



# WHO

REGIONALBÜRO FÜR EUROPA

---

SCHERFIGSVEJ 8  
DK-2100 KOPENHAGEN Ø  
DÄNEMARK  
TEL: (45) 39 17 17 17  
TELEFAX: (45) 39 17 18 18  
TELEX: 15348 UND 12000

E 55470

EUR/ICP/POLC 02 02 04  
ORIGINAL: ENGLISCH  
NICHT REDIGIERT  
E55535

## *LEITLINIEN IN DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG*

Bericht über eine WHO-Tagung

Schloß Velen, Borken  
26.-28. Januar 1997

1997

EUR/GFA-Ziel 34

## ZIEL 34

### MANAGEMENT DER ENTWICKLUNG ZUR „GESUNDHEIT FÜR ALLE“

*Bis zum Jahr 2000 sollte es in allen Mitgliedstaaten Managementstrukturen und -prozesse geben, mit denen man die gesundheitliche Entwicklung im Sinne der GFA-Prinzipien inspirieren, leiten und koordinieren kann.*

### Schlüsselwörter

DELIVERY OF HEALTH CARE TRENDS  
HEALTH PLANNING GUIDELINES  
HEALTH CARE REFORM  
EUROPE  
NEW ZEALAND  
UNITED STATES

---

Alle Rechte an diesem Bericht sind dem WHO-Regionalbüro für Europa vorbehalten. Es ist indessen ohne weiteres gestattet, dieses Dokument zu rezensieren, auszugsweise wiederzugeben, zu vervielfältigen oder in andere Sprachen zu übersetzen, sofern dies nicht zum Zwecke des Verkaufs oder im Zusammenhang mit anderen kommerziellen Zwecken geschieht. Name und Emblem der WHO sind geschützt und dürfen ohne Genehmigung nicht für Nachdrucke oder Übersetzungen benutzt werden. Für den Inhalt der mit dem Namen des Verfassers gekennzeichneten Beiträge ist ausschließlich der Verfasser verantwortlich. Das WHO-Regionalbüro für Europa bittet um Zusendung von drei Kopien jeder Übersetzung.

## INHALT

Seite

1. Hintergrund der Tagung .....	1
2. Ziel der Tagung .....	1
3. Die wichtigsten Schlußfolgerungen der Tagung:.....	1
3.1. Definition einer Leitlinie .....	1
3.2. Neuere Erkenntnisse in der Leitlinienentwicklung .....	2
3.3. Leitlinien für Leitlinien .....	2
4. Überblick über die wichtigsten Diskussionsthemen der Tagung.....	3
4.1 Die „Pathologie“ des Entscheidungsfindungsprozesses in der Gesundheits- versorgung und die Analyse der Entscheidungsfindung bei der Leitlinien- entwicklung und Behandlungspraxis .....	4
4.2 Qualität medizinischer Leitlinien und Qualität in der Gesundheitsversorgung .....	6
4.3 Die Rolle der wissenschaftlichen Evidenz in der Leitlinienentwicklung .....	6
4.4 Strategien zur Verbreitung und Implementation von Leitlinien .....	7
4.5 Evaluation von medizinischen Praxisleitlinien.....	8
4.6 Kosten-Nutzen-Effekte von Leitlinien.....	9
4.7 Ethische und rechtliche Aspekte von medizinischen Leitlinien .....	10
4.8 Leitlinien und Qualitätsmanagement .....	10
4.9 Leitlinienentwicklung in Europa .....	11
4.10 Leitlinienentwicklung außerhalb Europas .....	12
Literaturhinweise .....	16
Anhang 1: Vorläufige Teilnehmerliste .....	17
Anhang 2: Vorläufiges Programm.....	25



## **1. HINTERGRUND DER TAGUNG**

Initiativen zur Reform des Gesundheitswesens sind derzeit in vielen Ländern im Gange, meist vorangetrieben durch eine nicht mehr finanzierbare Kostensteigerung in der Gesundheitsversorgung. Besonderes Augenmerk wird dabei auf Instrumente zur Verbesserung des Versorgungsergebnisses („Outcome“) gerichtet, die die Qualität der Gesundheitsversorgung und die Kosten-Nutzen-Relation zu verbessern vermögen. Diese Initiativen werden von den Nutzern des Gesundheitssystems und in zunehmendem Maße auch von den Leistungserbringern durch die Idee unterstützt, daß medizinische Praxis-Leitlinien wichtige Instrumente zur Reduktion unangemessener Behandlung und zur Verbesserung der Behandlungsqualität im Hinblick auf Wirksamkeit und Effizienz darstellen.

Wie eine regelrechte „Epidemie“ wird in vielen Ländern zur Zeit eine Flut von Leitlinien erarbeitet. Dennoch ist festzustellen, daß nur wenige dieser Leitlinien explizit, evidenz-basiert und mit geplanter Verbreitungs-, Implementations- und Evaluationsstrategie erstellt werden. Viele Gruppierungen und Organisationen sind in die Leitlinienforschung und -entwicklung involviert und es ist an der Zeit, die internationalen Erfahrungen auszutauschen, um eine Übereinkunft zu erlangen, welche Strategien sich in der Leitlinienentwicklung und -implementation als angemessen und effektiv erwiesen haben.

## **2. ZIEL DER TAGUNG**

Die WHO Tagung in Schloß Velen wurde organisiert, um den an der Leitlinienentwicklung beteiligten Gruppierungen und Organisationen die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch zu geben und Strategien zur Entwicklung, Implementation und Evaluation von Leitlinien zu diskutieren. Insbesondere sollte während der Tagung eine „Leitlinie für Leitlinien“ entwickelt werden. (Siehe Teilnehmerliste in Anhang 1).

Professor Hans Konrad Selbmann wurde zusammen mit Dr. Kathleen Lohr als Tagungsleitung berufen. Professor Rodney Jackson erklärte sich bereit, als Rapporteur zu fungieren. Dr. Dorothea Bronner übernahm die Verantwortung für die deutsche Berichtfassung und Dr. Herbert Zöllner die Rolle des Sekretärs.

## **3. DIE WICHTIGSTEN SCHLUßFOLGERUNGEN DER TAGUNG:**

### **3.1. Definition einer Leitlinie**

Leitlinien werden im allgemeinen definiert als „systematisch entwickelte Aussagen, die dem behandelnden Arzt und Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung spezifischer Krankheitssituationen erleichtern sollen“. Leitlinien sind demnach Werkzeuge, die den Arzt bei der Entscheidungsfindung unterstützen sollen. Für den Erfolg (Wirksamkeit) von Leitlinien ist es daher wesentlich, daß die Entwicklungs- und Implementierungsstrategien eindeutig auf die Endnutzer, die „behandelnden Ärzte“ ausgerichtet sind.

In diesem Bericht wird nicht zwischen „Richtlinien“, „Leitlinien“ und „Empfehlungen“ unterschieden, alle genannten Instrumente sind wichtige Informationshilfen im Entscheidungsprozeß.

### 3.2. Neuere Erkenntnisse in der Leitlinienentwicklung

Obwohl die Leitlinienentwicklung an und für sich kein neuer Prozeß ist, gibt es doch eine Reihe neuerer Erkenntnisse, die einen wesentlichen Einfluß auf die Leitlinienentwicklung haben oder haben werden:

- i. Die Betonung einer systematischen Annäherung an das Thema, der Eindeutigkeit, der Validität (Leitlinien sollen nach Möglichkeit auf einem externen Nachweis der Wirksamkeit basieren) und klarer Implementations- und Evaluationsstrategien. Dennoch werden Bereiche verbleiben, in denen ein externer Nachweis der Wirksamkeit derzeit nicht verfügbar ist. Hier kann ein Prozeß zur Leitlinienentwicklung, der Validität anstrebt, bestehende Lücken identifizieren und einen Stimulus für weitere Forschung auf diesem Gebiet bieten.
- ii. Die Vorstellung, daß die Entwicklung individueller Leitlinien Teil eines nationalen Programms sein sollten, in dem nach konsentierten Leitlinien für Leitlinien vorgegangen wird, findet zunehmende Akzeptanz. Ein weiterer Aspekt ist die Einsicht, daß Leitlinien einen wesentlichen Einfluß auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen haben und daher Organisationen, die das Gesundheitswesen finanzieren, an der Leitlinienentwicklung beteiligt werden müssen.
- iii. Die Erkenntnis, daß es parallele Initiativen, Expertisen und Erfahrungen von Gruppen und Organisationen gibt, die in Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung, in die Entscheidungsanalyse, in die Gesundheitsökonomie, die technische Bewertung und Evidenzbasierte Medizin involviert sind. Daraus wird auch klar ersichtlich, daß multidisziplinäre Ansätze, idealerweise koordiniert durch nationale Programme, die Entwicklung von Praxis-Leitlinien deutlich fördern können.

### 3.3. Leitlinien für Leitlinien

Die folgenden Komponenten wurden von den Teilnehmern der Tagung auf Schloß Velen als wesentlich für eine erfolgreiche Entwicklung und Implementation von Leitlinien bewertet:

#### A. *Leitlinienentwicklung.*

- Nur anerkannte Organisationen mit allgemeiner Akzeptanz im Gesundheitswesen sollten die übergeordnete Verantwortung und Führung für die Leitlinienentwicklung übernehmen.
- Eine klare Zieldefinition und ausführliche Diskussion der wesentlichen Inhalte, der ethischen und rechtlichen Aspekte und der Kosten soll in den Entwicklungsprozeß mit einbezogen werden.
- Die Themenauswahl soll nach formalen Kriterien geschehen, so daß gewährleistet wird, daß Themen mit ausreichender gesundheitspolitischer Relevanz prioritär berücksichtigt werden. Dies kann auch eine mehr oder weniger formale Bedarfsbestimmung beinhalten.
- Alle diejenigen, die die Leitlinien nutzen, wie Patienten und im besonderen die Leistungserbringer, sollten in den Entwicklungsprozeß einbezogen werden. Hauptaufgabe ist dabei, Schlüsselentscheidungen zu identifizieren, die für einen bestimmten Behandlungs-umstand getroffen werden müssen, wichtige Parameter des Versorgungsergebnisses sowie soziale, ethische, rechtliche und ökonomische Einschränkungen, die bei der Leitlinienentwicklung berücksichtigt werden müssen, gegeneinander abzuwägen.

- Es sollte Konsens über einen formalen Leitlinienentwicklungsprozeß herbeigeführt werden, der die verschiedenen, für die endgültige Leitlinie benötigten Komponenten (Entscheidungs-Algorithmus, Wirksamkeitsnachweis, Balance sheet, etc. ) und das Vorgehen bei der Gruppenentscheidung (Nominale Gruppentechnik, etc.) berücksichtigt.
- Ein ausführlicher, systematischer und kritischer Bericht über die zur Verfügung stehende Evidenz verschiedener, alternativ möglicher Vorgehensweisen und die damit zu erwartenden Ergebnisse und Kosten sollten Teil des Entwicklungsprozesses sein.
- Leitlinien sollten von den Endnutzern (Leistungserbringern) erprobt, überprüft, revidiert und überarbeitet werden.

#### **B. Leitlinienverbreitung und -implementierung**

- Die beste Strategie ist, verschiedene Leitlinien-„Produkte“ zu entwickeln, die auf die unterschiedlichen Endnutzer ausgerichtet sind. Zum Beispiel hat es sich als günstig erwiesen, Leitlinien in Form eines detaillierten Manuals für den Spezialisten, einer Broschüre für den Allgemeinarzt und als Faltblatt für den Patienten zu verbreiten.
- Ursachen, die eine Implementierung behindern, sind zu identifizieren.
- Unter Berücksichtigung der zuvor identifizierten Hinderungsgründe sind verschiedene Strategien der Implementierung zu entwickeln. In den Entwicklungsprozeß sind die Meinungsbildner (Entscheidungsträger), Ansätze zur Aus-, Fort- und Weiterbildung, Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsprogramme sowie finanzielle und professionelle Anreize einzubeziehen.
- Ein fortlaufendes Monitoring über Anwendung und Befolgung von Leitlinien sollte im Voraus geplant werden, die Zufriedenheit der Leistungserbringer und Patienten und, soweit dies möglich ist, der Einfluß der Leitlinien auf gesundheitsrelevante Versorgungsergebnisse bestimmt werden.
- Mit Beginn der Implementation sollte ein fortlaufender Abgleich und die Aktualisierung der Leitlinien vorgesehen werden.

### **4. ÜBERBLICK ÜBER DIE WICHTIGSTEN DISKUSSIONSTHEMEN DER TAGUNG**

Während der zwei Tage des Treffens beinhaltete der Hauptteil des Programms (siehe auch das Programm im Anhang 2) eine Reihe von Präsentationen zur Entwicklung und Implementierung von Leitlinien. Zusätzlich wurde in einigen kurzen Beiträgen über neuere Erfahrungen in verschiedenen Ländern berichtet und zwei Gruppenarbeiten durchgeführt. Die erste Gruppenarbeit veranschaulichte unterschiedliche Vorgehensweisen von Leitlinien, die Ärzte in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen. Hierzu wurden zwei unterschiedliche Leitlinien zum Management von erhöhtem Blutdruck auf ein Fallbeispiel angewendet. In der zweiten Gruppenarbeit wurde die Nominale Gruppentechnik in modifizierter Form angewendet, um die „Leitlinien für Leitlinien“ (wie unter Punkt 3.3 beschrieben) zu entwickeln.

Im folgenden werden die wichtigsten Themen der Tagung kurz zusammengefaßt. Der Inhalt basiert dabei auf den vorab vorbereiteten Manuskripten der Beiträge, die ungekürzten Originale sind auf Anfrage erhältlich.

Beiträge, zu denen kein schriftliches Manuskript vorlag, und viele der länderspezifischen Details konnten nur begrenzt berücksichtigt werden. Die wesentlichen Inhalte dieser Präsentationen sind jedoch erwähnt.

#### **4.1 Die „Pathologie“ des Entscheidungsfindungsprozesses in der Gesundheitsversorgung und die Analyse der Entscheidungsfindung bei der Leitlinienentwicklung und Behandlungspraxis**

Vor dem Hintergrund, daß vielfach die Gesundheitsversorgung nicht mit der Qualität erbracht wird, wie dies eigentlich der Fall sein könnte, werden medizinische Leitlinien als zunehmend notwendig und wünschenswert betrachtet. In den letzten dreißig Jahren wurden verschiedene Ursachen, die Anlaß zur Besorgnis über die erbrachte Qualität der Gesundheitsversorgung gaben, ausfindig gemacht. Wichtige ökonomische, technologische, soziale und demographische Entwicklungen, begleitet von veränderten Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung, fordern von den Medizinern mehr Offenheit und Rechenschaft über ihre Entscheidungen nach außen. Bisher wurde die medizinische Behandlungspraxis, bis auf wenige eindeutige Fälle von Fahrlässigkeit, ungefragt akzeptiert.

Es existieren im wesentlichen zwei Wege die Behandlungspraxis zu evaluieren. Erstens, die „kriterien-bezogene“ Herangehensweise, in der folgende Frage im Mittelpunkt steht: Handeln Mediziner entsprechend einem zuvor festgesetzten Standard? Und zweitens, die „norm-bezogene“ Herangehensweise, in der die Frage gestellt wird: Handeln Mediziner so, wie es bei anderen Medizinern üblich ist? Die beiden Arten unterscheiden demnach, ob sich die Evaluation auf den Entscheidungsprozeß konzentriert oder auf das Wissen und die Beurteilung, die dem Entscheidungsprozeß zugrunde liegt.

In der Regel konzentrierte sich die Evaluation in der Gesundheitsversorgung auf die Unterschiede in der Behandlungspraxis (Gemeint ist damit obige Frage: Handeln Mediziner so, wie es bei anderen Medizinern üblich ist?) und es besteht die übereinstimmende Überzeugung, daß es wesentliche Unterschiede in der Behandlungspraxis gibt, die nicht mit unterschiedlichen Fallgruppen oder spezifischen Gegebenheiten erklärt werden können. Es wurde nachgewiesen, daß durch unterschiedliche Gewichtung und Kombination der Schlüsselemente auf dem Weg der Entscheidungsfindung sehr unterschiedliche Vorgehensweisen eingeschlagen werden. Das wesentliche Ergebnis der empirischen Untersuchungen hierzu hat ergeben, daß der betroffene Arzt sich in einen komplizierten Prozeß verwickelt sieht und die vorhandene Unsicherheit in Bezug auf die vor ihm liegende Entscheidung oftmals unterschätzt.

Als Gegenargument wurde angeführt, daß die medizinischen Praktiker sich im wesentlichen deshalb unterschiedlich verhielten, weil sie keinen Zugang zur bestmöglichen Evidenz haben oder diese nicht ausreichend beurteilen können. Andererseits wird in einer anderen Sichtweise vorgeschlagen, daß die Lücke zwischen Forschung und Praxis nur deshalb besteht, weil Forscher und Praktiker aufgrund ihrer unterschiedlichen Denkweise verschieden an das Problem herangehen. Während sich der Forscher auf eine analytische Herangehensweise einem Problem nähert, erfolgt dies beim Kliniker eher auf eine intuitive Art und Weise. Beide Herangehensweisen können als zwei einander gegenüberstehende Extreme eines „kognitiven Kontinuums“ betrachtet werden (Abbildung 1, in englischer Sprache) (1,2).

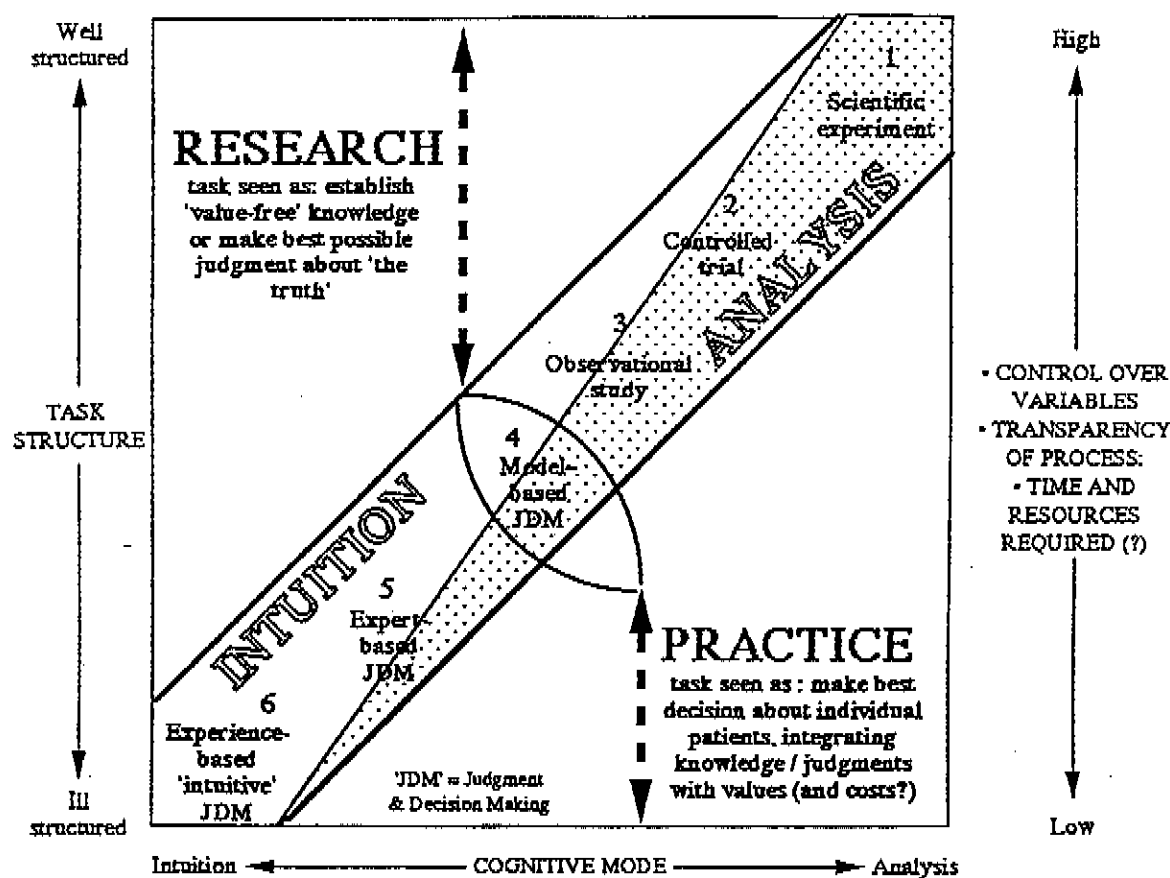
Die meisten Praktiker werden von der Aufgabe absorbiert, eine Entscheidung zu einem individuellen Patienten mit multiplen Charakteristika zu treffen. Im Gegensatz dazu versucht der Forscher möglichst alle subjektiven Überlegungen auszuschließen, um zu einem objektiven Urteil zu kommen. Es wird deshalb postuliert, daß diese nicht deckungsgleichen Ziele die eigentliche

Ursache für die Lücke zwischen Praxis und Forschung sind und daß, solange diese Tatsache in Leitlinien nicht berücksichtigt wird, diese Lücke durch eine weitere zwischen Leitlinien und Praxis ersetzt wird.

Traditionsgemäß befinden sich die Leistungserbringer eher auf der Seite des intuitiven Extrems des kognitiven Kontinuums (Modus 6 in der Abbildung 1) während im Gegensatz dazu die experimentelle Forschung, die andere Seite, das analytische Extrem (Modus 1 in Abbildung 1) repräsentiert. Medizinische Praktiker, die sich auf evidenz-basierte Praxis stützen, berücksichtigen die Unsicherheit, die sich aus einer rein intuitiven Herangehensweise ergibt und beziehen die verfügbare Evidenz in ihre Entscheidung mit ein. Der Analytiker würde dem entgegenhalten, daß letztlich immer noch die Erfahrung das Urteil bestimmt (Modus 5 in Abbildung 1). Im Gegensatz hierzu bezieht der Ansatz einer „analytisch-basierten Entscheidungsfindung“ alle Modi des kognitiven Kontinuums in einem angenäherten Modell mit ein; diese Herangehensweise legt mehr Wert auf Modellhaftigkeit als auf die Erfahrung.

Abbildung 1

The Cognitive Continuum, modes of evaluation and the 'research-practice gap' \*



NOTE: The analysis and/or intuition contained in any implementation of a given mode may be of varying quality. This quality dimension is not represented in the diagram.

Im Zentrum beider Vorgänge, der Leitlinienentwicklung und der generellen Entscheidungsfindung in der Praxis, steht die „Evaluation der alternativ möglichen Aktionsrichtungen“. Einem analytisch-basierten Entscheidungsweg zu folgen, bedeutet, daß der behandelnde Arzt keinen

Gesamtüberblick über den Weg der Entscheidungsfindung, die bei der Leitlinienentwicklung verfolgt wurde, braucht, sehr wohl jedoch ein an die reale Situation des Kliniklers angepaßtes klinisch relevantes Modell, das die Leitlinienentwickler verwendet haben, um zu ihren Empfehlungen zu kommen. Dieses klinisch relevante Modell kann auf die Charakteristika individueller Patienten angewendet werden und ist als klinischer Entscheidungsbaum bekannt. Mit zunehmender Komplexität der medizinischen Praxis und vergleichbarer Bedeutung von Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Abwägungen von verschiedenen Behandlungsmethoden ist die Entscheidung darüber, wer behandelt werden soll, unter Einbeziehung des möglichen Nutzens, der Kosten und der Präferenz des Patienten, nahezu unmöglich. Daher kann der analytisch-basierte Entscheidungsweg, der klinische Entscheidungsbaum, der idealerweise auch per Computertechnik einsetzbar sein sollte, nicht nur das Werkzeug zur Erstellung einer Leitlinie sein, sondern die Leitlinie selbst sowie das Werkzeug zur Implementation und Evaluation.

#### **4.2 Qualität medizinischer Leitlinien und Qualität in der Gesundheitsversorgung**

„Qualität“ in der Gesundheitsversorgung wurde vom Institut für Medizin der Akademie der Wissenschaften der Vereinigten Staaten definiert als: „der Grad, in dem Einrichtungen des Gesundheitswesens für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit einer angestrebten Gesundheit nach dem Stand des Wissens erhöhen.“ Diese Vorstellung von Qualität eröffnet vier wichtige Interpretationen für die Entwicklung, Implementierung und Evaluierung von Leitlinien. Betrachtet man die Gesundheitsversorgung als Ganzes, bedeutet dies zunächst einmal, daß ein Leitlinienprogramm entwickelt werden sollte, das zum einen die Qualität der Versorgung verbessert und zum anderen für einen großen Bereich medizinischer Behandlungen, für Ärzte verschiedener Fachgebiete, für verschiedene Institutionen und Patienten anwendbar ist. Wenn weiterhin sowohl Populationen als auch Individuen in Betracht gezogen werden sollen, richtet die Definition ihr Augenmerk auf die verschiedenen Perspektiven von Individuen, auf unterschiedliche Untergruppen von Populationen und die Gesellschaft als Ganzes. Wenn demnach Prioritäten für die Leitlinienentwicklung festzulegen sind, sollten diese breit angelegten Populationsaspekte nicht außer Acht gelassen werden. Die dritte Überlegung bezieht sich auf den Ausdruck der „angestrebten Gesundheit“ und betont die Verbindung zwischen dem Prozeß und dem angestrebten Endergebnis (gemeint ist die Verbindung zwischen Praxisleitlinien und der Qualität der Gesundheitsversorgung). Und schließlich richtet der Passus „nach dem Stand des Wissens“ sein Augenmerk auf die Rolle der Leitlinien als systematische Zusammenfassung der Evidenz, die relevant für die tägliche Praxis ist.

Das Institut für Medizin (USA) hat umfassende Kriterien vorgeschlagen, die eine Qualitätsbeurteilung spezifischer Leitlinien (IOM 1992) (3) und Leitlinienprogramme (IOM 1990, Lohr 1995) (4,5) ermöglichen. Diese Kriterien sind inzwischen weithin als Goldstandard anerkannt und wurden während der Tagung diskutiert. Da diese Kriterien ausführlich in der Literatur beschrieben sind, sollen sie an dieser Stelle nicht weiter aufgeführt werden.

#### **4.3 Die Rolle der wissenschaftlichen Evidenz in der Leitlinienentwicklung**

Wie bereits im vorigen diskutiert wurde, sollen Praxisleitlinien dem Arzt Hilfestellung geben, eine Behandlungsentscheidung auf der Basis umfassender Information zu treffen. Wenigstens drei Arten von Informationen und Beurteilungskriterien sind für Leitlinien Voraussetzung, um eine rationale Schlußfolgerung treffen zu können. Erstens, klinisches Urteilsvermögen ist notwendig, um Gesundheitsprobleme identifizieren und diagnostizieren zu können und um darauf aufbauend zu klären, welches gesundheitliche Ergebnis für den Patienten wichtig ist und welche diagnostischen, präventiven Maßnahmen, bzw. Rehabilitationen in Betracht gezogen werden

sollten. Zweitens, um verschiedene Optionen im Endergebnis gegeneinander abzuwägen, müssen Überlegungen zu ihrer Wirksamkeit und ihren nachteiligen Auswirkungen angestellt werden. Die Information über die Wirksamkeit und nachteiligen Auswirkungen sollte dabei von vergleichenden Studien kommen, die vorzugsweise als systematische Übersichtsartikel verfaßt, die Wirksamkeit zuverlässig und valide belegen. Betrachtet man beide Überlegungen gemeinsam, so lassen sich Aussagen zum erwarteten Gesundheitsergebnis in Abhängigkeit von den zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen abschätzen. Schließlich sollten darauf aufbauend möglicher Nutzen, Schaden und Kosten gegeneinander abgewogen werden

Das Kernelement systematisch entwickelter evidenz-basierter Praxis-Leitlinien ist eine systematische und vergleichende Übersicht der verfügbaren Evidenz. Übereinstimmung in der Behandlung läßt sich leichter erzielen, wenn ein klarer Nachweis der Wirksamkeit verfügbar ist. Überdies ist die Wahrscheinlichkeit geringer, zu einem bestimmten Behandlungsanlaß in verschiedenen Leitlinien nicht zu erklärende Variationen der Empfehlung zu finden. Diese Art der Leitlinien sollte Aussagen beinhalten, welches Studiendesign voraussichtlich valide, zuverlässige Daten liefern wird, mit dem die vorigen Fragen zu beantworten sind. Es ist wichtig, bei Einbeziehung nicht-randomisierter Studien die Ergebnisse vorsichtig zu interpretieren, damit mögliche Vorurteile ausgeschlossen werden und keine Überbewertung einzelner Effekte eintritt. Nicht-randomisierte Studien sind jedoch die Studien der Wahl bei Untersuchungen zur Prognose (Kohorten-Studien) und zur Genauigkeit diagnostischer Tests. Betrachtet man außerdem die Schwierigkeiten, alle relevanten Studien zu einem Thema zu identifizieren und dem Risiko des sogenannten Publikations-Bias zu entgehen, sind aufwendige Bemühungen erforderlich, um vollständige Übersichten zu erstellen, wie dies die Cochrane Collaboration oder die Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) der Vereinigten Staaten unternimmt. Da sich medizinisches Wissen und das Behandlungsumfeld ständig verändern, haben Leitlinien nur eine begrenzte Gültigkeit und sollten kontinuierlich überarbeitet werden.

#### **4.4 Strategien zur Verbreitung und Implementation von Leitlinien**

Es gibt ein großes Spektrum an Strategien zur Verbreitung und Implementierung von Leitlinien, angefangen bei der einfachen Veröffentlichung über edukative, marketing-spezifische, sozial-interaktive und organisationsbedingte Methoden. Dennoch hinkt die Forschung weitgehend hinterher, was die Beurteilung zur Effektivität der unterschiedlichen Strategien anbelangt und welche Strategien sich in bestimmten Umständen als vorteilhafter im Vergleich mit anderen erwiesen haben. Trotzdem sind Rückschlüsse aus einigen Reviews zur Wirksamkeit möglich (6-8).

Erstens, keine der Strategien ist die beste; die verschiedenen Strategien tragen besser zur Verbreitung bei, wenn sie auf die Leitlinie und auf die Zielgruppe zugeschnitten sind.

Zweitens, unterschiedliche Leitlinien erfordern unterschiedliche Verbreitungsstrategien, z.B. eignen sich „feedback-reminders“ bei Veränderungen des üblichen Testanforderungsverhaltens oder bei der Implementierung von Präventivmaßnahmen; Vor-Ort-Besprechungen eignen sich für eine Veränderung des Verschreibungsverhaltens.

Drittens, komplexere und intensivere Strategien sind in der Regel erfolgreicher, vor allem dann, wenn verschiedene Interventionen, ausgerichtet auf spezielle Veränderungshemmnisse, miteinander kombiniert werden.

Viertens, unterschiedliche Gruppen der Praktiker zeichnen sich durch unterschiedliche Hemmnisse aus, deshalb ist häufig eine Unterteilung der Zielgruppe bei der Verbreitungsstrategie der Leitlinien notwendig.

Zusammengenommen ist festzustellen, daß die Implementierung von Leitlinien nicht durch eine Einzelaktion erreicht wird. In dem stufenweisen Prozeß: Entwicklung der Leitlinie, Verbreitung in der Zielgruppe, Annahme durch die Zielgruppe, Einführung in die aktuelle Praxis und Aufrechterhaltung in der täglichen Routine, muß jedem der Schritte ausreichend Beachtung beigemessen werden. Ein stufenweises, zyklisches Verfahren ist anzustreben, in der die Entwicklung einer konkreten Leitlinie, die Identifikation von Implementierungshemmnissen, die Verknüpfung von Hemmnissen mit Interventionen, die sorgfältige Planung und Implementierung des Veränderungsprozesses und die Evaluation der Verbesserungen einbezogen werden.

Ein besonders vielversprechender Ansatz, der in verschiedenen Ländern und auch länderübergreifend angewandt wird, bettet Leitlinienentwicklung in einen Prozeß der Qualitätsentwicklung ein. Letzterer umfaßt: (i) ein Protokoll aus literatur- oder konsensgestützten Schlüsselindikatoren, die aktuelles Wissen und die Evidenz bezüglich der für den Erfolg entscheidenden Faktoren widerspiegeln; (ii) ein partizipatorisches, freiwilliges und vertrauliches System täglicher Datengewinnung, -analyse und -rückmeldung aus der Praxis und unter Berücksichtigung der örtlichen Umstände; (iii) ein System der Erfolgsanalyse und des Feedbacks mit der Aufforderung an die erfolgreichsten Kliniker, ihre Methoden und Erfahrungen mit anderen zu teilen; und (iv) eine ständige Neubewertung der "zur Verfügung stehenden Evidenz" und der Zielvorgaben (Benchmarks), und damit eines kontinuierlichen Prozesses des Lernens und der Qualitätsentwicklung.

#### **4.5 Evaluation von medizinischen Praxisleitlinien**

Trotz der regen Vermehrung von medizinischen Leitlinien besteht eine relative große Unsicherheit, ob Leitlinien das Behandlungsverhalten wirklich zu ändern vermögen. Grimshaw und Russell sind dieser Frage durch eine systematische und umfassende Suche nach Studien zur Leitlinienergebnisevaluation nachgegangen und haben zwei Übersichtsartikel veröffentlicht, die zunächst 59 Studien (7) beinhalteten, gefolgt von einem aktualisierten Review mit 91 (9) einbezogenen Studien. Von den genannten Studien bezogen sich 34 auf Präventivmedizin, 35 auf klinische Medizin und 22 auf Verschreibungen oder Anwendung von Untersuchungen. Zwei Drittel der Studien sind dem allgemeinmedizinischen, bzw. ambulanten Versorgungsbereich zuzuordnen. Der Übersichtsartikel wies nach, daß Leitlinien in den meisten Fällen die Prozeßqualität (81 von 87) und die Ergebnisqualität (12 von 17) verbessern. Bei den meisten Interventionen konnte gezeigt werden, daß sie zumindest für gewisse Zeit einen Effekt zeigten, wenn auch die Größe des Effekts schwankte. Die Reviewer stellten einen Zusammenhang her zwischen spezifischen Aspekten der Leitlinienprogramme und den resultierenden Effekten in der Behandlungspraxis. Eine Übersicht der Faktoren, die die erfolgreiche Implementierung von Leitlinien beeinflusst, ist in Tabelle 1 wiedergegeben.

Tabelle 1: Faktoren, die eine erfolgreiche Einführung von Leitlinien beeinflussen

Relative Erfolgswahrscheinlichkeit	Entwicklungsstrategie	Verbreitungsstrategie	Implementationsstrategie
Hoch	Intern	spezifische pädagogische Interventionen	Patienten-spezifische Erinnerungshilfen bei aktuellem Behandlungsanlaß
Überdurchschnittlich	Intermediär	Fortlaufende medizinische Weiterbildung	Patientenspezifisches Feedback
Unterdurchschnittlich	Extern, lokal	Postalische Information der Zielgruppen	Allgemeines Feedback
Niedrig	Extern, national	Veröffentlichung in Fachzeitschriften	Allgemeine Erinnerung an Leitlinie

Obwohl die Reviews von Grimshaw und Russell den Nachweis erbringen, daß Leitlinien effektiv sind und einen Hinweis auf effektivere Implementationsstrategien geben, gibt es doch immer noch unzureichende Nachweise für die Wirksamkeit von Leitlinien. Gründe hierfür sind: Erstens, die meisten Studien werden nur für eine kurze Dauer durchgeführt und es bleibt unklar, ob der Erfolg aufrechterhalten werden konnte. Zweitens, der Einfluß von Leitlinien auf das Verhalten der Pflegenden wurde nur in sehr wenigen Studien untersucht. Drittens, Aspekte der Verbreitung und Implementierung von multiplen Leitlinien, wie sie für die nicht spezialisierte Praxis benötigt werden, wurden nicht untersucht. Viertens, das Verhältnis der Kosten-Nutzen-Relation hat bisher sehr wenig Berücksichtigung in den bisherigen Leitlinienprogrammen erfahren. Schließlich, der noch immer relativ schlecht verstandene Prozeß der Entscheidungsfindung, das eigentliche Ziel von Leitlinien, bedarf noch sorgfältiger Ausarbeitung im Hinblick auf die Implementierung von Leitlinien.

#### 4.6 Kosten-Nutzen-Effekte von Leitlinien

In der Zwischenzeit besteht zwar die allgemeine Übereinkunft, daß in die Leitlinienentwicklung nicht nur die Wirksamkeit allein, sondern auch Kosten-Nutzen-Effekte einbezogen werden sollten, dennoch enthalten nur wenige Leitlinien Überlegungen zu den Kosten. In einer Medline Datenbank Recherche zu Literatur von 1992 - 1996 mit Leitlinien, Kosten, Kosten-Analysen oder Kosten-Nutzen-Analysen als Suchbegriffen, konnten nur 24 Veröffentlichungen identifiziert werden. Erst kürzlich wurde die Empfehlung ausgesprochen, die Kosten-Nutzen-Effektivität zu untersuchen (10-12). Dabei wurde empfohlen, die Analysen auf der Basis einer sozialen Sichtweise aus durchzuführen, die bevölkerungsspezifische Interessen berücksichtigt. Weiterhin sollten die Analysen nur Kosten des Gewinns (bzw. Einsparungen) wiedergeben, und nicht die totalen Kosten. Damit ist die Differenz zwischen den Ressourcen der üblicherweise praktizierten Versorgung und der Versorgung, wie sie mit Leitlinien empfohlen wird, feststellbar. Die allgemeine Maßeinheit in der Leitliniennutzen gemessen werden sollten, sind „Jahre gesteigerter Lebensqualität“.

Außerdem sollten die Kosten für die Entwicklung und Implementierung mitbestimmt werden, diese werden meistens nicht berücksichtigt. Doch sind sie von hoher Relevanz vor allem in Fällen, in denen sich Leitlinien auf seltene Fälle beziehen. Entsprechend sind dann die Kosten für die Entwicklung und Implementierung relativ hoch, verglichen mit der Zahl, der damit behandelten Patienten.

#### 4.7 Ethische und rechtliche Aspekte von medizinischen Leitlinien

Viele Aspekte der Leitlinien implizieren ethische und rechtliche Konsequenzen, wie zum Beispiel: die Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen, Fahrlässigkeit, Behandlungsfehler ohne Fahrlässigkeit und die Autonomie des Arztes und Patienten. Der möglicherweise weitreichendste Aspekt hierbei betrifft die Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen, der ursprünglich auch die Motivation zur Leitlinienentwicklung war. Sowohl explizite als auch implizite Leitlinien haben gesundheitliche und ökonomische Verbesserungsziele. Leitlinien werden immer auch vorhersehbare ökonomische Konsequenzen haben, weshalb die ökonomischen Ziele immer auch im Voraus klar definiert werden sollten. Insgesamt sind mindestens vier mögliche ökonomische Ziele von Leitlinien bekannt: Erstens, unnötige und schädliche Kosten zu reduzieren. Zweitens, die optimale Gesundheitsversorgung zu akzeptablen Kosten zu ermöglichen. Drittens, akzeptable Gesundheitsversorgung zu optimalen Kosten zu ermöglichen. Viertens, die Gesundheitsversorgung im „Korridor“ zwischen dem zweiten und dritten Ziel anzusiedeln.

Das angemessene ökonomische Ziel sollte vor der Entscheidung, ob Leitlinien Einfluß auf die Gesundheitspolitik oder Vergütung haben, der Definition von „angemessener“ Behandlung der Entscheidung, wer die Leitlinien anwenden soll bestimmt werden. Sobald die ökonomischen Ziele inkonsistent, unrealistisch oder nicht belegt sind, wird die Glaubwürdigkeit und Wahrscheinlichkeit einer Implementierung der Leitlinien gefährdet.

Zwei wesentliche theoretische Betrachtungsweisen bestimmen die ökonomischen Ziele: Erstens, die Theorie des sozialen Lastenausgleichs, die dazu tendiert, die optimale Versorgung zu akzeptablen Kosten zu gewährleisten. Zweitens, der Utilitarismus, der akzeptable Versorgung zu optimalen Kosten favorisiert.

Es gibt keine eindeutigen Lösungen für die Wahl der ökonomischen Ziele, aber eine Reihe von pragmatischen Lösungen. Diese beinhalten: Transparenz der ökonomischen Kriterien, interne Übereinstimmung (z.B. innerhalb einer Leitlinie oder eines Leitlinienprogramms), externe Übereinstimmung (die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen), Validität (Kosten-Nutzen-Analyse unter üblichen Praxisbedingungen), Flexibilität (Patientenbedürfnisse mit einbeziehen) und Standardisierung der Kosten-Nutzen- und Kosten-Wirksamkeits-Analysen. Und schließlich sollten die ethischen und rechtlichen Aspekte von Leitlinien öffentlich diskutiert und die Beteiligung der Bevölkerung bei Leitlinienaspekten gefördert werden.

#### 4.8 Leitlinien und Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement umfaßt alle Aktivitäten, die die Qualitätspolitik bestimmen, Ziele ebenso wie Verantwortlichkeiten und wird durch Qualitätsplanung, Qualitätskontrolle, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung implementiert (ISO norm). Der Problem-orientierte Qualitätsverbesserungszyklus, genannt PDCA-Zyklus (nach Plan-Do-Check-Act) wurde entwickelt, um die Kundenzufriedenheit in Bezug auf die Wirksamkeit und Effizienz der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Der PDCA-Zyklus beinhaltet eine Reihe von Schritten: Problemerkennung, Analyse der zugrundeliegenden Prozesse, Lösungssuche und Implementation der Lösungen, Evaluation und im Fall des erfolgreichen Verlaufs die Integration von präventiven Qualitätssicherungsmaßnahmen. Leitlinien werden speziell in den Schritten Problemerkennung, Problemlösung und Qualitätssicherung benötigt. Es kann sogar behauptet werden, daß ein Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung ohne Praxis-Leitlinien nicht möglich ist (13).

#### 4.9 Leitlinienentwicklung in Europa

Eine Reihe von Ländern hat Programme zur systematischen Leitlinienentwicklung und -implementation gestartet, wenn diese auch nur in wenigen Fällen national koordiniert werden. Finnland, Schottland, die Niederlande und Schweden haben national koordinierte Programme eingerichtet. In vielen anderen Ländern findet eine Reihe von lokalen oder nationalen Leitlinienaktivitäten statt, die durch den medizinischen Berufsstand, lokale und regionale Autoritäten oder Gesundheitsforschungsinstitute betrieben werden. Im wesentlichen werden dabei zwei Vorgehensweisen in den national koordinierten Programmen verfolgt, der top-down- oder der bottom-up-Ansatz.

In Frankreich produziert die zentral organisierte „National Agency for the Development of Medical Evaluation“ (ANDEM) eine ganze Reihe nationaler Leitlinien unter Verwendung von Methoden wie Konsensus-Konferenzen, systematischer evidenz-basierter Entwicklungsprozesse (basierend auf der Methodologie der US Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), die bis zu zwei Jahren für die Entwicklung einer Leitlinie benötigt) und weniger aufwendige medizinische Empfehlungen (mit bis zu sechs Monaten Entwicklung je Leitlinie). Die regionale Verbreitung hat zusammen mit lokalen und nationalen Audits, die von gesetzlichen und professionellen Regularien unterstützt werden, zu einer weit verbreiteten Beachtung der Leitlinien geführt.

Das Schwedische „Council for the Evaluation of Medical Technology (SBU)“ erstellt unter Einbeziehung von Expertengruppen Übersichtsartikel auf der Basis von systematischen Literaturrecherchen. Seit 1988 haben sie über 20 solcher systematischer Reviews zur Anwendung und Wirksamkeit von medizinischen Behandlungsverfahren erstellt. Viele dieser Übersichten sind umfassend, einige wurden als Leitlinien verbreitet und die Evaluation einer dieser Leitlinien zur präoperativen Routine zeigte, daß sie einen großen Einfluß auf die alltägliche Praxis hatte.

In den Niederlanden wurde mit einem nationalen koordinierten Programm zur Leitlinienerstellung ein eher bottom-up gesteuerter Weg beschritten. Im Lauf von sieben Jahren wurden so über 60 Leitlinien hauptsächlich von Allgemeinmedizinern und weniger von Spezialisten durch das Holländische College für Allgemeinmedizin entwickelt.

Der systematische evidenz-basierte Prozeß wird in ähnlich stringenter Weise in den Leitlinienprogrammen in Frankreich und Schweden angewandt; jede Leitlinie braucht zu ihrer Erstellung bis zu eineinhalb Jahren und ist mit Kosten in Höhe von \$ 75.000 verbunden. Eine Kerngruppe von 5-8 erfahrenen Allgemeinmedizinern entwickelt die Leitlinie nach einem Set von Kriterien. Anschließend wird die Leitlinie von Spezialisten und einer nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Gruppe von Allgemeinmedizinern bewertet. Die Verbreitung erfolgt hauptsächlich durch Veröffentlichung in Fachzeitschriften. Eine Reihe von früher erstellten Leitlinien, die inzwischen sehr gut in der Praxis angenommen wurde, wurde umfassend evaluiert. Die Leitlinien hatten sich als Unterstützung für die tägliche Praxis erwiesen und werden von den Ärzten nicht als Kontrollinstrument verstanden. Leitlinien werden von den holländischen Ärzten weniger als geeignetes Mittel für Genehmigungen oder zur Budgetkontrolle gesehen, obwohl die Evaluation der Leitlinien doch belegte, daß Leitlinien kostenrelevante Auswirkungen haben.

Die Leitlinienentwicklung in den anderen europäischen Ländern umfaßt verschiedene Aktivitäten, die jedoch meist nicht nach systematischen oder umfassenden, national vereinbarten Kriterien, wie in den französischen oder niederländischen Initiativen, ausgerichtet wurden.

Eine beträchtliche Aktivität in der Leitlinienentwicklung ist auch im Vereinigten Königreich (UK) zu verzeichnen. Viele Initiativen in UK wurden durch den „National Health Service“ (NHS) und das „Research and Development“ (R&D) Programm finanziert, inzwischen werden 1,5 % des Budgets des NHS zur Leitlinienentwicklung zur Verfügung gestellt. Außerdem existieren eine Reihe von Leitlinienprogrammen des „Royal College“. Ein englisches Pilot-Programm zur Anwendung von Leitlinien richtet sich nach expliziten Qualitätskriterien. Ein Zentrum im NHS ist verantwortlich für die Erstellung von Reviews und die Verbreitung und erstellt 2-4 systematische Übersichten pro Jahr und verbreitet diese Ergebnisse als Forschungsberichte und kompakte Leitlinienbroschüren für die Ärzte.

Die britische Cochrane Collaboration und eine Reihe weiterer evidenz-basierter-Praxis Einrichtungen werden ebenso durch das NHS finanziert und sind entweder direkt oder indirekt (z.B. durch die Produktion von Evidenz-Reviews und Anwendungs-Trainingsprogramme) in die Leitlinienentwicklung involviert.

Auch in Deutschland ist eine beträchtliche Aktivität zur Leitlinienentwicklung zu verzeichnen, wobei klar unterschieden wird, zwischen verbindlichen Richtlinien und Empfehlungen. Das Vorgehen zur Leitlinienentwicklung ist allgemein nicht national koordiniert. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) koordiniert die Zusammenstellung und Verbreitung von 170 Leitlinien über das Internet. Eine bottom-up initiierte Entwicklung von Leitlinien der Fachgesellschaft für Chirurgie wurde auf der Basis von klinischen Algorithmen unter Einbeziehung der Daten individueller Patienten durchgeführt. Qualitätssicherungs-Maßnahmen in Deutschland waren der Leitlinienentwicklung ebenso dienlich und sind Voraussetzung für Evaluationsprogramme.

In Spanien hat sich die Leitlinienentwicklung eher auf präventive und Public Health Themen fokussiert. Die „Spanish Society of Family and Community Medicine“ hat zum Beispiel die Erstellung, Verbreitung und Implementation evidenz-basierter Empfehlungen für Präventivmaßnahmen in Angriff genommen.

In Osteuropa haben die kürzlichen drastischen, politischen und ökonomischen Veränderungen eine Leitlinienentwicklung erschwert. Historisch wurden viele zentral vorgegebene Anweisungen in Form von „Leitlinien“ durchgesetzt. Während es nun in einigen Ländern, wie z.B. Rußland, möglich ist, neue Programme auf der Basis der alten Strukturen aufzubauen, werden in anderen Ländern, wie der Tschechischen Republik, Leitlinien als mit dem alten Regime assoziierte Strukturen abgelehnt und nicht akzeptiert. Die Entwicklung von Krankenversicherungsprogrammen, die Dezentralisierung der Gesundheitsversorgung, die zunehmende Autonomie der Ärzte, die zunehmenden internationalen Kontakte und die Verfügbarkeit neuer Technologien hat zu wesentlichen Steigerungen der Kosten und größeren Behandlungsvariationen geführt. Als Ergebnis hat sich das Interesse an Mechanismen zur Qualitäts- und Kostenkontrolle, wie z.B. Leitlinien, wieder erneuert.

#### **4.10 Leitlinienentwicklung außerhalb Europas**

Die Diskussion zu diesem Thema beinhaltete zwei Berichte aus den Vereinigten Staaten und einen Bericht aus Neuseeland. Es war nicht beabsichtigt, eine umfassende Übersicht zu weiteren internationalen Entwicklungen zu geben.

#### *4.10.1 Die wesentlichen Aktivitäten in den USA*

Viele der wesentlichsten kürzlichen Entwicklungen in der Leitlinienentwicklung hatten ihren Ursprung in den Vereinigten Staaten. Einer der wichtigsten verantwortlichen Faktoren für den hohen Aktivitätsgrad auf diesem Gebiet war die außerordentlich hohe Kostensteigerung im Gesundheitswesen der USA. Als ein Ergebnis der nicht mehr tragbaren Kostensteigerung haben sich die Strukturen der Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren drastisch verändert. Von dem bisherigen System der freien Arztwahl durch den Patienten und der Vergütung des geleisteten Services, wurde das System zu einem überwiegenden „Managed Care“-System umstrukturiert, in dem der Patient den behandelnden Arzt nur aus einem begrenzten Spektrum auswählen kann, das Angebot der Behandlungen genauestens überprüft wird und das Entgelt strikt kontrolliert wird. Die Zunahme des „Managed Care“ als Instrument zur Kostendämpfung hat zu einer Zunahme von Maßnahmen zur Beurteilung und Kontrolle der medizinischen Behandlungspraxis geführt, mit dem Ziel die Kosten zu senken und gleichzeitig eine hohe Qualität zu erhalten. Leitlinien spielen in diesem Prozeß eine zunehmende Rolle.

Die Regierung richtete 1989 die „Agency for Health Care Policy and Research“, (AHCPR) als wichtigste explizite Bundesbehörde zur Leitlinienerstellung ein. Aufbauend auf Empfehlungen des Instituts für Medizin zu wünschenswerten Eigenschaften medizinischer Leitlinien, wie Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit, startete die AHCPR eine Initiative zur Leitlinienerstellung, die, wo immer möglich, explizit evidenz-basiert und ansonsten durch professionelles Urteil abgesichert war. Zwischen 1989 und 1996 wurden auf diese Weise 19 Leitlinien durch die AHCPR erstellt. Dazu gehörten auch detaillierte und umfassende Strategien zur Förderung der Leitlinien-Implementation, zum Monitoring und zur Evaluation.

Viele andere Einrichtungen und Organisationen innerhalb der USA haben Leitlinienprogramme, darin auch inbegriffen andere Bundesbehörden, wie das „National Institute of Health“ mit einem Programm für Konsensuskonferenzen, weiterhin das „American College of Physicians“ und viele der Krankenversicherungen. Nach Entwicklung von Tausenden neuer Leitlinien, zunehmender Akzeptanz der evidenz-basierten Methoden und der begrenzten Ressourcen hat die AHCPR nunmehr ein neues Programm initiiert, das das bisherige Leitlinienentwicklungsprogramm ersetzen wird.

Das neue, evidenz-basierte Leitlinienprogramm wird auf drei verschiedenen Initiativen basieren. Erstens auf der Einrichtung von bis zu acht evidenz-basierten Praxis-Zentren, die für die systematische Erstellung von Wirksamkeitsberichten zu ausgewählten Themen verantwortlich sein werden. Diese Berichte sollen eine Zusammenfassung der Evidenz, Tabellen, Kosten und Forschungsaspekte, extensive Bibliographien und wo nötig auch Metaanalysen, Entscheidungs- und Kosten-Nutzen-Analysen enthalten.

Die zweite Initiative wird die Einrichtung eines nationalen Leitlinien-„Clearing Houses“ betreffen, das in einer gemeinsamen privaten und öffentlichen Trägerschaft gefördert werden soll. Es soll den Charakter einer nationalen, über das Internet jederzeit zugänglichen Einrichtung erhalten, verfügbar für Kliniker, Gesellschaften und Verbände, Gesundheitsplaner und Regierungen. Die Nutzer sollen auf diese Weise schnell an benötigte Informationen kommen. Dies bedeutet, daß Leitlinien-Zusammenfassungen, und wenn benötigt, auch volle Textversionen zur Verfügung gestellt sowie kommentierte Vergleiche von Behandlungsempfehlungen gegeben werden sollen, wenn verschiedene Leitlinien zum selben Thema existieren.

Die dritte Initiative bezieht sich auf die Produktforschung und Evaluation in Zusammenhang mit der Entwicklung von Methoden, von Implementationsstrategien und von Messungen und Programmen zur Qualitätsverbesserung. Die Vorteile des neuen Programmes beziehen die Möglichkeit ein, die Forschungsgrundlage der Leitlinienentwicklung auf nationaler Ebene zu verbessern, die nationale Kapazität zu erhöhen, Duplikationen zu vermeiden, Einheitlichkeit zu erreichen und die privat-öffentliche Zusammenarbeit zu fördern.

Eine weitere wichtige nationale Leitlinien-assoziierte Initiative der USA ist das NIH Entwicklungsprogramm für Konsensuskonferenzen (NIH Consensus Development Program, CDP). Obwohl dieses ursprünglich nicht zum Zweck der Leitlinienentwicklung ins Leben gerufen wurde, wurden doch die Konsensusberichte, die aus diesen Konferenzen hervorgingen, oftmals als Leitlinien aufgefaßt. Ziel des 20 Jahre alten Programms war die Absicht, neue medizinische Daten zu Themen mit bevölkerungsrelevanten Gesundheitsproblemen, angefangen von verfügbaren neuen Forschungsergebnissen bis hin zur Praxis, zu synthetisieren und zu bewerten und zwar gerade dort, wo gegensätzliche Auffassungen und Unklarheiten existierten. Seit 1976 haben 102 Konsensuskonferenzen und 15 technische Bewertungen, die nach einem ähnlichen Procedere verlaufen, stattgefunden. Das Vorgehen der Konferenzen basiert auf einem ähnlichen Verfahren wie dem des wissenschaftlichen Gerichts, das voraussetzt, daß für eine vernünftige und unvoreingenommene Gesundheitsversorgung jedwede Übereinkunft und Empfehlung im Interesse der öffentlichen Gesundheit von Bedeutung ist, auch wenn (noch) keine medizinisch-wissenschaftliche Sicherheit in diesem Punkt besteht.

Die Erklärungen der Konsensuskonferenzen sind sofort verfügbar für Konferenzteilnehmer und die Presse. Die endgültigen Dokumente werden im Home Page des NIH Office of Medical Applications of Research (OMAR) im World Wide Web verbreitet, innerhalb von sechs Monaten nach der Konferenz werden sie außerdem als Broschüre zu 50.000 – 100.000 Stück verbreitet. Die Erklärungen werden normalerweise auch im Journal of the American Medical Association (JAMA) veröffentlicht. OMAR hatte außerdem für viele Jahre ein weiteres Programm eingerichtet, um den Effekt der Konsensuskonferenzen zu verfolgen. Dabei wurden die Entwicklungen der Daten in verschiedenen Datenbanken, die Veränderung im Wissenstand und Behandlungsverfahren der Ärzte vor und nach der Durchführung von Konsensuskonferenzen beobachtet.

OMAR hatte zudem noch ein weiteres Programm zur Beurteilung von mehr als fünf Jahre alten Konsensuserklärungen eingerichtet. Diese wurden von der wichtigsten Fördereinrichtung des NIH beurteilt und blieben entweder unverändert in Originalversion, bzw. modifiziert durch Ergänzungen, oder sie wurden verworfen und eine neue Konsensuskonferenz anberaumt, oder auch verworfen ohne eine neue Konsensuskonferenz anzuberaumen. Von 60 zwischen 1977 und 1987 durchgeführten Konsensuskonferenzen wurden 8 der Konsensuserklärungen weiter beibehalten, 11 ergänzend modifiziert, 41 verworfen und 7 Konferenzen wiederholt. Im Zeitraum von 1987 bis 1997 wurden 43 Konferenzen durchgeführt, 34 Erklärungen wurden beibehalten, 4 ergänzt, 5 verworfen und 1 Konferenz wiederholt.

Das Programm ist nach wie vor eine wichtige Aktivität des NIH und sieht für 1997 die Durchführung von sechs weiteren Konferenzen vor.

#### **4.10.2 Neuere Initiativen in Neuseeland**

1992 hat das neuseeländische Gesundheitsministerium das sogenannte „National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services“ (später auch das „National Health Committee - NHC“ benannt) einberufen, um die Regierung zu beraten, welche Kernelemente der Gesundheitsversorgung durch öffentliche Mittel finanziert werden sollten. Das NHC kam sehr

rasch zu dem Schluß, daß es nicht angemessen sei, eine einfache Liste mit zu finanzierenden Behandlungsverfahren aufzustellen (ähnlich wie im Oregon Experiment). Sie begründeten dies damit, daß die Definition von Zugangskriterien zur öffentlichen Gesundheitsversorgung ein komplizierteres Vorgehen voraussetze. Zunächst sei die Beschreibung der Umstände notwendig, unter denen eine effektive Gesundheitsversorgung den größtmöglichen Nutzen für das Individuum biete, bei gleichzeitiger umsichtiger Verteilung der vorhandenen Ressourcen.

Aus diesem Grund befürwortete das NHC die Verwendung von Praxisleitlinien als Mittel zur Beschreibung der Umstände, unter denen Gesundheitsversorgung öffentlich finanziert werden sollte. 1992 wurde in der ersten Phase des Programms die Entwicklung von 10 Pilot-Leitlinien finanziert, hierin eingeschlossen das Management des erhöhten Blutdrucks, ebenso wie die optimale Versorgung des Säuglings. Inzwischen sind über 25 Projekte, die durch diese Initiative finanziert wurden, bereits abgeschlossen oder noch im Gange.

1996 wurde eine zweite überlappende Phase der Leitlinienentwicklung eingeführt, um sowohl die Entwicklung als auch die Akzeptanz der Leitlinien voranzutreiben und zu verbessern. Statt weiterhin die Führung in jedem Entwicklungsprozeß zu übernehmen, hat sich das NHC entschlossen, jeweils auch eine tragfähige Gruppe von Experten zur Leitlinienerstellung zusammenzustellen. Auf diese Weise wird die Verantwortung der Leitlinienentwicklung verstärkt auf die Endnutzer übertragen, das Komitee verbindet damit die Hoffnung, daß die Leitlinien dann stärker auf die Bedürfnisse der Endnutzer ausgerichtet sein werden und positiver aufgenommen werden. Desgleichen können, je mehr praktische Ärzte in die Leitlinienentwicklung integriert werden, umso mehr Leitlinien entwickelt werden.

In der ersten Phase des Leitlinienprogramms wurden Konsensuskonferenzen als Schlüsselprozesse zur Entwicklung eingesetzt. Es gab jedoch kein explizites, einheitliches Vorgehen, auch wenn eine Reihe genereller Prinzipien, wie die Betonung von allgemeineren, statt spezieller Themen, die Notwendigkeit von Transparenz und die Ausrichtung auf die Nutzer, befolgt wurde. Das Ergebnis war, daß die endgültigen Leitlinien in ihrer Form und Qualität große Unterschiede aufwiesen.

Die Betonung in der zweiten Phase des Leitlinienprogramms verlagerte sich auf die Notwendigkeit von expliziten, evidenz-basierten Leitlinien, die einen umsichtigen Umgang der Ressourcen mit in Betracht zogen und die insgesamt auf einem strukturierteren Entwicklungsprozeß fußten. An diesem Punkt angelangt hat das NHC ein Drei-Jahres-Programm zur Finanzierung von Trainings-Kursen für Ärzte zur Leitlinienentwicklung eingerichtet. 1996 hat der erste Kurs stattgefunden, an dem etwa 20 Ärzte aus unterschiedlichen Fachgebieten teilgenommen haben. Ein einwöchiger Einführungskurs hat in Neuseeland stattgefunden, darauf aufbauend ein zweiwöchiger praktischer Kurs in Seattle (USA). Die Teilnehmer wurden dabei von dem Leitlinien-Entwicklungs-Team der „Group Health“ angeleitet, einer „Health Maintenance Organisation“, die seit über fünf Jahren evidenz-basierte Praxis-Leitlinien anwendet. Nach der Rückkehr nach Neuseeland wird von den Teilnehmern erwartet, daß sie ein Team zur Leitlinienentwicklung zusammenstellen, um auf den Projekten, die in Seattle initiiert wurden, aufzubauen. Zwei weitere Gruppen von Ärzten (aber auch Nicht-Medizinern) werden 1997 und 1998 an ähnlichen Kursen teilnehmen.

Dieser neuere Ansatz des neuseeländischen Experiments, der eine „kritische Masse“ an Leitlinien-Entwicklungs-Expertise aufbaut, entspricht primär einem bottom-up Vorgehen, indem die Endnutzer trainiert werden, ihre eigenen expliziten, evidenz-basierten Leitlinien, die international entwickelten Kriterien entsprechen, zu entwickeln.

## LITERATURHINWEISE

1. Dowie, J. "The research-practice gap and the role of decision analysis in closing it" *Health care Analysis* 1996; 4 (1) 5-8
2. Hamm, R. "Clinical intuition and clinical analysis". In: Dowie J. and Elstein A. (eds). *Professional Judgement: A reader in Clinical Decision Making* Cambridge University Press, 1988 78-105
3. Institute of Medicine. *Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use*. Field MJ, Lohr KN, eds. Washington, DC: National Academy Press, 1992
4. Institute of Medicine. *Medicare: a strategy for quality assurance*. Lohr KN, ed.; vol 1. Washington: National Academy Press, 1990
5. Lohr KN. Effective measures to assure quality of care in hospitals. In: Selbmann H-K, ed. *Evaluation of quality assurance in medicine*. Gerlingen: Bleicher Verlag, 1995:
6. Grol R. Implementing guidelines in general practice care. *Quality in Health Care*; 1:184-91 (1992).
7. Grimshaw JM, Russel IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*; 342:1317-22 (1993).
8. Oxman A, Thomson M, Davis D, Haynes R. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Can Med Assoc J*; 153:1423-31 (1995).
9. Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, Russel I, Hurwitz B. Developing and implementing practice guidelines. *Quality in Health Care*; 4:55-64 (1995).
10. Russel LB, Gold MR, Seigel JE, Daniels N, Weinstein MC. The role of cost-effectiveness analysis in health and medicine. *JAMA*; 276:1172-7 (1996).
11. Weinstein MC, Seigel JE, Gold MR, Kamlet MS, Russel LB. Recommendations of the panel on cost-effectiveness in health and medicine. *JAMA*; 276:1253-8 (1996).
12. Seigel JE, Weinstein MC, Russel LB, Gold MR. Recommendations for reporting cost effectiveness analysis. *JAMA*; 276:1339-41 (1996).
13. Blomhoej, G., de Neergaard, L., Hermann, N., Staehr Johansen, K. Continuous quality development: A proposed national policy. WHO Regional Office for Europe in collaboration with Danish Ministry of Health and Danish National Board of Health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1993.

## Vorläufige Teilnehmerliste

- |  |  |
|--|--|
| Dr. Enno Aufderheide<br>Projektträger der DLR<br>Südstr. 125<br>53175 Bonn<br>Deutschland  | Tel.: 0049 228 3821 140<br>Fax: 0049 228 3821 257<br>E mail: Enno.Aufderheide@dlr.de |
| Dr. Christian Behles<br>Deutsches Institut für Medizinische<br>Dokumentation und Information – DIMDI<br>P.O. Box 42 05 80<br>50939 Köln<br>Deutschland                 | Tel.: 0049 221 4724 304<br>Fax: 0049 221 411 429<br>E mail: behles@dimdi.de          |
| Iris Blomberg<br>National Board of Health and Welfare<br>Public Health<br>Socialstyrelsen<br>10630 Stockholm<br>Schweden   | Tel.: 0046 8 783 3166<br>Fax: 0046 8 783 3346<br>E mail: iris.blomberg@sos.se        |
| Dr. Dorothea Bronner<br>Projektträger der DLR<br>Südstr. 125<br>53175 Bonn<br>Deutschland  | Tel.: 0049 228 3821 149<br>Fax: 0049 228 3821 257<br>E mail: Dorothea.Bronner@dlr.de |
| Professor Anton Frans Casparie<br>Institute for Health, Policy and Management<br>Erasmus University of Rotterdam<br>Post Box 1738<br>3000 DR. Rotterdam<br>Niederlande | Tel.: 0031 10 408 8256<br>Fax: 0031 10 452 6086<br>E mail: knoester@facb.bm6.eur.nl  |
| Professor Jack Dowie<br>Faculty of Social Science<br>The Open University<br>Walton Hall<br>Milton Keynes MK7 6AA<br>Vereinigtes Königreich                             | Tel.: 0044 1908 274 066<br>Fax: 044 171 254 7576<br>E mail: j.a.dowie@open.ac.uk     |

Professor Gene Feder  
Department of General Practice and Primary Care  
St. Bartholomew's and the Royal London School  
of Medicine & Dentistry  
New Science Block  
Charterhouse Square  
London EC1M 6BQ  
Vereinigtes Königreich

Tel.: 0044171 982 6032/6012  
Fax: 0044 171 982 6103  
E mail: g.s.feder@mds.9mw.ac.uk

Dr. John H. Ferguson  
Office of Diseases Prevention, OMAR  
National Institute of Health  
Federal Building, Room 618  
7550 Wisconsin Avenue, MSC 9120  
Bethesda, Maryland 20892-9120  
Vereinigte Staaten von Amerika

Tel.: 001 301 496 5641  
Fax: 001 301 402 0420  
E mail: jferg@helix.nih.gov

Dr. Béatrice Fervers  
Fédération Nationale Des Centres de Lutte Contre  
le Cancer (FNCLCC)  
Centre Léon Bérard  
28, rue Laennec  
69003 Lyon  
Frankreich

Tel.: 0033 4 78 78 2801  
Fax: 0033 4 78 78 2804/2712  
E mail: fervers@lyon.fnclcc.fr

Professor Wolfgang Gaebel  
Psychiatrische Klinik der Heinrich-Heine-  
Universität  
Bergische Landstr. 2  
40629 Düsseldorf  
Deutschland

Tel.: 0049 211 922 2000  
Fax: 0049 211 922 2020  
E mail:

Dr. Max Geraedts  
Institut für Medizinische  
Informationsverarbeitung  
Universität Tübingen  
Westbahnhofstr. 55  
72070 Tübingen  
Deutschland

Tel.: 0049 7071 298 5901  
Fax: 0049 7071 49527  
E mail: max.geraedts@uni-  
tuebingen.de

Dr. Marcella Giesen  
Projektträger der DLR  
Südstr. 125  
53175 Bonn  
Deutschland

Tel.: 0049 228 3821 227  
Fax: 0049 228 3821 257  
E mail:

Professor Richard Grol  
Centre for Quality of Care Research (WOK)  
Post Box 9101  
6500 HB Nijmegen  
Niederlande

Tel.: 0031 243 615302  
Fax: 0031 243 540166  
E mail: rgrol@hsv.kun.nl

Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg  
Deutsches Krankenhausinstitut e.v.  
Projektgeschäftsstelle für Fallpauschalen und  
Sonderentgelte  
Teerstegenstr. 3  
40474 Düsseldorf  
Deutschland

Tel.: 0049 211 47051 26  
Fax: 0049 211 47051 30  
E mail:

Professor Rodney Jackson  
Department of Community Health  
School of Medicine  
University of Auckland, Auckland  
Neuseeland

Tel.: 0064 9 373 7599  
Fax: 0064 9 373 7503  
E mail: rt.jackson@auckland.ac.nz

Dr. Kamil Kalina  
Ministry of Health of Czech Republic  
Palackého náměstí 4  
12000 Prague 2  
Tschechien

Tel.: 042 2 2497 2520/ 809 790  
Fax: 0042 2 290091/ 801 222  
E mail:

Dr. Douglas B. Kamerow  
U.S. Department of Health and Human Services  
Agency for Health Care Policy and Research  
Office of the Forum for Quality and Effectiveness  
in Health Care  
Willco Bldg., Suite 310  
6000 Executive Blvd.  
Rockville, MD 20852  
Vereinigte Staaten von Amerika

Tel: 001 301 594 4015 ext.122  
Fax: 001 301 594 4027  
E mail: dkamerow@po6.ahcpr.gov

Professor F.W. Kolkman  
Landesärztekammer  
Baden-Württemberg  
Jahnstrasse 40  
70597 Stuttgart  
Deutschland

Tel.: 0049 711 769 890  
Fax: 0049 711 769 8950  
E mail:

Dr. Anna V. Korotkova  
Research Public Health Institute  
"MedSocEconoInform"  
Ministry of Health  
ul. Dobrolubov, 11  
127254 Moscow  
Russische Föderation

Tel.: 007 095 979 92 73  
Fax: 007 095 219 3840  
E mail: 104633.1501@compuserve.  
com

Professor Karl W. Lauterbach  
Universität Köln  
Institut f. Gesundheitsökonomie, Medizin u.  
Gesellschaft  
Gleueler Straße 176  
50931 Köln  
Deutschland

Tel.: 0049 221 4302304  
Fax: 0049 221 4302304  
E mail:

Dr. W. Lemmnitz  
Universität Bremen  
FB6 Rechtswissenschaft  
Bremen  
Deutschland

Tel.:  
Fax:  
E mail:

Dr. Kathleen N. Lohr (*Stellv. Vorsitzende*)  
Health and Social Policy Division  
Research Triangle Institute  
P.O. Box 12194  
3040 Cornwallis Road  
Research Triangle Park,  
North Carolina 27709 2194  
Vereinigte Staaten von Amerika

Tel.: 001 919 541 6512  
Fax: 001 919 541 5945  
E mail: klohr@rti.org

William Lohr  
Cecil G. Sheps Center for Health Services  
Research  
University of North Carolina  
725 Airport Road,  
Chapel Hill, North Carolina, 27599-7590  
Vereinigte Staaten von Amerika

Tel.: 001 919 966 6956  
Fax: 001 919 966 5764  
E mail: bill lohr@unc.edu

Professor Wilfried Lorenz  
Klinikum der Philipps-Universität  
Zentrum f. Operative Medizin I  
Theoretische Chirurgie  
Baldingerstraße  
35033 Marburg  
Deutschland

Tel.: 0049 6421 28 2220  
Fax: 0049 6421 28 8926  
E mail:

Dr. Paul Lubecki  
AOK Bundesverband  
Kortrijker Strasse 1  
53177 Bonn  
Deutschland

Tel.: 0049 228 843 378  
Fax: 0049 228 331 315  
E mail:

Eberhard Luithlen  
Bundesministerium für Gesundheit  
Referat 217  
Am Propsthof 78 a  
53121 Bonn  
Deutschland

Tel.: 0049 228 941 2170  
Fax: 0049 228 941 4925  
E mail:

Professor Marjukka Mäkela  
National Research and Development  
Centre for Welfare and Health  
Services and Quality Unit  
P.O. Box 220  
00531 Helsinki  
Finnland

Tel.: 00358 9 3967 2290  
Fax: 00358 9 3967 2227  
E mail: marjukka@stakes.fi

Dr. Hervé Maisonneuve  
Agence Nationale pour le Développement de  
l'Evaluation Médicale  
159 rue Nationale  
75640 Paris Cedex 13  
Frankreich

Tel.: 0033 1 42 167325  
Fax: 0033 1 45 84 06 51  
E mail:

Cord Meyer  
Bundesministerium für Gesundheit  
Referat 217  
Am Propsthof 78 a  
53121 Bonn  
Deutschland

Tel.: 0049 228 941 2171  
Fax: 0049 228 941 4925  
E mail:

Professor Günter Ollenschlaeger  
Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung  
Aachenerstr. 233-237  
50931 Köln  
Deutschland

Tel.: 0049 221 4004 0  
Fax: 0049 221 4004 590  
E mail:

Professor Myriam Ovalle  
General Council of Nursing  
School of Health Sciences  
University Complutense  
Fuente Del Rey, No. 2  
28023 Aravaca - Madrid  
Spanien

Tel.: 0034 1 334 5520  
Fax: 0034 1 334 5503  
E mail:

H. Claudia Pagliari  
University of Aberdeen  
Health Services Research Unit  
Department of Public Health  
Drew Kay Wing Polwarth Building  
Foresterhill  
Aberdeen AB25 2ZD  
Schottland

Tel.: 0044 1224 681 818  
Fax: 0044 1224 663 087  
E mail: h.c.pagliari@abdn.ac.uk

Dr. Matthias Perleth  
Medizinische Hochschule Hannover  
Abt. Epidemiologie und Sozialmedizin  
OE 5410  
30623 Hannover  
Deutschland

Tel.: 0049 511 532 4451  
Fax: 0049 511 532 5347  
E mail: perleth@epi.mh-hannover.de

Professor Hans J. Reinauer  
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen  
Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)  
Diabetes Forschungsinstitut  
Auf'm Hennekamp 65  
40225 Düsseldorf  
Deutschland

Tel.: 0049 211 3382240  
Fax: 0049 211 334006  
E mail: awmf@uni-duesseldorf.de

Dr. Sabine Richard  
Bundesverband der Betriebskrankenkassen  
Kronprinzenstr. 6  
45128 Essen  
Deutschland

Tel.: 0049 201 179 1217  
Fax: 0049 201 179 1016  
E mail:

Dr. Christoph Röger  
Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Herbert Lewin Str. 3  
50931 Köln  
Deutschland

Tel.: 0049 221 4005 290  
Fax: 0049 221 4005 151  
E mail:

Professor Doris Schiemann  
Fachhochschule Osnabrück  
Fachbereich Wirtschaft  
Albrechtstr. 30  
49076 Osnabrück  
Deutschland

Tel.: 0049 541 969 2013/3000  
Fax: 0049 541 969 2989  
E mail:

Dr. Rotraud Scholz  
Deutsche Krankenhausgesellschaft  
Teerstegenstr. 9  
40474 Düsseldorf  
Deutschland

Tel.: 0049 211 45473 0  
Fax: 0049 211 45461  
E mail:

Professor H. Konrad Selbmann (*Stellv. Vorsitzender*)  
Institut für Medizinische  
Informationsverarbeitung (IMI)  
Universität Tübingen  
Westbahnhofstr. 55  
72070 Tübingen  
Deutschland

Tel.: 0049 7071 29 85217  
Fax: 0049 7071 49527  
E mail:

Barbara von Stackelberg  
Deutsches Grünes Kreuz  
Im Kilian  
Schuhmarkt 4  
35037 Marburg  
Deutschland

Tel.: 0049 6421 293 128  
Fax: 0049 6421 2 2910  
E mail:

Dr. Franz F. Stobrawa  
Bundesärztekammer  
Herbert Lewin Str. 1  
50931 Köln  
Deutschland

Tel.: 0049 221 4004 0256  
Fax: 0049 221 4004 378  
E mail:

Dr. Christoph Straub  
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.v.  
Frankfurter Str. 84  
53721 Siegburg  
Deutschland

Tel.: 0049 2241 108 322  
Fax: 0049 2241 108 248  
E mail:

**Weltgesundheitsorganisation**  
***Regionalbüro für Europa***

Connie Petersen  
World Health Organization  
Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
2100 Copenhagen  
Dänemark

Tel.: 0045 3917 1539  
Fax: 0045 3917 1870  
E mail: cop@who.dk

Dr. Herbert Zöllner (*Sekretär*)  
World Health Organization  
Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
2100 Copenhagen  
Dänemark

Tel.: 0045 3917 1347  
Fax: 0045 3917 1870  
E mail: hzt@who.dk

## Vorläufiges Programm

### Sonntag, 26. Januar 1997

- 18:00 – 20:00 Anmeldung der Teilnehmer  
20:00 – 21:30 Begrüßung (mit einem Empfang der Deutschen Forschungsanstalt für Luft- und Raumfahrt DLR)

### Montag, 27. Januar 1997

#### 1. BEDEUTUNG VON LEITLINIEN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

- 09:00 – 09:15 Eröffnung (Bundesministerium für Gesundheit, WHO Sekretariat)  
09:15 – 09:30 Einführung in die Problemstellung (Herbert Zöllner, WHO)  
Annahme von Tagesordnung und Programm (Vorsitz)  
09:30 – 10:00 Pathologie des Entscheidungsprozesses in der gesundheitlichen Versorgung (Einführung: Jack Dowie)  
10:00 – 11:00 Leitlinien als Instrument der Entscheidungsfindung in der gesundheitlichen Versorgung (Arbeitsgruppen)  
11:30 – 12:00 Fortsetzung (Gruppenberichte und Diskussion)  
12:00 – 12:30 Qualität der Leitlinien und Qualität der gesundheitlichen Versorgung (Einführung: Kathleen Lohr)

#### 2. LEBENSZYKLUS VON LEITLINIEN

- 13:30 – 14:00 Die Bedeutung von Evidenz für die Entwicklung von Leitlinien (Einführung: Marjukka Mäkela)  
14:00 – 14:30 Strategien zur Anwendung und Verbreitung von Leitlinien (Einführung: Richard Grol)  
14:30 – 15:00 Monitoring und Aktualisierung von Leitlinien in der täglichen Praxis (Einführung: Hervé Maisonneuve)  
15:00 – 15:30 Bewertung medizinischer Leitlinien (Einführung: Gene Feder)

### **3. LEITLINIEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH**

- 16:00 – 16:30 Strategien der Leitlinienentwicklung in Europa (Einführung: Marjukka Mäkela)
- 16:30 – 17:30 Praxis der Leitlinien in europäischen Ländern (Kurzbeiträge aus Tschechien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Spanien, den Niederlanden, Norwegen, der Russischen Föderation und dem Vereinigten Königreich (Kalim Kalina, Hans Reinauer, Marjukka Mäkela, Hervé Maisonneuve, Myriam Ovalle, Richard Grol, Anna Korotkova und Gene Feder))

**Dienstag, 28. Januar 1996**

### **4. DIE ROLLE VON LEITLINIEN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG**

- 08:30 – 09:00 Kostenwirksamkeit von Leitlinien in der Gesundheitsversorgung (Einführung: Anton Casparie)
- 09:00 – 09:30 Ethische und juristische Aspekte von Leitlinien in der gesundheitlichen Versorgung (Einführung: Karl Lauterbach)
- 09:30 – 10:00 Analysen der Entscheidungsfindung als Grundlage medizinischer Leitlinien und Praxis (Einführung: Jack Dowie)
- 10:30 – 11:00 Leitlinien außerhalb Europas (Berichte zu Instrumenten und Erfahrungen aus Kanada, den Vereinigten Staaten und Neuseeland durch John Ferguson, Douglas Kamerov and Rodney Jackson)

### **5. ENTWICKLUNG LEITEN UND LEITLINIEN ANWENDEN**

- 11:30 – 12:30 Entwicklung einer Leitlinie zur Entwicklung von Leitlinien (Arbeitsgruppen)
- 13:30 – 13:45 Fortsetzung (Gruppenberichte)
- 13:45 – 14:15 Entwicklung einer Strategie zur Aktualisierung von Leitlinien und Praxis der Gesundheitsversorgung (Einführung: Kathleen Lohr)
- 14:15 – 14:45 Leitlinien und Qualitätsmanagement (Einführung: Hans Konrad Selbmann)
- 14:45 – 15:00 Schlußfassung und Veröffentlichung der Tagungsergebnisse (Berichterstatter und Vorsitz)