Evidenz,
- mit Steuerung der Leitlinienerstellung durch multidisziplinäre Expertenkreise,
- mit expliziter Nennung der medizinisch-wissenschaftlichen Evidenz einzelner Empfehlungen (siehe Abb. 2, Tab. 8),

unter regelmäßiger Überprüfung und gegebenenfalls Fortschreibung der Leitlinie nach einem angemessenen Zeitraum, bzw. bei sich ergebender neuer Evidenz.

LEITLINIEN- PRAXISHILFE

Prävention und Therapie der Koronaren Herzkrankheit bei Diabetes mellitus

Diabetes ist assoziiert mit erhöhtem Risiko für <ul style="list-style-type: none"> • Herz-Kreislauf-Erkrankungen <ul style="list-style-type: none"> • 2-3 fach bei Männern • 4-5 fach bei Frauen vor der Menopause • Herzinfarkt (2-3 fach) • Herzinsuffizienz (5 fach) 	Eine Herz-Kreislauf-Erkrankung kann bereits bei der Erstvorstellung eines Diabetikers vorliegen, und zwar in mehr als 10 % der Fälle
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Jährliche Untersuchung C • Jährliche Diabetiker-Schulung C • Motiv.z. gesunden Lebensweise B 	Primärprävention und Umgang mit Risikofaktoren <ul style="list-style-type: none"> • Blutzucker optimieren:T.1:C.T.2: B • Zum Nichtrauchen ermutigen B • Blutdruck senken: C <i>Typ 1: < 140/90 mm HG</i> <i>Typ 2/Normo- Mikroalb.: < 160/90</i> • Gewicht optimieren B • Lipide optimieren C
--	---

- Risikofaktoren**
- Hyperglykämie
 - Rauchen
 - Hypertonie
 - Mikroalbuminurie
 - Adipositas
 - Dyslipidämie

Behandlung eines akuten Herzinfarktes und Sekundärprävention		
• Bei akutem Infarkt:	Thrombolyse in Erwägung ziehen	B
• Bei akutem Infarkt:	Blutzucker mit Glukose-Insulin i.v. optimieren	C
• Acetylsalicylsäure, sofern keine Kontraindikationen vorliegen		A
• Langfristige Beta-Blockertherapie in Erwägung ziehen		A
• ACE-Inhibitoren bei Herzinsuffizienz oder linksventrikulärer Dysfunktion		A
• Gesamt-Cholesterin i.P. < 5,2 mmol/l senken		A
• PTCA oder Koronare Bypass-Op in Erwägung ziehen		B

A / B / C : Klassifizierung der einer Empfehlung zugrunde liegenden Belege ("Härtegrad der Evidenz")

Abb. 2. Muster für die Zusammenfassung einer Evidence-basierten Leitlinien (nach 48).

Table 8. Einteilung von Empfehlungsklassen Evidence-basierter Leitlinien (aus 45).

Grad	Empfehlungsklasse
A (Evidenz-Grade Ia, Ib)	ist belegt durch schlüssige Literatur guter Qualität, die mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie enthält
B (Evidenz-Grade IIa, IIb, III)	Ist belegt durch gut durchgeführte, nicht randomisierte, klinische Studien
C (Evidenz-Grad IV)	Ist belegt durch Berichte und Meinungen von Expertenkreisen und / oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten. Weist auf das Fehlen direkt anwendbarer klinischer Studien guter Qualität hin

Schlußfolgerungen

Der Einfluß von Leitlinien auf ärztliches Verhalten – und damit auf die Qualität der Patientenversorgung – ist in den letzten Monaten im internationalen Schrifttum umfassend diskutiert worden (49–63). Die Untersuchungen stimmen mit früheren Analysen (25, 27, 64, 65) dahingehend überein, daß die Empfehlungen von Leitlinien nur dann wirksam werden können, wenn differenzierte Methoden, Instrumente und Maßnahmen der Verbreitung und Implementierung einer Leitlinie zur Anwendung kommen. Man empfiehlt deshalb den Autoren und Herausgebern von Leitlinien, entsprechende methodische Empfehlungen zu formulieren – auch im Hinblick auf die regionale oder lokale Anpassung von nationalen Leitlinien (3,45,48,66–68). Als besonders erfolgversprechend wird die Implementierung von Leitlinien mit Hilfe strukturierter Datensätze für die standardisierte Dokumentation in der Arztpraxis oder der Klinik angesehen (69–71). Die Praktikabilität dieses Ansatzes wird derzeit am Beispiel der Versorgung diabetischer Patienten untersucht (72).

Abstract

Medical guidelines in Germany – current status and future developments

Medical guidelines are considered more and more as a meaningful and necessary tool ensuring a high quality of medical care. However, some doubts were recently mentioned concerning the quality of German guidelines. In 1997, the Society of Physicians of Germany and the Association of Panel Physicians have therefore initiated a program for the promotion of the quality of guidelines in Germany. Tools have been developed with the purpose to report and assess the quality of guidelines. Additionally, a "clearing-procedure for guidelines" and recommendations for the development of evidence-based guidelines were introduced. Back-

ground and content of these evaluation tools are reported in this article.

Key words: guidelines, quality of guidelines, continuing medical education

Literatur

1. Bauer H (1998) Leitlinien als Grundlage rationalen ärztlichen Handelns. Bayerisches Ärztebl 53: 3–8
2. Buchborn E (1997) Leitlinien – Richtlinien – Standards. Risiko oder Chance für Arzt und Patient? Bayerisches Ärztebl 52: 412–416
3. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997) Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Dtsch Ärztebl 94: A2154–2155, B-1622–1623, C-1754–1755
4. Lauterbach KW (1997) Ökonomische und ethische Aspekte der Entwicklung von Behandlungsleitlinien. ZaeFQ 91: 277–282
5. Lauterbach KW (1998) Chancen und Grenzen von Leitlinien in der Medizin. ZaeFQ 92: 99–105
6. Ollenschläger G, Thomeczek C (1996) Ärztliche Leitlinien. Definitionen – Ziele – Implementierung. ZaeF 90: 355–361
7. Vosteen KH (1995) Prävention, Standards und zukünftige Entwicklungen in den medizinischen Spezialgebieten – Leitlinien in Diagnostik und Therapie. ZaeF 89: 859–874
8. Lühmann D, Raspe H (1998) Prioritäten setzen. Einfluß der Evidence-based Medicine auf die Versorgungspolitik. Berliner Ärzte 35: 3/98, 19–20
9. Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (1998) Positionspapier zur Kritischen Bewertung und zur Erstellung von Leitlinien durch Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. In: Tätigkeitsbericht 1997/1998 der ÄZQ, Köln
10. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (1997) Konzept zur Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Betreuung. Stand 4.12.1997, Köln
11. Hess R (1998) Wirtschaftliche Bedeutung von Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften. Vortrag auf der 5. Leitlinienkonferenz der AWMF, Hamburg 16.1.1998. AWMF-online-Mitteilungsblatt 01/98
12. Hoppe JD (1997) Leitlinien für Diagnostik und Therapie: Leitlinien und die ärztlichen Körperschaften. Vortrag auf der Delegiertenkonferenz der AWMF, Frankfurt, 10.5.1997
13. Lorenz W (1998) Evidence-based Medizin und ärztliche Leitlinien. Vortrag auf dem Symposium „Evidence-Based Medicine“ der Ärztekammer Berlin und der Bundesärztekammer. Berlin, 13./14. 3.1998
14. Nachtigal G (1997) Rationale Medizin – Ein Beitrag zur Zukunftssicherung der sozialen Krankenversicherung. Vortrag im Rahmen des Workshops „Qualität und Wirtschaftlichkeit – Neue Wege gemeinsamer Verantwortung“. Bonn, 20-11-1997
15. Oesingmann U (1997) Anforderungen des Allgemeinarztes in der vertragsärztlichen Versorgung an Diagnose- und Therapiestandards. Vortrag im Rahmen des Symposiums „Diagnose- und Therapiestandards in der Medizin“, Bonn 22.9.1997
16. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1998) Leitlinien-orientierte Vergütung. In: Sondergutachten 1997, Bonn
17. Schmidt K (1997) Praxishilfe oder juristischer Fallstrick – Leitlinien-Chaos verunsichert Hausärzte. Selecta 31/97: 6, 8
18. SPD-Fraktion des Deutschen Bundestages – 13. Wahlperiode – (1998) Entwurf für eine Große Anfrage „Qualität im Gesundheitswesen“ – Stand 20.1.1998, Kapitel „Leitlinien und Versorgungsziele“. Bonn
19. Straub C (1998) EBM aus Sicht der Solidargemeinschaft. Vortrag auf dem Symposium „Evidence-Based Medicine“ der Ärztekammer Berlin und der Bundesärztekammer. Berlin, 13./14. 3.1998
20. Stürmer KM (1997) Leitlinien in der Unfallchirurgie: Richtschnur oder Fessel? Vortrag im Rahmen des 114. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. München, 1.–5. April 1997
21. Dreher W (1998) Medizinische Evidenz und rechtliche Folgewirkungen. Vortrag auf dem Symposium „Evidence-Based Medicine“ der Ärztekammer Berlin und der Bundesärztekammer. Berlin, 13./14. 3.1998
22. Hart D (1998) Ärztliche Leitlinien – Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen. MedRecht 1998 (Heft 1) 8–16
23. Ulsenheimer K (1998) „Leitlinien, Richtlinien, Standards“ – Risiko oder Chance für Arzt und Patient. Bayerisches Ärztebl 53: 51–56
24. Baker R, Feder G (1997) Clinical Guidelines: Where Next? Intern J Qual Health Care 9: 399–404
25. Grimshaw JM, Russell IT (1993) effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. Lancet 342: 1317–1322
26. Grimshaw JM, Russell IT (1993) Achieving health gain through clinical guidelines: I. Developing scientifically valid

- guidelines. *Quality in Health Care* 2: 243–248
27. Grimshaw JM, Russell IT (1994) Achieving health gain through clinical guidelines: II. Ensuring guidelines change medical practice. *Quality in Health Care* 3: 45–52
 28. Hayward RS, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G (1995) User's guides to the medical literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. Are the recommendations valid? The Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 274: 570–574
 29. Health Information Research Unit, McMaster Universität Toronto (1998) Guideline Appraisal Project. <http://hiru.mcmaster.ca/cpg.htm>
 30. Hurwitz B (1994) Clinical guidelines: proliferation and medicolegal significance. *Quality in Health Care* 3: 37–44
 31. Lauterbach KW, Lubecki P, Oesingmann U, Ollenschläger G, Richard S, Straub C (1997) Konzept eines Clearingverfahrens für Leitlinien in Deutschland. *ZaeFQ* 91: 283–288
 32. Petrie J, Barnwell E, Grimshaw J for the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1995) Clinical Guidelines – Criteria for Appraisal for National Use. Pilot Edition. <http://pc47.cee.hw.ac.uk/sign/critmain.htm>
 33. Helou A (1998) Beurteilung deutschsprachiger Leitlinien mit Hilfe eines Instrumentes zur Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien. Vortrag auf dem Symposium „Evidence-Based Medicine“ der Ärztekammer Berlin und der Bundesärztekammer. Berlin, 13./14. 3.1998
 34. Lohr K (1997) Vortrag, The Marlow Workshop on Medical Practice Guidelines, Marlow, 1., 2.12.1997
 35. Ward JE, Grieco V (1996) Why we need guidelines for guidelines: a study of the quality of clinical practice guidelines in Australia. *Med J Aust* 165: 574–576
 36. Institute of Medicine (1990) Clinical Practice Guidelines. Directions for a New Program. Washington: National Academy Press
 37. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (1996) Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie – Methodische Empfehlungen („Leitlinie für Leitlinien“). http://uni-duesseldorf.de/AWMF/WWW/II/II_metho.htm
 38. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (1996) Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie – Kriterien für die Qualität von Leitlinien. http://uni-duesseldorf.de/AWMF/WWW/II/II_quali.htm
 39. Müller W (1996) Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie im Rahmen der AWMF. In: Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, AWMF (Hrsg) Curriculum Qualitätssicherung – Ärztliches Qualitätsmanagement. Texte und Materialien der Bundesärztekammer, Band 10, S. 183–186
 40. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale „ANDEM“ (1993) Les recommandations pour la pratique clinique. Paris
 41. Canadian Medical Association (1994) Guidelines for Canadian Clinical Practice Guidelines. Ottawa
 42. Ollenschläger G, Helou A, Kostovic-Cilic L, Perleth M, Raspe HH, Rienhoff O, Selbmann HK, Oesingmann U (1998) Die Checkliste zur methodischen Qualität von Leitlinien – ein Beitrag zur Qualitätsförderung ärztlicher Leitlinien. *ZaeFQ* 92: 191–194
 43. Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw J, Feder G (1997) Appraisal instrument for clinical guidelines. St. George's Hospital Medical School, London
 44. Helou A. (1997) Entwurf eines deutschsprachigen Instrumentes zur Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien. Abteilung für Epidemiologie und Sozialmedizin der MHH. Hannover, Dezember 1997, unveröffentlichtes Manuskript
 45. Helou A, Kostovic-Cilic L, Ollenschläger G (1998) Nutzermanual zur Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“. Köln: Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung
 46. WHO/Europe (1997) Leitlinien in der gesundheitlichen Versorgung, Bericht von der Tagung der WHO, Schloß Velen, Westfalen, 26.–28.1.1997 <http://www.who.dk/tech/hs/Veleng.htm>
 47. AHCP (1997) AHCP, AAHP, and AMA to develop national clinical guideline clearinghouse. <http://www.os.dhhs.gov/news/pres/970528c.htm>
 48. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1997) Management of Diabetic Cardiovascular Disease. A National Clinical Guideline recommended for use in Scotland. Pilot Edition, August 1997, Edinburgh (ISBN 1 899893 90 3, <http://pc47.cee.hw.ac.uk/sign.htm>)
 49. Millard W (1997) Evidence-based clinical guidelines – implementation plans in Scotland. *Int J Health Care Qual Ass* 10: 236–240
 50. Worrall G, Chaulk P, Freaque D (1997) The effect of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review. *Can Med Assoc J* 156: 1705–1712
 51. Hay JA, Maldonado L, Weingarten SR, Ellrodt AG (1997) Prospective evaluation of a clinical guideline recommending hospital length of stay in upper gastrointestinal tract hemorrhage. *JAMA* 278: 2151–6
 52. Hayward RS, Guyatt GH, Moore KA, McKibbin KA, Carter AO (1997) Canadian physicians' attitude about and preferences regarding clinical practice guidelines. *CMAJ* 156: 1715–1723
 53. Hetlevik I, Holmen J, Kruger O, Holen A (1997) Fifteen years with clinical guidelines in the treatment of hypertension—still discrepancies between intentions and practice. *Scand J Prim Health Care* 15: 134–40
 54. Hetlevik I, Holmen J, Midthjell K (1997) Treatment of diabetes mellitus—physicians' adherence to clinical guidelines in Norway. *Scand J Prim Health Care* 15: 193–7
 55. Park JK, Frim DM, Schwartz MS, Reidy P, Farley JA, Black PM, Scott RM, Goumnerova LC, James PA, Cowan TM, Graham RP, Majeroni BA (1997) Family physicians' attitudes about and use of clinical practice guidelines. *J Fam Pract* 1997 Oct; 45(4): 341–7
 56. Madsen JR (1997) The use of clinical practice guidelines (CPGs) to evaluate practice and control costs in ventriculoperitoneal shunt management. *Surg Neurol* 48: 536–41
 57. Nolte MJ, Berkery R, Pizzo B, Baltzer L, Grossano D, Lucarelli CD, Kris MG (1998) Assuring the optimal use of serotonin antagonist antiemetics: the process for development and implementation of institutional antiemetic guidelines at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *J Clin Oncol* 16: 771–8
 58. Ray-Coquard I, Philip T, Lehmann M, Fervers B, Farsi F, Chauvin F (1997) Impact of a clinical guidelines program for breast and colon cancer in a French cancer center. *JAMA* 278: 1591–5
 59. Ruchholtz S, Zintl B, Nast-Kolb D, Waydhas C, Schwender D, Pfeifer KJ, Schweiberer L (1997) Quality management in early clinical polytrauma management. II. Optimizing therapy by treatment guidelines. *Unfallchirurg* 100: 859–66
 60. de Sonnaville JJ, Bouma M, Colly LP, Deville W, Wijkel D, Heine RJ (1997) Sustained good glycaemic control in NIDDM patients by implementation of structured care in general practice: 2-year follow-up study. *Diabetologia* 40: 1334–40
 61. Stiell IG, Wells GA, Hoag RH, Sivilotti ML, Cacciotti TF, Verbeek PR, Greenway KT, McDowell I, Cwinn AA, Greenberg GH, Nichol G, Michael JA (1997) Implementation of the Ottawa Knee Rule for the use of radiography in acute knee injuries. *JAMA* 278: 2075–9
 62. Suarez-Almazor ME, Belseck E, Russell AS, Mackel JV (1997) Use of lumbar radiographs for the early diagnosis of low back pain. Proposed guidelines would increase utilization. *JAMA* 277: 1782–1786
 63. Wolfe CD, Stojcevic N, Rudd AG, War-

- burton F, Beech R (1997) The uptake and costs of guidelines for stroke in a district of southern England. *J Epidemiol Community Health* 1997 5: 520–5
64. Greco P, Eisenberg JM (1993) Changing physicians' practices. *NEJM* 329: 1271–1274
65. Davies DA, Thomson MA, Oxman A, Haynes B (1995) Changing physicians' performance – A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 274: 700–705 (auf Deutsch: „Einfluß der Fortbildung auf ärztliches Handeln“. *ZaeF* 90: 371–381 (1996)
66. Mittman BS, Tonsek X, Jacobson PD (1992) Implementing clinical practice guidelines: Social influence strategies and practitioner behaviour change. *QRB* 18: 413–422
67. Kibbe DC, Kaluzny AD, McLaughlin CP (1994) Integrating guidelines with continuous quality improvement. Doing the right way to achieve the right goals. *J Qual Improvement* 20: 181–191
68. Wise CG, Billi JE (1995) A model for practice guideline adaption and implementation: Empowerment of the physician. *J Qual Improvement* 21: 465–476
69. Murrey KA, Gottlieb LK, Schoenbaum SC (1992) Implementing clinical guidelines – A quality management approach to reminder systems. *QRB* 18: 423–433
70. Schriger DL, Baraff LJ, Rogers WH, Cretin S (1997) Implementation of clinical guidelines using a computer charting system. Effect on the initial care of health care workers exposed to body fluids. *JAMA* 278:1585–90
71. Brenner G, Altenhofen L (1998) Strukturierte Dokumentation für das Qualitätsmanagement bei Patienten mit Diabetes mellitus. *ZaeFQ* 92: 123–130
72. Becker-Berke S (1998) Das AOK-Projekt in Thüringen. Pressemeldung des AOK-Bundesverbandes zum Presse-seminar am 11.12.3.1998, Bonn

Korrespondenzadresse:

Professor Dr. Günter Ollenschläger, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Aachener Str. 233–237, 50931 Köln
Tel.: 02 21/40 04-500, Fax: 02 21/40 04-590;
e-mail: azq@dgn.de

Kind, H.: **Psychiatrische Untersuchung.** Ein Leitfaden für Studierende und Ärzte in Praxis und Klinik

5., korrigierte und ergänzte Auflage. XII, 195 Seiten, 2 Abbildungen. Springer-Verlag, Berlin u. a. 1997. 38 DM. ISBN 3-540-61679-9.

Wer eine erste, orientierende und im klinischen Alltag unmittelbar hilfreiche Einführung in die psychiatrische Untersuchung sucht, dem kann der handliche Leitfaden von Hans Kind uneingeschränkt empfohlen werden. Schon das einleitende Kapitel zum psychiatrischen Untersuchungsgespräch knüpft an die Merkmale der entsprechenden Situation konkret an und gibt detaillierte Hinweise zum richtigen Verhalten. Es wird nicht nur eine große klinische Erfahrung vermittelt, auch das Informationsbedürfnis der in der Psychiatrie wenig erfahrenen Leserinnen und Leser bleibt immer im Mittelpunkt. Dies setzt sich in den Kapiteln über die Untersuchung fort. Die ausführliche Darstellung des Vorgehens findet ihre Ergänzungen in vielfältigen und einprägsamen Darstellungen zur Psychopathologie. Immer bleibt die Sprache flüssig, direkt und verständlich, nur gelegentlich fällt eine ungewohnte (schweizerische?) Wortwahl auf. Der Leitfaden wird abgerundet durch klar gegliederte Hinweise zu psychologischen Untersuchungen und die entsprechende Zusammenarbeit, zur psychiatrischen Diagnostik und der Klassifikation der Diagnosen sowie zur Dokumentation. Am Ende finden sich wertvolle, kritische Hinweise zur Zuverlässigkeit der psychiatrischen Untersuchung. Das Buch will das weiterführende Lehrbuch nicht ersetzen, als Leitfaden im besten Sinne wird es Leserinnen und Leser in der Praxis nicht im Stich lassen.

M. Klein-Lange, Bochum

Erdmann, E., und Riecker, G. (Hrsg.): **Klinische Kardiologie.** Krankheiten des Herzens, des Kreislaufs und der Gefäße

4., vollkommen überarb. u. erw. Auflage. XXXII, 1124 Seiten, 722 Abbildungen, 192 Tabellen. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg u. a. 1996. 348 DM. ISBN 3-540-60093-0.

„Der Feind des Guten ist das Bessere ...“, so könnte die 4. Auflage des kardiologischen Standardwerkes „Klinische Kardiologie“ im Vergleich zu seinen Vorgängern wohl nicht treffender charakterisiert werden. Neue relevante Kapitel, wie beispielsweise zur präoperativen Risikoeinschätzung, kardiales Trauma, Synkope, Tumore des Herzens oder spezielle Aspekte von Herzerkrankungen in der Schwangerschaft haben zur inhaltlichen Komplettierung beigetragen. Aber auch die rasante Entwicklung auf diesem Gebiet reflektiert sich in den Passagen zur Gen-expression bei Herzinsuffizienz und Kardiomyopathie sowie anderer Aspekte, wie es insgesamt als gelungen einzuschätzen ist, wie die neuen Ergebnisse aus der Molekularbiologie, der Immunologie und der Pathophysiologie verständlich in den klinischen Kontext integriert wurden.

Das Buch besticht durch einen klaren Aufbau der Kapitel aus inhaltlicher und didaktischer Sicht, ist verständlich und implementiert gleichzeitig das Spezialwissen von Kardiologen in einer für den klinischen Alltag relevanten Form. Wenn auch vom Preis her etwas hoch, dürfte dieses Standardwerk aufgrund seiner klinischen Ausrichtung und Aktualität unter Kardiologen und kardiologisch interessierten Internisten eine weite Verbreitung finden.

J. Scholze, Berlin