

Das Konzept der Nationalen Versorgungs-Leitlinie (NVL) – was bedeutet dies für Hausärzte?

H.-H. Abholz¹
N. Donner-Banzhoff²
W. Niebling³

The Concept of “National Guidelines” – What Does it Mean for General Practitioners?

Zusammenfassung

Es werden die in Deutschland über die letzten 3 Jahre entstandenen Nationalen Versorgungs-Leitlinien in ihrer Entstehungsgeschichte, ihrer inhaltlichen sowie gesundheits- als auch professionspolitischen Funktion dargestellt. Die Rolle der DEGAM bei der Erstellung wird vorgestellt und die Bedeutung der Nationalen Versorgungs-Leitlinien für die Hausärzte wird herausgearbeitet.

Schlüsselwörter

Leitlinien · Hausärzte · Gesundheitspolitik

Abstract

The concept and the process of development of “national guidelines” for which different medical societies – including the DEGAM – worked together over the last 3 years are explained. The historic as well as the professional importance of these guidelines is shown. The role of and the importance for general practice in the process of developing and using these guidelines is emphasized.

Key words

General practice · guidelines · health politics

Unter den „Nationalen Versorgungs-Leitlinien“ verstehen wir die von den verschiedenen deutschen wissenschaftlichen Fachgesellschaften gemeinsam erstellten evidenzbasierten Leitlinien zur Behandlung einzelner Krankheitsbilder. Bisher gibt es diese für Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und für COPD. In Kürze wird es sie für die koronare Herzerkrankung und Depression geben (www.versorgungsleitlinien.de/themen).

Nationale Leitlinien werden unter der Regie des ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Kooperation mit der AWMF (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizi-

nischer Fachgesellschaften) hergestellt. Zu jeder Leitlinie werden die das Thema betreffenden Fachgesellschaften zur Mitarbeit eingeladen. Zusätzlich jeweils mit am Arbeitstisch sitzt ein Vertreter der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Ziel ist es, eine für alle beteiligten Fachgesellschaften gemeinsame und verbindliche Leitlinie zum Thema – auf evidenzbasierten Studien fußend – herzustellen. Für die Arbeit vor Ort, also sowohl beim Gebietsarzt unterschiedlicher Ausrichtung wie auch beim Hausarzt, soll damit der Kern für eine Leitlinie vor Ort geschaffen sein. Für einen Teil dieser Leitlinien ist allerdings eine weitere Ausformung für die Situation vor Ort nicht mehr notwendig, da die Nationale Leitlinie ausführlich genug für die Arbeit ist.

Institutsangaben

¹ Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

² Abteilung für Allgemeinmedizin, Rehabilitative und Präventive Medizin, Universität Marburg

³ Lehrbereich Allgemeinmedizin, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Anmerkung

* Die Autoren haben bisher an 3 fertig gestellten NVL als Vertreter der DEGAM mitgearbeitet.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. H.-H. Abholz · Abteilung für Allgemeinmedizin · Universitätsklinikum Düsseldorf · Moorenstr. 5 · 40225 Düsseldorf · E-mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de

Bibliografie

Z Allg Med 2006; 82: 274–277 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

DOI 10.1055/s-2006-933476

ISSN 0014-3362/51

Strukturgebend bei den Nationalen Leitlinien ist die angenommene Kooperation und Arbeitsteilung von einerseits Hausärzten und andererseits Gebietsärzten und Krankenhäusern.

Die Nationalen Leitlinien sollen eine Verbindlichkeit für diese Kooperation herstellen. Davon unbesehen ist, dass einzelne Fachgesellschaften – so auch die DEGAM – weitere Leitlinien zu anderen Themen oder aber auch zu identischen Themen haben; letzteres dient der Detaillierung der Arbeit vor Ort.

Wie entstanden sie?

Von Seiten der Krankenkassen wurde vor etwa 3 Jahren die Idee der Disease Management Programme (DMPs) geboren. Ein Ziel war es, die Deutsche Ärzteschaft, die es bis zu diesem Zeitpunkt selbst nicht geschafft hatte, mehr evidenzbasierte Medizin umzusetzen, diese hierauf zu verpflichten. Die Hoffnung, die in das Konzept der DMPs dabei gesteckt wurden, war: Durch evidenzbasierte Medizin kann entweder Geld eingespart werden (inadäquate Behandlungsstrategien, gewählte Medikamente unsinnig oder gar gefährlich etc.), bzw. es kann wenigstens das ausgegebene Geld mit mehr Nutzen genutzt werden.

An diesen Prozess angehängt hatte die Politik – nicht primär die Krankenkassen! – die Vorstellung, dass mit einem solchen Ansatz auch eine größere Ausgaben-Gerechtigkeit zwischen den Krankenkassen hergestellt werden könnte. Die Krankenkassen, die DMPs betrieben, also Ressourcen-ökonomisch umzugehen vorhatten und zudem „teure“, weil chronisch kranke Versicherte hatten, sollten von den Kassen, die dies nicht oder mit kleiner Zahl der Versicherten machten, Geld bekommen (Finanzausgleich zwischen den Kassen: Risikostruktur-Ausgleich).

Wir wissen heute, dass insbesondere dieser Ausgleich und die damit verbundenen organisatorischen und dokumentations-bezogenen Anforderungen an uns Ärzte das zentrale Problem der DMPs darstellen. Wir sollten aber darüber nicht vergessen, dass die DMPs die ersten Maßnahmen waren, die eine Verbindlichkeit in der Anwendung rationaler Medizin in der Versorgung in der deutschen Ärzteschaft überhaupt zu installieren in der Lage waren.

Erst als „Antwort“ hierauf – mit ein bis zwei Jahren Verspätung – erfolgte dann von Seiten der Ärzteschaft die Erstellung von Nationalen Leitlinien.

Mit dem Konzept der DMPs und den dazu schon inhaltlich ausformulierten Entwürfen von quasi-Leitlinien war der Ärzteschaft die Handlungskompetenz oder zumindest die Handlungs-Führerschaft im inhaltlichen Bereich erstmals in der Geschichte dieses Landes faktisch abgesprochen worden. Dies stachelte dazu an, hier nicht nachzustehen, sondern für die gleichen Themen wie die DMPs Nationale Leitlinien aus Hand der Ärzteschaft herzustellen. Die formale Berechtigung hierfür ist in der Gesetzesvorgabe zu sehen, in dem evidenzbasierte Leitlinien als Basis von DMPs vorgesehen sind.

Wir haben also festzuhalten, dass die Nationalen Leitlinien neben ihrer inhaltlichen Berechtigung damit auch ein Konzept dar-

stellen, welches die inhaltliche Autonomie der Ärzteschaft demonstrieren soll. Mit den NVL demonstriert die Deutsche Ärzteschaft mehrerlei: Einheitlichkeit, Bekenntnis zu rationaler Medizin und – nicht zuletzt – Einsicht darin, dass eine Vielzahl von Leitlinien zum gleichen Thema (von den jeweiligen Fachgesellschaften) die „Autorität“ von Leitlinien generell sowie die Autorität der Ärzteschaft unterminiert.

Die Annahme von Leitlinien innerhalb der Profession ist von vielerlei abhängig, unter anderem auch von der Autorität der Einrichtung, die die Leitlinie herausgibt. Eine Nationale Leitlinie unter Führung der Deutschen Ärzteschaft und unter Einbeziehung aller Fachgesellschaften stellt das dar, was mit Sicherheit in Deutschland die höchste Autorität innerhalb unserer Profession haben wird.

Wie entstehen sie?

Mit Blick auf anstehende neue DMPs – aber nicht zwangsläufig in Abhängigkeit von diesen – werden wichtige Themen der Versorgung aufgenommen. Es werden primär bestehende Leitlinien in Deutschland und im Ausland gesichtet. Es entsteht ein Rohentwurf einer Leitlinie auf Basis bestehender, der nun weiter bearbeitet und zusätzlich mit neueren Studien belegt werden muss. Dies alles findet unter der Moderation und der Arbeitsübernahme bei der Sichtung der Literatur etc. durch das ÄZQ und die AWMF statt.

All die Fachgesellschaften, die thematisch beteiligt sein könnten, werden zur Mitarbeit in Form eines oder zweier Vertreter aufgefordert. Es werden Arbeitsgruppen zu Unterthemen gebildet, die dann immer wieder ins Plenum ihre Ergebnisse eingeben.

Zuletzt wird zwischen den beteiligten Fachgesellschaften in einem Konsensusprozess über den endgültigen Text der Leitlinie entschieden. An dieser Stelle fließen auch berufs- und standespolitische Interessen ein, sie können aber mit Insistieren auf dem gemeinsamen Nenner, der evidenzbasierte Medizin, nach bisherigen Erfahrungen in akzeptablen Bahnen gehalten werden. Denn für all das, was man in der Leitlinie sehen möchte, muss es Evidenz geben oder es muss im zukünftigen Leitlinientext deutlich gemacht werden, dass es sich in einer bestimmten Angelegenheit nur um eine mehr oder minder plausible Forderung handelt, für die es jedoch keine Studienevidenz in Form von methodisch zuverlässigen Studien im Hintergrund gibt. Bei allen Nationalen Versorgungsleitlinien war es bisher so, dass als Kern und Ausgangspunkt der Arbeit – dann als Arbeitsbasis benutzt – Leitlinien der jeweiligen deutschen Fachgesellschaft schon gab, um die herum nun neuere und ggf. andere Studienevidenz gesucht wurde. Möglicherweise wird dies auch bei dem Thema Rückenschmerz so sein: Hier würde voraussichtlich die DEGAM-Leitlinie „Kreuzschmerzen“ als Kern dienen können.

Probleme aus Sicht der DEGAM

Das zentrale Problem aus Sicht der DEGAM besteht darin, dass die DEGAM eine Stimme unter meist 5 bis 10 weiteren Stimmen – eben anderer thematisch beteiligter Fachgesellschaften hat.

Dies gilt auch für jede andere Fachgesellschaft, ist aber für die DEGAM dennoch mit mehr Problemen behaftet: Es gibt nicht nur aus unterschiedlicher Fachsicht unterschiedliche Konzepte und Schwerpunkte, sondern es gibt zwischen Spezialisten und Generalisten – wie es die Worte schon sagen – sehr unterschiedliche grundsätzliche Konzepte auf Probleme und Versorgungsprobleme zu schauen, Dinge zu werten und im Problembereich zu arbeiten. Ja, die Epidemiologie der Behandlungsanlässe und Krankheiten ist zwischen spezialistischer Versorgung und generalistischer deutlich unterschieden. Insofern stellt es ein Problem dar, dass die Generalisten nur eine und die anderen, die Spezialisten, mehrere Stimmen haben – selbst wenn dies für manche Unterthemen innerhalb einer Leitlinie nicht von großer Bedeutung ist, für andere jedoch stellt es ein zentrales Problem dar.

Eine weitere Ungleichheit zwischen Hausärzten und Spezialisten bei der Herstellung der Leitlinien besteht darin, dass von Seiten der spezialistischen Fachgesellschaften weitaus mehr Experten mit Detailkenntnis zur jeweiligen Thematik vorhanden sind als aufseiten der DEGAM. Dies Problem wird in Deutschland noch dadurch verstärkt, dass an den Hochschulen ja nur ganz wenige Abteilungen existieren, aus denen heraus Mitarbeiter für derartige Leitlinienarbeit zu gewinnen sind. Dies wiederum hat dazu geführt, dass auch außeruniversitäre Mitglieder, die nicht in einer Abteilung arbeiten, sondern in der Praxis sind, an den Leitlinien – unentgeltlich – mitarbeiten. Deren Möglichkeiten in Bezug auf Zeit und Termine, zur Literaturbeschaffung, zur Sichtung der Evidenz etc. sind deutlich eingeschränkter als es für Universitätsangehörige der Fall ist. Dies führt dann teilweise auch dazu, dass bei der Arbeit mit der Literaturrecherche und deren Bewertung nicht immer der Standard eingehalten wird, der eigentlich als notwendig angesehen wird.

Bei dieser Kooperation gibt es aber auch Vorteile, die die Allgemeinmedizin hat. Aus unserer Erfahrung sind dies einmal unser spontan leichterer Zugang zu Fragen der evidenzbasierten Medizin, bei denen ja fast nie die Pathophysiologie, sondern fast immer der klinische Nutzen – so wie er auch von unseren Patienten erfragt wird – im Vordergrund steht. Damit fällt es uns nicht selten leichter, die richtigen Fragen zu stellen, oder langwierige, aber zur klinischen Relevanz wenig beitragenden Diskussionen abzukürzen.

In der Erarbeitung der Leitlinien nehmen wir zudem den Part einer eher Techno-Kritischen Position ein; die Spezialisten sind häufig eher Vertreter des Techno-Enthusiasmus. Hierzwischen entwickelt sich in der Argumentation häufig ein vernünftiger Mittelweg.

Wir haben mitgemacht – ein Problem?

Wenn eine fertig gestellt Nationale Leitlinie an die Öffentlichkeit kommt und wir an dieser mitgewirkt haben, dann müssen wir für den Inhalt der Leitlinie eben auch geradestehen. Dies ist nicht immer ganz einfach, weil möglicherweise bei bestimmten Aspekten wir im Entscheidungsprozess unsere Sicht nicht haben durchsetzen können, also über die Mehrheit der Spezialisten etwas zustande kam, mit dem wir uns selbst nicht hundertprozentig identifizieren können.

Dennoch sollte man nicht übersehen, dass es auch für die DEGAM und für die Hausarztmedizin von großer Hilfe sein kann, sich an den Nationalen Leitlinien zu beteiligen und diese dann später als Arbeitsgrundlage zu nutzen.

Was ist der Gewinn für die Allgemeinmedizin?

Bei der bisherigen Arbeit hat sich herausgestellt, dass die Allgemeinmedizin in den einzelnen Leitliniengruppen aufgrund teilweise auffallend guter Vorbereitung und einer guten methodischen Kenntnis sowie Kenntnis der zentralen Literatur sehr wohl von den spezialistischen Fachgesellschaften ernst genommen wird. Immer wieder ist es auch so, dass „Spezialisten“ unter den Mitgliedern der NVL-Arbeitsgruppen sich Positionen und Argumentationen der Allgemeinmedizin anschließen.

Aus Sicht derjenigen, die bisher an derartigen Arbeiten teilgenommen haben, stellt es sich so dar, dass die Allgemeinmedizin im Ansehen über die Arbeit an Nationalen Versorgungs-Leitlinien bei den spezialistischen Fachgesellschaften gewinnt.

Darüber hinaus gewinnt die Allgemeinmedizin durch ihre Beteiligung an einem Prozess, der die professionelle Autonomie der Deutschen Ärzteschaft insgesamt stärken dürfte. Dies wird besonders deutlich bei der Vorstellung, die Allgemeinmedizin würde sich aus der Arbeit heraushalten und damit das Auftreten der Ärzteschaft als gespalten darstellen. Dies wurde einmal – bei der ersten Nationalen Leitlinie (Version 1) „Diabetes mellitus“ so gemacht. Damals war es aber sehr wohl begründet, da die Allgemeinmedizin erst am Schluss in die Gruppe hineingenommen wurde, evidenzbasierte Grundsätze missachtet wurden etc. Der Schritt unserer Verweigerung an dieser Stelle hat übrigens dazu geführt, heute sehr viel überlegter und respektierender mit der Allgemeinmedizin umzugehen, als dies früher geschehen ist.

Und schließlich ziehen wir einen Nutzen daraus, dass es für bestimmte Themen – Asthma, KHK etc. – national verbindliche Leitlinien gibt, an denen wir auch unser Handeln inhaltlich orientieren können. Wie es bei einem differenzierten Umgang mit einem Thema immer ist – und so auch bei den Nationalen Versorgungs-Leitlinien – sind Leitlinien mehr als die Vorgaben der DMPs differenzierter und lassen zugleich auch mehr Spielraum für individualisierende, aber dann zu begründende Entscheidung, wie sie in unserem Alltag immer wieder nötig ist. Leitlinien geben uns ein Gerüst, einen Handlungskorridor, sie sind aber – auch juristisch – weitaus weniger bindend als Vorschriften in einem DMP. Auch dies sollten wir nicht vergessen, zu den Dingen, von denen wir einen Nutzen haben, hinzuzuzählen.

Was geschieht nach Fertigstellung einer NVL?

Leitlinien werden – wie oben skizziert – in einem Gremium aller beteiligter Fachgesellschaften mit Unterstützung evidenzbasierter Literaturrecherchen hergestellt. In einem Abstimmungsprozess am Schluss wird das „Gesamtwerk“ (Kurzfassung und „begründende Langfassung“) nochmals von den Fachgesellschaften abstimmend geprüft. Von Beginn der Arbeit bis zu diesem Zeitpunkt vergehen in der Regel ein bis zwei Jahre.

Die so entstandene Leitlinie wird dann ins Netz gestellt (www.versorgungsleitlinien.de/themen) und jedermann – auch allen Allgemeinmedizinern – zur Ansicht und Kommentierung übergeben. Argumente, die sich auf die Studienevidenz beziehen, aber auch grundsätzliche Aspekte (fehlende Praktikabilität, ausgeblendete Aspekte etc.) sollen kommentiert werden. Dieser Prozess entspricht – in etwas anderer Form – unserem Panel-Test bei den DEGAM-Leitlinien.

Nach einigen Monaten dann wird die so ins Netz gestellte Leitlinie aufgrund der Kommentierungen erneut überarbeitet und nötigenfalls geändert. Dann ist sie fertig; es werden nun zusätzliche Patienten-Infoblätter etc. hergestellt und ebenfalls veröffentlicht.

Ändern Leitlinien unser Verhalten?

Aus den Untersuchungen, die sich dieser Frage gewidmet haben, wissen wir, dass Leitlinien immer dann am wirksamsten umge-

setzt werden, wenn sie sehr nahe an den Anwendern auch entstanden sind. Dies ist bei einer Nationalen Versorgungs-Leitlinie nicht der Fall. Diese gewinnen ihre Autorität und Chance der Umsetzung eher darüber, dass die Ärzteschaft insgesamt (zumindest die, die thematisch an einer NVL gearbeitet hat) für diese Leitlinie steht. Sie gewinnt ihre Autorität auch darüber, dass alle NVL deutlich machen, wo der Arbeitsbereich der Generalisten und der der Spezialisten gesehen wird und welche Schnittpunkte der Kooperation gewünscht werden.

Grundsätzlich wünschenswert wäre aber auch, wenn die NVL nach ihrer Fertigstellung nochmals eine bessere Nutzer-Nähe bekämen. Nach dem Vorbild Hollands ließe sich vorstellen: Ärzte, die zusammenarbeiten, diskutieren die NVL und adaptieren diese – soweit gerechtfertigt – auf ihre Arbeitssituation. Für den ambulanten Bereich würden sich hier Ärztenetze anbieten, die ja über Kooperation und gegenseitige Notfallvertretung möglichst den Patienten gegenüber *eine* Art des Umganges mit *einem* Problem realisieren sollten.

Zur Person



Prof. Dr. med. H.-H. Abholz
Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Innere
Medizin, langjährig in Klinik und Allgemeinpraxis tätig.
Seit 1998 Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin
der Universität Düsseldorf.