

Diagnose und Behandlungsbedarf – können Leitlinien den individuellen Behandlungsbedarf für alle Patienten vorgeben?

Corinna Schaefer

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)



Interessenkonflikte

- Keine direkten finanziellen Interessen
- Indirekt:
 - Arbeitgeber: ÄZQ, gemeinsames Institut von BÄK und KBV
 - Am ÄZQ u.a. verantwortlich für die Koordination und Durchführung des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien

Agenda

- Definition
- Anwendbarkeit
- Fallbeispiel

Definition

“Clinical practice guidelines are statements that include **recommendations intended to optimize patient care** that are informed by a systematic review of evidence and an assessment of the benefits and harms of alternative care options.”

Institute of Medicine: Clinical practice guidelines we can trust
(2011)

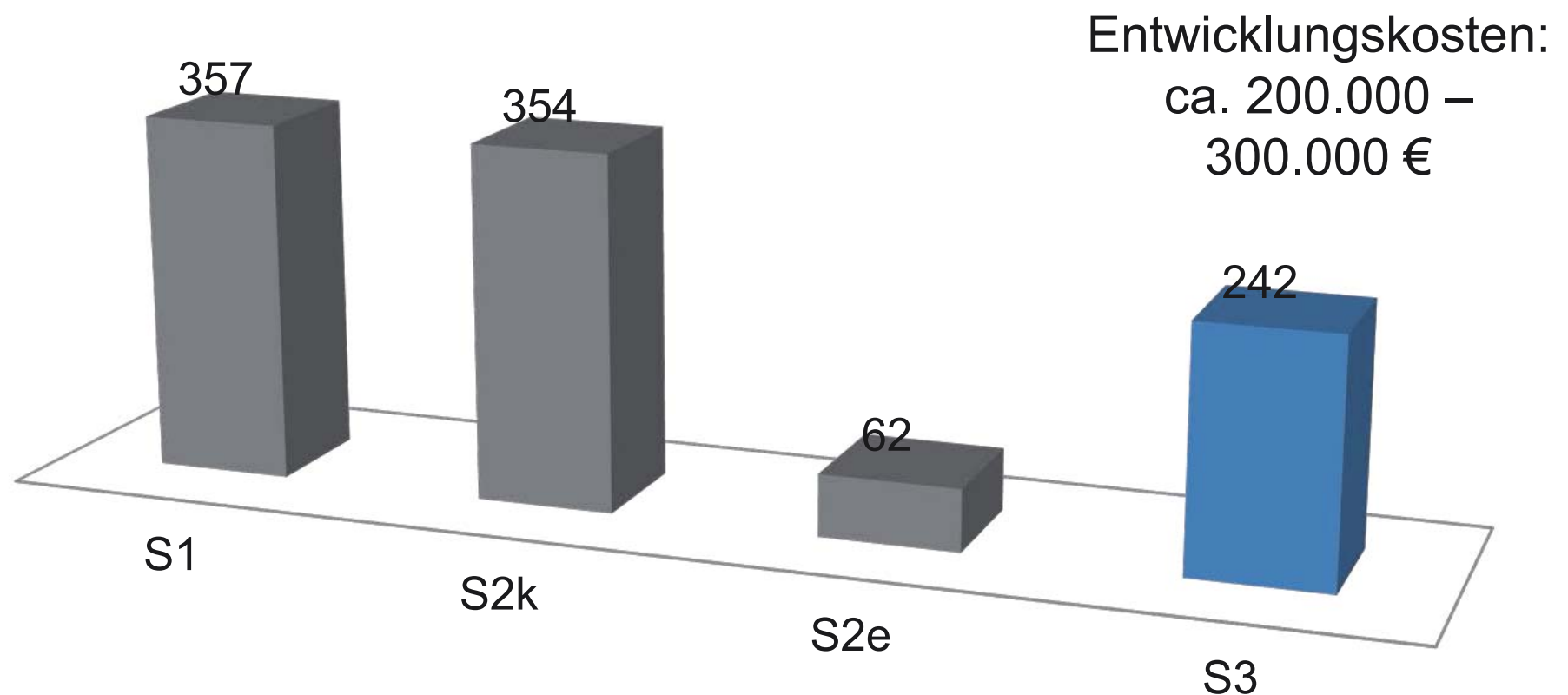
Leitlinien-Klassifikation

Typ	Charakteristika der Entwicklung	Aufwand	Method. Legitimation	Politische Legitimation
Handlungsempfehlungen von Experten (S1)	Gremium selektiert keine systematische Entwicklung	gering	niedrig	normativ gering
Konsens- basierte LL (S2k)	Gremium repräsent. formalisiertes Konsensverfahren	mittel	niedrig	normativ hoch
Evidenz-basierte LL (S2e)	Gremium selektiert Evidenzbasierung	hoch	hoch	normativ gering
Evidenz- und konsensbasierte LL (S3)	Gremium repräsent. Evidenzbasierung formalisiertes Konsensverfahren	sehr hoch	hoch	normativ hoch



Leitlinien im AWMF-Register

Stand: 24.6.2019



Zwischenfazit I

- Nur für wenige Indikationen liegen systematisch entwickelte, evidenzbasierte Leitlinien im Sinne des Institute of Medicine vor.

Agenda

- Definition
- Anwendbarkeit
- Fallbeispiel

Definition

„Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen **in begründeten Fällen abgewichen** werden kann oder sogar muss.“

Beurteilungskriterien für Leitlinien in der med. Versorgung; Beschlüsse der Vorstände von BÄK und KBV v. Juni 1997, DÄB 1997; 33: A 2154-2155

Leitlinien sind keine Vorgaben

Die Anwendbarkeit muss in der individuellen Situation geprüft werden unter Berücksichtigung von

- Indikationsstellung
- Beratung / Präferenzermittlung
- gemeinsamer („partizipativer“) Entscheidungsfindung von Arzt und Patient.
- Psychosozialer Situation

AWMF – Regelwerk, 2012

ORIGINAL PAPER

WILEY

Journal of **Evaluation in Clinical Practice**
International Journal of Public Health Policy and Health Services Research



Do guidelines help us to deviate from their recommendations when appropriate for the individual patient? A systematic survey of clinical practice guidelines

Marc Morgott Medical Student, Doctoral Candidate |

Stefan Heinmüller Dr. Med., Medical Doctor, Research Associate  |

Susann Hueber Dr. Phil., Psychologist, Senior Researcher |

Angela Schedlbauer Dr.Med., PhD, General Practitioner, Senior Researcher |

Thomas Kühlein Prof. Dr. Med., General Practitioner, Professor for General Practice

ORIGINAL PAPER

WILEY

Journal of **Evaluation in Clinical Practice**
International Journal of Public Health Policy and Health Services Research

Do guidelines help us to deviate from their recommendations when appropriate for the individual patient? A systematic survey of clinical practice guidelines

EBM is defined as the integration of the best scientific evidence available with the physician's expert experience as well as the patient's needs and preferences. Clinical expertise has been defined as **“the ability to integrate research evidence and patients' circumstances and preferences to help patients arrive at optimal decisions”**.

Zwischenfazit II

- Die korrekte Anwendung einer Leitlinie schließt das begründete Nicht-Befolgen von Empfehlungen ein. Dabei gilt: Je stärker der Empfehlungsgrad, desto stichhaltiger die Begründung

Agenda

- Definition
- Anwendbarkeit
- Fallbeispiel

Patientin, 82, mit Diabetes, KHK, Herzinsuffizienz NYHA III und milder Alterdepression

→ Für die Herzinsuffizienz:

- + ACE-Hemmer
- + Beta-Blocker
- + MRA
- + Diuretikum

→ Für die KHK (mindestens):

- + Thrombozytenaggregationshemmer
- + Lipidsenker

→ Für den Diabetes:

- + Antidiabetikum (mindestens 1)

→ Für die Depression:

- + ggf. Antidepressivum

Statin weglassen?

Antidiabetikum weglassen?

Antidepressivum weglassen?

Patientin, & NYHA III ur

- Für die Herzi
 - + Täglich
 - + Tägliche
 - + Ggf. Sel
 - + Regelmä

- Für die KHK
 - + Beachtu
 - + Ggf. Rat
 - Me

- Für den Diab
 - + Regelmä
 - + Beachtu
 - + Regelmä
 - + Regelmä

- Für die Depre
 - + Ggf. Psy



zinsuffizienz

/Woche


ca


n)

tion

Füße, Nerven, Nieren)

<https://minimallydisruptivemedicine.org/>

Empfehlungen/Statements	Empfehlungsgrad
<p>5-2 Der Patient soll dazu angeregt werden, individuelle Therapieziele zu formulieren. Diese Therapieziele sollen dokumentiert werden.</p>	

Empfehlungen/Statements	Empfehlungsgrad
<p>5-5 Multimorbide oder hochbetagte Patienten sollen gemeinsam mit dem Arzt besprechen, was sie als behandlungsbedürftig empfinden. Die Behandlung soll einem individuellen Gesamtkonzept folgen.</p>	

Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) chronische KHK, 5. Auflage, 4/2019

Konsensbasierte Empfehlung

Ein ständiger Abgleich der patientenseitigen und arztseitigen Prioritäten ist die wesentliche Voraussetzung für gute Entscheidungen. Jegliche Entscheidung soll vor dem Hintergrund der sich häufig erst im Gespräch entwickelnden Patientenpräferenzen und der gemeinsamen Priorisierung von Behandlungszielen erfolgen. Dies kann sich sowohl auf die Steigerung als auch auf die Verminderung der Behandlungsintensität beziehen.

Hierbei sollte ein Abgleich der ärztlichen Zielsetzungen (z.B. Ausschluss abwendbar gefährlicher Verläufe) und der patientenseitigen Prioritäten (z.B. Angst vor Autonomieverlust) erfolgen.

Ergebnis der
Abstimmung

8/8

DEGAM Leitlinie „Multimorbidität“, 2017

Herzschwäche

Soll ich mir einen ICD einsetzen lassen?

Sie haben ein erhöhtes Risiko für plötzlichen Herztod. Grund hierfür sind lebensbedrohliche Herz-Rhythmus-Störungen. Um diese zu verhindern, kann ein Defibrillator (ICD) in Frage kommen. Die Abkürzung ICD steht für „Implantable Cardioverter Defibrillator“. Dies ist ein kleines, elektrisches Gerät, das mittels einer kleinen Operation eingesetzt wird. Es überwacht den Herz-Rhythmus und gibt im Notfall automatisch einen Stromstoß ab. Ihre Tabletten nehmen Sie weiterhin regelmäßig ein.

Wirkt sich ein ICD auf meine Beschwerden aus?

Nein. Ein ICD lindert die Beschwerden der Herzschwäche nicht. Zum Beispiel verbessert sich die Atemnot nicht und Ihre körperliche Belastbarkeit steigert sich dadurch nicht. Ein ICD verhindert auch nicht, dass Ihre Herzschwäche sich verschlimmert.

Wie wirkt sich ein ICD auf mein Leben aus?

Ein ICD verringert das Risiko, am plötzlichen Herztod zu sterben. Genaue Angaben dazu finden Sie in der Tabelle.

Welche Komplikationen können auftreten?

Während des Eingriffs kommt es bei etwa 2 von 100 Personen zu Schwierigkeiten, zum Beispiel Blutungen oder das Gerät liegt nicht richtig. Weniger als einer von 100 Operierten stirbt infolge des Eingriffs. Nach Einsetzen eines ICD sind auch langfristige, unerwünschte Folgen möglich. Beispiele finden Sie in der Tabelle.

Wie oft erfolgt ein Stromstoß?

Bei etwa 30 von 100 Betroffenen kommt es im Laufe der Zeit zu mindestens einem Stromstoß. Dieser kann unangenehm bis schmerzhaft sein.

Wie lange trage ich einen ICD?

Ein ICD hält nicht lebenslang. Bei den meisten ICD-Trägern ist nach etwa 6 Jahren ein Batterie-Wechsel erforderlich. Dann wird neu geprüft, ob Sie den ICD noch benötigen.

Am Lebensende können Stromstöße unnötig belasten und die Sterbephase verlängern. Es ist möglich, einen ICD abzuschalten. Dafür ist keine Operation erforderlich. Sie sollten frühzeitig in einer Patientenverfügung regeln, in welchen Situationen der ICD abgeschaltet werden soll.

Empfehlung: Überlegen Sie gemeinsam mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, ob ein ICD für Sie mehr Vorteile oder Nachteile hat.

Tabelle: Übersicht der beiden Behandlungsmöglichkeiten

	Medikamente	Medikamente plus ICD
Lindert die Behandlung meine Beschwerden?	Es macht keinen Unterschied, ob Sie Ihre Medikamente allein einnehmen oder zusätzlich zu diesen einen ICD tragen.	
Kann die Behandlung das Leben verlängern?	Innerhalb von 4 Jahren sterben etwa 29 von 100 Menschen mit mittelschwerer Herzschwäche am plötzlichen Herztod.	Innerhalb von 4 Jahren sterben etwa 22 von 100 ICD-Trägern mit mittelschwerer Herzschwäche am plötzlichen Herztod. Der ICD hat also 7 von 100 Menschen vor dem plötzlichen Herztod bewahrt.
Welche unerwünschten Folgen können auftreten?	<ul style="list-style-type: none"> Nebenwirkungen der Medikamente 	<ul style="list-style-type: none"> Nebenwirkungen der Medikamente Folgen der Operation: zum Beispiel Blutergüsse/Blutungen, falsche Lage des Geräts, Entzündungen durch Krankheits-erreger oder Verletzungen der Lunge Langzeitfolgen: zum Beispiel Entzündungen durch Krankheits-erreger, vorzeitige Batterie-Erschöpfung, technische Störungen oder Lageveränderungen des ICD <ul style="list-style-type: none"> Es kann seelisch belastend sein, mit einem Gerät im Körper zu leben und jederzeit einen Stromstoß erhalten zu können.

Impressum: Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien in der Trägerschaft von Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Kontakt: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin. Telefon: 030 4005-2501, E-Mail: nvl@azq.de, Internet: www.verorgungsleitlinien.de

Verengte Herzkranzgefäße: Stent oder Bypass?

Bei Ihnen sind mehrere Herzkranzgefäße und/oder die linke Herzkranzarterie verengt und Sie haben sich entschieden, einen Eingriff vornehmen zu lassen. Nutzen Sie diese Karte, um gemeinsam mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt zu entscheiden, ob die Blutgefäße mit der Hilfe von Stents offengehalten oder operativ „überbrückt“ (Bypass) werden sollen. Aussagekräftige Studien haben beide Verfahren miteinander verglichen:

	Einsetzen von Stents	Bypass-Operation
Wie läuft die Behandlung ab?	Eine dünne Sonde (Katheter) wird über einen Einstich in der Leiste oder am Handgelenk ins Herz geführt. Das verengte Gefäß wird mit einem Ballon geweitet und ein Röhrchen aus Drahtgeflecht, der Stent, wird eingesetzt. Nach dem Einsetzen der Stents nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein.	Nach Eröffnung des Brustbeins werden durch eine Operation am offenen Herzen verengte Blutgefäße überbrückt. Dazu wird körpereigenes Gewebe verwendet. Meist kommt dabei eine Herz-Lungen-Maschine zum Einsatz. Nach der Operation nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein.
Wie lange brauche ich, um mich von der Behandlung zu erholen?	Nach dem Eingriff werden Sie meist über Nacht überwacht. Die meisten können wenige Tage nach dem Eingriff ihren Alltag wieder aufnehmen.	Bis zur vollständigen Heilung vergehen mehrere Wochen. Es schließt sich eine Rehabilitation an.
Welche Komplikationen können auftreten?	Während der Katheter-Untersuchung kommt es bei etwa 5 von 100 Untersuchten zu leichten Komplikationen wie Blutungen. Bei etwa 1 von 100 können schwere Komplikationen auftreten.	1 von 100 Operierten erleidet durch die Operation einen Schlaganfall. Es kann zu Blutungen, Infektionen, Schmerzen und Problemen bei der Wundheilung kommen. Manche dieser Nebenwirkungen können schwerwiegend sein. Etwa 97 von 100 Operierten haben den Eingriff nach 30 Tagen überlebt.
Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass Beschwerden gelindert werden?	Bei etwa 80 von 100 Behandelten lindern Stents die Beschwerden dauerhaft. Bei etwa 20 von 100 wird innerhalb von 4 Jahren ein erneuter Eingriff notwendig (Stent oder Bypass-Operation), weil Stents sich zugesetzt haben oder neue Verengungen entstanden sind.	Bei etwa 94 von 100 Behandelten lindert eine Bypass-Operation die Beschwerden dauerhaft. Bei etwa 6 von 100 wird innerhalb von 4 Jahren ein erneuter Eingriff notwendig, weil neue Verengungen entstanden sind.
Senkt die Behandlung das Risiko für einen Herzinfarkt?	Nein. Etwa 9 von 100 Behandelten haben innerhalb von vier Jahren einen Herzinfarkt als Folge der Grunderkrankung.	Manchmal. Etwa 5 von 100 Operierten haben innerhalb von vier Jahren einen Herzinfarkt. Das heißt: Vier von 100 wurden durch den Eingriff vor einem Herzinfarkt bewahrt.
Verlängert die Behandlung das Leben?	Nein. Etwa 10 von 100 Behandelten sterben in den ersten vier Jahren nach dem Eingriff als Folge der Grunderkrankung.	Manchmal. Etwa 7 von 100 Operierten sterben in den ersten vier Jahren nach der Operation. Das heißt: 3 von 100 wurden durch die Operation vor dem Tod bewahrt. Unter bestimmten Voraussetzungen bringt sie keine Vorteile, etwa wenn nur ein Blutgefäß betroffen ist.
Schränkt mich die Behandlung im Alltag ein?	Für eine optimale Behandlung müssen Sie regelmäßig Ihre Medikamente einnehmen und Kontrollbesuche beim Arzt wahrnehmen.	Nach erfolgreicher Rehabilitation müssen Sie für eine optimale Behandlung regelmäßig Ihre Medikamente einnehmen und Kontrollbesuche beim Arzt wahrnehmen.

Impressum: Redaktion und Pflege: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin, nvl@azq.de
Fachliche Beratung: Prof. Dr. med Norbert Donner-Banzhoff, Prof. Dr. med Volkmar Falk, Prof. Dr. med Sigmund Silber
Quellen und Methodik: www.khk.verorgungsleitlinien.de

Konsensbasiertes Statement

Die Konsultation mit multimorbiden Patienten erfordert ausreichend Zeit, die im Versorgungssystem zur Verfügung stehen muss.

Ergebnis der
Abstimmung

7/7

1 Enthaltung

DEGAM Leitlinie „Multimorbidität“, 2017

Fazit

- Nur für wenige Indikationen liegen systematisch entwickelte, evidenzbasierte Leitlinien vor.
- Die korrekte Anwendung einer Leitlinie schließt das begründete Nicht-Befolgen von Empfehlungen ein.
- Leitend bei der Behandlung sind individuell vereinbarte Therapieziele. Diese sind u.a. abhängig von der individuell empfundenen Belastung, der Lebenserwartung, dem Allgemeinzustand, der psychosozialen Situation, individuellen Wertvorstellungen.
- Deren Ermittlung und Überprüfung braucht Zeit.
- **Die Leitlinie kann den Versorgenden nicht das Denken abnehmen!**

schaefer@azq.de

