

Freie Universität Berlin  
Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie  
Postgradualer Studiengang Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung

**Leitlinien in der Medizin:  
Anwendung, Einstellungen und Barrieren -  
Eine Befragung Berliner Hausärzte**

Wissenschaftliche Abschlussarbeit zur Erlangung des Titels  
Master of Public Health (MPH)

1. Gutachter: Dr. Burkhard Gusy
2. Gutachter: Dr. Wolf Kirschner

vorgelegt von Andrea Ursula Kunz

Berlin

15.03.2005

## Für Dani

Ganz besonders herzlich bedanke ich mich bei allen teilnehmenden Berliner Hausärzten, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre!

Mein besonderer Dank gilt Dr. Burkhard Gusy, der mich stets unterstützt hat.

Bedanken möchte ich mich auch bei Dr. Anand Pant, Dr. Wolf Kirschner und Frau Plonska für ihre Unterstützung.

Ich danke den drei Fragezeichen für die vielen schönen und anregenden Stunden.  
Viva la vida!

# I Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG UND THEORETISCHER HINTERGRUND</b>	
<b>1.1</b>	<b>Einleitung</b>	1
<b>1.2</b>	<b>Theoretischer Hintergrund</b>	2
1.2.1	Definition und historischer Überblick	2
1.2.2	Ziele und Effekte von Leitlinien	5
1.2.3	Leitlinienadäquate Behandlung	7
1.2.4	Einstellung gegenüber Leitlinien	8
1.2.5	Barrieren der Leitlinienanwendung	9
1.2.6	Implementierung von Leitlinien	11
<b>2</b>	<b>PROBLEMSTELLUNG UND FORSCHUNGSFRAGEN</b>	
<b>2.1</b>	<b>Problemstellung</b>	15
<b>2.2</b>	<b>Konkrete Forschungsfragen</b>	16
<b>3</b>	<b>MATERIAL UND METHODEN</b>	
<b>3.1</b>	<b>Beschreibung der Stichprobe</b>	17
<b>3.2</b>	<b>Erhebungsinstrument: Fragebogen</b>	21
<b>3.3</b>	<b>Datensammlung und Datenauswertung</b>	22
3.3.1	Skala zur Einstellung gegenüber Leitlinien	23
3.3.2	Skala zu Barrieren der Leitlinienanwendung	24
3.3.3	Items zur Analyse des Problemlösungspotentials von Leitlinien	26
3.3.4	Literaturrecherche	27
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE DER GESAMTEN STICHPROBE</b>	
<b>4.1</b>	<b>Charakteristika der realisierten Stichprobe</b>	28
<b>4.2</b>	<b>Auseinandersetzung mit und Anwendung von Leitlinien</b>	32
4.2.1	Inhaltliche Auseinandersetzung mit Leitlinien	32
4.2.2	Aktuelle Anwendung von Leitlinien	32
4.2.3	Charakterisierung der angewendeten Leitlinien	33
4.2.4	Gründe der Leitlinienanwendung	36
4.2.5	Wunsch nach weiteren Leitlinien	36
<b>4.3</b>	<b>Einstellungen gegenüber Leitlinien</b>	38
4.3.1	Allgemeine Einstellung gegenüber Leitlinien	38
4.3.2	Einstellung gegenüber Leitlinien als Instrument zur Lösung von Problemen des Gesundheitssystems	42
4.3.3	Einstellung gegenüber Leitlinien als ärztliche Entscheidungsgrundlage	43
<b>4.4</b>	<b>Barrieren der Leitlinienanwendung</b>	44
4.4.1	Bedeutung und Ausmaß möglicher Barrieren	45
4.4.2	Inwieweit werden spezielle Aspekte bei Leitlinien vermisst?	46

4.4.3	Kenntnis über Aktivitäten der ärztlichen Selbstverwaltungsorgane und der Medizinischen Fachgesellschaften auf dem Gebiet der Leitlinien	47
<b>4.5</b>	<b>Mögliche Ansätze zu einer verstärkten Anwendung von Leitlinien</b>	51
4.5.1	Zentrales Institut, das auf nationaler Ebene Leitlinien entwickelt	51
4.5.2	Erstellung von Leitlinien nach Prinzipien der Evidence-based Medicine	52
4.5.3	Direkter Zugriff von der elektronischen Patientenakte auf Leitlinien	53
4.5.4	Verstärkte Einbeziehung der Patienten in die Entwicklung und Verbreitung von Leitlinien	54
<b>5</b>	<b>UNTERSCHIEDE ZWISCHEN NICHTANWENDERN UND ANWENDERN VON LEITLINIEN</b>	
<b>5.1</b>	<b>Hängt die Anwendung von Leitlinien von bestimmten Struktur- und Persönlichkeitsmerkmalen oder von der Haltung zu Qualitätssicherungsprogrammen ab?</b>	55
<b>5.2</b>	<b>Haben sich Nichtanwender von Leitlinien in geringerem Maße mit Leitlinien auseinandergesetzt?</b>	56
<b>5.3</b>	<b>Haben Nichtanwender von Leitlinien negativere Einstellungsmuster gegenüber Leitlinien?</b>	58
5.3.1	Haben Nichtanwender eine negativere allgemeine Einstellung gegenüber Leitlinien?	58
5.3.2	Empfinden Nichtanwender Leitlinien weniger als Instrumente, mit denen Probleme des Gesundheitssystems gelöst werden können?	60
5.3.3	Empfinden Nichtanwender Leitlinien als eine weniger sinnvolle Entscheidungsgrundlage?	65
<b>5.4</b>	<b>Unterscheiden sich Nichtanwender und Anwender in ihrer Beurteilung von möglichen Barrieren der Leitlinienanwendung?</b>	66
5.4.1	Sind für Nichtanwender andere Barrieren der Leitlinienanwendung von Bedeutung?	66
5.4.2	Vermissen Nichtanwender andere spezielle Aspekte bei Leitlinien?	69
5.4.3	Haben Nichtanwender geringere Kenntnisse über Aktivitäten der Selbstverwaltungsorgane und der Medizinischen Fachgesellschaften auf dem Gebiet der Leitlinien?	69
<b>5.5.</b>	<b>Unterscheiden sich Nichtanwender und Anwender in ihrer Beurteilung von möglichen Ansätzen zu einer verstärkten Anwendung von Leitlinien?</b>	70
5.5.1	Haben Nichtanwender eine andere Einstellung gegenüber einem zentralen Institut, das auf nationaler Ebene Leitlinien entwickelt?	70
5.5.2	Haben Nichtanwender eine andere Einstellung gegenüber Leitlinien, die nach Prinzipien der Evidence-based Medicine erstellt werden?	70
5.5.3	Haben Nichtanwender eine andere Einstellung gegenüber einer direkten Zugriffsmöglichkeit von der elektronischen Patientenakte auf Leitlinien?	72
5.5.4	Haben Nichtanwender eine andere Einstellung gegenüber der verstärkten Einbeziehung von Patienten in die Entwicklung und Verbreitung von Leitlinien?	72
<b>5.6</b>	<b>Charakterisierung der verschiedenen Gruppen von Nichtanwendern</b>	72

<b>6</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>77</b>
	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>98</b>
	<b>ANHANG</b>	<b>106</b>
A	Fragebogen	
B	Anschreiben zum Fragebogen	
C	Erinnerungsschreiben zum Fragebogen	
D	Skala zur Einstellung gegenüber Leitlinien: SPSS-Ausdrucke Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse	
E	Skala Barrieren der Leitlinienanwendung: SPSS-Ausdrucke Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse	
F	Wunsch nach speziellen Leitlinien	
G	Lebenslauf	
H	Erklärung der Antragstellerin	

## II Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Handlungsleitende Menschenbilder in der Medizin (v. Troschke, 2001)	11
Tabelle 2: Vergleich der Grundgesamtheit der Berliner Hausärzte mit dem online zugänglichen Arzt - Suchsystem der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV-Berlin)	19
Tabelle 3: Vergleich der Listenpopulation mit der ausgewählten Zufallsstichprobe	21
Tabelle 4: Items der Skala „Einstellung gegenüber Leitlinien“ im englischen Original und die in dieser Studie verwendeten deutschen Übersetzungen	23
Tabelle 5: Ziele von Leitlinien und die in dieser Studie verwendeten Items zur Erfragung des Problemlösungspotentials von Leitlinien	27
Tabelle 6: Vergleich der realisierten Stichprobe mit der ausgewählten Zufallsstichprobe	29
Tabelle 7: Charakteristika der realisierten Stichprobe	30
Tabelle 8: Anzahl der Leitlinien, mit denen sich die Ärzte inhaltlich auseinandergesetzt haben	32
Tabelle 9: Allgemeine Einstellung gegenüber Leitlinien: Häufigkeitsverteilung	38
Tabelle 10: Vergleich der Einstellung gegenüber Leitlinien in dieser Studie mit den Ergebnissen internationaler Studien	41
Tabelle 11: Einschätzung von Leitlinien als Instrument zur Verbesserung des Gesundheitssystems	43
Tabelle 12: Einschätzung von Leitlinien als Grundlage für die eigenen ärztlichen Entscheidungen verglichen mit anderen Informationsquellen	44
Tabelle 13: Barrieren der Leitlinienanwendung	45
Tabelle 14: Aspekte, die bei Leitlinien generell vermisst werden	47
Tabelle 15: Einstellung gegenüber der Evidence-based Medicine	52
Tabelle 16: Abhängigkeit der Leitlinienanwendung von verschiedenen Struktur – und Persönlichkeitsmerkmalen der Hausärzte	55
Tabelle 17: Abhängigkeit der Leitlinienanwendung von der Praxisgröße und dem Alter der Hausärzte	55
Tabelle 18: Zusammenhang zwischen der Einstellung gegenüber Qualitätssicherungsprogrammen und der Anwendung von Leitlinien	56
Tabelle 19: Allgemeine Einstellung gegenüber Leitlinien: Unterschiede zwischen Anwendern und Nichtanwendern von Leitlinien	59
Tabelle 20: Leitlinien als Entscheidungsgrundlage: Unterschiede zwischen Anwendern und Nichtanwendern von Leitlinien	65
Tabelle 21: Barrieren der Leitlinienanwendung: Unterschiede zwischen Anwendern und Nichtanwendern von Leitlinien	67
Tabelle 22: Einstellung gegenüber der Evidence-based Medicine: Unterschiede zwischen Anwendern und Nichtanwendern von Leitlinien	71

### III Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Barrieren der Leitlinienanwendung (nach Cabana et al., 1999)	10
Abb. 2: Untersuchungsdesign der vorliegenden Studie	20
Abb. 3: Items der Skala „Barrieren der Leitlinienanwendung“ und ihre Zuordnung zu den 7 Hauptbarrieren von Cabana et al. (1999)	25
Abb. 4: Rücklauf der Fragebögen	28
Abb. 5: Anwendung von Leitlinien	33
Abb. 6: Angewendete Leitlinien	34
Abb. 7: Erkrankungen, für die bisher keine Leitlinien angewendet wurden, aber bei denen der Wunsch nach guten Leitlinien besteht	37
Abb. 8: Kenntnis und Nutzen der Internetseiten <a href="http://www.leitlinien.de">www.leitlinien.de</a> und <a href="http://www.awmf-online.de">www.awmf-online.de</a>	48
Abb. 9: Kenntnis/Informiertheit über Leitlinien-Clearingberichte, Nationale Versorgungsleitlinien und das Ärztliche Zentrum für Qualität	49
Abb. 10: Übereinstimmung mit der Haltung der ärztlichen Selbstverwaltung zum Thema Leitlinien	50
Abb. 11: Einstellung gegenüber einem zentralen Institut, das auf nationaler Ebene Leitlinien entwickelt	51
Abb. 12: Zunahme der Leitliniennutzung bei direkter Zugriffsmöglichkeit von der elektronischen Patientenakte	53
Abb. 13: Auseinandersetzung mit Leitlinien: Unterschiede zwischen Anwendern und Nichtanwendern von Leitlinien	57
Abb. 14 – Abb. 20: Einschätzung von Leitlinien als Instrument zur Lösung verschiedener Probleme des Gesundheitssystems: Unterschiede zwischen Anwendern und Nichtanwendern von Leitlinien	61-64
Abb. 21: Zusammenhang zwischen dem wahrgenommenen Einfluss von Leitlinien auf die Behandlungsqualität und der aktuellen Anwendung von Leitlinien	73

## IV Zusammenfassung

Leitlinien spielen in der Medizin eine untergeordnete Rolle, wobei über die Ansichten der Ärzte als Schaltstelle im Umsetzungsprozess von Leitlinien nur sehr wenig bekannt ist. Daher sollte an einer Zufallsstichprobe mit über 800 Berliner Hausärzten quantitativ die Anwenderperspektive erhoben werden. Die Antwortquote betrug 24% (N=194). 40% (CI 34-47%) der Hausärzte wenden aktuell Leitlinien an und ein knappes Viertel (CI 16-28%) hat sich noch nie mit einer Leitlinie auseinandergesetzt. Als zentrale Barriere erwies sich der einfache und schnelle Zugang zu einer guten Leitlinie. Es existiert keine eindeutig wahrnehmbare Haltung der ärztlichen Selbstverwaltung gegenüber Leitlinien. Zwei Drittel der Ärzte kennen das Ärztliche Zentrum für Qualität nicht und 85% der Internetbesitzer kennen die Internetseite <http://www.awmf-online.de> nicht. Die Einstellung gegenüber Leitlinien korreliert mit der zu Qualitätssicherungsprogrammen ( $r=.53$ ;  $p<.001$ ). Anwender und Nichtanwender von Leitlinien unterscheiden sich im Grad der Auseinandersetzung mit Leitlinien und in der Kenntnis über vorhandene Leitlinienangebote, in ihrer allgemeinen Einstellung gegenüber Leitlinien, in der Einschätzung von Leitlinien als Entscheidungsgrundlage oder Instrument zur Lösung verschiedener Gesundheitsprobleme und in den wahrgenommenen Barrieren einer Leitlinienanwendung. Die Anwendung von Leitlinien bedeutet eine Änderung des bisherigen Verhaltens. Dazu bedarf es – selbstverständlich neben der Erstellung hochwertiger Leitlinien - eines breit angelegtes Konzepts mit multimodaler Strategie, die gleichermaßen auf Wahrnehmung, Einstellungen, Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhalten zielt. Dabei können die in dieser Studie gewonnenen Erkenntnisse hilfreich sein. In jedem Fall muss die ärztliche Selbstverwaltung unter Einbindung anderer ärztlicher Institutionen als Speerspitze vorgehen. Auch ist überzeugend und transparent zu kommunizieren, dass Leitlinien tatsächlich den medizinischen outcome positiv beeinflussen. Bestehende Leitlinienangebote müssen besser bekannt gemacht werden. Die Debatte um Leitlinien ist einzubetten in die Debatte um die Qualitätssicherung insgesamt.

Schlagwörter: Leitlinien - Evidence-based Medicine - Qualitätssicherung - Hausärzte



# **1 EINLEITUNG UND THEORETISCHER HINTERGRUND**

## **1.1 Einleitung**

Leitlinien in der Medizin stellen ein Thema dar, das in zunehmendem und auch kontroverserem Maße nicht nur in der Ärzteschaft selbst, sondern auch in der Politik und insgesamt in der Öffentlichkeit diskutiert wird. Leitlinien als systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen sind dabei auch ein Paradebeispiel für den bevölkerungsbezogenen und systemorientierten Ansatz, der Public Health zu eigen ist.

Unabhängig von den tatsächlichen Auswirkungen von Leitlinien auf die medizinische Behandlungsqualität bleibt als Faktum festzuhalten, dass Leitlinien bisher nur wenig Eingang in die ärztliche Praxis gefunden haben. Die alleinige Produktion selbst zunehmend hochwertiger Leitlinien und deren Verbreitung führen offensichtlich nicht zu einer breiten Anwendung von Leitlinien. In diesem Zusammenhang ist es unerlässlich, die Ansichten der Ärzte genauer zu kennen. Sind sie es doch, die in der täglichen Auseinandersetzung dem Patienten begegnen, dort wo die Anwendung von Leitlinien stattfindet oder eben auch nicht. Das Problem einer mangelnden Akzeptanz von Leitlinien durch Ärzte ist bisher allerdings nur in geringem Maße untersucht worden. In der vorliegenden Untersuchung soll daher an einer Zufallsstichprobe von Berliner Hausärzten quantitativ die Anwenderperspektive erhoben werden. Inwieweit wenden Hausärzte Leitlinien an, welche Einstellungen haben sie gegenüber Leitlinien, welches sind aus ihrer Sicht die größten Barrieren und wie kann möglicherweise die Anwendung von Leitlinien gesteigert werden?

Die vorliegende Arbeit ist der besonderen Bedeutung des Hausarztes im Umsetzungsprozess von Leitlinien gewidmet.

## **1.2 Theoretischer Hintergrund**

### **1.2.1 Definition und historischer Überblick**

Leitlinien sind nach der international anerkannten Definition von Field und Lohr (1990) und der daran angelehnten Definition der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus dem Jahr 1997 definiert als „systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen“. Leitlinien geben dabei einen Handlungsspielraum vor, von dem im begründeten Einzelfall abgewichen werden kann oder sogar muss. Allerdings sollte der Arzt bei juristischen Auseinandersetzungen bezüglich möglicher Haftungsansprüche sein Abweichen von Leitlinien begründen können (Bollschweiler, 2001). Richtlinien hingegen stellen nach der Definition der BÄK und KBV Regelungen dar, „die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurden, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht“ (Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung, 1997). Beim sogenannten "Standard" handelt es sich um einen eher unscharfen Begriff, der für den Bereich der Medizin meist den weit verbreiteten, üblichen Behandlungsmethoden entspricht und nach Schreiber (1993) diejenige Behandlung meint, die ein durchschnittlich qualifizierter Arzt erbringt.

Nach Aufforderung durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen koordiniert seit 1995 die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) die Erarbeitung von Leitlinien durch ihre Mitgliedsgesellschaften (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1994 und 1995). Mittlerweile gibt es rund 1000 spezielle Leitlinien, die auch elektronisch zugänglich sind unter <http://www.awmf-leitlinien.de>. Als zentrale Einrichtung von BÄK und KBV auf dem Gebiet der Qualitätssicherung wurde 1995 die Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin gegründet, die 2003 in Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) umbenannt wurde (Ollenschläger, 2003). Erfolgte die Entwicklung von Leitlinien in Deutschland verglichen mit den USA oder

anderen europäischen Ländern erst spät, so kam es anfangs zu einer rasch anwachsenden Zahl an Leitlinien. Dies führte zunächst zu großen Qualitätsdefiziten. So machte die Bundesärztekammer 1996 (zitiert in Kirchner & Ollenschläger, 2001) zur Qualität von Leitlinien folgende Aussagen:

- Unüberschaubarkeit des Angebotes, keine erkennbare Prioritätensetzung
- Qualität von Leitlinien häufig nicht beurteilbar
- Belege für Empfehlungen sind unzureichend dokumentiert
- Es existieren mehrere Leitlinien zu identischen Versorgungsproblemen unabgestimmt nebeneinander
- Angaben zum Umfang von Nutzen und Kosten fehlen meist
- Mangelnde Transparenz hinsichtlich der Finanzierung

Helou et al. (1998) stellten in einer systematischen Untersuchung zur methodischen Qualität von 329 Leitlinien fest, dass keine der untersuchten Leitlinien Angaben machte zu einer nachvollziehbaren Dokumentation der Literaturrecherche, den Kriterien für die Auswahl wissenschaftlicher Evidenz und den Angaben über die finanzielle Unterstützung. Dies führte dazu, dass für die Akzeptanz von Leitlinien durch die Ärzte eine gute Qualität von Leitlinien als zentrale Voraussetzung erachtet wurde. Daher wurden deutliche Anstrengungen zur Verbesserung der Qualität von Leitlinien unternommen und auch das ÄZQ hat diesbezüglich vielfältige Aktivitäten entfaltet. 1997 haben BÄK und KBV Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung als sogenannte „Leitlinie für Leitlinien“ festgelegt (Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung, 1997). Seit 1998 gibt es die Checkliste zur methodischen Qualität von Leitlinien als Instrument zur Qualitätsbeurteilung von Leitlinien (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 1999). Als institutionelles Verfahren zur kritischen Bewertung von Leitlinien wurde 1999 das Leitlinien - Clearingverfahren als gemeinsames Projekt der KBV, BÄK, der deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbände der Krankenkassen bei der ÄZQ etabliert, mit dem Ziel Leitlinien zu identifizieren und zu verbreiten, die internationalen Standards entsprechen (Ollenschläger, 2003). Die Internetseite <http://www.leitlinien.de> stellt einen Informations- und Recherchedienst des ÄZQ dar,

mit dem auch auf nationale und internationale Leitlinien zugegriffen werden kann. 2002 hat die Bundesärztekammer ein Nationales Programm für Versorgungsleitlinien initiiert, das von der ÄZQ in Kooperation mit der AWMF getragen wird und nationale Versorgungsleitlinien erstellt und verbreitet. (Ollenschläger et al., 2002). Zur Qualitätsverbesserung und Akzeptanzerhöhung beitragen soll auch die zunehmende Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien nach Kriterien der Evidence-based Medicine. Evidence-based Medicine meint dabei „die gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Nutzung der gegenwärtig besten wissenschaftlichen Erkenntnisse zur individuellen medizinischen Versorgung von Patienten“ (Sackett et al., 1996). Dazu ist die individuelle klinische Erfahrung mit der besten verfügbaren externen Information zu kombinieren. Die Erstellung der Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften erfolgt in einem 3-stufigen Prozess. Dieser reicht von der Erstellung durch eine Expertengruppe (S1) bis zur höchsten Stufe (S3) mit Elementen einer systematischen Entwicklung inklusive Prinzipien der Evidence-based Medicine. Allerdings machten diese S3-Leitlinien im Jahr 2004 weniger als 5% aller Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften aus und die weit überwiegende Zahl von Leitlinien liegt als S1-Leitlinien vor. (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2005). Mit der Novellierung des SGB V zum 01.01.2004 schreibt Paragraph 137f vor, dass der den Koordinierungsausschuss ablösende Bundesausschuss auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien Empfehlungen ausspricht zur Ausgestaltung strukturierter Behandlungsprogramme bei chronischen Erkrankungen. Paragraph 139a schreibt die Gründung eines Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vor, zu dessen Aufgaben auch die Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten gehört (Bundesministerium für Gesundheit und Sicherheit, 2004; Gerst & Korzilius im Interview mit Sawicki, 2004; Korzilius, 2004).

Auf europäischer Ebene hat die durch die Europäische Union geförderte AGREE Collaboration (Appraisal of guidelines for research & evaluation) ein Instrument zur Qualitätsbewertung von Leitlinien entwickelt (The Agree Collaboration, 2001 und 2003). Auf internationaler Ebene wurde 2002 das Leitlinien-Netzwerk G-I-N (Guidelines international network) gegründet, das zur Zeit 51 Mitglieder aus 26

Ländern hat (Stand Juni 2004). Deutsche Mitglieder sind unter anderem die AWMF, das ÄZQ und die Berliner Ärztekammer. G-I-N möchte die systematische Entwicklung von Leitlinien und ihre Anwendung in der Praxis durch internationale Zusammenarbeit unterstützen (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2003).

### **1.2.2 Ziele und Effekte von Leitlinien**

Leitlinien dienen nach Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (1997) folgenden Zielen:

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

Die moderne Medizin ist von einer zunehmenden Komplexität gekennzeichnet, wobei das medizinische Wissen rasant zunimmt. So gibt es über 10000 medizinisch-wissenschaftliche Fachjournale, die jährlich rund 2 Millionen Artikel produzieren. Allein auf dem Gebiet der Inneren Medizin erscheinen jährlich über 6000 Originalarbeiten, so dass ein auf diesem Gebiet tätiger Arzt täglich circa 18 Artikel lesen müsste, um auf dem aktuellen Stand der Forschung zu sein (Davidoff et al., 1995; Haynes, 1993). Eine für Ärzte gesetzlich vorgeschriebene, alle 5 Jahre nachzuweisende Fortbildungsverpflichtung besteht erstmals seit der 2004 in Kraft

getretenen Gesundheitsreform (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2004).

Für das deutsche Gesundheitssystem wird von verschiedenen Seiten eine Über-, Unter- und Fehlversorgung und eine hohe Behandlungsvariabilität zwischen verschiedenen Ärzten beklagt (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000/2001; Hermanek et al., 1999). Dabei stellen kardiovaskuläre Erkrankungen nicht nur in Deutschland die Todesursache Nummer 1 dar. Eine konsequente Verminderung ihrer Risikofaktoren würde zu einer ausgeprägten Senkung von Morbidität und Mortalität führen.

Zu berücksichtigen ist, dass die Entwicklung von Leitlinien selbst viel Geld kostet. Die Leitlinien der Agency of Health Care Policy and Research haben durchschnittlich 500 000 US-\$ gekostet und für Deutschland liegen die geschätzten Kosten für eine evidenzbasierte Leitlinie bei 200 000 bis 250 000 Euro je Leitlinie (Lauterbach, 1998). Dabei verursachen Leitlinien nicht nur Kosten durch ihre Herstellung und Verbreitung, sondern möglicherweise auch durch ihre Anwendung: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schätzt, dass die leitliniengerechte Therapie der häufigen Erkrankungen zusätzlich 6 Milliarden Euro kosten würde (Deutsches Ärzteblatt, 2002). Lauterbach (2005) weist auf die Bedeutung der Berücksichtigung der Kosten-Nutzen Relation bei der Leitlinienerstellung hin und geht davon aus, dass Leitlinien dann ökonomisch sinnvoll sind bei erwarteten Therapiekosten von über 20 Millionen Euro je Erkrankung.

Alle diese Kosten sind nur gerechtfertigt, wenn Leitlinien die ihnen zugeschriebenen Ziele auch erreichen. Es stellt sich daher die Frage, welche messbaren Effekte und Erfolge sich bei der Anwendung von Leitlinien tatsächlich einstellen. Die bisherigen Evaluationen von Leitlinien zeichnen ein widersprüchliches Bild (Hayward, 1997). In einer Analyse von insgesamt 91 Studien bis zum Jahre 1994 zur Wirkung von Leitlinien zeigte sich, dass sich in 93% eine Verbesserung der Prozessqualität (81/87 Studien) und in 70% eine Verbesserung der Ergebnisqualität (12/17 Studien) nachweisen ließ (Grimshaw et al., 1995, vergleiche auch Grimshaw & Russell, 1993). Demgegenüber kamen Worrall, Chaulk und Freake (1997) in ihrer strenger ausgewählten Analyse von 13 Studien zur Ergebnisqualität zu dem Schluss, dass nur geringe Hinweise vorliegen, dass Leitlinien die Ergebnisqualität verbessern. Die

Autoren weisen dabei aber darauf hin, dass in ihrer Studie vor allem ältere Leitlinien untersucht wurden und dass die Effekte der neueren, evidenzbasierten Leitlinien noch genauer zu erforschen seien. Aust und Ohmann (2000) ziehen als ernüchternde Bilanz, dass die bisherigen Evaluationen von Leitlinien die Erwartungen nicht erfüllt hätten.

Im besten Falle stellen Leitlinien Hilfsmittel dar, um eine bestmögliche Versorgung der Patienten sicher zu stellen und dienen somit der Qualitätssicherung. Im schlechtesten Falle haben Leitlinien keinen oder sogar einen negativen Einfluss auf die Behandlungsqualität, weil sie zum Beispiel als Steuerungsinstrumente für ausschließlich ökonomisch motivierte Zwecke eingesetzt werden oder nutzlos Ressourcen vergeuden. Die möglichen Vorteile und Nachteile von Leitlinien müssen sorgfältig gegeneinander aufgewogen werden (Woolf et al., 1999).

### **1.2.3 Leitlinienadäquate Behandlung**

Trotz zunehmender Bemühungen finden Leitlinien und das durch sie transportierte Wissen bisher nur wenig Berücksichtigung im Praxisalltag (Hasenbein, Wallesch & Rübiger, 2003; Ollenschläger, Kirchner & Fiene, 2001).

In der HEP-Studie (Hagemeister et al., 2001; Schneider et al., 2001) zeigte sich, dass insgesamt nur ein Viertel der untersuchten Allgemeinmediziner und Internisten über eine adäquate Leitlinienkenntnis zur Hypertonie verfügte. Dabei konnten nur 36% den korrekten Blutdruckgrenzwert zur Definition eines Bluthochdruckes angeben. Die Autoren schlussfolgern daraus, dass die bestehenden Leitlinien zur Hypertonie nur einen sehr geringen Einfluss haben und dass die traditionellen Methoden der Weiterbildung nur in begrenztem Umfang ihrem Auftrag gerecht werden. Dabei weist Deutschland eine auch im europäischen Vergleich mit 55% sehr hohe Prävalenz der Hypertonie auf, wobei nur ein Viertel davon Medikamente einnimmt und insgesamt weniger als 10% der Hypertoniker zeigen eine ausreichende Blutdrucksenkung (Wolf-Maier et al., 2003).

Insgesamt erfolgt die Behandlung von Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen, wie Hypertonie oder Lipidstoffwechselstörungen nur bei einem sehr kleinen Teil der Patienten in adäquater, dem aktuellen medizinischen

Stand des Wissens entsprechendem Maße (Ruof et al., 2002; Hense, 2000; Eurospire I and II Group, 2001; Heidrich et al., 2002; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000/2001).

Gleiches gilt auch für weitere Erkrankungen: So erfolgt die Behandlung gynäkologischer Tumoren nur bei einem kleineren Teil der Patientinnen gemäß den aktuell geltenden Empfehlungen, da Lymphknotenresektionen beim Endometriumkarzinom und Eierstockkarzinom der Stadien I und II bei nicht mehr als einem Drittel der Frauen durchgeführt würden (Münstedt et al., 2002). Gernreich (1999) zeigte, dass die Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft zur Diagnostik und Therapie des Lungenkarzinoms 60% der niedergelassenen Onkologen bekannt waren, von denen circa die Hälfte angibt, diese auch angewendet zu haben. Schneider et al. (2004) kommen zu dem Schluss, dass die ambulante Depressionsbehandlung durch Hausärzte bei geringer Befolgung von Leitlinien als unzureichend anzusehen ist. Auch die Versorgungsrealität beim Symptom „Brennen beim Wasserlassen“ (Dysurie) weist erhebliche Diskrepanzen zu den Leitlinienempfehlungen auf (Gulich, Bux & Zeitler, 2001).

Dass die Selbsteinschätzung zur eigenen Anwendung trügerisch sein kann, zeigt eine kanadische Studie zur Einhaltung von Leitlinien bei erhöhten Cholesterinwerten. Hier gaben zwar 78% der Ärzte an, diese Leitlinien zu befolgen, tatsächlich waren es aber nur 5% (Rosser & Palmer, 1993). Auch Lomas et al. (1989) konnten im Rahmen einer Leitlinienstudie zeigen, dass die tatsächliche Anzahl der Kaiserschnitte um 15-49% höher lag als von den Ärzten geschätzt.

### **1.2.4 Einstellung gegenüber Leitlinien**

Die allgemeine Einstellung gegenüber Leitlinien ist von Bedeutung für eine erfolgreiche Leitlinienimplementierung. Als Vorläufer vieler Studien zur Einstellung gegenüber Leitlinien gilt Tunis et al. (1994) mit einer Untersuchung an rund 1500 Mitgliedern des American College of Physicians. Es zeigte sich, dass Leitlinien zwar mehrheitlich als positiv wahrgenommen wurden, aber dennoch nur einen relativ geringen Einfluss auf die ärztliche Entscheidungsfindung hatten. Dass eine positive Einstellung nicht notwendigerweise mit einer Anwendung von Leitlinien einhergeht,



ergaben auch die Ergebnisse weiterer Studien (Hayward et al., 1997; Grol, 1990; Helwig et al., 1998). Die Einstellung gegenüber Leitlinien allgemein oder gegenüber speziellen Leitlinien ist dabei oft unterschiedlich (Cabana et al., 1999; Olesen & Lauritzen, 1997). Evidenzbasierte Leitlinien werden dabei von den Ärzten bevorzugt (Grol et al., 1998). Farquar, Kofa und Slutsky (2002) zeigten in ihrem systematischen Überblick über 30 Studien zur Einstellung gegenüber Leitlinien, dass insgesamt eine deutlich positive Einstellung gegenüber Leitlinien besteht, wobei 70% der Meinung sind, dass Leitlinien dazu gedacht sind, die Behandlungsqualität zu verbessern. Allerdings hatte auch je rund ein Drittel die Befürchtung, dass Leitlinien einer individuellen Behandlung nicht gerecht würden und dass die ärztliche Therapiefreiheit einschränkt würde.

Systematische Studien zur allgemeinen Einstellung von niedergelassenen Ärzten gegenüber Leitlinien sind in Deutschland bisher nicht durchgeführt worden.

Doch zeigen Erfahrungen aus den Projekten der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (seit 2003 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) verschiedene Vorbehalte der Ärzte gegenüber Leitlinien, die als Kontrollinstrumente oder als Einschränkung der Therapiefreiheit erlebt würden und die die Kernfragen der Zielgruppe nicht abdeckten (Kirchner & Ollenschläger, 2001).

### **1.2.5 Barrieren der Leitlinienanwendung**

Die Anwendung von Leitlinien kann an einer Vielzahl von Barrieren scheitern (Halm et al., 2000; Cabana et al., 1999; Hasenbein, Wallesch & Rübiger, 2003).

Cabana et al. (1999) beschäftigten sich in ihrem review mit den Barrieren der Leitlinienanwendung. Dazu werteten sie insgesamt 120 verschiedene Untersuchungen aus. Sie identifizierten eine Vielzahl möglicher Barrieren der Leitlinienanwendung, die in der Leitlinie selbst, dem Arzt, externen Ursachen oder dem Patienten begründet sein können. Alle identifizierten Barrieren wurden dann in 7 Hauptkategorien eingeteilt (Abbildung 1). Die meisten der untersuchten Studien wurden dabei der Diversität der insgesamt identifizierten Barrieren nicht gerecht. So untersuchten 70 Studien nur eine Barriere, 30 Studien 2 Barrieren, 11 Studien 3 Barrieren, 8 Studien 4 Barrieren, 1 Studie 5 Barrieren. Keine Studie untersuchte mehr

als 5 Barrieren. Die Stärke einer bestimmten Barriere war dabei in Abhängigkeit der untersuchten Leitlinie teilweise sehr verschieden: So nahm die Barriere „Übereinstimmung mit einer speziellen Leitlinie“ in den verschiedenen Untersuchungen Werte zwischen 1% und 91% an.

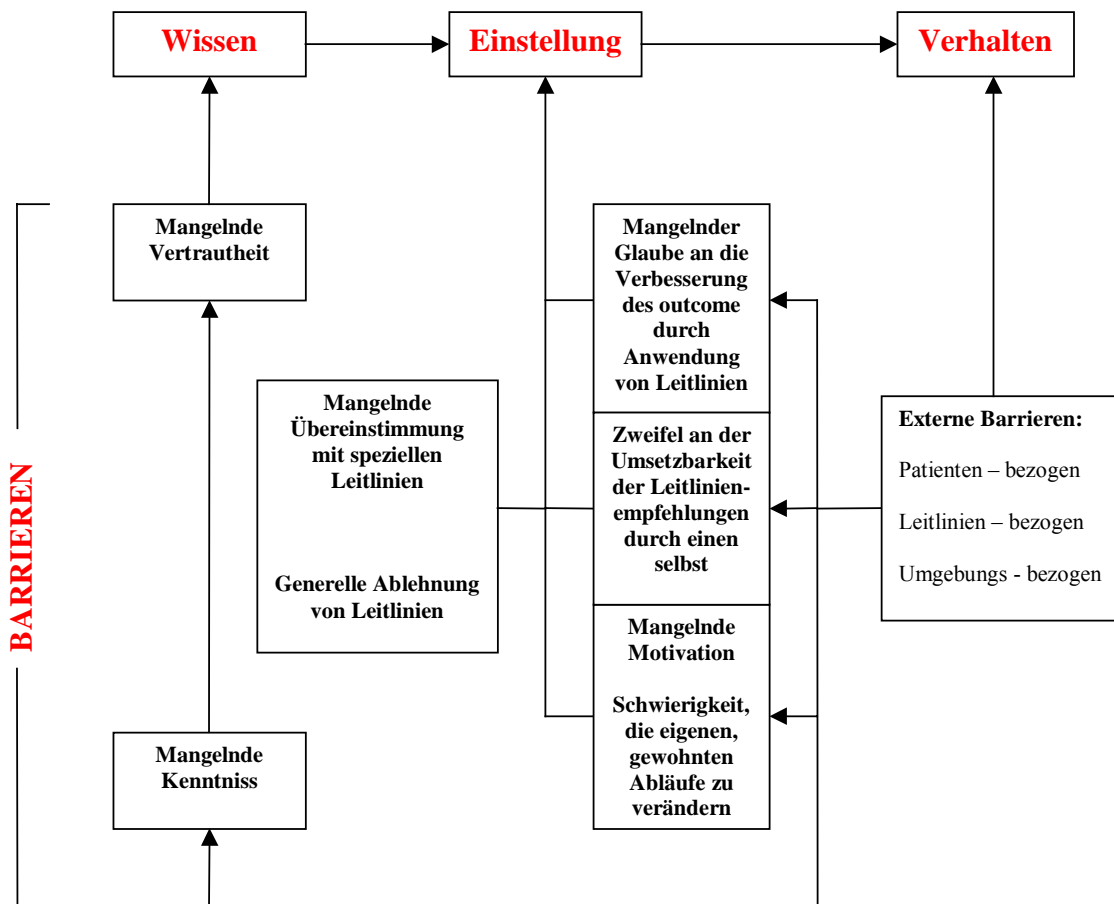


Abb. 1: Barrieren der Leitlinienanwendung (nach Cabana et al., 1999)

Daneben gibt es aber auch noch weitere mögliche Barrieren. So können die subjektiven Konzepte eines Arztes über das Wesen einer bestimmten Erkrankung ebenfalls eine Barriere darstellen: In einer qualitativen Studie an 20 Hausärzten zeigte sich, dass bei einem psychosomatisch ausgerichteten Verständnis von Asthma bronchiale die eher somatisch orientierten Leitlinien zwar oft bekannt waren, aber aufgrund ihres pathophysiologischen Konzeptes als letztlich wenig geeignet angesehen wurden (Hummers-Pradier et al., 2000).

Auch haben sowohl Ärzte wie Patienten ein meist unbewusstes Menschenbild, das auf ihr Krankheitsverständnis und die für sinnvoll gehaltenen Maßnahmen zur Krankheitsbekämpfung einwirkt. Tabelle 1 zeigt eine entsprechende Aufstellung von v. Troschke (2001).

Tabelle1: Handlungsleitende Menschenbilder in der Medizin (v. Troschke, 2001)

"Idee vom Menschen"	Darauf bezogene Leitwissenschaft	Darauf bezogenes Krankheitsverständnis	Darauf bezogenes Arztbild
Der Mensch ist eine Schöpfung Gottes (der Götter)	Religionswissenschaften (Theologie)	Krankheit ist die Folge göttlicher Einflussnahme (Strafen, Prüfungen etc.)	Der Arzt als Vermittler zwischen den Menschen und höheren Mächten, als Heiland und Wunderheiler
Der Mensch ist ein Geistwesen	Philosophie	Krankheit ist Ausdruck der Desorientierung des Menschens in seiner Welt	Der Arzt als Lebensberater, der den Menschen zu richtigen Einsichten verhilft
Der Mensch ist ein Naturwesen (Körpermaschine)	Naturwissenschaften	Krankheit ist Folge organischer Strukturmängel und der sich daraus ergebenden Dysfunktionen	Der Arzt als Experte für medizinische Interventionen zur Korrektur von Organstrukturen und Funktionen
Der Mensch ist ein Kulturwesen	Kulturwissenschaften	Krankheit ist die Bewertung von Phänomenen in kulturspezifischen Wertesystemen	Der Arzt als Psychoanalytiker und Psychotherapeut
Der Mensch ist ein Sozialwesen	Sozialwissenschaften	Krankheit ist das Ergebnis sozialer Ungleichheit	Der Arzt als Sozialtherapeut und Sozialpolitiker

### 1.2.6 Implementierung von Leitlinien

Standen anfangs vor allem die Entwicklung von Leitlinien überhaupt und später eine Verbesserung der methodischen Qualität von Leitlinien im Vordergrund, wurde zunehmend die herausragende Bedeutung der Implementierung erkannt (Kirchner, Fiene & Ollenschläger, 2001; Davis & Taylor-Vaisey, 1997; Ollenschläger & Thomeczek, 1996; Hasenbein, Frank & Wallesch, 2003). Implementierung meint hierbei den Transfer von Handlungsempfehlungen in individuelles Verhalten von beispielsweise Ärzten, anderen Gesundheitsberufen, Patienten und Betroffenen (Centers for Disease Control and Prevention, 1996). Viele Studien zur Implementierung von Leitlinien zeigen bisher eher ernüchternde Ergebnisse:

In einer Studie zur ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen führte die Vermittlung von Leitlinien in Schriftform und mittels Fortbildungsveranstaltungen weder zu einer Änderung der Behandlungsmuster noch zu einer Verbesserung der Ergebnisqualität (Lang et al., 2002). Bei niedergelassenen Ärzten des Lehrpraxen-Netzwerks der Universität Witten/Herdecke konnte kein messbarer Wissenszuwachs durch die Nutzung evidenz- und webbasierter Leitlinien gezeigt werden (Butzlaff et al., 2004); auch wurden die Leitlinien nur von einer

Minderheit als konkrete Hilfe im Praxisalltag erlebt (Butzlaff et al, 2002). In einer norwegische Studie zum leitliniengerechten Vorgehen bei Harnwegsinfektion und Mandelentzündung, in der die teilnehmenden Studienärzte einem umfangreichen Interventionsprogramm unterlagen, zeigte sich keine Abnahme der Praxiskonsultationen zugunsten der oft ausreichenden telefonischen Beratung, wobei letzteres allerdings deutlich schlechter vergütet wurde (Flottorp et al., 2002). Durch die Beilage von Leitlinien zur Akte jedes Patienten mit schwerem Bluthochdruck und stark erhöhten Blutfettwerten konnte kein Zuwachs des medizinischen Wissens nachgewiesen werden (Echlin, Upshur & Markova, 2004). Welche komplexen Prozesse einer tatsächlichen Leitlinienanwendung vorausgehen müssen, zeigt auch die Studie von Lomas et al. (1989) zum Versuch mittels Leitlinien die mit rund 20% sehr hohe Kaiserschnitt - Rate in Ontario (Kanada) zu senken: Trotz eines sehr hohen Bekanntheitsgrad der entsprechenden Leitlinie (~90%) und einer sehr hohen inhaltlichen Übereinstimmung (~85%) mit der Leitlinie unterschied sich die Kaiserschnitt – Rate im 6-Jahreszeitraum vor und nach Leitlinieneinführung nur geringfügig. In einem 3jährigen Modellprojekt mit 80 freiwillig kooperierenden niedergelassenen Ärzten eines schmerztherapeutischen Netzwerkes mit vormals geringer Anwendung von Leitlinien zur Kopf- und Tumorschmerztherapie konnte durch Beratung und Fortbildung nur eine tendenzielle, nicht signifikante Verbesserung der Kenntnisse zur Kopf- und Tumorschmerztherapie nachgewiesen werden (Elsner et al., 2002).

Insgesamt bestehen eher geringe Kenntnisse über die bestmögliche Implementierungsmaßnahme (Richens, Rycroft-Malone & Morrell, 2004; Smith, 2000). Weitgehend gesichert ist, dass die alleinige passive Verbreitung von Leitlinien nur einen sehr geringen Effekt zeigt und dass aktivere Methoden wie beispielsweise Feedback von eher größerem Erfolg gekrönt sind (Bero et al., 1998; Grol & Grimshaw, 1999). Dabei steigt die Akzeptanz einer Leitlinie deutlich, wenn die späteren Anwender an der Erstellung der Leitlinie selbst mitgearbeitet haben (Grol & Lawrence, 1995). Auch gibt es nicht *die* erfolgreiche Implementierungsmaßnahme, da auch die Evaluation von ein und der gleichen Implementierungsmaßnahme gemischte Ergebnisse zeigt (Davis & Taylor-Vaisey, 1997; Smith, 2000). Vielmehr muss im Sinne einer Implementierungsstrategie ein ganzes Bündel von Maßnahmen

eingesetzt werden (Kirchner, Fiene & Ollenschläger, 2003; Eve et al., 1996; Grol, 1997). In Deutschland wurden bisher nur vereinzelte Projekte zur Implementierung durchgeführt, so dass es kein flächendeckendes Konzept für die Implementierung von Leitlinien in Deutschland gibt (Kirchner, Fiene & Ollenschläger, 2003). Menschlicher Verhaltensänderung - also auch der Anwendung von Leitlinien – geht ein komplexer intrapsychischer Prozess voraus. Die alleinige Kenntnis einer Leitlinie und selbst eine positive Einstellung führt noch lange nicht zu einer Anwendung derselben bzw. zu einer entsprechenden Verhaltensänderung (Switzer et al., 2003; Christakis & Rivara, 1998). Dies bedeutet, dass es nötig und sinnvoll ist, sich auch mit Modellen zur Verhaltensänderung auseinanderzusetzen.

Ein Modell, das mit seinen aufeinander aufbauenden Stadien dem Prozesscharakter und der damit verknüpften zeitlichen Dimension von Verhaltensänderung Rechnung trägt, ist das transtheoretische Modell (Prochaska & DiClemente, 1983). Hierbei wird Verhaltensänderung als ein Kontinuum von precontemplation (Sorglosigkeit ohne Veränderungswunsch), contemplation (Bewußtwerden mit Nachdenken über mögliche Verhaltensänderung), preparation (Vorbereitung), action (Handlung) and maintenance (Aufrechterhaltung) beschrieben. Main, Cohen und DiClemente (1995) wendeten diese Modell an auf die Bereitschaft von Ärzten ihr Verhalten bezüglich bestimmter Krebsvorsorgetechniken zu verändern. Dabei fanden sie einen Großteil der untersuchten Ärzte in einem precontemplativen Stadium und somit ohne Intention, ihr Verhalten zu ändern. Ausgehend vom transtheoretischen Modell sollen unterschiedliche Strategien je nach „Stadium“, in dem sich die jeweiligen Ärzte befinden, am erfolgversprechendsten sein (Moulding, Silagy & Weller, 1999; Cohen, Halvorson & Gosselink, 1994). Andere Autoren weisen auf die mögliche Bedeutung weiterer Theorien für die Leitlinienimplementierung hin, wie die Innovationstheorie, die Theorie der Selbstwirksamkeit, Marketingtheorien, Lerntheorien oder Theorien der sozialer Beeinflussung (Robertson, Baker & Hearnshaw, 1996; Moulding, Silagy & Weller, 1999; Grol, 1997). Solberg (2000) ist der Meinung, dass sich die bisherigen Implementierungsansätze zu einem Großteil zu sehr mit der Verhaltensänderung des einzelnen Arztes beschäftigen. Es sei effektiver Systemveränderungen vorzunehmen, die ein gewünschtes Verhalten unterstützen, anstatt auf der Ebene des Individuums zu agieren. Grol (1997) meint, dass die

## Einleitung und theoretischer Hintergrund

unterschiedlichen Akteure im Gesundheitssystem unterschiedliche Ansätze zur Verhaltensänderung verfolgen, die aber oft mehr auf Glaubenssätzen denn auf wissenschaftlichen Belegen beruhen würden. Er fordert, dass auch die Implementierung von Leitlinien den Kriterien der Evidence-based Medicine unterworfen sein sollte.

Letztlich ist es für eine erfolgreiche Implementierung von Leitlinien unerlässlich, sich genauer mit den Ansichten und Einstellungen der potentiellen Anwender zu beschäftigen. Laut Höpp (2001) „scheint es zum besseren Verständnis der Implementierungsproblematik sinnvoll, auch die Zusammenhänge zwischen Wahrnehmung, Akzeptanz und praktischer Umsetzung auf ärztlicher Ebene eingehender zu untersuchen“.

Dazu möchte die vorliegende Studie einen Beitrag leisten.

## **2 PROBLEMSTELLUNG UND FORSCHUNGSFRAGEN**

### **2.1 Problemstellung**

Leitlinien spielen in Deutschland bisher nur eine untergeordnete Rolle in der Praxis. Genauere Untersuchungen über die tatsächliche Anwendungshäufigkeit und Bedeutung von Leitlinien, über die Einstellungen gegenüber Leitlinien und über die Barrieren der Leitlinienanwendung existieren für Deutschland kaum. Auch sollen nach Ansicht von Experten verschiedene Faktoren zu einer verstärkten Anwendung von Leitlinien beitragen. So die Erstellung von Leitlinien nach Kriterien der Evidence-based Medicine, der direkte elektronische Zugriff von der Patientenakte auf Leitlinien oder eine verstärkte Einbeziehung der Patienten bei der Entwicklung und Verbreitung von Leitlinien. Aber wie sehen das die Hausärzte aus ihrer Sicht? Es herrscht bisher deutliche Unkenntnis über die Schaltstelle "Arzt" bei der Leitlinienanwendung. Dies soll der zentrale Untersuchungsansatz dieser Arbeit sein: Was denken die Menschen, in deren Händen es letztlich zu einem Großteil liegt, ob Leitlinien zur Anwendung kommen oder eben nicht? Inwieweit wenden sie Leitlinien an, welche Einstellungen haben sie gegenüber Leitlinien, was stellen für sie die größten Barrieren dar und welche Faktoren tragen möglicherweise zu einer verstärkten Leitlinienanwendung bei?

## **2.2 Konkrete Forschungsfragen**

- Inwieweit werden Leitlinien tatsächlich angewendet und inwieweit fand bisher überhaupt eine inhaltliche Auseinandersetzung mit Leitlinien statt?
- Charakterisierung der angewendeten Leitlinien:
  - Bei welchen Erkrankungen kommen Leitlinien zum Einsatz?
  - Wieviele Leitlinien werden angewendet?
  - Warum werden die jeweiligen Leitlinien angewendet?
  - Welchen wahrgenommenen Einfluß hatte die Anwendung von Leitlinien auf die Behandlungsqualität?
- Wie ist die allgemeine Einstellung gegenüber Leitlinien?
- Inwieweit werden Leitlinien als Instrumente eingeschätzt, mit denen Probleme des Gesundheitssystems gelöst werden können?
- Leitlinien als Entscheidungshilfe:
  - Wie sinnvoll erscheinen Leitlinien für das Treffen der eigenen medizinischen Entscheidungen verglichen mit anderen Informationsquellen?
- Welches sind die größten Barrieren der Leitlinienanwendung?
- Welche Kenntnisse bestehen über ausgewählte Aktivitäten der ärztlichen Selbstverwaltungsorgane und der Medizinischen Fachgesellschaften auf dem Gebiet der Leitlinien?
- Wie kann die Anwendung von Leitlinien möglicherweise erhöht werden?
- Inwieweit unterscheiden sich die Nichtanwender von Leitlinien von den Anwendern?



## **3 MATERIAL UND METHODEN**

### **3.1 Beschreibung der Stichprobe**

Als zu untersuchende Population wurden Hausärzte ausgewählt, da diese die zentrale Rolle in der Basisversorgung der Patienten spielen und da sie es sind, die in der Regel die Patienten über Jahre oder sogar Jahrzehnte hinweg begleiten und so maßgeblich über deren Diagnostik und Therapie entscheiden. So werden rund 70% aller Arzneverordnungen von Allgemeinmedizinerinnen (56,7%) und Internisten (14,2%) getätigt (Klauber, Schröder & Selke, 1996, zitiert nach Lasek & Müller-Oerlinghausen, 1997). Als zu untersuchende geographische Region wurde aus praktischen Gründen der eigene Wohnort Berlin ausgewählt. Darüber hinaus bot sich in Berlin zusätzlich die Möglichkeit an, Ärzte zu untersuchen und zu vergleichen, die entweder in der ehemaligen DDR oder in der Bundesrepublik Deutschland ihr Medizinstudium und ihre Sozialisation erlebt haben. Nach Paragraph 73 SGB V (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2004) nehmen an der hausärztlichen Versorgung Allgemeinärzte, Kinderärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung (Praktische Ärzte und Ärzte) teil. Hausärzte sollen laut Kassenzentraler Vereinigung Berlin folgende Funktionen erfüllen (Funktionen und Aufgaben der Hausärztlichen Versorgung; zugänglich unter <http://www.kvberlin.de>):

- die primärärztliche Funktion einschließlich Sieb- und Notfallfunktion
- die haus- und familienärztliche Funktion - erfordert einen längerfristigen biographischen Kontakt zum Patienten und dessen Umfeld, einschließlich Hausbesuchstätigkeit
- die soziale Integrationsfunktion
- die Gesundheitsbildungsfunktion
- die Koordinationsfunktion
- Patient im Mittelpunkt ärztlichen Handelns

Das Auffinden der Grundgesamtheit der Berliner Hausärzte, aus der eine Zufallsauswahl getroffen werden sollte, erwies sich als mühsam. Da es die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV-Berlin) aus datenschutzrechtlichen Gründen ablehnte, Adressdaten über die in Berlin tätigen Hausärzte zur Verfügung zu stellen, musste ein anderer Weg gewählt werden. Dazu erwies es sich als hilfreich, dass die KV-Berlin über ihre Homepage <http://www.kvberlin.de> online ein Arzt- und Psychotherapeuten - Suchsystem anbietet. Es handelt sich dabei um ein Gemeinschaftsprojekt von KV-Berlin und Ärztekammer Berlin, wobei der Datenbestand auf den Eintragungen des Arztregisters der KV-Berlin und des Melderegisters der Ärztekammer Berlin basiert. Das Arztregister der KV-Berlin beinhaltet unter anderem alle zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte und Stammdaten wie Facharztanerkennung, Fachgebiet oder Hausärztliche Versorgung. Die Aktualisierung erfolgt in der Regel wöchentlich. Von den insgesamt etwa 8.200 Ärzten aller Fachrichtungen und Psychotherapeuten in Berlin haben nur ca. 130 einer Aufnahme in dieses Online - Arztsuchsystem widersprochen, was rund 1,6% der Grundgesamtheit entspricht (Kassenärztliche Vereinigung Berlin: Allgemeine Informationen zur Berliner Arzt- und Psychotherapeutensuche; zugänglich unter <http://www.kvberlin.de>). Damit handelt es sich um einen äußerst aktuellen und nahezu vollständigen Datensatz aller Berliner Hausärzte. Das Heraussuchen der individuellen Adressdaten der Berliner Hausärzte erfolgte über die sogenannte „Erweiterte Suche“. Hierbei wurden die Kästchen „KV-Zulassung“ und „Hausärztliche Versorgung“ aktiviert. Da die maximal anzeigbare Zahl von Ärzten in einer solchen Suche im Online - Arztsuchsystem vorgegebenermaßen limitiert war, wurden mehrere Suchanfragen durchgeführt. So wurde sowohl getrennt nach Zulassungsgebiet als auch zusätzlich getrennt nach Bezirken gesucht. Da die dann angezeigten Ärztedaten keine Postleitzahl enthielten, wurde jeder Datensatz einzeln angeklickt, wodurch weitere Praxisdaten inklusive der Postleitzahl angezeigt wurden. Die so gewonnenen Daten wurden getrennt nach Zulassungsfachgebiet in Excel-Dateien überführt. Ausgehend von diesen Daten wurden Zufallsauswahlen getrennt nach Zulassungsfachgebiet in SPSS Version 11.0 (Statistical Package for the Social Sciences) durchgeführt. Da aggregierte Daten der KV-Berlin vom 01.01.2003 zur Grundgesamtheit der Berliner Hausärzte vorlagen (Kassenärztliche Vereinigung

Berlin, 2003), erfolgte ein Vergleich mit der im Online - Arztsuchsystem der KV-Berlin aufgefundenen Anzahl von Ärzten. Tabelle 2 zeigt einen entsprechenden Vergleich.

Tabelle 2: Vergleich der Grundgesamtheit der Berliner Hausärzte mit dem online zugänglichen Arzt - Suchsystem der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV-Berlin), das die Listenpopulation darstellt

	Grundgesamtheit KV-Berlin 01.01.2003	Listenpopulation Suchsystem der KV-Berlin Mai/ Juni 2003
Zulassungsfachgebiet:		
Allgemeinmedizin	1061	1049
Arzt	424	414
Praktischer Arzt	267	262
Innere Medizin	768	764
Kinderheilkunde	298	293
Summe aller Hausärzte	2818	2782

Es zeigt sich, dass sich die absoluten Zahlen der Hausärzte über alle Gruppen hinweg zwischen den aggregierten Daten der KV-Berlin (Grundgesamtheit) und denen des Online - Arztsuchsystems (Listenpopulation) nur unwesentlich unterscheiden. Die zeitliche Differenz zwischen den Datenquellen kann bei solchen, in der Regel über einen langen Zeitraum stabilen Daten als vernachlässigbar angesehen werden. Somit kann insgesamt davon ausgegangen werden, dass die über das Online - Arztsuchsystem der KV-Berlin auffindbare Listenpopulation der Hausärzte nahezu der Grundgesamtheit aller Hausärzte Berlins entspricht. Die Kinderärzte wurden nicht in die Studie miteinbezogen, da ihre Patienten sich doch stark von denen der anderen Hausarztgruppen unterscheiden.

Von den anderen Hausarztgruppen sollten jeweils 30% in die Studie miteinbezogen werden. Da die Gruppe der Praktischen Ärzte aber relativ klein ist und die Befürchtung bestand, dass die Anzahl der auswertbaren Fragebögen für Gruppenvergleiche zu gering sein würde, wurde sie von vorne herein auf 60% aufgestockt.

Abbildung 2 zeigt das resultierende Untersuchungsdesign dieser Studie.

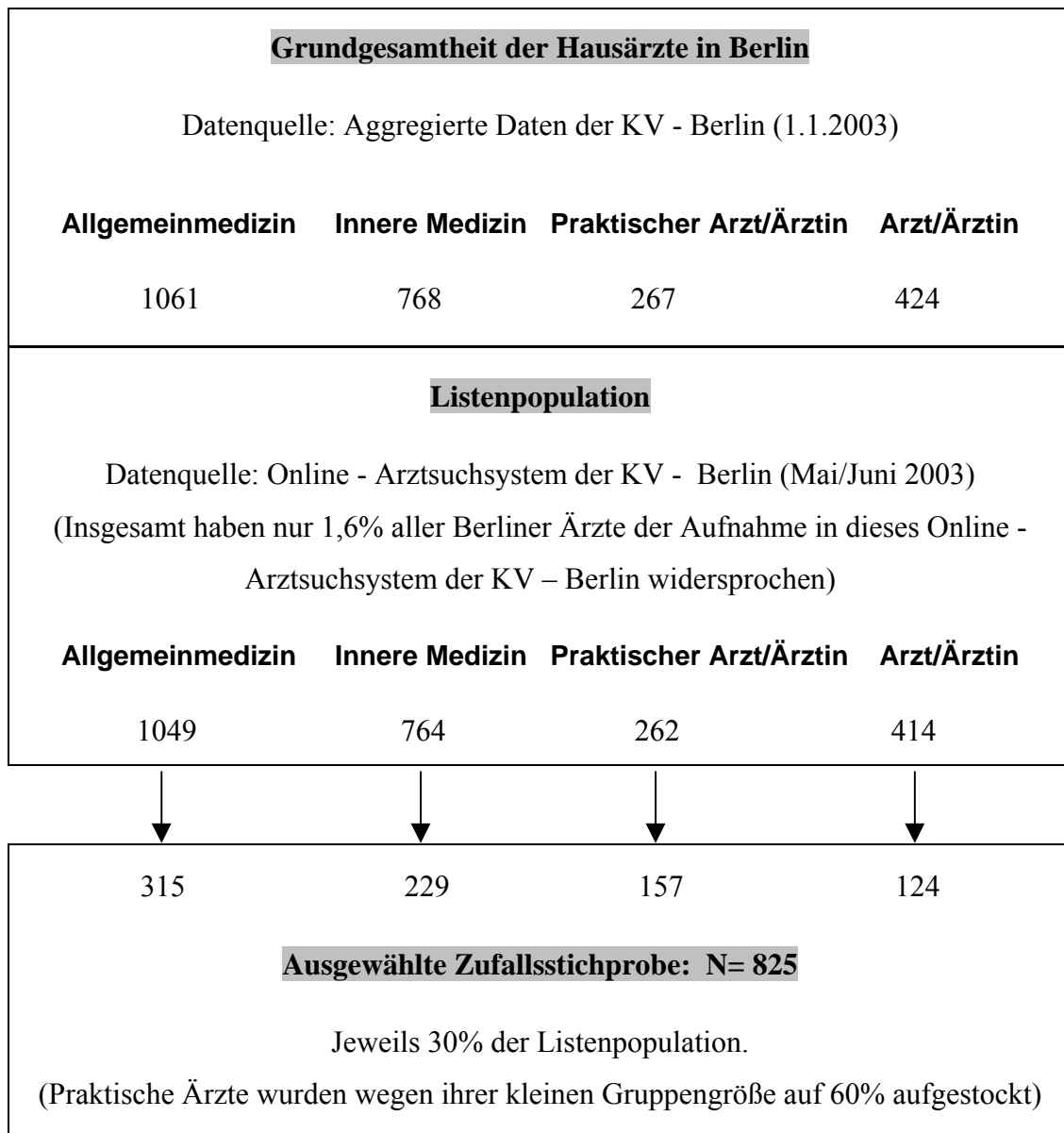


Abb. 2: Untersuchungsdesign der vorliegenden Studie

Insgesamt wurden so 825 Berliner Hausärzte in die Untersuchung einbezogen. Einen Vergleich der ausgewählten Zufallsstichprobe mit der Listenpopulation (Daten des Online - Suchsystems der KV-Berlin) bezüglich der Verteilung von Geschlecht und Standort der Praxis zeigt Tabelle 3.

Tabelle 3: Vergleich der Listenpopulation (Online – Arztsuchsystem der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin) mit der ausgewählten Zufallsstichprobe

	Listenpopulation	Zufallsstichprobe
Weiblich	52,4%	52,2%
Männlich	47,6%	47,8%
Ostberliner Bezirke	30,3%	28,2%
Westberliner Bezirke	51,8%	52,6%
Friedrichshain – Kreuzberg/ Mitte	17,9%	19,2%

Damit wird insgesamt davon ausgegangen, dass die untersuchte Zufallsstichprobe der Hausärzte repräsentativ ist für die Grundgesamtheit der Berliner Hausärzte.

## **3.2 Fragebogen**

Der insgesamt vierseitige Fragebogen wurde als 2 doppelseitig bedruckte DIN A4-Blätter (Anlage A) am 21.06.2003 verschickt. Ihm lag ein Anschreiben (Anlage B) bei, in dem explizit auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Gewährleistung datenschutzrechtlicher Bestimmungen hingewiesen wurde. Zusätzlich beigefügt war ein adressierter Freiumschlag für das kostenlose Zurücksenden des Fragebogens, um die Antwortquote zu erhöhen (Edwards et al., 2002). Auf eine Paginierung der Fragebögen wurde verzichtet. Dies geschah in der Hoffnung, dass die Gewährleistung völliger Anonymität ebenfalls die Antwortquote erhöhen würde. Am 15.07.2003 wurde nochmals ein Erinnerungsschreiben (Anlage C) an alle verschickt. Der Fragebogen war so strukturiert, dass zunächst die allgemeine Einstellung gegenüber Leitlinien erfragt wurde. Danach sollte das Leitlinien zugetraute Potential, bestimmte Probleme des Gesundheitssystems lösen zu können, beurteilt werden und inwieweit Leitlinien sinnvoll für das Treffen der eigenen medizinischen Entscheidungen sind. Hiernach folgte ein Abschnitt, der die tatsächliche Anwendung von Leitlinien mit genauer Charakterisierung der angewendeten Leitlinien untersuchte. Sodann wurden Barrieren erfragt, die der Leitlinienanwendung entgegenstehen. Es folgten ein Abschnitt über die Einstellung gegenüber Evidence-based Medicine und über generell fehlende Aspekte bei Leitlinien. Danach ging es

um Kenntnisse über ausgewählte Aktivitäten auf dem Gebiet der Leitlinien und die Übereinstimmung mit der Haltung der ärztlichen Selbstverwaltung zum Thema Leitlinien. Um eine Abschätzung zu einer möglichen Verzerrung durch überproportional Leitlinien ablehnende bzw. befürwortende Ärzte vornehmen zu können, wurde eine Frage aus einer anderen Studie (Beyer, Gerlach & Breul, 1999) an niedergelassenen Ärzten in Bremen und Sachsen-Anhalt zur Einstellung gegenüber Qualitätssicherungsprogrammen integriert. Dies geschah in der Annahme, dass eine positive Einstellung gegenüber Leitlinien mit einer positiven Einstellung gegenüber Qualitätssicherungsprogrammen korrespondiert. Darüber hinaus schien mit dem Stadtstaat Bremen und dem neuen Bundesland Sachsen-Anhalt die spezifische Situation Berlins gut abgebildet. Auch gab es bei der ausgewählten Frage keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Bundesländern. Zum Schluss wurden demographische und weitere personenbezogene Merkmale erfragt.

### **3.3 Datensammlung und Datenauswertung**

Die zurückgesendeten ausgefüllten Fragebögen wurden fortlaufend nummeriert und zur statistischen Auswertung in SPSS 11.0 (Statistical Package for the Social Sciences) eingelesen. Die Signifikanzprüfung erfolgte bei kategorialen Variablen mit dem  $\chi^2$ -Test. Mittelwertsunterschiede bei intervallskalierten Merkmalen wurden bei Normalverteilung mit dem t-Test für unabhängige Stichproben getestet. Variablen, die nicht normalverteilt waren, wurden zur Prüfung auf Unterschiede in der zentralen Tendenz mit dem Mann-Whitney-U-Test analysiert. Als Signifikanzniveau wurde ein p-Wert von  $p < 0,05$  bestimmt. Faktorenanalysen wurden mit der Varimax - Rotation durchgeführt und bei Verdacht auf Korrelation der Items mit der Oblimin -Rotation. Die Reliabilitätsanalyse von Skalen erfolgte durch die Bestimmung des Cronbach's Alpha.

### 3.3.1 Skala zur Einstellung gegenüber Leitlinien

#### 3.3.1.1 Skala zur Einstellung gegenüber Leitlinien: Skalenbildung

Insgesamt enthielt der Fragebogen 11 Items zu dem Konstrukt „Einstellung gegenüber Leitlinien“. 8 Items entsprechen dabei der deutschen Übersetzung der Einstellungsskala von Tunis et al. (1994). Diese Skala (im folgenden Tunis - Skala genannt) war der Vorläufer für viele andere internationale Studien zur Einstellung gegenüber Leitlinien (Ferrier et al., 1996; Hayward et al., 1997; Gupta, Ward & Hayward, 1997). Da es zu Beginn dieser Studie keine andere deutsche Studie zur allgemeinen Einstellung gegenüber Leitlinien mit der Tunis - Skala gab, wurden die 8 Items bestmöglich ins Deutsche übersetzt (Tabelle 4). Zu den 8 Items der Tunis - Skala kam noch 1 weiteres Item zur möglichen Zunahme von Regressen durch Leitlinien. Hintergrund hierfür war die Studie von Farquar, Kofa und Slutsky (2002), die in ihrem review die Ergebnisse von 30 verschiedenen Studien zur allgemeinen Einstellung gegenüber Leitlinien zusammengefasst haben. Dieses review enthielt neben den Items der Tunis - Skala ein weiteres Item zur möglichen Zunahme von Regressen durch Leitlinien. Es wurde in die vorliegende Untersuchung mit aufgenommen, um die Grundlage für einen Vergleich mit den Daten Farquar et al. (2002) zu schaffen. Da nicht sicher davon auszugehen war, dass die Tunis - Skala

Tabelle 4: Items der Skala „Einstellung gegenüber Leitlinien“ im englischen Original (Tunis et al., 1994) und die in dieser Studie verwendeten deutschen Übersetzungen

Item zur Einstellung gegenüber Leitlinien in Englisch von Tunis et al., 1994	Item zur Einstellung gegenüber Leitlinien in Deutsch in dieser Studie
Guidelines are a convenient source of advice	Leitlinien stellen einen bequemen Ratgeber dar
Guidelines are good educational tools	Leitlinien sind gute didaktische Mittel
Guidelines are too rigid to apply to individual patients	Leitlinien schränken die benötigte Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung zu sehr ein
Guidelines are intended to decrease health care costs	Leitlinien sind dazu gedacht, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken
Guidelines are intended to improve quality of care	Leitlinien sind dazu gedacht, die Behandlungsqualität zu verbessern
Guidelines are a challenge to physician autonomy	Leitlinien beschränken die ärztliche Therapiefreiheit
Guidelines are oversimplified or "cookbook" medicine	Leitlinien stellen eine Art "Kochbuchmedizin" dar
Guidelines are unbiased synthesis of expert opinion	Leitlinien sind eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissenstandes

ohne weiteres auch in Deutsch und bei Deutschen funktionieren würde, wurden zur Sicherheit zwei zusätzliche Items mit abgefragt, die der aktuellen Diskussion, z.B durch Verfolgen der Leserbriefe im Deutschen Ärzteblatt entnommen wurden. Diese beiden Items handelten von der möglichen Einschränkung des Denkens durch Leitlinien und von der Erstellung durch praxisferne „Experten“.

### **3.3.1.2 Skala zur Einstellung gegenüber Leitlinien: Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse**

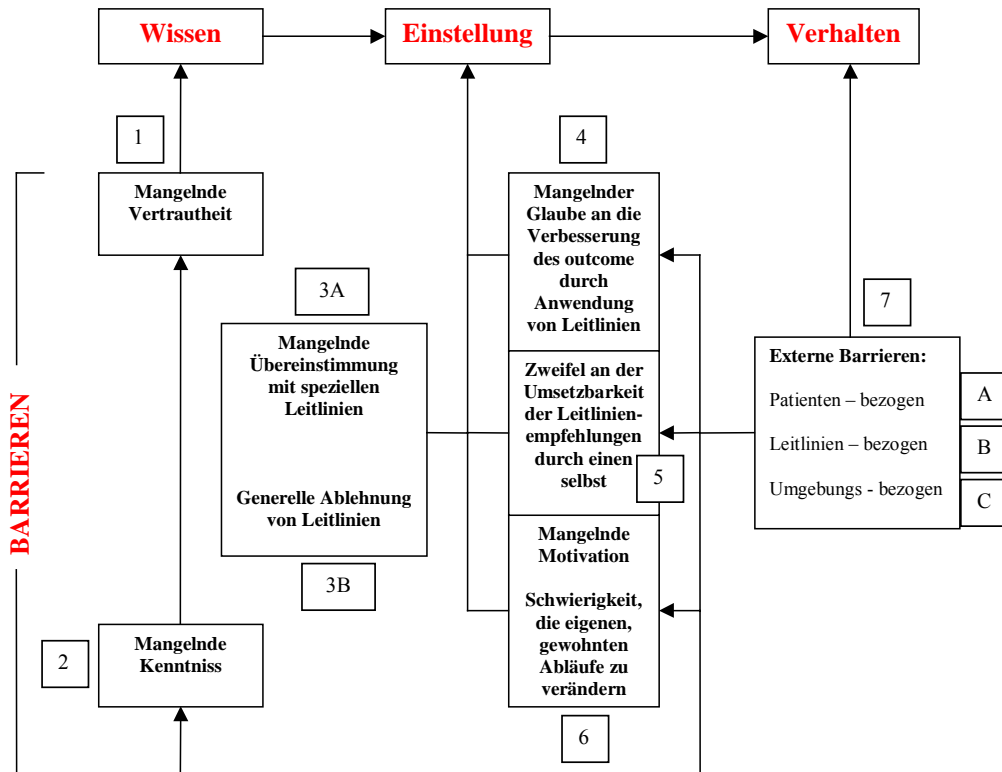
Die Faktorenanalyse zeigt, dass es sich bei der deutschen Übersetzung der 8er Skala nach Tunis um eine eindimensionale Skala handelt. Die Reliabilität dieser Skala ist mit einem Cronbach's Alpha = 0,80 (Items 8, N=172) mit dem von Tunis et al. (1994) in ihrer Studie gefundenen Cronbach's Alpha = 0,76 vergleichbar. Die Skala nach Tunis ist somit auch in Deutsch funktionstüchtig. Die SPSS-Ausdrucke zur Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse befinden sich im Anhang D. Die Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse mit allen 11 Items zeigt ebenfalls eine eindimensionale Skala mit einem Cronbach's Alpha = 0,84. Die Reliabilität beider Skalen ließe sich durch Weglassen des Items „Leitlinien sind dazu gedacht, die Kosten zu senken“ noch etwas verbessern: bei der 8er Skala auf ein Cronbach's Alpha = 0,84 und bei der 11er Skala auf ein Cronbach's Alpha = 0,86. Darauf wurde aber aus inhaltlichen Gründen verzichtet. Für weitere Analysen soll die 8er Skala nach Tunis verwendet werden, da sie in anderen internationalen Studien verwendet wurde, kürzer ist und die Reliabilität zudem kaum schlechter ist als die der 11er Skala.

### **3.3.2 Skala zu Barrieren der Leitlinienanwendung**

#### **3.3.2.1 Skala zu Barrieren der Leitlinienanwendung: Skalenbildung**

Für die vorliegende Studie wurden 15 Barrieren definiert, die als Grundlage für die Skala „Barrieren der Leitlinienanwendung“ dienen sollten. Abbildung 3 zeigt die in dieser Studie verwendeten Items und ihre Zuordnung zu den 7 von Cabana et al. (1999) identifizierten Hauptbarrieren der Leitlinienanwendung. Zur Analyse der





In dieser Studie erfragte mögliche Barrieren der Leitlinienanwendung:

- 1 Mangelnde Vertrautheit mit den Leitlinieninhalten
- 1 Komplizierte Anwendbarkeit von Leitlinien
- 2 Mangelnder Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien
- 2 Schwieriges Auffinden guter Leitlinien
- 3A Mangelnde eigene Übereinstimmung mit den inhaltlichen Empfehlungen der Leitlinie
- 3A Mangelndes Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Autoren der Leitlinien
- 6 Schwierigkeit, die eigenen Routinen und Gewohnheiten zu ändern
- 7A Andersartige Vorstellungen von Patienten
- 7B Nutzerunfreundliche Formate
- 7B Mangelnde Aktualität der Leitlinien
- 7B Widersprüchliche Leitlinien
- 7C Kosten für die Beschaffung von Leitlinien
- 7C Unklare juristische Position von Leitlinien
- 7C Mangelnde Anreize zur Leitlinienanwendung
- 7C Zeitmangel

Abb. 3: Items der Skala „Barrieren der Leitlinienanwendung“ und ihre Zuordnung zu den 7 Hauptbarrieren von Cabana et al. (1999)

Barriere 4 (Glaube an die Verbesserung des outcomes durch Leitlinien) vergleiche Abschnitt 3.3.3. Die Barriere 3B, also die generelle Ablehnung von Leitlinien wurde in einer eigenen Skala untersucht (siehe Abschnitt 3.3.1).

### **3.3.2.2 Skala zu Barrieren der Leitlinienanwendung: Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse**

Die Faktorenanalyse nach Oblimin wegen Verdacht auf Korrelation zeigt im Screeplot 2 Faktoren. Der erste Faktor erklärt knapp 35% der Varianz und der zweite Faktor knapp 13%. Da sich die Faktoren aber inhaltlich kaum voneinander trennen lassen und zudem die Interkorrelation in der Komponentenkorrelationsmatrix mit 0,354 hoch ist, wird von keinem bedeutendem Zugewinn durch die Extraktion zweier Faktoren ausgegangen, sondern von einer eindimensionalen Skala. Die Reliabilitätsanalyse der Skala ergibt ein Cronbach's Alpha von 0,86 (Items 15, N=174). Die SPSS-Ausdrucke zur Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse befinden sich im Anhang E.

### **3.3.3 Items zur Analyse des Problemlösungspotentials von Leitlinien: Leitlinien als Instrument zur Lösung von Problemen des Gesundheitssystems?**

Leitlinien sollen laut Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (1997) bestimmten Zielen dienen, d.h. sie sollen letztlich gegen verschiedene Probleme helfen (vergleiche Abschnitt 1.2.2). Daher lag es nahe, die Ärzte nach der Existenz bestimmter Probleme und nach dem jeweiligen Lösungspotential von Leitlinien zu befragen. Dazu wurden die von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung definierten Ziele von Leitlinien möglichst wortgetreu als dahinter stehendes Problem des deutschen Gesundheitssystems umgedeutet. Hinzu kam noch das durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001) festgestellte Nebeneinander von Über/Unter/Fehlversorgung. Da einige der aufgeführten Ziele eigentlich mehrere Ziele enthalten, wurden diese entsprechend getrennt. Tabelle 5 zeigt eine entsprechende Zusammenstellung der von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung genannten Ziele von Leitlinien und die in dieser Studie verwendeten Items.

Tabelle 5 : Ziele von Leitlinien und die in dieser Studie verwendeten Items zur Erfragung des Problemlösungspotentials von Leitlinien

Ziele von Leitlinien (Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung, 1997) <b>Leitlinien dienen:</b>	Items in dieser Untersuchung
Der Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung	Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung ist insgesamt gesehen verbesserungswürdig
Der Motivation zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener ärztlicher Vorgehensweise unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten	Patienten werden nicht nach dem aktuellsten, wissenschaftlich begründeten Stand des Wissens behandelt Die Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten werde nicht in dem Maße berücksichtigt, wie die Patienten es sich wünschen
Der Vermeidung unnötiger und überholter medizinischer Maßnahmen und unnötiger Kosten	Es werden unnötige Kosten verursacht
Der Vermeidung unerwünschter Qualitätsschwankungen im Bereich der ärztlichen Versorgung	Es bestehen Schwankungen in der Behandlungsqualität zwischen verschiedenen Ärzten
Der Information der Öffentlichkeit (Patienten, Kostenträger, Ordnungsgeber, Fachöffentlichkeit usw.) über notwendige und allgemein übliche ärztliche Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen	Die Öffentlichkeit ist nicht ausreichend über notwendige und allgemein übliche ärztliche Maßnahmen bei speziell Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen informie

### 3.3.4 Literaturrecherche

Literaturrecherche wurde kontinuierlich bis zum Januar 2005 betrieben. Dabei kam hauptsächlich Medline (<http://www.medline.de>) zum Einsatz, aber auch etliche weitere Datenbanken, wie EMBASE oder PsycINFO und PSYINDEX, die alle mittels einer gemeinsamen Suchmaske über das Portal <http://www.medpilot.de> abgefragt werden konnten. Dabei wurde sowohl mit deutschen als auch englischen Begriffen gearbeitet. Suchbegriffe waren hierbei guidelines/Leitlinien, attitude/Einstellung, barriers/Barrieren, survey/Befragung, questionnaire/Fragebogen, knowledge/Kenntnisse, Akzeptanz, implementation/Implementierung. Zum Auffinden unpublizierter Dokumente wurden zusätzlich deutschsprachige Recherchen über <http://www.google.de> durchgeführt. Darüber hinaus wurden die Zeitschriften „Deutsches Ärzteblatt“ und „Berliner Ärzte“ auf Artikel zum Thema Leitlinien in den Jahren 2002-2004 durchsucht.

## 4. ERGEBNISSE DER GESAMTEN STICHPROBE

### 4.1 Charakteristika der realisierten Stichprobe

Von den 825 versendeten Fragebögen waren zwei nicht zustellbar. Dies zeigt die Aktualität der Adressdaten des Online - Arztsuchsystems der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (Listenpopulation), die als Grundlage der Zufallsauswahl diente (vergleiche auch Abschnitt 3.1). Weitere 6 Fragebögen, die offensichtlich von Psychotherapeuten stammten, wurden in die Analyse nicht miteingeschlossen. Diese Fragebögen waren daran zu erkennen, dass dieser Umstand als Kommentar handschriftlich auf dem Fragebogen aufgebracht worden war und dass bei der Anzahl von Kassenscheinen pro Quartal eine Zahl von 10 – 20 angegeben wurde. Von den verbleibenden 817 Fragebögen wurden insgesamt 194 ausgefüllt und auswertbar zurückgeschickt. Zusätzlich wurde ein Fragebogen unausgefüllt und zerrissen zurückgesendet, ein Rückumschlag enthielt statt des Fragebogens Werbeprospekte für Deutschlandreisen, ein Rückumschlag enthielt ein durchgestrichenes Anschreiben und ein zurückgefaxtes Anschreiben bezeichnete den Leitspruch der FU-Berlin „veritas iustitia libertas“ als „blöde Sprüche“.

Insgesamt ergibt sich so eine Antwortquote von 23,8% (194 von 817). Der Rücklauf war in den ersten Tagen besonders ausgeprägt (Abbildung 4).

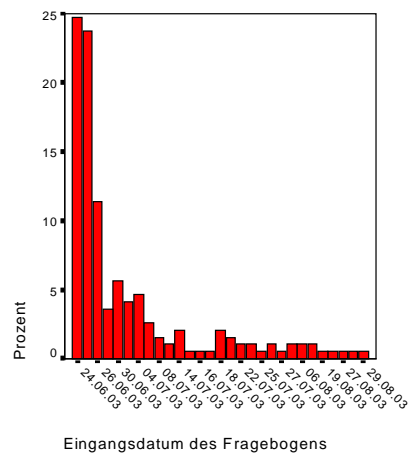


Abb. 4: Rücklauf der Fragebögen

So wurden knapp 50% der Fragebögen innerhalb der ersten beiden Tage und rund 63% innerhalb der ersten 4 Tage zurückgesendet. Das Erinnerungsschreiben nach rund 3 Wochen brachte 26 weitere Fragebögen ein. Es ließ sich leider nicht vermeiden, dass dieser Teil der Studie mitten in die Sommerferien der Berliner Schulen 2003 fiel.

Insgesamt gab es 3 Merkmale, anhand derer untersucht werden konnte, inwieweit die realisierte Stichprobe der ausgewählten Zufallsstichprobe entsprach. Diese Merkmale waren Geschlecht, Zulassungsfachgebiet und Bezirkslage der Praxis. Tabelle 6 zeigt, dass es zwei Verzerrungen gibt: Es haben weniger Frauen ( $\chi^2$ -Test:  $p < 0,01$ ) und fast keine Personen des Zulassungsfachgebietes „Arzt/Ärztin“ geantwortet. Die geringe Anzahl von Personen des Zulassungsfachgebietes „Arzt/Ärztin“ kommt möglicherweise dadurch zustande, dass diese sich selber einem anderen Zulassungsfachgebiet zugeordnet haben. Dafür spricht eine Analyse des Branchentelefonbuchs von Berlin aus dem Jahr 2003, wo sich rund 45% aus der Gruppe „Arzt/Ärztin“ entweder unter „Praktische Ärzte“ oder unter „Allgemeinmedizin“ finden lassen. Diese Gruppe von Hausärzten wäre somit in den

Tabelle 6: Vergleich der realisierten Stichprobe mit der ausgewählten Zufallsstichprobe

	Zufallsstichprobe N= 825	Realisierte Stichprobe N= 194
Weiblich	52,2%	41,7%
Männlich	47,8%	58,3%
Allgemeinmedizin	38,2%	45,3%
Innere Medizin	27,8%	30,7%
Praktischer Arzt/ Ärztin	19,0%	22,4%
Arzt/ Ärztin	15,0%	1,6%
Ostberliner Bezirke	28,2%	31,9%
Westberliner Bezirke	52,6%	51,8%
Friedrichshain – Kreuzberg/ Mitte	19,2%	16,2%

## Ergebnisse der gesamten Stichprobe

anderen Gruppen aufgegangen. Da die Fragebögen aber nicht paginiert waren, lässt sich dies jedoch nicht überprüfen. Weil aber letztlich eine Verzerrung aufgrund des Zulassungsfachgebietes nicht abschließend beurteilt werden kann und sich Männer und Frauen weder in ihrer Auseinandersetzung mit Leitlinien, der Anwendung von Leitlinien, ihrer Einstellung gegenüber Leitlinien oder den Barrieren gegenüber einer Leitlinienanwendung unterscheiden, wurde auf eine Gewichtung der Stichprobe für die schließende Statistik verzichtet. Eine weitergehende Charakterisierung der realisierten Stichprobe zeigt Tabelle 7.

Tabelle 7: Charakteristika der realisierten Stichprobe. N=194

Land des Medizinstudiums		Kassenscheine pro Quartal		Anzahl der Ärzte in der Praxis	
BRD	60,0%	< 401	12,2%	1 Arzt	61,0%
DDR	34,6%	401 - 800	33,7%	2 Ärzte	26,2%
Restliches Europa mit Russland	5,5%	801-1200	35,9%	3 Ärzte	9,6%
		1201 - 1600	11,6%	> 3 Ärzte	3,2%
		> 1600	6,6%		

Zugang zum Internet		Alter kategorisiert		Ärztlich tätige Jahre kategorisiert	
Nein	15,7%	< 41 Jahre	9,7%	< 11 Jahre	8,0%
Ja	84,3%	41-45 Jahre	20,5%	11-15 Jahre	18,7%
		46-50 Jahre	16,8%	16-20 Jahre	21,9%
Zuhause	50,9%	51-55 Jahre	21,6%	21-25 Jahre	13,4%
In der Praxis	8,7%	56-60 Jahre	16,2%	26-30 Jahre	15,0%
Zuhause + in der Praxis	40,4%	> 60 Jahre	15,1%	31-35 Jahre	13,9%
				> 35 Jahre	9,1%

Elektronische Patientenakten		Überwiegen die Vorteile von Qualitätssicherungsprogrammen?		Teilnahme an Qualitätszirkel	
Nein	33,3%	Nein	8,9%	Nein	52,8%
Ja	66,7%	eher Nein	15,2%	Ja	47,2%
		teils/teils	27,7%		
		eher Ja	40,8%		
		Ja	7,3%		

60% der Ärzte haben ihr Medizinstudium in der Bundesrepublik Deutschland begonnen, ein gutes Drittel tat dies in der ehemaligen DDR und rund 5% begannen ihr Medizinstudium in einem anderen Land. Bei diesen Ländern handelte es sich vor allem um Italien und Russland, während z.B. kein Arzt angegeben hat, in der Türkei studiert zu haben. Inwieweit die aus dem Ausland stammenden Hausärzte in dieser

Studie adäquat abgebildet werden, kann nicht beurteilt werden, da diesbezüglich keine Daten in der Listenpopulation vorliegen. Gut 60% der Ärzte sind in ihrer Praxis der einzige Arzt und 13% haben mindestens noch 2 weitere ärztliche Kollegen. Die technische Ausstattung mit modernen elektronischen Medien ist weit verbreitet. So besitzen rund 85% der Ärzte einen Internetzugang und rund 2 Drittel benutzen auch elektronische Patientenakten. Allerdings hat die Hälfte ihren Internetzugang nur zu Hause und nicht in der Praxis. Fast die Hälfte der Ärzte gibt an, bereits an einem Qualitätszirkel teilgenommen zu haben. Die Ärzte sind durchschnittlich 51 Jahre alt (Standardabweichung = 8,4), wobei rund die Hälfte mehr als 20 Jahre ärztlich tätig ist. Knapp 20% haben mehr als 1200 Kassenscheine je Quartal. Die Ärzte dieser Studie haben verglichen mit den Ergebnissen aus Bremen und Sachsen-Anhalt (Beyer, Gerlach & Breul, 1999) eine negativere Einstellung gegenüber Qualitätssicherungsprogrammen. Die Größe des Unterschiedes beträgt dabei auf der 5stufigen Skala eine gute halbe Stufe. Dies könnte bedeuten, dass sich in der vorliegenden Studie vermehrt Ärzte beteiligt haben, die eine eher negativere Einstellung gegenüber Qualitätssicherungsprogrammen aufweisen.

## 4.2 Auseinandersetzung mit und Anwendung von Leitlinien

### 4.2.1 Inhaltliche Auseinandersetzung mit Leitlinien

Zwingende Voraussetzung für das Anwenden von Leitlinien ist die vorherige inhaltliche Auseinandersetzung mit Leitlinien.

Wie in Tabelle 8 zu sehen ist, hat sich ein knappes Viertel der Ärzte noch mit gar keiner Leitlinie auseinandergesetzt (CI 16-28%). Je ein weiteres Viertel hat sich mit 1-2 Leitlinien bzw. 3-4 Leitlinien auseinandergesetzt, während das restliche Viertel der Ärzte dies mit mindestens 5 Leitlinien getan hat. Es ergibt sich so das Bild einer linkssteilen Verteilung. Der Mittelwert beträgt 3,14 bei einer Standardabweichung von 2,95 (Median=3).

Tabelle 8: Anzahl der Leitlinien, mit denen sich die Ärzte inhaltlich auseinandergesetzt haben. N=181

	Anzahl der Leitlinien											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	15
Häufigkeit in %	22,1	6,6	19,9	18,2	7,7	11,0	3,3	2,2	1,1	0,6	6,1	1,1
Häufigkeit absolut	40	12	36	33	14	20	6	4	2	1	11	2
Mittelwert 3,14	Standardabweichung 2,95											

### 4.2.2 Aktuelle Anwendung von Leitlinien

Inwieweit wenden Hausärzte aktuell Leitlinien an? Als willkürliche Grenze für die aktuelle Anwendung von Leitlinien wurde der Zeitraum der letzten 6 Monaten definiert. Abbildung 5 zeigt zusammengefasst das Nutzungsverhalten der Hausärzte bezüglich Leitlinien. Den 40%, die in den letzten 6 Monaten Leitlinien angewendet haben, steht ein nahezu gleich großer Anteil von Hausärzten gegenüber, die noch nie Leitlinien angewendet haben. 22,1% der Hausärzte geben zwar Erfahrungen mit Leitlinien an, verneinen aber die Anwendung von Leitlinien in den letzten 6 Monaten. Insgesamt haben somit rund 40% der Hausärzte in den letzten 6 Monaten Leitlinien angewendet (CI 34-47%), während dies 60% der Hausärzte nicht taten.



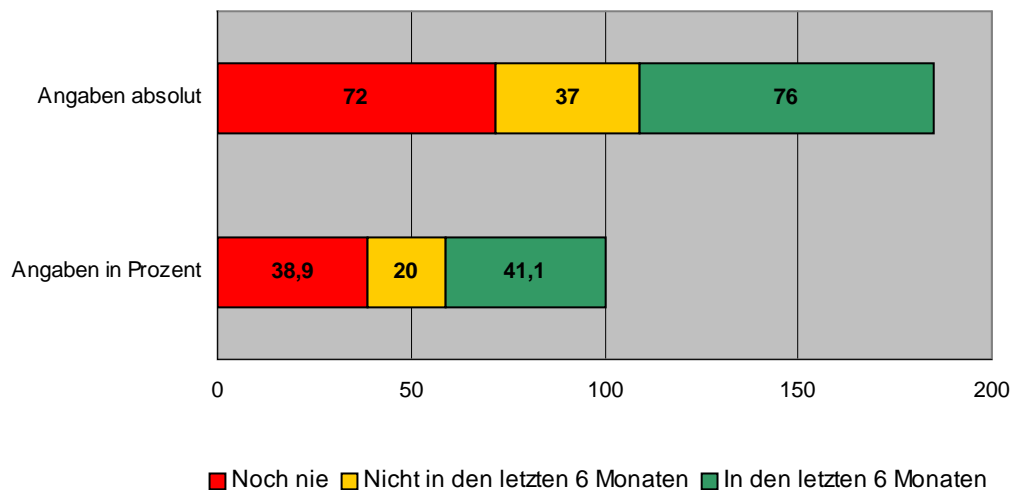


Abb. 5: Anwendung von Leitlinien. N=185

Unter dem Begriff „Leitlinienanwender“ werden zukünftig *die* Ärzte verstanden, die aktuell, also in den letzten 6 Monaten, Leitlinien angewendet haben. Der Begriff „Nichtanwender“ von Leitlinien umfasst zukünftig *die* Ärzte, die in den letzten 6 Monaten keine Leitlinien angewendet haben.

### 4.2.3 Charakterisierung der angewendeten Leitlinien

#### Anzahl der angewendeten Leitlinien:

Von den 76 Ärzten, die in den letzten 6 Monaten Leitlinien angewendet haben, machten 71 Ärzte Angaben zu der Anzahl der angewandten Leitlinien. Insgesamt wendeten diese 71 Ärzte 211 Leitlinien an, was bei einer Standardabweichung von 2 einer durchschnittlichen Anwendung von rund 3 Leitlinien je Arzt entspricht (Median=2). Allerdings ist die Verteilung linkssteil. So wendete jeweils rund ein Viertel 1 bzw. 2 oder 3 Leitlinien an, während das restliche Viertel 4- 8 Leitlinien anwendete.

#### Art der angewendete Leitlinien

Im Fragebogen konnten bis zu 3 angewendete Leitlinien näher charakterisiert werden. Da rund 75% der Leitlinienanwender 1 bis 3 Leitlinien anwenden, fehlt nur

die genauere Charakterisierung der über 3 hinausgehenden Leitlinien von den Leitlinienanwendern, die 4-8 Leitlinien anwenden.

Von den 76 Ärzten, die in den letzten 6 Monaten Leitlinien angewendet haben, machen 69 genauere Angaben zur Art der angewandten Leitlinien. Insgesamt liegen von diesen 69 Ärzten Daten über 151 angewendete Leitlinien vor.

Abbildung 6 zeigt die Häufigkeit der angewendeten Leitlinien nach Indikationen. Leitlinien, die insgesamt weniger als 4x genannt wurden, sind unter der Rubrik „Andere Leitlinien“ zusammengefasst. Es zeigt sich, dass die häufigsten angewendeten Leitlinien die beiden großen Volkskrankheiten Diabetes mellitus (64% der Ärzte) und Hypertonie (52% der Ärzte) betreffen. Gefolgt von den chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) und Asthma bronchiale (zusammen 26% der Ärzte). Insgesamt wenden rund 83% der Anwender mindestens 1 Leitlinie zu Diabetes mellitus oder Hypertonie an.

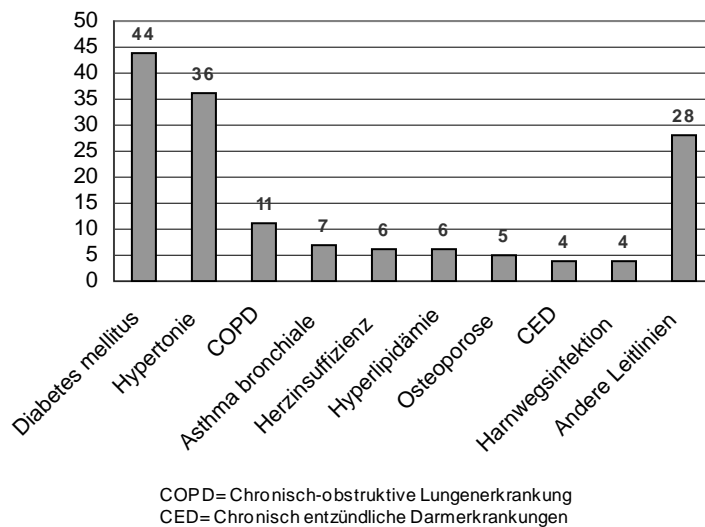


Abb. 6: Angewendete Leitlinien. 151 Angaben von 69 Ärzten

### **Herausgeber der angewendeten Leitlinien Diabetes mellitus und Hypertonie**

Im folgenden sollen die beiden häufigsten angewendeten Leitlinien nach ihren jeweiligen Herausgebern aufgeschlüsselt werden, um einen Eindruck von der Diversität der angewendeten Leitlinien zu ein- und der gleichen Erkrankung zu

bekommen. Von den 44 Hausärzten, die Leitlinien bei Diabetes mellitus anwenden, machen 19 Angaben zum Herausgeber der Leitlinie. Die meisten (N=13) dieser Leitlinien stammen von der Deutschen Diabetes - Gesellschaft (DDG), 2x handelt es sich um die Nationale Versorgungsleitlinie und jeweils 1x werden die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, der Berufsverband der Allgemeinärzte, der MediMedia Verlag und die World Health Organization (WHO) als Herausgeber benannt.

Von den 36 Hausärzten, die Leitlinien bei Hypertonie anwenden, machen 16 Angaben zum Herausgeber der Leitlinie. Die meisten (N=12) dieser Leitlinien stammen von der Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruck - Deutsche Hypertoniegesellschaft und jeweils 1x von der amerikanischen Hypertonie-Gesellschaft, einer Fachgesellschaft ohne nähere Angabe, MediMedia Verlag und der World Health Organization (WHO).

Auffällig ist, dass bei beiden Leitlinien knapp 60% der Ärzte keine Angaben zum Herausgeber machen. Dieses Phänomen wird sich bei den Angaben zu Erscheinungsjahr und Anwendungshäufigkeit wiederholen.

### **Aktualität der angewendeten Leitlinien**

Für 62 angewendete Leitlinien wurden Angaben zum Erscheinungsjahr gemacht. Dabei stammen 87% der Leitlinien aus den Jahren 2001-2003 und können so als aktuell bis sehr aktuell bezeichnet werden. Knapp 5% stammen aus den Jahren 1998 und 1999 und weitere rund 8% aus dem Jahr 2000. Für gute 60% der angewendeten Leitlinien machten die Ärzte keine Angaben zum Erscheinungsjahr.

### **Häufigkeit der Leitlinienanwendung**

Bei wie vielen der in Frage kommenden Patienten mit der entsprechenden Diagnose werden die jeweiligen Leitlinien angewendet und hängt die Anwendung der Leitlinien vom Schweregrad der Erkrankung ab? Hierzu liegen Angaben über 123 Leitlinien vor. Danach werden Leitlinien zu knapp 20% bei weniger als einem Drittel der Fälle, zu rund 45% bei 1-2 Drittel der Fälle und zu gut 36% bei mehr als 2 Drittel der in Frage kommenden Patienten angewendet. Dabei sagen 77% der Ärzte, dass

der Schweregrad der Erkrankung keinen Einfluß darauf hat, ob sie eine Leitlinie anwenden oder nicht. 6,5% wenden Leitlinien eher bei leichteren Fällen und 16,3% eher bei schwierigeren Fällen an.

Auffällig auch hier wieder, dass für rund 25% der angewendeten Leitlinien keine Angaben zur Anwendungshäufigkeit gemacht wurden.

#### **4.2.4 Gründe der Leitlinienanwendung**

Warum werden Leitlinien angewendet?

Von den 76 Ärzten, die aktuell Leitlinien anwenden, nannten 45 Personen insgesamt 77 Gründe. Da diese Angaben in Freitextform gemacht wurden, ist eine Zusammenfassung dieser Angaben notwendigerweise immer subjektiv, so dass diese daher nur ihrer Häufigkeit nach dargestellt werden sollen:

Am häufigsten wird angeführt, dass die angewendeten Leitlinien den neuesten wissenschaftlichen Stand von Diagnostik und Therapie darstellen und sich auf eine Vielzahl von Studien stützen (N=18). Häufig werden Leitlinien auch als Entscheidungshilfe zur Erhöhung der eigenen Therapiesicherheit erlebt (N=11). Auch die Hoffnung auf Regresschutz und der Nutzen als Argumentationshilfe spielen eine Rolle (N=8). Darüber hinaus werden Leitlinien als insgesamt sinnvoll (N=6) erlebt, die übersichtlich (N=4) und mit konkreten Schemata (N=4) das Behandlungsergebnis (N=4) verbessern. Explizit wirtschaftliche Aspekte werden dann nur noch von 3 Ärzten genannt.

#### **4.2.5 Wunsch nach weiteren Leitlinien**

Wünschen sich die Hausärzte Leitlinien für spezielle Erkrankungen, für die sie bisher noch keine Leitlinien angewendet haben?

Im Fragebogen konnten beliebig viele Angaben zu den gewünschten Leitlinien gemacht werden. Knapp 40% der Ärzte äußerten den Wunsch nach speziellen Leitlinien. Insgesamt machten 69 Hausärzte 112 Angaben, wobei 29 Ärzte 2 Leitlinien und 10 Ärzte 3 Leitlinien anführten. Jeweils eine Person nannte 4 bzw. 6 Leitlinien.

In Abbildung 7 sind alle gewünschten Leitlinien aufgeführt, sofern sie mindestens dreimal benannt wurden. Leitlinien, die insgesamt nur ein - oder zweimal genannt wurden, sind unter „Sonstige Leitlinien“ subsumiert.

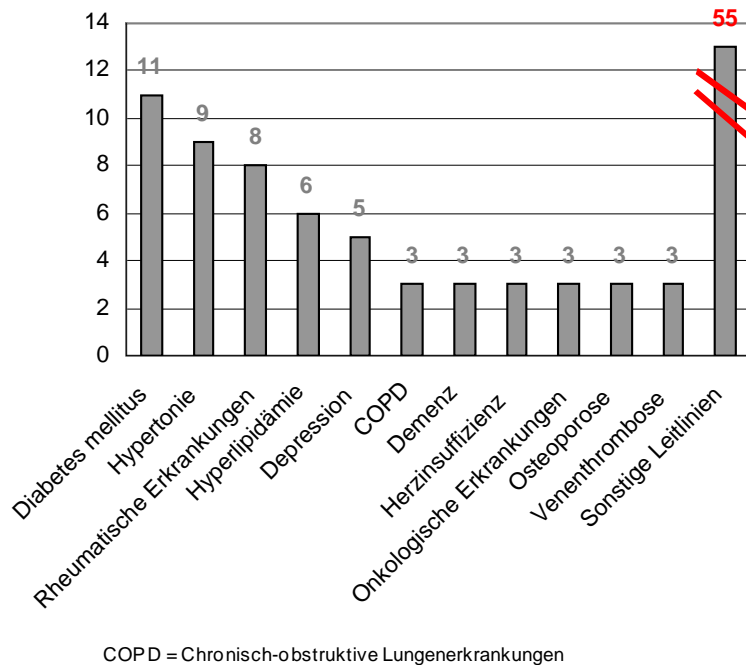


Abb. 7: Erkrankungen, für die bisher keine Leitlinien angewendet wurden, aber bei denen der Wunsch nach guten Leitlinien besteht. Angaben absolut. N=112.

Die beiden häufigsten gewünschten Leitlinien betreffen „Diabetes mellitus“ und „Hypertonie“, welche zusammen knapp 20% ausmachen. Vergleicht man den Wunsch nach speziellen Leitlinien mit den tatsächlich angewendeten Leitlinien zeigen sich große Ähnlichkeiten. Ausnahmen hiervon sind Leitlinien für „Rheumatische Erkrankungen“ und „Depression“, die häufiger gewünscht als angewendet werden. Im Anhang F befindet sich eine Zusammenstellung aller gewünschten Leitlinien inklusive derer, die nur einmal oder zweimal genannt wurden. Darunter sind auch viele unscharf definierte Erkrankungen bzw. Symptome und ganze Krankheitsgruppen oder diverse Erkrankungen umfassende Begriffe.

## 4.3 Einstellungen gegenüber Leitlinien

### 4.3.1 Allgemeine Einstellung gegenüber Leitlinien

Welche Einstellung haben Hausärzte allgemein gegenüber Leitlinien?

Tabelle 9 zeigt alle Items zur Einstellung mit Häufigkeitsverteilung, Mittelwert und Standardabweichung (N mindestens 186). Wenn im folgenden von Zustimmung zu einer Aussage die Rede ist, ist damit die 4 oder 5 auf der 5er-Skala gemeint und bei Ablehnung die 1 oder 2 (1 im Sinne von „Stimme überhaupt nicht zu“ und 5 im Sinne von „Stimme völlig zu“). Die größte Zustimmung findet die Aussage, dass Leitlinien dazu gedacht sind, die Behandlungsqualität zu verbessern. Rund 60% der Ärzte stimmen dieser Aussage zu, während 20% diese Aussage ablehnen. Die Hälfte der Ärzte stimmt der Aussage zu, dass Leitlinien dazu gedacht sind, die Kosten zu senken und knapp ein Viertel lehnt diese Aussage ab.

Tabelle 9: Allgemeine Einstellung gegenüber Leitlinien

Item zur Einstellung gegenüber Leitlinien	N	1 im Sinne von "Stimme überhaupt nicht zu" 5 im Sinne von "Stimme völlig zu"					Mittelwert	Standard- abweichung
		1	2	3	4	5		
		Häufigkeitsverteilung in Prozent						
Leitlinien stellen eine Art Kochbuchmedizin dar	188	13,8	16,5	20,7	27,1	21,8	3,27	1,34
Leitlinien sind dazu gedacht, die Behandlungsqualität zu verbessern	192	10,4	9,9	19,8	32,8	27,1	3,56	1,27
Leitlinien schränken die benötigte Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung zu sehr ein	191	14,7	18,8	29,8	15,7	20,9	3,09	1,33
Leitlinien sind dazu gedacht, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken	193	6,7	17,6	25,4	23,8	26,4	3,46	1,24
Leitlinien beschränken die ärztliche Therapiefreiheit	189	14,8	17,5	22,8	20,6	24,3	3,22	1,38
Leitlinien sind eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissenstandes	191	9,9	16,2	19,9	36,6	17,3	3,35	1,23
Leitlinien sind gute didaktische Mittel	193	10,4	19,2	29,0	31,6	9,8	3,11	1,14
Leitlinien stellen einen bequemen Ratgeber dar	186	10,2	13,4	27,4	33,3	15,6	3,31	1,19
Leitlinien werden die Häufigkeit von Regress-ansprüchen oder Disziplinarverfahren erhöhen	192	16,7	18,8	20,8	20,3	23,4	3,15	1,41
Leitlinien werden meist von Experten entwickelt, die nur wenig vom Praxisalltag verstehen	194	8,8	18,0	22,7	27,8	22,7	3,38	1,26
Leitlinien schränken das eigene Denken zu stark ein	194	20,6	27,8	20,6	14,4	16,5	2,78	1,37

Für insgesamt rund 30% der Ärzte sind Leitlinien sowohl dazu gedacht, die Kosten zu senken als auch die Behandlungsqualität zu verbessern. 45% empfinden Leitlinien als Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit, während dies ein Drittel nicht empfindet. 54% stimmen der Aussage zu, dass Leitlinien eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissensstandes darstellen und 25% lehnen diese Aussage ab. Für rund 49% stellen Leitlinien einen bequemen Ratgeber dar und für knapp 24% ist das nicht so. Der Aussage, dass Leitlinien das eigene Denken zu stark einschränken, widerspricht knapp die Hälfte, während 31% zustimmen.

Bei der Aussage, dass Leitlinien die benötigte Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung zu sehr einschränken, gibt es zwei fast gleich starke Blöcke von Zustimmung und Ablehnung. 36,6% stimmen dieser Aussage zu und 33,5% lehnen diese Aussage ab.

Die Skala zur Einstellung gegenüber Leitlinien hat einen Mittelwert von 2,97 bei einer Standardabweichung von 0,82 (1 im Sinne von „sehr positiv“ und 5 im Sinne von „sehr negativ“; N=194).

Im t-Test zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Einstellung gegenüber Leitlinien hinsichtlich des Geschlechts, zwischen über- bzw. unter 50jährigen Hausärzten, der Teilnahme an einem Qualitätszirkel oder zwischen Ärzten, die ihr Medizinstudium in der ehemaligen DDR oder in der Bundesrepublik Deutschland begonnen haben. Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Internisten und Allgemeinmediziner bzw. Praktischen Ärzten, wobei Internisten (M=2,65; SD=0,77; N=59) die positivste Einstellung gegenüber Leitlinien aufweisen. Dies ist gegenüber den Allgemeinmediziner (M=3,12; SD=0,85; N=87) im t-Test auf dem Niveau von  $p < 0,001$  und gegenüber den Praktischen Ärzten (M=3,06; SD=0,69; N=43) auf dem Niveau von  $p < 0,01$  signifikant. Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Einstellung gegenüber Leitlinien. Nutzer elektronischer Patientenakten (M=2,86; SD=0,78; N=120) haben eine positivere Einstellung gegenüber Leitlinien als Nichtnutzer (M=3,11; SD=0,86; N=60). Dies ist im t-Test auf dem Niveau von  $p < 0,05$  signifikant. Ärzte, die mindestens noch einen weiteren ärztlichen Kollegen in der Praxis haben (M=2,78; SD=0,74; N=73), weisen eine positivere Einstellung gegenüber Leitlinien auf als Ärzte, die in ihrer Praxis der einzige Arzt sind (M=3,1; SD=0,81; N=114). Dies ist

im t-Test auf dem Niveau von  $p < 0,01$  signifikant. Der Korrelationskoeffizient Spearman-Rho zwischen der Einstellung gegenüber Leitlinien und der Einstellung gegenüber Qualitätssicherungsprogrammen beträgt  $-0,53$  ( $p < 0,001$ ;  $N=191$ ). Und zwar in dem Sinne, dass eine positive Einstellung gegenüber Leitlinien mit einer positiven Einstellung gegenüber Qualitätssicherungsprogrammen korreliert ist.

Da es in Deutschland bisher keine entsprechenden Studiendaten aus dem niedergelassenen Bereich zur Einstellung gegenüber Leitlinien gibt, erfolgt der Vergleich mit den Daten, die Farquar, Kofa und Slutsky (2002) in ihrem review zusammengestellt haben. Es handelt sich hierbei um 30 Studien, die zu 80% aus USA, Kanada, Großbritannien und Australien stammen. Zwei Studien kamen aus Italien und jeweils eine aus Irland, Niederlande, Israel, Dänemark. Einschlusskriterien waren eine Stichprobengröße über 100 und eine Antwortquote von über 60%. Die Daten wurden entsprechend der jeweiligen Stichprobengröße gewichtet. Die Gesamtzahl der untersuchten Personen in allen Studien betrug 11611, wobei die untersuchten Populationen verschieden waren. So wurden Ärzte im Krankenhaus oder in der Praxis befragt, aber auch spezielle Fachärzte oder Hausärzte und medizinisches Pflegepersonal. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Studien aus den USA und den aus anderen Ländern und zwischen Studien aus verschiedenen Zeitabschnitten. Ergebnisse der Studien mit einer Antwortquote von über 75% unterschieden sich nicht von den Ergebnissen der Studien mit über 60% Antwortquote.

Da die Einstellung gegenüber Leitlinien bei Klinikpersonal und niedergelassenen Ärzten verschieden ist und auch davon abhängt, ob nach einer speziellen Leitlinie oder ob nach der generellen Einstellung gegenüber Leitlinien gefragt wird (Formoso, Liberati & Magrini, 2001), wurde eine zusätzliche Analyse mit *den* Studien von Farquar vorgenommen, die dem Design der vorliegenden Studie am nächsten kommen. Dazu mussten die Studien zunächst einmal 2 Kriterien entsprechen: Rekrutierung der untersuchten Stichprobe aus „primary care doctors“ oder „family physicians“ oder „internists“ und Untersuchung der *generellen* Einstellung gegenüber Leitlinien. Dies waren 5 Studien, von denen letztlich 4 Studien in die Analyse eingeschlossen wurden, da die verwendeten Items genau denen der vorliegenden Studie entsprachen (Tunis et al., 1994; Ferrier et al., 1996; Hayward et



al., 1997; Gupta, Ward & Hayward, 1997). Tabelle 10 zeigt die Zusammenstellung dieser Ergebnisse.

Tabelle 10: Vergleich der Einstellung gegenüber Leitlinien in dieser Studie mit den Ergebnissen internationaler Studien mit Verwendung der gleichen Einstellungsskala.

Items in den Studien von Farquar, Tunis, Ferrier, Hayward, Gupta (englisch) und in dieser Studie (deutsch)	Ergebnisse internationaler Studien unter Verwendung der gleichen Einstellungsskala mit Publikationsjahr und untersuchtem Land					Ergebnisse dieser Studie: Zustimmung zum jeweiligen Item in Prozent
	Zustimmung zum jeweiligen Item in Prozent					
	Farquar 2002 Review	Tunis 1994 US	Ferrier 1996 Canada	Hayward 1997 Canada	Gupta 1997 Australia	
Guidelines are a helpful/convenient source of advice Leitlinien stellen einen bequemen Ratgeber dar	75%	67%	79%	53%	7%	49%
Guidelines are good educational tools Leitlinien sind gute didaktische Mittel	71%	64%	69%	51%	92%	42%
Guidelines are intended to improve quality of care Leitlinien sind dazu gedacht, die Behandlungsqualität zu verbessern	70%	70%	76%	63%	8%	60%
Guidelines are intended to cut/decrease health care costs Leitlinien sind dazu gedacht, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken	53%	61%	63%	55%	46%	50%
Guidelines are unbiased synthesis of expert opinion Leitlinien sind eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissenstandes	not done	31%	33%	32%	12%	54%
Guidelines reduce/are a challenge to physician autonomy Leitlinien beschränken die ärztliche Therapiefreiheit	34%	21%	10%	23%	8%	45%
Guidelines are oversimplified or "cookbook" medicine Leitlinien stellen eine Art "Kochbuchmedizin" dar		25%	17%	22%	14%	49%
Guidelines are (impractical and) too rigid to apply to individual patients Leitlinien schränken die benötigte Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung zu sehr ein	30%				not done	37%

Zustimmung meint eine 4 oder 5 auf der 5-stufigen Skala mit 1 im Sinne von „Stimme überhaupt nicht zu“ und 5 im Sinne von „Stimme völlig zu“

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie ähneln denen der anderen Studien, soweit es um die Kostenersparnis durch Leitlinien und um die Qualitätsverbesserung durch Leitlinien geht. Die Berliner Hausärzte glauben eher weniger, dass Leitlinien einen bequemen Ratgeber darstellen und dass Leitlinien gute didaktische Mittel darstellen. Auch fühlen sich die Berliner Hausärzte durch Leitlinien in deutlich stärkerem Maße in ihrer ärztlichen Therapiefreiheit eingeschränkt, erleben Leitlinien eher als „Kochbuchmedizin“ und glauben verstärkt, dass Leitlinien eine individuelle

Patientenversorgung zu sehr einschränken. Für fast die Hälfte der Berliner Hausärzte stellen Leitlinien eine Art „Kochbuchmedizin“ dar, während dies in den anderen Studien von maximal einem Viertel so empfunden wird. Umgekehrt glauben die Berliner Hausärzte eher, dass es sich bei Leitlinien um eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissensstandes handelt: Über die Hälfte der Berliner Ärzte ist der Meinung, dass es sich bei Leitlinien um eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissensstandes handelt, während in den anderen Studien nicht mehr als ein Drittel der Ärzte dieser Meinung ist.

#### **4.3.2 Einstellung gegenüber Leitlinien als Instrument zur Lösung von Problemen des Gesundheitssystems**

Leitlinien sollen verschiedenen Zielen dienen und damit gegen bestimmte Probleme unseres Gesundheitswesens helfen (vgl. auch Abschnitt 3.3.3). Tabelle 11 zeigt, dass die einzelnen Probleme als unterschiedlich existent wahrgenommen werden. 95% der Ärzte sehen das Problem von Schwankungen in der Behandlungsqualität zwischen verschiedenen Ärzten, aber nur die Hälfte der Hausärzte meint, dass Patienten nicht nach dem aktuellsten, wissenschaftlich begründeten Stand des Wissens behandelt werden. Rund 60% sehen das Problem einer verbesserungswürdigen Qualität, von denen wiederum 55% glauben, dass Leitlinien daran etwas verbessern könnten. Insgesamt glauben von denen, die das jeweilige Problem als existent betrachten, zwischen 14% und 56%, dass Leitlinien (eher) in der Lage sind, dieses Problem zu lösen. Besonders gering ist der Glaube daran, dass Leitlinien zu einer stärkeren Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse beitragen: Dieses Problem sehen 52% der Ärzte, von denen wiederum 14% glauben, dass Leitlinien daran etwas ändern könnten. Von den 80%, die das Problem unnötiger Kosten sehen, glauben wiederum 38%, dass Leitlinien dieses Problem lösen. Insgesamt 28% der Ärzte sehen das Problem, dass die Patienten nicht nach dem aktuellsten medizinischen Stand des Wissens behandelt werden und glauben gleichzeitig an eine Lösung dieses Problems durch Leitlinien. Am ehesten wird Leitlinien zugetraut, Schwankungen in der Behandlungsqualität zwischen verschiedenen Ärzten zu verkleinern und etwas gegen das Problem der Über/Unter/Fehlversorgung zu tun.

Tabelle 11: Einschätzung von Leitlinien als Instrument zur Verbesserung des Gesundheitssystems

Problem	Zustimmung zur Existenz des Problems in % N mindestens 190	Zustimmung zur Lösung des Problems durch Leitlinien bei denjenigen, die das Problem als existent betrachten in %	Zustimmung zur Existenz des Problems <u>und</u> seiner Lösung durch Leitlinien in % der gesamten Stichprobe
	(eher) Ja	(eher) Ja	
Es bestehen Schwankungen in der Behandlungsqualität zwischen verschiedenen Ärzten	95,3	53,0	50,5
Im deutschen Gesundheitssystem gibt es ein Nebeneinander von Über/Unter/Fehlversorgung	92,8	46,3	42,9
Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung ist insgesamt gesehen verbesserungswürdig	59,8	55,3	32,8
Patienten werden nicht nach dem aktuellsten, wissenschaftlich begründeten Stand des Wissens behandelt	49,2	56,4	27,7
Die Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten werden nicht in dem Maße berücksichtigt, wie die Patienten es sich wünschen	51,6	14,3	7,4
Es werden unnötige Kosten verursacht	80,3	37,8	30,1
Die Öffentlichkeit ist nicht ausreichend über notwendige und allgemein übliche ärztliche Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen informiert	67,2	33,6	22,5

wenn (eher) Ja

### 4.3.3 Einstellung gegenüber Leitlinien als ärztliche Entscheidungsgrundlage

Letztendlich sollen Leitlinien ärztliches Handeln beeinflussen. Ärztliche Entscheidungen werden aber durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst. In dieser Studie sollte der Fokus auf dem Erwerb neuen Wissens liegen. Dazu müssen sich Leitlinien aber gegen eine Vielzahl konkurrierender Informationsquellen behaupten. So kann neues Wissen auch durch medizinische Fachzeitschriften, Kongresse, Diskussion mit Kollegen, Erfahrungen mit Patienten, Informationen der pharmazeutischen Industrie und vieles andere mehr erworben werden. Daher wurden die Ärzte befragt, für wie sinnvoll sie Leitlinien im Vergleich mit anderen Informationsquellen für das Treffen ihrer medizinischen Entscheidungen halten.

Tabelle 12 zeigt, dass jeweils zwischen 45-60% der Hausärzte Leitlinien verglichen mit den anderen Informationsquellen als gleich sinnvoll ansehen. 5-12% betrachten Leitlinien als die jeweils sinnvollere Informationsquelle. Umgekehrt wird die Mehrzahl der anderen Informationsquellen von jeweils rund 29-46% der Ärzte als

die sinnvollere Alternative empfunden. Dies gilt insbesondere für die „klinischen Erfahrungen mit Patienten“, die rund 46% der Ärzte als sinnvoller erachten. Auch den „Austausch mit Kollegen“ und „Fortbildungen/Kongresse“ empfinden jeweils rund 38% als die sinnvollere Entscheidungsgrundlage. Leitlinien werden nur verglichen mit den „Informationen der pharmazeutischen Industrie“ von der Mehrheit der Ärzte als sinnvoller erachtet (58%). Insgesamt stellen die „Informationen der pharmazeutischen Industrie“ für rund 42% der Hausärzte eine mindestens ebenbürtige Entscheidungsgrundlage verglichen mit Leitlinien dar.

Tabelle 12: Einschätzung von Leitlinien als Grundlage für die eigenen ärztlichen Entscheidungen verglichen mit anderen Informationsquellen. N mindestens 192

Andere Informationsquellen zum Treffen medizinischer Entscheidungen	Verglichen mit den anderen Informationsquellen gilt für Leitlinien folgende Aussage:		
	Leitlinien sind sinnvoller in %	Leitlinien sind gleich sinnvoll in %	Leitlinien sind weniger sinnvoll in %
Kongresse/ Tagungen /Fortbildungen	4,7	57,5	37,8
Diskussion/Austausch mit Kollegen	8,3	53,6	38,0
Informationen der pharmazeutischen Industrie	57,5	30,6	11,9
Klinische Erfahrungen mit Patienten	8,9	44,8	46,4
Qualitätszirkel	12,4	52,3	35,2
Eigene Literaturrecherche	11,9	59,6	28,5
Informationen von Fachgesellschaften/ Berufsverbänden	9,4	60,4	30,2
Fachzeitschriften/ Fachbücher	4,7	59,9	35,4

## 4.4 Barrieren der Leitlinienanwendung

Dazu wurde ein mehrteiliger Ansatz gewählt und folgende Aspekte erfragt:

- Bedeutung von 15 möglichen Barrieren der Leitlinienanwendung
- Vermissen spezieller Aspekte bei Leitlinien
- Kenntnis über ausgewählte Aktivitäten der ärztlichen Selbstverwaltung und der Medizinischen Fachgesellschaften auf dem Gebiet der Leitlinien

#### 4.4.1 Bedeutung und Ausmaß möglicher Barrieren

15 mögliche Barrieren der Leitlinienanwendung sollten dahingehend beurteilt werden, inwieweit sie für einen selbst ein Problem darstellen. Zur Auswahl der Barrieren siehe Abschnitt 3.3.2.

Tabelle 13 zeigt alle Barrieren der Leitlinienanwendung mit Häufigkeitsverteilung, Mittelwert und Standardabweichung (N mindestens 185).

Tabelle 13: Barrieren der Leitlinienanwendung

Barrieren der Leitlinienanwendung:	N	1 im Sinne von "Empfinde ich überhaupt nicht als Problem" 5 im Sinne von "Empfinde ich als sehr großes Problem"					Mittelwert	Standardabweichung
		1	2	3	4	5		
		Häufigkeitsverteilung in Prozent						
Mangelnde eigene Übereinstimmung mit den inhaltlichen Empfehlungen der Leitlinie	189	16,4	18,0	23,8	22,2	19,6	3,11	1,36
Mangelnde Aktualität der Leitlinien	190	8,4	19,5	21,6	28,4	22,1	3,36	1,26
Mangelndes Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Autoren der Leitlinien	189	9,0	15,9	22,8	27,0	25,4	3,44	1,27
Nutzerunfreundliche Formate	189	14,8	16,9	19,6	23,8	24,9	3,27	1,39
Kosten für die Beschaffung von Leitlinien	189	23,3	18,5	22,8	18,5	16,9	2,87	1,40
Unklare juristische Position von Leitlinien	191	12,6	13,1	28,3	18,8	27,2	3,35	1,34
Mangelnder Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien	189	9,0	9,5	19,6	38,1	23,8	3,58	1,21
Komplizierte Anwendbarkeit von Leitlinien	189	7,9	15,9	28,0	27,5	20,6	3,37	1,20
Widersprüchliche Leitlinien	185	9,2	10,3	28,1	25,4	27,0	3,51	1,25
Schwierigkeit, die eigenen Routinen und Gewohnheiten zu ändern	190	21,1	20,5	30,5	18,4	9,5	2,75	1,25
Andersartige Vorstellungen von Patienten	188	15,4	15,4	19,1	26,1	23,9	3,28	1,39
Schwieriges Auffinden guter Leitlinien	190	8,4	8,9	28,4	31,6	22,6	3,51	1,18
Mangelnde Anreize zur Leitlinienanwendung	187	17,1	13,9	31,0	19,8	18,2	3,08	1,32
Zeitmangel	189	14,8	12,7	27,5	22,8	22,2	3,25	1,34
Mangelnde Vertrautheit mit den Leitlinieninhalten	190	14,7	12,6	34,7	28,9	8,9	3,05	1,17

Die Skala zu Barrieren gegenüber Leitlinien hat einen Mittelwert von 3,26 bei einer Standardabweichung von 0,76 (1 im Sinne von „überhaupt kein Problem“ und 5 im Sinne von „sehr großes Problem“; N=192). Wenn im folgenden von einem „großen bis sehr großen Problem“ die Rede ist, ist damit die 4 oder 5 auf der Skala gemeint. Es zeigt sich, dass der „mangelnde Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien“ (für 62% ein großes Problem), „widersprüchliche Leitlinien“ (für 52% ein großes Problem) und „schwieriges Auffinden guter Leitlinien“ (für 54% ein großes Problem) die größten Barrieren sind. Mögliche „Kosten für die Beschaffung von Leitlinien“ (für 35% ein großes Problem) und die „Schwierigkeit, die eigene Routine und Gewohnheiten zu ändern“ (für 28% ein großes Problem) stellen nach eigener Einschätzung die geringsten Barrieren dar. Von mittlerer Bedeutung sind die „mangelnde eigene Übereinstimmung mit den inhaltlichen Empfehlungen der Leitlinie“ (für 42% ein großes Problem) und die „mangelnden Anreize zur Leitlinienanwendung“ (für 38% ein großes Problem).

#### **4.4.2 Inwieweit werden spezielle Aspekte bei Leitlinien vermisst?**

Die Anwendung von Leitlinien kann auch dadurch erschwert werden, dass sie spezielle, für einen selbst wichtige Aspekte einfach nicht enthält.

Wie Tabelle 14 zeigt, wird vor allem eine vergleichende Darstellung mehrerer Therapieoptionen vermisst (vermisst = 4+5 auf der 5er Skala mit 1 im Sinne von „Vermisse ich überhaupt nicht“ und 5 im Sinne von „Vermisse ich sehr“), gefolgt von genauen Angaben zu den Therapiekosten und zur Lebensqualität. So vermissen 62% die vergleichende Darstellung mehrerer Therapieoptionen, 55% vermissen Angaben zu den Kosten der Therapie und 53% vermissen Angaben zur Lebensqualität. Genaue Medikamentendosierungen werden von 25% vermisst, während 42% dies nicht tun (1+2 auf der Skala). Bezüglich des Aspektes der Alternativen Medizin zeigt sich eine Polarisierung mit 2 nahezu gleich großen Blöcken: 45% vermissen diesen Aspekt bei Leitlinien, während dies 42% nicht tun (1+2 auf der Skala).

Tabelle 14: Aspekte, die bei Leitlinien generell vermisst werden

	N	1 im Sinne von "Vermisse ich überhaupt nicht" 5 im Sinne von "Vermisse ich sehr"					Mittelwert	Standardabweichung
		1	2	3	4	5		
		Häufigkeitsverteilung in Prozent						
Angaben zur Lebensqualität	167	12,6	9,0	25,1	24,6	28,7	3,48	1,33
Angaben zu den Kosten der Therapie	172	7,6	5,2	32,0	26,7	28,5	3,63	1,17
Vergleichende Darstellung mehrerer Therapieoptionen	173	4,6	5,8	27,7	32,9	28,9	3,76	1,08
Genaue Medikamentendosierungen	169	18,3	23,7	33,1	18,3	6,5	2,71	1,16
Nichtmedikamentöse Alternativen	166	13,9	16,3	20,5	27,1	22,3	3,28	1,35
Angaben über die Wirksamkeit der Therapie	166	9,6	16,9	27,7	30,1	15,7	3,25	1,19
Alternative Medizin	170	25,9	16,5	12,4	21,2	24,1	3,01	1,55

#### **4.4.3 Kenntnis über Aktivitäten der ärztlichen Selbstverwaltungsorgane und der Medizinischen Fachgesellschaften auf dem Gebiet der Leitlinien**

Da eine Barriere der Leitlinienanwendung auch darin bestehen kann, dass die vorhandenen Angebote und Aktivitäten auf dem Gebiet von Leitlinien einfach nicht bekannt sind, sollte dieser Aspekt vertiefend erfragt werden: Inwieweit sind die Hausärzte über spezielle Internetangebote und Leitlinien- Programme und über das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin informiert?

##### **Kenntnis und Nutzen von Internetangeboten zum Thema Leitlinien**

Dazu sollten die Hausärzte angeben, inwieweit sie die Internetseite <http://www.awmf-online.de> der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und die Internetseite <http://www.leitlinien.de> des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin kennen und nutzen. Zusätzlich konnte in einer offenen Frage die Nutzung weiterer Internetseiten zum Thema Leitlinien angegeben werden.

In die Auswertung über Kenntnis und Nutzen der beiden Internetangebote <http://www.leitlinien.de> und <http://www.awmf-online.de> wurden nur *die* Ärzte

miteinbezogen, die über einen Internetzugang verfügen (84% der Stichprobe mit N=161). Abbildung 8 zeigt, dass beide Internetangebote den meisten Ärzten

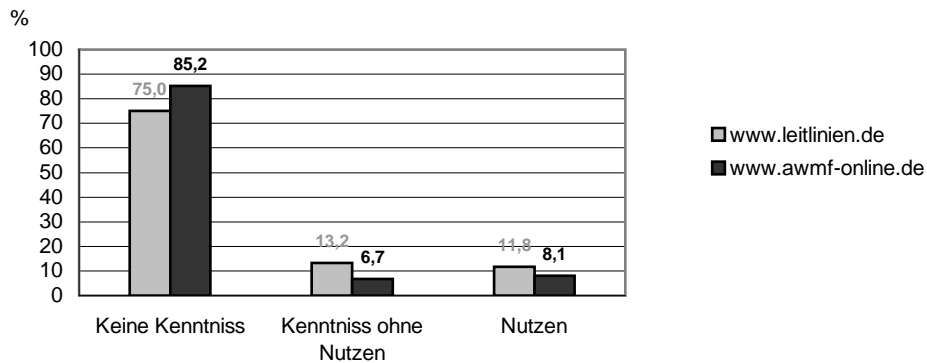


Abb. 8: Kenntnis und Nutzen der Internetseiten [www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de) und [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de). Berücksichtigt wurden nur die Ärzte, die über einen Internetzugang verfügen. Angaben in Prozent. N mindestens 155

unbekannt sind. Die Seite <http://www.leitlinien.de> kennen rund  $\frac{3}{4}$  der Ärzte nicht und 85% geben an, die Seite <http://www.awmf-online.de> nicht zu kennen. Von denen, die das Angebot kennen, nutzt es circa jeder Zweite. Insgesamt nutzen so rund 90% der Ärzte diese Angebote nicht. Auf die Frage, ob sie noch weitere Internetangebote zum Thema Leitlinien nutzen, machten 19 Ärzte insgesamt 26 Angaben. Folgende Internetseiten wurden mindestens 2x genannt: <http://www.cochrane.de> (5 Nennungen), <http://www.google.de> (4 Nennungen), <http://www.dimdi.de> (2 Nennungen), <http://www.evidence.de> (2 Nennungen). Während es sich bei den anderen Internetseiten um spezielle Angebote zum Thema Leitlinien handelt, stellt <http://www.google.de> eine allgemeine Suchmaschine dar. Die Internetseite der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft <http://www.akdae.de> wird von einem Hausarzt genannt.

### **Kenntnis über Aktivitäten des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin**

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (vormals Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung) als zentrale Institution der Ärzteschaft auf dem Gebiet der Qualitätssicherung hat vielfältige Aktivitäten auf dem Gebiet von Leitlinien entfaltet. So stellt sich die Frage, inwieweit die Ärzte diesbezüglich Kenntnisse besitzen.



Abbildung 9 zeigt, dass 77% der Ärzte Nationale Versorgungsleitlinien überhaupt nicht kennen (Mittelwert=1,46; Standardabweichung=0,93; N=188) und dass rund 89% der Ärzte Leitlinien-Clearingberichte völlig unbekannt sind (Mittelwert=1,17; Standardabweichung=0,56; N=189). 2-5% der Ärzte geben diesbezüglich gute oder sehr gute Kenntnisse an (4+5 auf der 5er Skala mit 1 im Sinne von „Kenne ich überhaupt nicht“ und 5 im Sinne von „Kenne ich sehr gut“. Über das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin fühlen sich knapp 2 Drittel überhaupt nicht informiert und 4,2% fühlen sich gut bis sehr gut informiert (Mittelwert=1,54; Standardabweichung=0,88; N=192). Es handelt sich damit um extrem linkssteile Verteilungen. Als härteres Kriterium für die Informiertheit über diese Institution wurden die Ärzte befragt, ob ihnen die einige Monate vorher erfolgte Umbenennung in das Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (vormals Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung) zur Kenntnis gelangt ist. In die Auswertung nicht mit eingeschlossen wurden *die* Ärzte, die vorher angegeben hatten, überhaupt keine Kenntnis über das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin zu besitzen. Von den verbleibenden 53 Ärzten war rund 70% diese Umbenennung unbekannt.

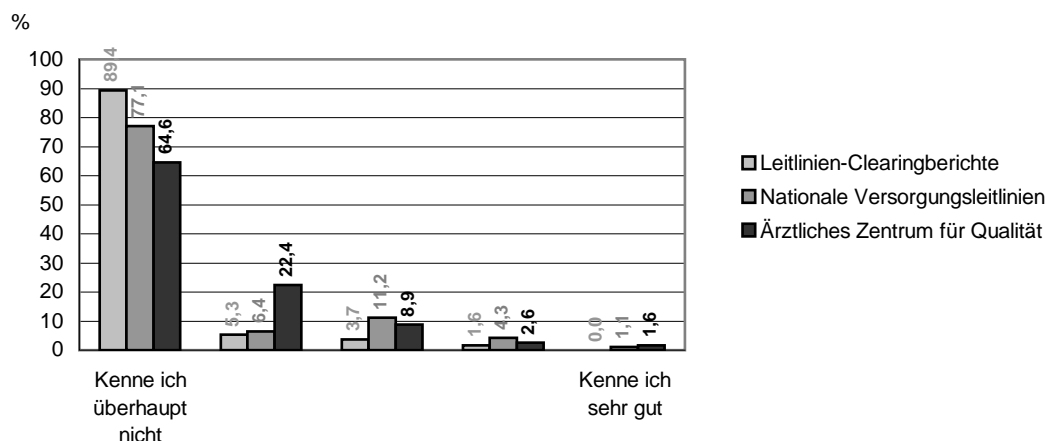


Abb. 9: Kenntniss/Informiertheit über Leitlinien-Clearingberichte, Nationale Versorgungsleitlinien und das Ärztliche Zentrum für Qualität. Angaben in Prozent. N mindestens 188

## Übereinstimmung mit der Haltung der ärztlichen Selbstverwaltung zum Thema Leitlinien

Eine mögliche Barriere der Leitlinienanwendung kann auch darin bestehen, dass die ärztliche Selbstverwaltung Leitlinien gegenüber nicht geschlossen positiv gegenüber steht und diese Haltung offensiv vertritt.

Wie sehen Hausärzte die Haltung der ärztlichen Selbstverwaltung zum Thema Leitlinien und inwieweit stimmen sie mit ihr überein? Wie Abbildung 10 zeigt, kennen rund 2 Drittel der Ärzte die Haltung ihrer Selbstverwaltung nicht. Für rund 11% ist die Haltung zu positiv gegenüber Leitlinien und für 5,5% ist sie zu ablehnend. Insgesamt empfinden 16,4% der Ärzte die Haltung der ärztlichen Selbstverwaltung als eher ablehnend („Deren ablehnende Haltung entspricht meiner Haltung“ und „Deren Haltung ist mir zu ablehnend“) und 19,1% empfinden sie als eher positiv gegenüber Leitlinien („Deren zustimmende Haltung entspricht meiner Haltung“ und „Deren Haltung ist mir zu positiv“).

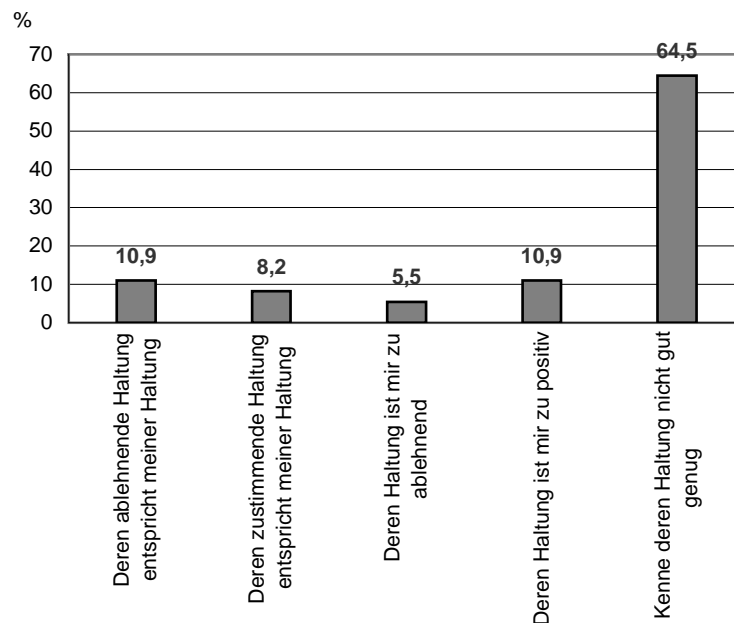


Abb. 10: Übereinstimmung mit der Haltung der ärztlichen Selbstverwaltung zum Thema Leitlinien. Angaben in Prozent. N=183

## 4.5 Mögliche Ansätze zu einer verstärkten Anwendung von Leitlinien

Wie könnte die Anwendung von Leitlinien erhöht werden?

Dazu wurde die Einstellung der Ärzte zu verschiedenen Faktoren erfragt, die möglicherweise zu einer verstärkten Leitlinienanwendung beitragen:

- Einrichtung eines zentralen Institutes, das nationale Leitlinien entwickelt
- Grundsätzliche Erstellung der Leitlinien nach Prinzipien der Evidence-based Medicine
- Direkter elektronischer Zugriff auf Leitlinien von der elektronischen Patientenakte
- Verstärkte Einbeziehung der Patienten in die Entwicklung und Verbreitung von Leitlinien

### 4.5.1 Zentrales Institut, das auf nationaler Ebene Leitlinien entwickelt

Wie stehen die Hausärzte einem solchen Institut und der Entwicklung nationaler Leitlinien grundsätzlich gegenüber?

Wie Abbildung 11 zeigt, sind insgesamt mehr Ärzte gegen ein solches Institut als dafür. Eine eher ablehnende Haltung vertreten rund 43% (1+2 auf der Skala), während rund 30% eher für ein solches Institut sind (4+5 auf der Skala). Der Mittelwert beträgt 2,79 bei einer Standardabweichung von 1,34 (1 im Sinne von „Bin ich sehr dagegen“ und 5 im Sinne von „Bin ich sehr dafür“; N=188).

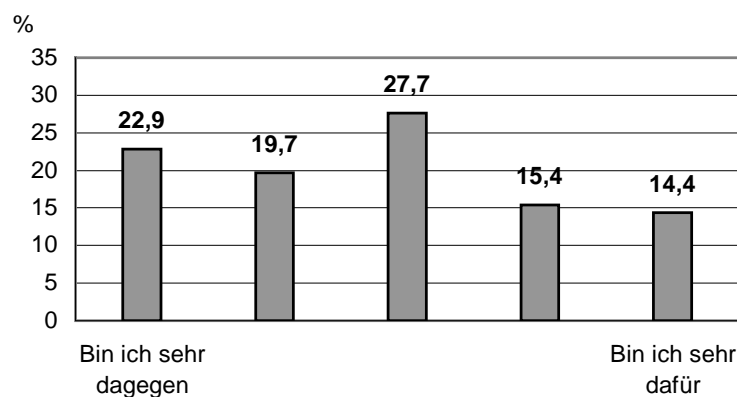


Abb. 11: Einstellung gegenüber einem zentralen Institut, das auf nationaler Ebene Leitlinien entwickelt. Angaben in Prozent. N=188

## 4.5.2 Erstellung von Leitlinien nach Prinzipien der Evidence-based Medicine

In den letzten Jahren wird zunehmend die Entwicklung von Leitlinien nach Kriterien der Evidence-based Medicine (EbM) gefordert. Allerdings ist die Einstellung gegenüber EbM unterschiedlich. Daher sollte die Einstellung gegenüber solchen Leitlinien und ob sich daraus tatsächlich eine erhöhte Leitlinienanwendung ergibt, erfragt werden.

Für rund 10% der Ärzte ist der Begriff Evidence-based Medicine unbekannt. Diese Ärzte wurden in die weitere Auswertung nicht mit einbezogen.

Tabelle 15 zeigt alle Items zur Haltung gegenüber EbM mit Häufigkeitsverteilung, Mittelwert und Standardabweichung (N mindestens 165). Wenn im folgenden von „zustimmen/glauben/befürchten“ die Rede ist, ist damit die 4+5 auf der 5er-Skala gemeint (1 im Sinne von „Stimme ich überhaupt nicht zu“ und 5 im Sinne von „Stimme ich völlig zu“). Knapp 61% der Hausärzte stimmen der Aussage zu, dass Leitlinien grundsätzlich nach Kriterien der EbM erstellt werden sollten. 48% stimmen der Aussage zu, dass sie diese Leitlinien dann auch vermehrt anwenden würden. Knapp 42% glauben, dass die Pharmazeutische Industrie Studiendaten zu ihren Gunsten beeinflusst. Knapp 49% der Ärzte glauben an eine Verbesserung der

Tabelle 15: Einstellung gegenüber der Evidence-based Medicine

Items zur Einstellung gegenüber der Evidence-based Medicine	N	1 im Sinne von "Stimme überhaupt nicht zu" 5 im Sinne von " Stimme völlig zu"					Mittelwert	Standardabweichung
		1	2	3	4	5		
		Häufigkeitsverteilung in Prozent						
Leitlinien sollten grundsätzlich nach Prinzipien der EbM erstellt werden	167	14,4	5,4	19,8	22,8	37,7	3,64	1,40
Die Studiendaten, die für EbM benutzt werden, sind durch die Pharmazeutische Industrie zu ihren Gunsten beeinflusst	166	7,2	16,9	34,3	26,5	15,1	3,25	1,13
Das Praktizieren von EbM verbessert die Behandlungsqualität	165	13,9	12,7	24,8	30,3	18,2	3,26	1,29
EbM führt bei den Erkrankungen, für die es keine Studiendaten gibt, zu einer Verschlechterung in der Patientenversorgung	165	17,6	26,1	29,1	15,2	12,1	2,78	1,25
Wenn ich die Garantie hätte, dass Leitlinien wirklich nach EbM-Kriterien werden, würde ich sie vermehrt anwenden	166	13,3	13,9	25,3	25,9	21,7	3,29	1,31

Behandlungsqualität durch EbM. Dass die Evidence-based Medicine bei Erkrankungen ohne ausreichende Studienlage zu einer Verschlechterung in der Patientenversorgung führt, befürchten rund 27%.

### 4.5.3 Direkter Zugriff von der elektronischen Patientenakte auf Leitlinien

Inwieweit könnte durch die Möglichkeit eines direkten elektronischen Zugriffes von der Patientenakte auf den bei diesem Patienten interessierenden Leitlinienabschnitt die Leitlinienanwendung erhöht werden?

In die Auswertung mit einbezogen wurden nur *die* Ärzte, die bereits über eine elektronische Patientenakte verfügen (N=115). Der Mittelwert beträgt 3,53 bei einer Standardabweichung von 1,24 (1 im Sinne von „überhaupt keine Zunahme“ und 5 im Sinne von „Sehr große Zunahme“). Wie Abbildung 12 zeigt, erwarten 18% (eher) keine Zunahme der Leitliniennutzung (1+2 auf der Skala), während 60% eine große bis sehr große Zunahme der Leitliniennutzung erwarten (4+5 auf der Skala).

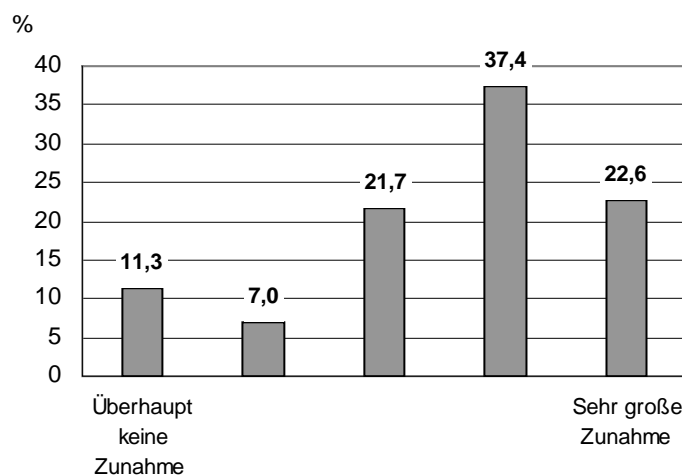


Abb. 12: Zunahme der Leitliniennutzung bei direkter Zugriffsmöglichkeit von der elektronischen Patientenakte. Berücksichtigt wurden die Ärzte, die über eine elektronische Patientenakte verfügen. Angaben in Prozent. N=115

#### **4.5.4 Verstärkte Einbeziehung der Patienten in die Entwicklung und Verbreitung von Leitlinien**

Eine verstärkte Einbeziehung der Patienten in die Entwicklung und Verbreitung von Leitlinien trägt möglicherweise zu einer verstärkten Leitlinienanwendung bei.

Aber wie denken die Ärzte über eine solche Einbeziehung von Patienten?

Mit 53,6% lehnt eine Mehrheit die Mitarbeit von Patienten und/oder Patientenvertretern an der Entwicklung von Leitlinien ab. Eine solche Mitarbeit wird von 31,8% befürwortet, während es 14,6% egal ist.

Bei der Frage, ob es spezielle Leitlinienversionen für Patienten geben sollte, sind 45,5% dagegen, 44% dafür und 10,5% ist es egal.

## 5. UNTERSCHIEDE ZWISCHEN NICHTANWENDERN UND ANWENDERN VON LEITLINIEN

### 5.1 Hängt die Anwendung von Leitlinien von bestimmten Struktur- und Persönlichkeitsmerkmalen oder von der Haltung zu Qualitätssicherungsprogrammen ab?

Tabelle 16 zeigt, dass die Anwendung von Leitlinien von Geschlecht, Zulassungsfachgebiet, Teilnahme an einem Qualitätszirkel oder dem Land des Medizinstudiums unabhängig ist. Während die Besitzer eines Internetzugangs nicht verstärkt Leitlinien anwenden, tun dies Ärzte, die elektronische Patientenakten nutzen:  $\chi^2$  (df=1, N=177) = 5.1,  $p < 0,05$ .

Tabelle 16: Abhängigkeit der Leitlinienanwendung von verschiedenen Struktur - und Persönlichkeitsmerkmalen der Hausärzte

	N	Chi-Quadrat Wert	Freiheitsgrade	Signifikanzniveau
Land des Medizinstudiums (Beginn)	172	0,0	1	0,91 (n.s.)
Zulassungsfachgebiet	185	1,8	2	0,41 (n.s.)
Geschlecht	189	0,2	1	0,62 (n.s.)
Teilnahme an Qualitätszirkel	174	3,3	1	0,07 (n.s.)
Internetzugang	187	2,1	1	0,15 (n.s.)
Nutzung elektronischer Patientenakten	177	5,1	1	< 0,05

Land des Medizinstudiums: Kategorisiert in "BRD" und "DDR"

Zulassungsfachgebiet: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Praktische

In Tabelle 17 ist zu sehen, dass größere Praxen, die sich durch eine höhere Anzahl von Kassenscheinen und Ärzten auszeichnen, eher Leitlinien anwenden als kleinere

Tabelle 17: Abhängigkeit der Leitlinienanwendung von der Praxisgröße und vom Alter der Hausärzte

	Anwendung von Leitlinien	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Verfahren zur Prüfung der zentralen Tendenz	Signifikanzniveau
Kassenscheine pro Quartal	Ja: N=72	1062	470	1000	Mann-Whitney U-Test	< 0,01
	Nein: N=106	846	440	800		
Anzahl der Ärzte pro Praxis	Ja: N=74	1,81	1,06	2	Mann-Whitney U-Test	< 0,01
	Nein: N=109	1,41	0,70	1		
Alter	Ja: N=75	50,2	8,75	51	t-Test	0,26 (n.s.)
	Nein: N=109	51,6	8,14	51		

## Unterschiede zwischen Nichtanwendern und Anwendern von Leitlinien

Praxen. So arbeitet knapp ein Drittel der alleine arbeitenden Ärzte mit Leitlinien, während es von den Ärzten, die mindestens noch einen weiteren ärztlichen Kollegen haben, rund 53% sind. Der Mann-Whitney-U-Test ist auf dem Niveau von  $p < 0,01$  signifikant. Das Alter und die Anzahl der ärztlich tätigen Jahre haben keinen signifikanten Einfluss auf die Anwendung von Leitlinien. Inwieweit die Einstellung gegenüber Qualitätssicherungsprogrammen mit der Anwendung von Leitlinien korrespondiert, zeigt Tabelle 18.

Tabelle 18: Zusammenhang zwischen der Einstellung gegenüber Qualitätssicherungsprogrammen und der Anwendung von Leitlinien

	Überwiegen die Vorteile von Qualitätssicherungsprogrammen? Angaben in Prozent. N=187				
	Nein	eher Nein	teils/teils	eher Ja	Ja
	8,6	15,0	27,8	41,2	7,5
Darunter Leitlinienanwender in %	25,0	28,6	26,9	48,1	85,7
Darunter Nichtanwender in %	75,0	71,4	73,1	51,9	14,3

Mann-Whitney-U-Test:  $p < 0,001$

Insgesamt wenden von den 96 Ärzten, die der Qualitätssicherung eher ablehnend oder neutral gegenüber stehen („Nein“ + „eher Nein“ + „teils/teils“), 27% Leitlinien an. Von den 91 Ärzten, die der Qualitätssicherung positiv gegenüber stehen („eher Ja“ + „Ja“), sind es 54%.

Der Mann-Whitney-U-Test ist auf dem Niveau von  $p < 0,001$  signifikant.

Damit wird davon ausgegangen, dass die Nichtanwender eine ablehnendere Haltung gegenüber Qualitätssicherungsprogrammen aufweisen als die Anwender von Leitlinien.

## **5.2 Haben sich Nichtanwender von Leitlinien in geringerem Maße mit Leitlinien auseinandergesetzt?**

Leitlinien kann nur der anwenden, der sich vorher mit ihnen inhaltlich auseinandergesetzt hat. Haben sich die Nichtanwender von Leitlinien weniger mit Leitlinien auseinandergesetzt oder spielt dieser Punkt keine Rolle bei der



## Unterschiede zwischen Nichtanwendern und Anwendern von Leitlinien

Anwendung von Leitlinien?

Abbildung 13 zeigt die Anzahl der Leitlinien, mit denen die Ärzte sich inhaltlich auseinandergesetzt haben, getrennt nach Anwendern (N=71) und Nichtanwendern (N=107). Rund 37% der Nichtanwender haben sich noch nie mit einer Leitlinie auseinandergesetzt und rund 10% haben dies mit mehr als 3 Leitlinien getan. Von den Anwendern haben sich fast zwei Drittel mit mehr als 3 Leitlinien auseinandergesetzt, von denen sich die Hälfte wiederum mit mehr als 5 Leitlinien beschäftigt hat. Der Mittelwert in der Gruppe der Nichtanwender beträgt 1,76 bei einer Standardabweichung von 1,78 (Median=2). Der Mittelwert in der Gruppe der Anwender beträgt 5,18 bei einer Standardabweichung von 3,22 (Median=5). Die Korrelation der *Anzahl* von Leitlinien, mit denen man sich inhaltlich auseinandergesetzt hat, mit der Anwendung von Leitlinien (ja versus nein) weist einen Korrelationskoeffizienten von  $r=0,59$  auf. Der Mann-Whitney-U-Test ist auf dem Niveau von  $p < 0,001$  signifikant.

Die Korrelation der inhaltlichen Auseinandersetzung mit Leitlinien (ja versus nein) mit der Anwendung von Leitlinien (ja versus nein) weist einen Korrelationskoeffizienten von  $\phi=0,45$  auf. Der  $\chi^2$ -Test ergibt dazu folgendes Ergebnis:  $\chi^2$  (df=1, N=179) = 33.9,  $p < 0,001$ .

Damit wird davon ausgegangen, dass die Nichtanwender von Leitlinien sich mit weniger Leitlinien auseinandergesetzt haben als die Anwender.

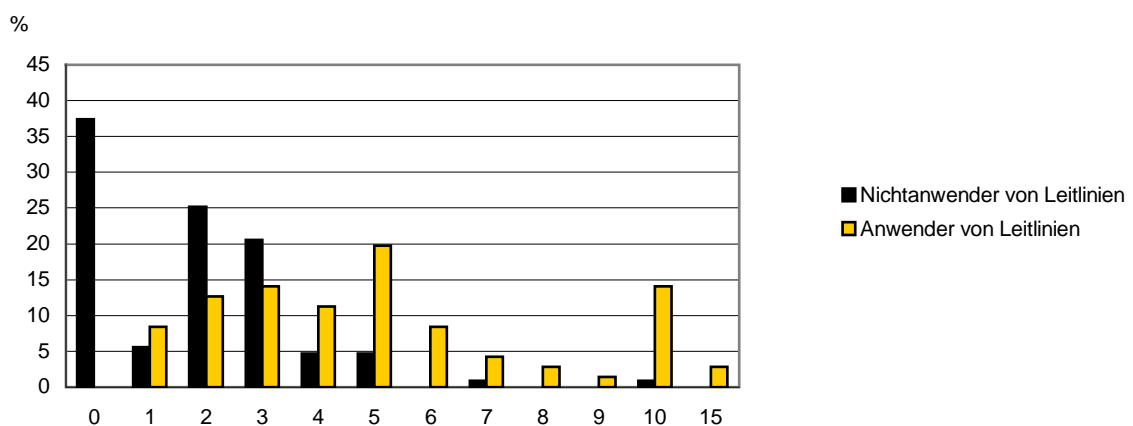


Abb. 13: Auseinandersetzung mit Leitlinien: Unterschiede zwischen Anwendern (N=71) und Nichtanwendern (N= 107). Angaben in Prozent.

## **5.3 Haben Nichtanwender von Leitlinien negativere Einstellungsmuster gegenüber Leitlinien?**

### **5.3.1 Haben Nichtanwender eine negativere allgemeine Einstellung gegenüber Leitlinien?**

In Tabelle 19 ist die Haltung gegenüber den verschiedenen Einstellungssitems getrennt nach Anwendern und Nichtanwendern von Leitlinien aufgeführt (N mindestens 182). Wenn im folgenden von „sind der Meinung“/„glauben“/„halten“ die Rede ist, ist damit die 4+5 auf der 5er-Skala gemeint (1 im Sinne von „Stimme überhaupt nicht zu“ und 5 im Sinne von „Stimme völlig zu“).

Am ausgeprägtesten unterscheiden sich Anwender und Nichtanwender von Leitlinien in der Frage, ob Leitlinien die benötigte Flexibilität für eine individuelle Patientenversorgung zu sehr einschränken. Knapp 15% der Anwender sind der Meinung, dass Leitlinien die benötigte Flexibilität der Patientenversorgung zu sehr einschränken, während es von den Nichtanwendern knapp 53% sind. Rund 31% der Anwender und knapp 55% der Nichtanwender glauben, dass Leitlinien ihre ärztliche Therapiefreiheit beschränken. Rund 81% der Anwender und 46% der Nichtanwender glauben, dass Leitlinien dazu gedacht sind, die Behandlungsqualität zu verbessern. Gut 73% der Anwender halten Leitlinien für eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissenstandes, während dies von den Nichtanwendern 42% so sehen. Von den Anwendern ist rund ein Drittel der Meinung, dass Leitlinien meist von praxisfernen Experten entwickelt werden, während dies von den Nichtanwendern knapp 61% so sehen. Bei allen diesen genannten Einstellungssitems sind die Unterschiede zwischen Anwendern und Nichtanwendern im Mann-Whitney-U-Test auf dem Niveau von  $p < 0,001$  signifikant. Und zwar in dem Sinne, dass die Nichtanwender von Leitlinien eine negativere Einstellung aufweisen. Keine signifikanten Unterschiede im Mann-Whitney-U-Test gibt es bei den Items „Leitlinien sind dazu gedacht sind, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken“ ( $p=0,50$ ), „Leitlinien stellen einen bequemen Ratgeber dar“ ( $p=0,07$ ) und „Leitlinien werden die Häufigkeit von Regressansprüchen oder Disziplinarverfahren erhöhen“ ( $p=0,07$ ). Die parallele, hier nicht gezeigte Berechnung der t-Teste für die einzelnen Einstellungssitems ergibt kongruente Werte.

## Unterschiede zwischen Nichtanwendern und Anwendern von Leitlinien

Tabelle 19: Allgemeine Einstellung gegenüber Leitlinien: Unterschiede zwischen Anwendern und Nichtanwendern von Leitlinien

Item zur Einstellung gegenüber Leitlinien	Leitlinien-anwendung in den letzten 6 Monaten	N	1 im Sinne von "Stimme überhaupt nicht zu" 5 im Sinne von "Stimme völlig zu"					Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz im Mann-Whitney-U-Test
			1	2	3	4	5			
			Häufigkeitsverteilung in Prozent							
Leitlinien stellen eine Art Kochbuchmedizin dar	Ja	75	20,0	22,7	17,3	25,3	14,7	2,92	1,37	< 0,01
	Nein	111	9,0	12,6	23,4	27,9	27,0	3,51	1,26	
Leitlinien sind dazu gedacht, die Behandlungsqualität zu verbessern	Ja	75	5,3	5,3	8,0	42,7	38,7	4,04	1,08	< 0,001
	Nein	113	12,4	13,3	28,3	26,5	19,5	3,27	1,27	
Leitlinien schränken die benötigte Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung zu sehr ein	Ja	75	25,3	25,3	34,7	8,0	6,7	2,45	1,15	< 0,001
	Nein	112	7,1	15,2	25,0	21,4	31,3	3,54	1,27	
Leitlinien sind dazu gedacht, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken	Ja	76	5,3	14,5	26,3	28,9	25,0	3,54	1,17	0,05 (n.s.)
	Nein	113	8,0	20,4	23,0	21,2	27,4	3,40	1,30	
Leitlinien beschränken die ärztliche Therapiefreiheit	Ja	74	18,9	25,7	24,3	25,7	5,4	2,73	1,20	< 0,001
	Nein	112	12,5	12,5	20,5	17,9	36,6	3,54	1,41	
Leitlinien sind eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissenstandes	Ja	75	6,7	5,3	14,7	49,3	24,0	3,79	1,08	< 0,001
	Nein	112	11,6	24,1	22,3	28,6	13,4	3,08	1,24	
Leitlinien schränken das eigene Denken zu stark ein	Ja	76	27,6	32,9	25,0	7,9	6,6	2,33	1,16	< 0,001
	Nein	114	15,8	25,4	17,5	18,4	22,8	3,07	1,41	
Leitlinien stellen einen bequemen Ratgeber dar	Ja	74	12,2	10,8	14,9	43,2	18,9	3,46	1,26	0,07 (n.s.)
	Nein	108	9,3	13,9	36,1	27,8	13,0	3,21	1,13	
Leitlinien werden die Häufigkeit von Regressansprüchen oder Disziplinarverfahren erhöhen	Ja	76	23,7	18,4	17,1	23,7	17,1	2,92	1,44	0,07 (n.s.)
	Nein	112	11,6	19,6	23,2	17,9	27,7	3,30	1,37	
Leitlinien sind gute didaktische Mittel	Ja	76	6,6	11,8	23,7	40,8	17,1	3,50	1,11	< 0,001
	Nein	113	12,4	24,8	31,0	26,5	5,3	2,88	1,10	
Leitlinien werden meist von Experten entwickelt, die nur wenig vom Praxisalltag verstehen	Ja	76	13,2	28,9	25,0	21,1	11,8	2,89	1,23	< 0,001
	Nein	114	6,1	11,4	21,9	32,5	28,1	3,65	1,18	

Der Mittelwert der Einstellungsskala in der Gruppe der Anwender (N=76) beträgt 2,62 bei einer Standardabweichung von 0,76. Der Mittelwert in der Gruppe der Nichtanwender (N=114) beträgt 3,19 bei einer Standardabweichung von 0,78. (1 im Sinne einer sehr positiven Haltung gegenüber Leitlinien und 5 im Sinne einer sehr ablehnenden Einstellung). Der t-Test der Einstellungsskala ist auf dem Niveau von  $p < 0,001$  signifikant. Die Korrelation der Einstellungsskala mit der Anwendung von Leitlinien (ja versus nein) ergibt einen Korrelationskoeffizient nach Pearson = 0,34. Damit wird davon ausgegangen, dass die Nichtanwender von Leitlinien eine negativere Einstellung gegenüber Leitlinien haben als die Anwender von Leitlinien.

### **5.3.2 Empfinden Nichtanwender Leitlinien weniger als Instrumente, mit denen Probleme des Gesundheitssystems gelöst werden können?**

Die Haltung zur Existenz verschiedener Probleme des Gesundheitssystems und dem entsprechenden Lösungspotential von Leitlinien lassen sich dabei in insgesamt drei möglichen Positionen zusammenfassen: entweder existiert das Problem für einen selbst gar nicht oder es existiert zwar, aber Leitlinien stellen keine Lösung dafür dar oder das Problem existiert und Leitlinien werden als Lösung dieses Problems wahrgenommen.

In den Abbildungen 14 bis 20 sind diese drei Positionen getrennt nach Anwendern und Nichtanwendern von Leitlinien aufgeschlüsselt. Die Prüfung auf Signifikanz erfolgte zum einen für die wahrgenommene Existenz des Problems und zum anderen für das den Leitlinien zugesprochene Lösungspotential mittels  $\chi^2$ -Test.

Bei der wahrgenommenen Existenz von 3 Problemen zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Anwendern (N mindestens 73) und Nichtanwendern (N mindestens 109): Weniger Nichtanwender sehen „eine schwankende Behandlungsqualität zwischen verschiedenen Ärzten“ ( $\chi^2$  (df =1, N=186) = 6.1,  $p < 0,05$ ), „eine insgesamt verbesserungswürdige Behandlungsqualität“ ( $\chi^2$  (df =1, N=188) = 5.8,  $p < 0,05$ ) und „eine zu geringe Information der Öffentlichkeit über übliche ärztliche Maßnahmen“ ( $\chi^2$  (df =1, N=187) = 5.7,  $p < 0,05$ ) als existentes Problem. Keine Unterschiede zwischen Anwendern und Nichtanwendern von Leitlinien bestehen bei der Wahrnehmung der Probleme „die Bedürfnisse der Patienten werden nicht ausreichend berücksichtigt“, „die Patienten werden nicht nach dem aktuellsten, wissenschaftlich begründeten Stand des Wissens behandelt“ und „es werden unnötige Kosten verursacht“.

Sowohl Anwender als auch Nichtanwender trauen Leitlinien noch am ehesten zu, die Probleme einer schwankenden Behandlungsqualität zwischen verschiedenen Ärzten und das Nebeneinander von Über/Unter/Fehlversorgung zu beseitigen. Allerdings gibt es bei beiden Problemen signifikante Unterschiede zwischen den Anwendern und den Nichtanwendern bezüglich des Lösungspotentials von Leitlinien: So glauben 58,1% der Anwender, dass Leitlinien das Problem der Über/Unter/Fehlversorgung lösen können; von den Nichtanwendern glauben dies 32,7% ( $\chi^2$  (df =1, N=173) =

## Unterschiede zwischen Nichtanwendern und Anwendern von Leitlinien

10.9,  $p < 0,001$ ). Und während 52% der Anwender glauben, dass Leitlinien die Qualität der gesundheitlichen Versorgung verbessern, glauben dies von den Nichtanwendern 20,4% ( $\chi^2$  (df =1, N=113) =14.1,  $p < 0,001$ ). Kein signifikanter Unterschied im  $\chi^2$ -Test zwischen Anwendern und Nichtanwendern von Leitlinien hinsichtlich des Lösungspotentials von Leitlinien zeigt sich bei dem Problem, dass „Patienten nicht nach dem aktuellsten, wissenschaftlich begründeten Stand des Wissens behandelt werden“.

Die Anwender von Leitlinien (N=74) empfinden Leitlinien für durchschnittlich 3,0 Probleme bei einer Standardabweichung von 2,1 als Lösung (Median=3); die Nichtanwender von Leitlinien (N=114) tun dies für durchschnittlich 1,54 Probleme bei einer Standardabweichung von 1,83 (Median=1).

Der Mann-Whitney-U-Test ist auf dem Niveau von  $p < 0,001$  signifikant.

Damit wird davon ausgegangen, dass die Nichtanwender von Leitlinien spezielle Probleme des Gesundheitssystems als eher nicht existent wahrnehmen und dass sie seltener glauben, dass Leitlinien als Instrumente zur Lösung bestimmter Probleme des Gesundheitssystems beitragen könnten.

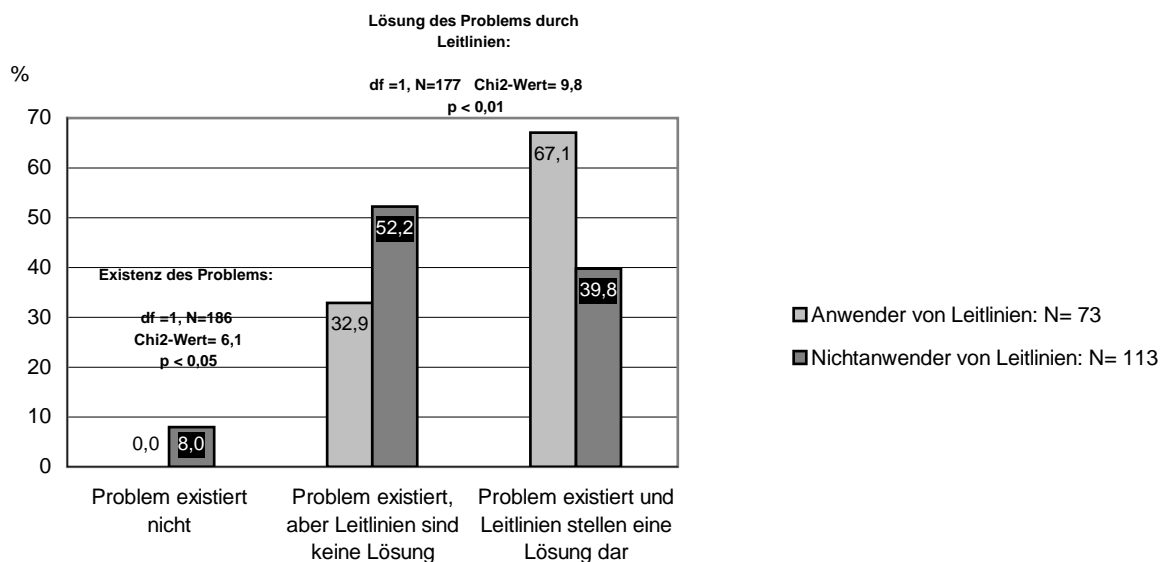


Abb.14: Einschätzung zum Vorhandensein des Problems "Schwankende Behandlungsqualität zwischen verschiedenen Ärzten" und dem entsprechenden Lösungspotential von Leitlinien. Angaben in Prozent. N = 186

## Unterschiede zwischen Nichtanwendern und Anwendern von Leitlinien

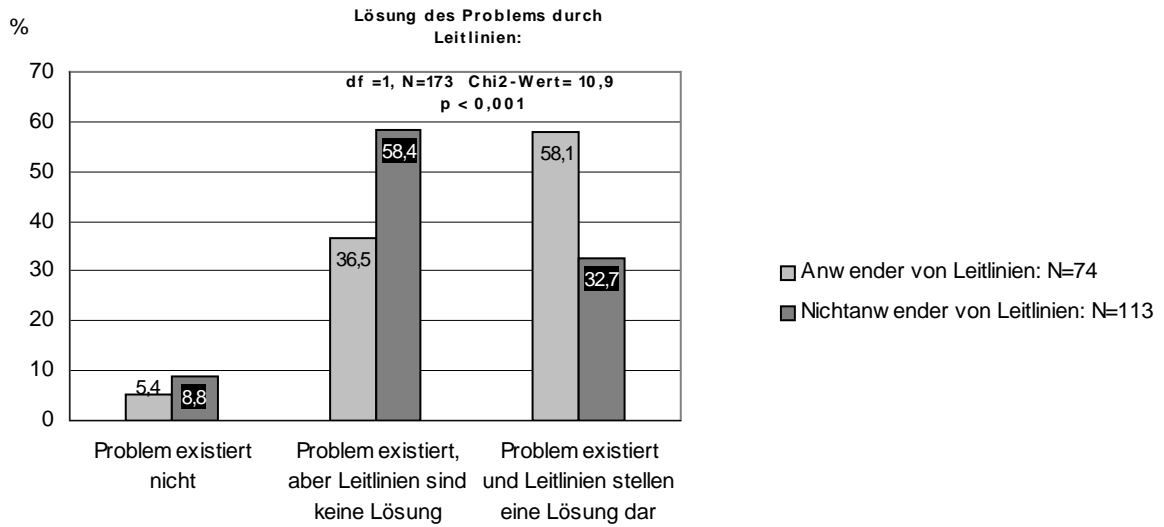


Abb. 15: Einschätzung zum Vorhandensein des Problems "Im deutschen Gesundheitssystem gibt es ein Nebeneinander von Über/Unter/Fehlversorgung" und dem entsprechenden Lösungspotential von Leitlinien. Angaben in Prozent. N = 187

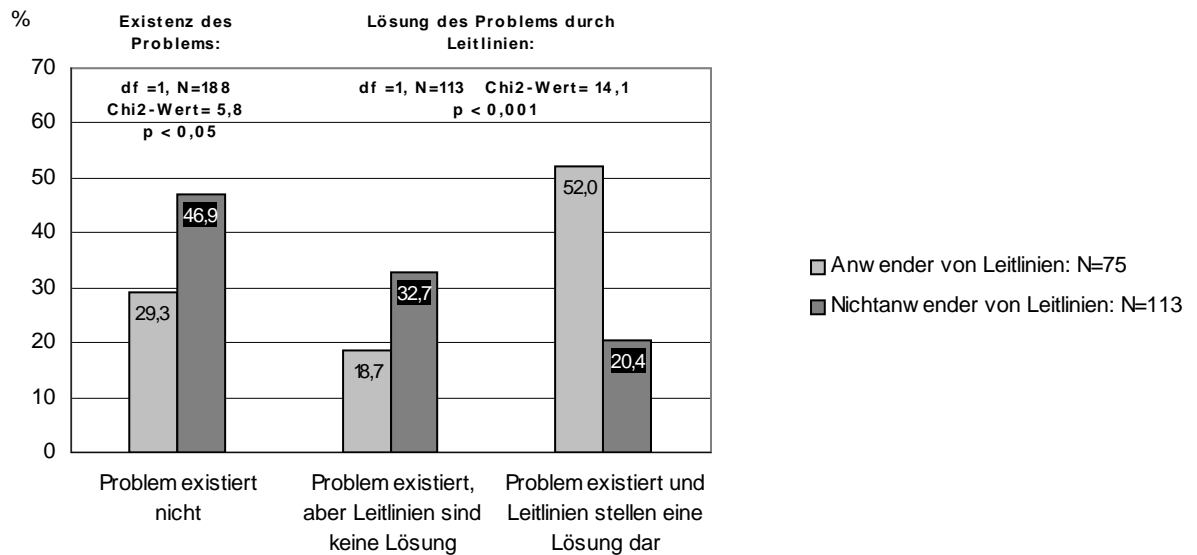


Abb. 16: Einschätzung zum Vorhandensein des Problems von einer "insgesamt verbesserungswürdigen Qualität der gesundheitlichen Versorgung" und dem entsprechenden Lösungspotential von Leitlinien. Angaben in Prozent. N = 188

## Unterschiede zwischen Nichtanwendern und Anwendern von Leitlinien

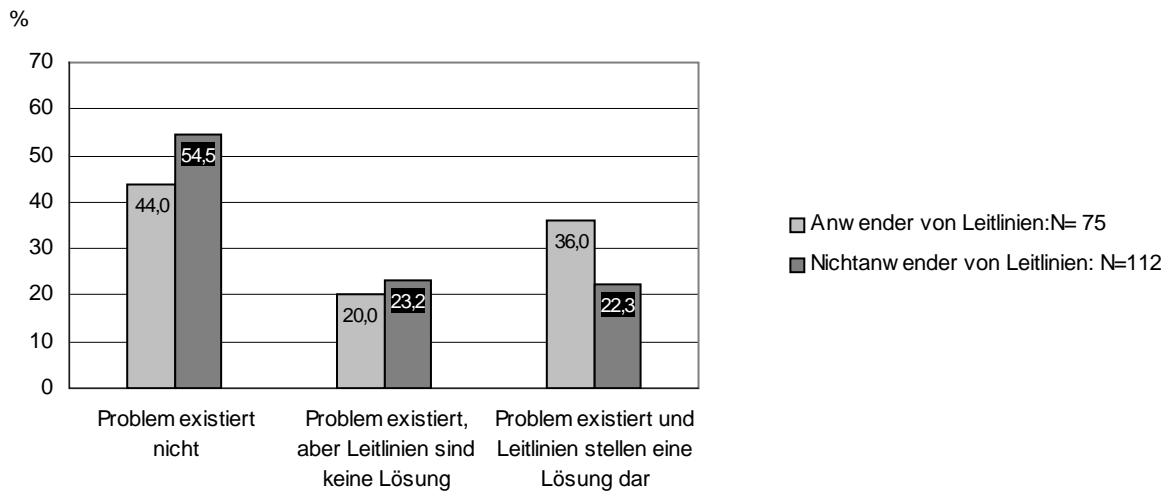


Abb. 17: Einschätzung zum Vorhandensein des Problems "Patienten werden nicht nach dem aktuellsten, wissenschaftlich begründeten Stand des Wissens behandelt" und dem entsprechenden Lösungspotential von Leitlinien. Angaben in Prozent. N = 187

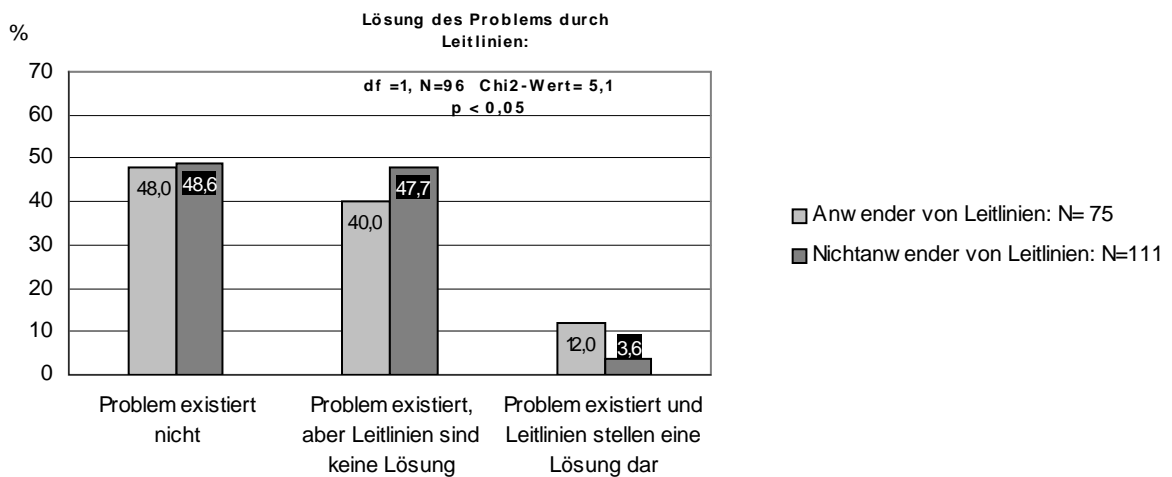


Abb. 18: Einschätzung zum Vorhandensein des Problems "Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten werden nicht in dem Maße berücksichtigt, wie diese es sich wünschen" und dem entsprechenden Lösungspotential von Leitlinien. Angaben in Prozent. N = 186

## Unterschiede zwischen Nichtanwendern und Anwendern von Leitlinien

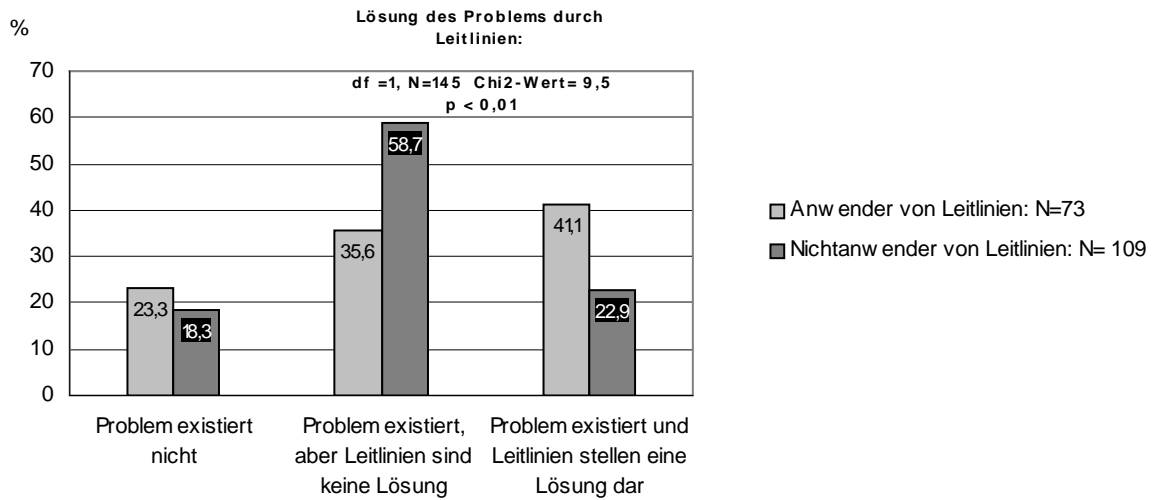


Abb. 19: Einschätzung zum Vorhandensein des Problems "es werden unnötige Kosten verursacht" und dem entsprechenden Lösungspotential von Leitlinien. Angaben in Prozent. N = 182

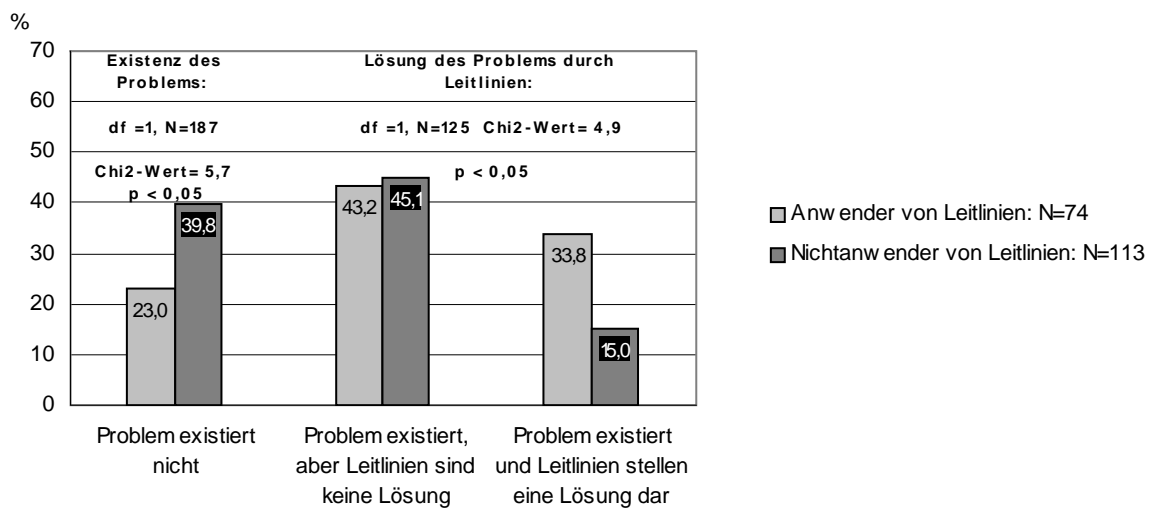


Abb. 20: Einschätzung zum Vorhandensein des Problems "die Öffentlichkeit ist nicht ausreichend über notwendige und allgemein übliche ärztliche Maßnahmen informiert" und dem entsprechenden Lösungspotential von Leitlinien. Angaben in Prozent. N = 187



### 5.3.3 Empfinden Nichtanwender Leitlinien als eine weniger sinnvolle Entscheidungsgrundlage?

Leitlinien stellen für den Arzt *eine* Möglichkeit dar, sich medizinisches Wissen anzueignen und können so als Grundlage für medizinische Entscheidungen dienen. Es stellt sich nun die Frage, ob die Nichtanwender Leitlinien generell als weniger sinnvoll einschätzen, um darauf begründet, ihre medizinischen Entscheidungen zu treffen. Tabelle 20 mit den Ergebnissen des Mann-Whitney-U-Tests zeigt, dass die Nichtanwender – abgesehen von Qualitätszirkeln – alle anderen Wissensquellen für sinnvoller halten. Rund 58% der Nichtanwender halten Leitlinien für weniger sinnvoll verglichen mit den klinischen Patientenerfahrungen. Von den Anwendern

Tabelle 20: Leitlinien als Entscheidungsgrundlage: Unterschiede zwischen Anwendern und Nichtanwendern von Leitlinien

Andere Informationsquellen zum Treffen medizinischer Entscheidungen	Anwendung von Leitlinien	Leitlinien sind sinnvoller in %	Beides ist gleich sinnvoll in %	Leitlinien sind weniger sinnvoll in %	Signifikanzniveau im Mann-Whitney-U-Test
Kongresse/ Tagungen /Fortbildungen	Ja (N =75)	9,3	69,3	21,3	< 0,001
	Nein (N=114)	0,9	50,0	49,1	
Diskussion/Austausch mit Kollegen	Ja (N =75)	13,3	60,0	26,7	< 0,01
	Nein (N=113)	5,3	48,7	46,0	
Informationen der pharmazeutischen Industrie	Ja (N =75)	72,0	25,3	2,7	< 0,001
	Nein (N=114)	48,2	34,2	17,5	
Klinische Erfahrungen mit Patienten	Ja (N =74)	13,5	56,8	29,7	< 0,001
	Nein (N=114)	6,1	36,0	57,9	
Qualitätszirkel	Ja (N =75)	9,3	68,0	22,7	n.s.
	Nein (N=114)	14,9	41,2	43,9	
Eigene Literaturrecherche	Ja (N =75)	13,3	72,0	14,7	< 0,01
	Nein (N=114)	11,4	50,9	37,7	
Informationen von Fachgesellschaften/ Berufsverbänden	Ja (N =75)	13,3	72,0	14,7	< 0,001
	Nein (N=114)	7,0	52,6	40,4	
Fachzeitschriften/ Fachbücher	Ja (N =75)	9,3	70,7	20,0	< 0,001
	Nein (N=114)	1,8	52,6	45,6	

sind knapp 30% dieser Meinung (Mann-Whitney-U-Test:  $p < 0,001$ ). Auch beim Vergleich von Leitlinien mit Fachzeitschriften oder dem Besuch von Kongressen/Fortbildungen ergeben sich deutliche Unterschiede: Der Anteil unter den Nichtanwendern, der Leitlinien für weniger sinnvoll hält, ist jeweils mehr als doppelt

so hoch (Mann-Whitney-U-Test in beiden Fällen:  $p < 0,001$ ). Auch die Sinnhaftigkeit von Leitlinien verglichen mit den Informationen der pharmazeutischen Industrie wird von den Anwendern und Nichtanwendern verschieden beurteilt. Während knapp die Hälfte der Nichtanwender Leitlinien für sinnvoller hält, tun dies von den Anwendern 72%. Umgekehrt halten rund 3% der Anwender Informationen der pharmazeutischen Industrie für sinnvoller, während unter den Nichtanwendern knapp 18% dieser Meinung sind. Insgesamt halten 28% der Anwender die Informationen der pharmazeutischen Industrie für mindestens so sinnvoll wie Leitlinien, während es unter den Nichtanwendern knapp 52% sind (Mann-Whitney-U-Test:  $p < 0,001$ ).

Damit wird davon ausgegangen, dass die Nichtanwender Leitlinien verglichen mit anderen Informationsquellen als weniger sinnvolle Informationsquelle für ihre ärztliche Entscheidungsfindung erleben.

## **5.4 Unterscheiden sich Nichtanwender und Anwender in ihrer Beurteilung von möglichen Barrieren der Leitlinienanwendung?**

### **5.4.1 Sind für Nichtanwender andere Barrieren der Leitlinienanwendung von Bedeutung?**

Tabelle 21 zeigt die Haltung der Ärzte zu möglichen Barrieren der Leitlinienanwendung getrennt nach Anwendern (N mindestens 73) und Nichtanwendern (N mindestens 109). Der Mittelwert der Barrierskala (1 im Sinne von „empfinde ich überhaupt nicht als Problem“ und 5 im Sinne von „empfinde ich als sehr großes Problem“) beträgt in der Gruppe der Anwender 2,94 bei einer Standardabweichung von 0,82 und in der Gruppe der Nichtanwender 3,44 bei einer Standardabweichung von 0,64. Der Mann-Whitney-U-Test ist auf dem Niveau von  $p < 0,001$  signifikant. Die Mehrzahl der Barrieren stellt für die Nichtanwender laut Mann-Whitney-U-Test eine signifikant größere Barriere dar als für die Anwender. Die parallele, hier nicht gezeigte Berechnung der t-Teste für die einzelnen Barriereitems und die Gesamtskala ergibt kongruente Werte. Die einzige Ausnahme stellt die Barriere „Schwieriges Auffinden guter Leitlinien“ dar, die im t-Test mit

## Unterschiede zwischen Nichtanwendern und Anwendern von Leitlinien

Tabelle 21: Barrieren der Leitlinienanwendung: Unterschiede zwischen Anwendern und Nichtanwendern von Leitlinien

Barriere	Leitlinienanwendung in den letzten 6 Monaten	1 im Sinne von "Empfinde ich überhaupt nicht als Problem" 5 im Sinne von "Empfinde ich als sehr großes Problem"					Mittelwert	Standardabweichung	Signifikanzniveau im Mann-Whitney-U-Test und t-Test (kongruente Ergebnisse)	Ranking der Barrieren in der Gruppe der Anwender nach Mittelwert: Position 1 stellt die größte Barriere dar	Ranking der Barrieren in der Gruppe der Nichtanwender nach Mittelwert: Position 1 stellt die größte Barriere dar
		1	2	3	4	5					
		Häufigkeitsverteilung in Prozent									
Mangelnde eigene Übereinstimmung mit den inhaltlichen Empfehlungen der Leitlinie	Ja (N=74)	27,0	24,3	20,3	21,6	6,8	2,57	1,28	< 0,001	14	9
	Nein (N=112)	9,8	14,3	25,9	23,2	26,8	3,43	1,29			
Mangelnde Aktualität der Leitlinien	Ja (N=74)	14,9	28,4	17,6	24,3	14,9	2,96	1,32	< 0,001	8	5
	Nein (N=113)	4,4	14,2	23,9	31,9	25,7	3,60	1,15			
Mangeldes Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Autoren der Leitlinien	Ja (N=74)	16,2	21,6	25,7	17,6	18,9	3,01	1,35	< 0,001	6	1
	Nein (N=112)	4,5	12,5	21,4	33,0	28,6	3,69	1,15			
Nutzerunfreundliche Formate	Ja (N=75)	24,0	20,0	21,3	20,0	14,7	2,81	1,39	< 0,001	10	8
	Nein (N=112)	8,9	15,2	18,8	26,8	30,4	3,54	1,31			
Kosten für die Beschaffung von Leitlinien	Ja (N=74)	32,4	27,0	17,6	14,9	8,1	2,39	1,30	< 0,001	15	14
	Nein (N=112)	17,0	13,4	26,8	21,4	21,4	3,17	1,37			
Unklare juristische Position von Leitlinien	Ja (N=75)	18,7	20,0	25,3	16,0	20,0	2,99	1,39	< 0,01	7	7
	Nein (N=113)	8,8	8,8	30,1	21,2	31,0	3,57	1,26			
Mangelnder Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien	Ja (N=74)	12,2	14,9	13,5	41,9	17,6	3,38	1,28	n.s.	1	1
	Nein (N=113)	7,1	6,2	23,9	36,3	26,5	3,69	1,14			
Komplizierte Anwendbarkeit von Leitlinien	Ja (N=74)	14,9	23,0	27,0	25,7	9,5	2,92	1,21	< 0,001	9	4
	Nein (N=112)	3,6	11,6	28,6	29,5	26,8	3,64	1,11			
Widersprüchliche Leitlinien	Ja (N=73)	13,7	12,3	21,9	30,1	21,9	3,34	1,33	n.s.	2	6
	Nein (N=109)	6,4	9,2	33,0	22,9	28,4	3,58	1,18			
Schwierigkeit, die eigenen Routinen und Gewohnheiten zu ändern	Ja (N=75)	18,7	22,7	36,0	13,3	9,3	2,72	1,19	n.s.	13	15
	Nein (N=112)	23,2	19,6	25,9	22,3	8,9	2,74	1,29			
Andersartige Vorstellungen von Patienten	Ja (N=74)	17,6	14,9	14,9	28,4	24,3	3,27	1,44	n.s.	3	11
	Nein (N=111)	14,4	16,2	21,6	25,2	22,5	3,25	1,36			
Schwieriges Auffinden guter Leitlinien	Ja (N=75)	13,3	13,3	22,7	34,7	16,0	3,27	1,27	*	3	3
	Nein (N=112)	4,5	6,3	33,0	30,4	25,9	3,67	1,07			
Mangelnde Anreize zur Leitlinienanwendung	Ja (N=75)	25,3	17,3	25,3	16,0	16,0	2,80	1,40	< 0,05	11	12
	Nein (N=110)	11,8	11,8	35,5	22,7	18,2	3,24	1,23			
Zeitmangel	Ja (N=75)	20,0	17,3	20,0	24,0	18,7	3,04	1,41	n.s.	5	10
	Nein (N=111)	11,7	9,9	32,4	22,5	23,4	3,36	1,27			
Mangelnde Vertrautheit mit den Leitlinieninhalten	Ja (N=75)	18,7	22,7	29,3	24,0	5,3	2,75	1,18	< 0,01	12	13
	Nein (N=112)	12,5	6,3	39,3	32,1	9,8	3,21	1,12			

\* Das Item "Schwieriges Auffinden guter Leitlinien" ist im Mann-Whitney-U-Test mit 0,051 nicht signifikant  
Der t-Test ergibt mit  $p = 0,02$  einen signifikanten Unterschied auf dem Niveau von  $p < 0,05$

## Unterschiede zwischen Nichtanwendern und Anwendern von Leitlinien

$p < 0,05$  signifikant ist, während sie im Mann-Whitney-U-Test mit 0,051 nicht signifikant ist (siehe Tabelle 21).

Die größten Barrieren der Nichtanwender für eine Leitlinienanwendung sind das „Mangelnde Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Autoren“ und der „mangelnde Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien“.

Danach folgen die Barrieren „schwieriges Auffinden guter Leitlinien“, die „komplizierte Anwendbarkeit von Leitlinien“, die „mangelnde Aktualität von Leitlinien“ und „nutzerunfreundliche Formate von Leitlinien“.

Damit zählen die 2 größten Barrieren der Anwender auch zu den größten Barrieren der Nichtanwender: Mangelnder Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien und Schwieriges Auffinden guter Leitlinien. Doch gibt es auch Unterschiede in der Bedeutsamkeit von Barrieren. Dazu wurde gemäß den Mittelwerten der einzelnen Items ein „Barrierenranking“ gebildet. Die größte Barriere (= Position 1 im Barrierenranking) war dabei die Barriere mit dem größten Mittelwert (siehe Tabelle 21). So stellt das mangelnde Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Autoren für die Nichtanwender die größte Barriere dar (Position 1 im Barrierenranking), während sie für die Anwender eher von mittlerer Bedeutung ist (Position 6 im Barrierenranking). Auch die komplizierte Anwendbarkeit von Leitlinien ist für die Nichtanwender eine wichtige Barriere (Position 4), aber für die Anwender eher von nachgeordneter Bedeutung (Position 9). Hingegen messen Anwender den Barrieren Zeitmangel und vor allem den möglichen andersartigen Vorstellungen von Patienten eine größere Bedeutung bei. Einig sind sich Anwender und Nichtanwender darin, dass die Kosten für die Beschaffung von Leitlinien, die Schwierigkeit, die eigenen Gewohnheiten zu ändern, mangelnde Anreize zur Leitlinienanwendung und die mangelnde Vertrautheit mit den Leitlinieninhalten zu den eher geringen Barrieren zu zählen sind.

Damit wird davon ausgegangen, dass ein großer Teil der Barrieren von den Nichtanwendern in ihrer Stärke als größeres Problem wahrgenommen wird. Der „mangelnde Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien“ stellt sowohl für Anwender wie Nichtanwender die zentrale Barriere dar. Für die Nichtanwender ist darüber hinaus „das mangelnde Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Autoren der Leitlinien“ die zentrale Barriere.

#### **5.4.2 Vermissten Nichtanwender andere spezielle Aspekte bei Leitlinien?**

Diesbezüglich zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Anwendern und den Nichtanwendern von Leitlinien. Dies gilt auch, wenn die Ärzte, die sich noch nie mit einer Leitlinie auseinandergesetzt haben, nicht in die Analyse miteingeschlossen werden. Für eine Übersicht der abgefragten Leitlinienaspekte vergleiche Abschnitt 4.4.2

#### **5.4.3 Haben Nichtanwender geringere Kenntnisse über Aktivitäten der Selbstverwaltungsorgane und der Medizinischen Fachgesellschaften auf dem Gebiet der Leitlinien?**

Die Hausärzte wurden zu ihren Kenntnissen über insgesamt 5 verschiedene Aktivitäten auf dem Gebiet der Leitlinien befragt. Dabei handelt es sich um die beiden Internetangebote <http://www.leitlinien.de> und <http://www.awmf-online.de>, die Leitlinien-Clearingberichte, die Nationalen Versorgungsleitlinien und um das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin.

Zur Analyse der Kenntnis über die beiden Internetangebote <http://www.leitlinien.de> und <http://www.awmf-online.de> wurden nur *die* Ärzte herangezogen, die über einen Internetzugang verfügen. Nichtanwendern ist sowohl die Internetseite <http://www.leitlinien.de> ( $\chi^2$  (df =1, N=157) = 7.7, p < 0,01) als auch die Internetseite <http://www.awmf-online.de> ( $\chi^2$  (df =1, N=152) = 11.8, p < 0,001) häufiger unbekannt.

Im Mann-Whitney-U-Test zeigt sich, dass die Nichtanwender (N=112) verglichen mit den Anwendern (N mindestens 73) sowohl Leitlinien-Clearingberichte (p < 0,001) als auch Nationale Versorgungsleitlinien (p<0,001) und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (p < 0,05) weniger gut kennen.

Damit wird davon ausgegangen, dass die Nichtanwender von Leitlinien geringere Kenntnisse über Aktivitäten der Selbstverwaltungsorgane und der Medizinischen Fachgesellschaften auf dem Gebiet der Leitlinien besitzen.

## **5.5 Unterscheiden sich Nichtanwender und Anwender in ihrer Beurteilung von möglichen Ansätzen zu einer verstärkten Anwendung von Leitlinien?**

### **5.5.1 Haben Nichtanwender eine andere Einstellung gegenüber einem zentralen Institut, das auf nationaler Ebene Leitlinien entwickelt?**

Der Mittelwert in der Gruppe der Anwender (N=74) beträgt 3,12 bei einer Standardabweichung von 1,38 und in der Gruppe der Nichtanwender (N=110) 2,60 bei einer Standardabweichung von 1,28 (1 im Sinne von „bin ich sehr dagegen“ und 5 im Sinne von „bin ich sehr dafür“). Insgesamt sind 43,2% der Anwender und 21,8% der Nichtanwender für ein zentrales Institut, das auf nationaler Ebene Leitlinien entwickelt (4+5 auf der Skala). Der Mann-Whitney-U-Test ist auf dem Niveau von  $p < 0,05$  signifikant.

Damit wird davon ausgegangen, dass die Nichtanwender eine negativere Haltung gegenüber einem zentralen Institut, das auf nationaler Ebene Leitlinien entwickelt, aufweisen.

### **5.5.2 Haben Nichtanwender eine andere Einstellung gegenüber Leitlinien, die nach Prinzipien der Evidence-based Medicine erstellt werden?**

Von insgesamt 19 Ärzten (rund 10% der Gesamtstichprobe), denen der Begriff „Evidence-based Medicine“ (EbM) unbekannt war, waren 17 Ärzte Nichtanwender. Insgesamt gaben 15,2% der Nichtanwender und 2,7% der Anwender an, den Begriff EbM nicht zu kennen ( $\chi^2$  (df=1, N=186) = 7.6,  $p < 0,01$ ).

In die Analyse der Einstellungsitems gegenüber Evidence-based Medicine wurden nur *die* Ärzte miteinbezogen, denen der Begriff „Evidence-based Medicine“ bekannt war. Tabelle 22 zeigt die Haltung der Anwender und Nichtanwender von Leitlinien gegenüber der Evidence-based Medicine. Wenn im folgenden von Zustimmung zu einer Aussage die Rede ist, ist damit die 4 oder 5 auf der 5er-Skala gemeint (1 im Sinne von „stimme ich überhaupt nicht zu“ und 5 im Sinne von „stimme ich völlig zu“).

## Unterschiede zwischen Nichtanwendern und Anwendern von Leitlinien

Tabelle 22: Einstellung gegenüber der Evidence-based Medicine: Unterschiede zwischen Anwendern und Nichtanwendern von Leitlinien

Item zur Einstellung gegenüber der Evidence-based Medicine	Leitlinienanwendung in den letzten 6 Monaten	1 im Sinne von "Stimme ich überhaupt nicht zu" 5 im Sinne von "Stimme ich völlig zu"					Mittelwert	Standardabweichung	Signifikanzniveau im Mann-Whitney-U-Test
		1	2	3	4	5			
		Häufigkeitsverteilung in Prozent							
Leitlinien sollten grundsätzlich nach Prinzipien der EbM erstellt werden	Ja (N = 72)	9,7	4,2	18,1	22,2	45,8	3,90	1,30	< 0,05
	Nein (N = 93)	18,3	6,5	19,4	23,7	32,3	3,45	1,46	
Die Studiendaten, die für EbM benutzt werden, sind durch die Pharmazeutische Industrie zu ihren Gunsten beeinflusst	Ja (N = 71)	9,9	15,5	36,6	23,9	14,1	3,17	1,16	n.s.
	Nein (N = 93)	4,3	18,3	32,3	29,0	16,1	3,34	1,09	
Das Praktizieren von EbM verbessert die Behandlungsqualität	Ja (N = 70)	11,4	2,9	27,1	32,9	25,7	3,59	1,23	< 0,01
	Nein (N = 93)	16,1	20,4	21,5	29,0	12,9	3,02	1,29	
EbM führt bei den Erkrankungen, für die es keine Studiendaten gibt, zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung	Ja (N = 70)	22,9	28,6	25,7	14,3	8,6	2,57	1,23	n.s.
	Nein (N = 93)	12,9	24,7	31,2	16,1	15,1	2,96	1,24	
Wenn ich die Garantie hätte, dass Leitlinien wirklich nach EbM-Kriterien werden, würde ich sie vermehrt anwenden	Ja (N = 71)	9,9	12,7	23,9	26,8	26,8	3,48	1,29	n.s.
	Nein (N = 93)	16,1	14,0	25,8	25,8	18,3	3,16	1,33	

Rund ein Drittel der Anwender stimmt nicht zu, dass Leitlinien grundsätzlich nach Kriterien der Evidence-based Medicine erstellt werden sollten und 41% der Anwender stimmen nicht der Aussage zu, dass Evidence-based Medicine die Behandlungsqualität verbessert. Von den Anwendern glauben rund 59% an eine Verbesserung der Behandlungsqualität durch Evidence-based Medicine, während unter den Nichtanwendern 42% dieser Meinung sind. Der Mann-Whitney-U-Test ist auf dem Niveau von  $p < 0,01$  signifikant. 68% der Anwender sind für eine grundsätzliche Erstellung von Leitlinien nach Kriterien der Evidence-based Medicine und von den Nichtanwendern sind es 56%. Der Mann-Whitney-U-Test ist auf dem Niveau von  $p < 0,05$  signifikant. Kein signifikanter Unterschied zwischen Anwendern und Nichtanwendern zeigt sich im Mann-Whitney-U-Test bei der Einschätzung, ob mittels Evidence-based Medicine erstellte Leitlinien tatsächlich vermehrt angewendet würden. Diese Aussage bejahen 53,5% der Anwender und 44,1% der Nichtanwender.

### **5.5.3 Haben Nichtanwender eine andere Einstellung gegenüber einer direkten Zugriffsmöglichkeit von der elektronischen Patientenakte auf Leitlinien?**

In die Auswertung einbezogen wurden nur *die* Ärzte, die bereits über elektronische Patientenakten verfügen (rund 2/3 der Gesamtstichprobe mit N=115). 69,2% der 52 Anwender und 52,4% der 63 Nichtanwender sind der Meinung, dass durch die Möglichkeit eines direkten Zugriffes von der elektronischen Patientenakte auf die jeweiligen Leitlinieninhalte eine eigene stärkere Leitliniennutzung resultieren würde. Als stärkere Leitliniennutzung gilt dabei eine 4 oder 5 auf der 5er-Skala mit 1 im Sinne von „überhaupt keine Zunahme der Leitliniennutzung“ und 5 im Sinne von „sehr große Zunahme der Leitliniennutzung“. Im Mann-Whitney-U-Test zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen Anwendern und Nichtanwendern bezüglich einer verstärkten Leitlinienanwendung bei direkter Zugriffsmöglichkeit von der elektronischen Patientenakte.

### **5.5.4 Haben Nichtanwender eine andere Einstellung gegenüber der verstärkten Einbeziehung von Patienten in die Entwicklung und Verbreitung von Leitlinien?**

Von den Anwendern sprechen sich 40% für eine Mitarbeit der Patienten bei der Erstellung von Leitlinien aus und von den Nichtanwendern rund 27% ( $\chi^2$  (df =2, N=188) = 3.7, p = 0,16).

Von den Anwendern sprechen sich rund 65% für spezielle Leitlinienversionen für Patienten aus und von den Nichtanwendern rund 30% ( $\chi^2$  (df =2, N=187) = 23.3, p < 0,001).

## **5.6 Charakterisierung der verschiedenen Gruppen von Nichtanwendern**

Die Gruppe der Nichtanwender von Leitlinien stellt keine homogene Gruppe dar. Die Nichtanwender rekrutieren sich dabei aus 3 unterschiedlichen Gruppen, die jeweils einen anderen Grad der Auseinandersetzung mit Leitlinien aufweisen:



## Unterschiede zwischen Nichtanwendern und Anwendern von Leitlinien

1. Ärzte, die in der Vergangenheit Leitlinien angewendet haben, dies aber aktuell nicht mehr tun
2. Ärzte, die sich mit einer Leitlinie noch nie auseinandergesetzt haben
3. Ärzte, die sich mit Leitlinien auseinandergesetzt haben ohne sie jedoch anzuwenden

Dies wirft weitergehende Fragen bezüglich einer genaueren Charakterisierung dieser 3 Gruppen auf:

1. Warum haben Ärzte, die in der Vergangenheit Leitlinien angewendet haben, damit wieder aufgehört?

Dazu ist es hilfreich, sich die mit Leitlinien gemachten Erfahrungen anzuschauen und den festgestellten Einfluss von Leitlinien auf die Behandlungsqualität zu analysieren. Wie beeinflussen die in der Vergangenheit mit Leitlinien gemachten Erfahrungen die aktuelle Anwendung von Leitlinien? Dazu wurde die Gruppe *der* Hausärzte, die über Erfahrungen mit Leitlinien berichten, genauer untersucht (N=106). Nicht miteingeschlossen wurden *die* Ärzte, die noch niemals Leitlinien angewendet haben (N=72). Abbildung 21 zeigt, dass von *den* Hausärzten, die aktuell

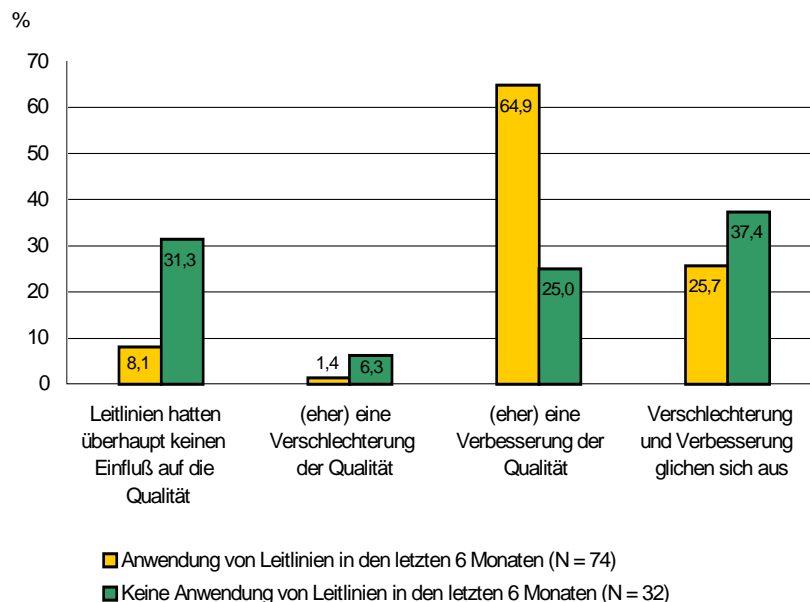


Abb. 21: Zusammenhang zwischen wahrgenommenem Einfluß von Leitlinien auf die Behandlungsqualität und der aktuellen Anwendung von Leitlinien. Nicht berücksichtigt wurden die Ärzte, die noch nie Leitlinien angewendet haben (N=72). Angaben in Prozent.

## Unterschiede zwischen Nichtanwendern und Anwendern von Leitlinien

immer noch Leitlinien anwenden, nahezu 2/3 über eine Verbesserung der Behandlungsqualität durch Leitlinien berichten. Von *den* Hausärzten, die in der Vergangenheit Erfahrungen mit Leitlinien gemacht haben, aber aktuell keine Leitlinien mehr anwenden, berichten nur 25% über eine Verbesserung der Behandlungsqualität durch Leitlinien. 75% dieser Ärzte stellten keinen bzw. keinen eindeutig positiven Einfluß von Leitlinien auf die Behandlungsqualität fest. Im  $\chi^2$  – Test zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen:  $\chi^2$  (df =3, N=106) = 17.6,  $p < 0,001$ . Damit wird davon ausgegangen, dass die mit Leitlinien gemachten Erfahrungen Einfluss hat auf die aktuelle Anwendung von Leitlinien.

2. Inwieweit unterscheiden sich Ärzte, die sich noch nie mit Leitlinien auseinandergesetzt haben von Ärzten, die sich bereits mit Leitlinien auseinandergesetzt haben?

Die folgenden Analysen behandeln die Unterschiede zwischen *den* Ärzten, die sich noch mit Leitlinien auseinandergesetzt haben (N=40) und *den* Ärzten, die sich bereits mit Leitlinien auseinandergesetzt haben (N=142).

Internisten haben sich häufiger mit Leitlinien auseinandergesetzt als Allgemeinmediziner oder Praktische Ärzte: Während sich 9% der Internisten noch nie mit einer Leitlinie auseinandergesetzt haben, sind es bei den Allgemeinmediziner 22% ( $\chi^2$  (df =1, N=136) = 4.0,  $p < 0,05$ ) und bei den Praktischen Ärzten 34% ( $\chi^2$  (df =1, N=96) = 9.3,  $p < 0,01$ ). Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich Geschlecht oder Alter.

Ärzte, die sich noch nie mit Leitlinien auseinandergesetzt haben, arbeiten mit 46% versus 73% seltener mit einer elektronischen Patientenakte ( $\chi^2$  (df =1, N=170) = 9.4,  $p < 0,01$ ) und sind öfter der einzige Arzt in der Praxis ( $\chi^2$  (df =1, N=175) = 3.8,  $p = 0,05$ ). Von Ärzten, die sich noch nie mit Leitlinien auseinandergesetzt haben, kennen 26% den Begriff Evidence-based Medicine nicht, während es bei denen, die sich bereits mit Leitlinien auseinandergesetzt haben, 5% sind ( $\chi^2$  (df =1, N=178) = 15.7,  $p < 0,001$ ). Die folgenden Resultate beziehen sich alle auf die Ergebnisse des jeweiligen Mann-Whitney-U-Tests: Diejenigen, die sich noch nie mit Leitlinien auseinandergesetzt haben, weisen eine negativere Einstellung gegenüber Qualitätssicherungsprogrammen ( $p < 0,05$ ) und Leitlinien im allgemeinen ( $p <$

## Unterschiede zwischen Nichtanwendern und Anwendern von Leitlinien

0,001) auf. Sie sind dabei besonders davon überzeugt, dass Leitlinien die benötigte Flexibilität für eine individuelle Patientenversorgung zu sehr einschränken ( $p < 0,001$ ), das eigene Denken zu stark behindern ( $p < 0,001$ ) und die ärztliche Therapiefreiheit beschränken ( $p < 0,001$ ).

Die stärksten Barrieren derjenigen, die sich noch nie mit Leitlinien auseinandergesetzt haben, unterscheiden sich dabei auch in ihrem wahrgenommenen Ausmaß: Nutzerunfreundliche Formate von Leitlinien ( $p < 0,01$ ), Kosten für die Beschaffung von Leitlinien ( $p < 0,01$ ) und eine als zu kompliziert erachtete Anwendbarkeit von Leitlinien ( $p < 0,01$ ) werden als signifikant größere Barriere wahrgenommen.

3. Inwieweit unterscheiden sich Ärzte, die sich mit Leitlinien auseinandergesetzt haben ohne Leitlinien anzuwenden, von Ärzten, die nach der Auseinandersetzung mit Leitlinien dann auch Leitlinien angewendet haben?

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf Unterschiede zwischen *den* Ärzten, die nach Auseinandersetzung mit Leitlinien keine Leitlinien angewendet haben ( $N=32$ ) und *den* Ärzten, die nach Auseinandersetzung mit Leitlinien dann auch – zumindest zeitweise - Leitlinien angewendet haben ( $N=102$ ). Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Facharztgruppen, hinsichtlich des Geschlechts, des Alters, der Nutzung von elektronischen Patientenakten, der Kenntnis hinsichtlich des Begriffes Evidence-based Medicine, der Einstellung gegenüber Qualitätssicherungsprogrammen und der allgemeinen Einstellung gegenüber Leitlinien. Es zeigen sich nur in einem Einstellungsitem signifikante Unterschiede: Ärzte, die sich mit Leitlinien auseinandergesetzt haben, ohne diese anschließend anzuwenden, glauben weniger, dass Leitlinien dazu gedacht sind, die Behandlungsqualität zu verbessern ( $p < 0,05$  im Mann-Whitney-U-Test). Die stärksten Barrieren derjenigen, bei denen eine Auseinandersetzung mit Leitlinien zu keiner Anwendung von Leitlinien führte, unterscheiden sich dabei auch in ihrem wahrgenommenen Ausmaß: Die komplizierte Anwendbarkeit von Leitlinien ( $p < 0,01$  im Mann-Whitney-U-Test) und andersartige Vorstellungen von Patienten ( $p < 0,05$  im Mann-Whitney-U-Test) werden als signifikant größere Barriere wahrgenommen.

4. Inwieweit unterscheiden sich Nichtanwender, die sich noch nie mit Leitlinien auseinandergesetzt haben, von Nichtanwendern, die sich bereits mit Leitlinien auseinandergesetzt haben?

Die Gruppe *der* Nichtanwender, die sich noch nie mit Leitlinien auseinandergesetzt haben (N=40) und die Gruppe *der* Nichtanwender, die sich bereits mit Leitlinien auseinandergesetzt haben (N=68) unterscheiden sich im Mann-Whitney-U-Test wie folgt: Ärzte, die sich noch nie mit Leitlinien auseinandergesetzt haben, weisen eine signifikant negativere allgemeine Einstellung gegenüber Leitlinien auf ( $p < 0,05$ ). Sie befürchten dabei vermehrt eine Einschränkung des eigenen Denkens ( $p < 0,05$ ), der ärztlichen Therapiefreiheit ( $p < 0,05$ ) und der individuellen Patientenversorgung ( $p < 0,01$ ).

## **6. Diskussion**

Leitlinien berühren eine Vielzahl wissenschaftlicher Disziplinen von Public Health wie Medizin, Evaluation und Epidemiologie, Gesundheitsökonomie, Politologie Qualitätssicherung, Gesundheitssystemforschung oder Versorgungsforschung.

Leitlinien stellen dabei im besten Fall die Verbindung dar zwischen dem theoretischen Wissensstand und der Praxis mit dem Ziel, die vorhandenen Ressourcen im Gesundheitssystem optimal für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung zu nutzen. Dabei sind Leitlinien für die präventive Medizin ebenso von Bedeutung wie für die curative Medizin oder die Rehabilitation. Gerade unter dem zunehmenden wirtschaftlichen Druck im deutschen Gesundheitssystem ist es wichtig, dass auch Ärzte vermehrt im Sinne eines Public-Health Ansatzes an das „Wohl“ der gesamten Bevölkerung denken und sich dazu auch mit Themen wie Leitlinien oder Evidence-based Medicine zumindest auseinandersetzen.

Die für die Zufallsauswahl verwendete Listenpopulation und die Zufallsauswahl selbst bilden die Grundgesamtheit der Berliner Hausärzte sehr gut ab. Auch stellt eine Stichprobengröße von knapp 200 Fragebögen eine solide Grundlage zur Datenanalyse dar. Die größten Limitationen dieser Untersuchung sind in der Antwortquote von 24% und in einer möglichen Verzerrung der Stichprobe zu sehen. Zwei schriftliche Befragungen niedergelassener Ärzte zur Therapie der Hypertonie bzw. der gastroösophagealen Refluxkrankheit erreichten eine Antwortquote von 30% (Wenzel et al., 2001) und 28% (Meining et al., 2002). Eine Befragung zu leitlinienadäquaten Kenntnissen von Allgemeinmedizinern und Internisten zur Therapie der Hypertonie wies bei insgesamt 3 Erinnerungen eine Antwortquote von 47% auf. Diese lag nach der ersten Erinnerung bei 26% (Hagemeister et al., 2001). In einer Befragung zur Akzeptanz und Anwendung der Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft zur Diagnostik und Therapie des Lungenkarzinoms betrug die Antwortquote im ambulanten Bereich ohne eine Erinnerung 14% (Gernreich, 1999). So ist die in dieser Untersuchung erreichte Antwortquote von 24% für eine

postalische Ärztebefragung im niedergelassenen Bereich mit nur einer Erinnerung als akzeptabel einzuschätzen.

Die deutlichste offensichtliche Verzerrung der Stichprobe besteht in einer Überrepräsentation von männlichen Ärzten, die 58,3% der Stichprobe, aber nur 47,8% der Listenpopulation stellen. Offensichtlich fühlen sich Männer vom Thema Leitlinien stärker angesprochen, auch wenn es in dieser Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Hausärzten bezüglich der Anwendung von und der Einstellung gegenüber Leitlinien gibt. Da die Anwendung von Leitlinien von so bedeutenden Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Zulassungsfachgebiet oder Sozialisation in Ost oder West unabhängig ist, bedeutet dies, dass es sich – auch unter dem Gesichtspunkt möglicher Verzerrungen der Stichprobe - um relativ robuste Daten handelt. Allerdings könnte zusätzlich eine – nicht so offensichtliche – Verzerrung der Stichprobe vorliegen, indem überproportional Hausärzte geantwortet haben, die eher für bzw. eher gegen Leitlinien sind. Die Ärzte der vorliegenden Studie haben eine negativere Einstellung gegenüber Qualitätssicherungsprogrammen als Ärzte einer anderen Studie aus Bremen und Sachsen-Anhalt (Beyer, Gerlach & Breul, 1999). Da in der vorliegenden Studie eine negativere Einstellung gegenüber Qualitätssicherungsprogrammen mit einer negativeren Einstellung gegenüber Leitlinien korreliert ( $r=0,53$ ), ist nicht auszuschließen, dass sich in der vorliegenden Studie vermehrt Ärzte beteiligt haben, die eine eher negativere Einstellung gegenüber Leitlinien aufweisen.

Leitlinien werden überhaupt nur dann die Versorgungsqualität verbessern können, wenn es gelingt, Ärzte zu wirklichen Verhaltensänderungen zu bringen, auf dass diese, den medizinischen outcome positiv beeinflussende Leitlinien, tatsächlich anwenden. In der vorliegenden Studie wenden aktuell jedoch nur 40% der Hausärzte Leitlinien an und 60% tun dies nicht. Insgesamt wenden 23% der Ärzte eine Leitlinie zu Diabetes mellitus an. Dies ist weniger als in der HYDRA-Studie zur versorgungsepidemiologischen Charakterisierung bei Diabetes mellitus und Hypertonie mit knapp 2000 Ärzten aus dem primärärztlichen Versorgungsbereich, wo 31% der Ärzte konkrete Leitlinien zu Diabetes mellitus angaben, an denen sie sich orientieren würden (Wagner et al., 2004). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie entsprechen eher denen einer Befragung an hessischen Ärzten (N=135), wo

sich 60% bei einer konkreten Fragestellung gelegentlich bzw. gar nicht mittels Leitlinien informieren (Ollenschläger, 2002). Auffällig sind in der vorliegenden Studie allerdings die vielen fehlenden Angaben zur genaueren Charakterisierung der angewendeten Leitlinien. Inwieweit dies Ausdruck einer mangelnden Vertrautheit mit den Leitlinien oder eines als zu mühsam empfundenen Ausfüllprozess ist, bleibt ungeklärt. Nur 36% der Anwender wenden die Leitlinien bei mehr als zwei Drittel der in Frage kommenden Patienten an. Nach welchen Kriterien diese Patienten ausgewählt werden, bleibt unklar, da der Schweregrad einer Erkrankung für 77% der Anwender keinen Einfluss auf die Anwendung von Leitlinien hat.

Leitlinien für „Rheumatische Erkrankungen“ und „Depression“, werden häufiger gewünscht als angewendet. Dies könnte als Hinweis für einen Bedarf dieser Leitlinien verstanden werden.

Die Gründe für eine Nichtnutzung von Leitlinien sind vielfältig. In Deutschland gilt die ärztliche Therapiefreiheit zumindest unter Ärzten als ein hohes, nur schwer antastbares Gut. So sind auch in der vorliegenden Studie 45% der Hausärzte der Meinung, dass Leitlinien die ärztliche Therapiefreiheit beschränken. Dort wo diese aber zu einer Art ärztlicher Beliebigkeit verkommt, wo ärztliches Handeln durch den wissenschaftlichen Forschungsstand nicht gedeckt werden kann, ist ein Beharren auf der Therapiefreiheit unethisch. Da das medizinische Verständnis des Patienten über seine Erkrankung üblicherweise weit hinter dem des Arztes zurückhinkt und er als kranker Mensch meist einem gesunden Arzt gegenübersteht, wird von vorne herein eine asymmetrische Beziehung zwischen Arzt und Patient begründet. Als Unwissender und Kranker ist der Patient dabei besonders angewiesen auf verantwortungsvolles Handeln des Arztes, da er fehlerhaftes oder minderwertiges Handeln nur schwer oder gar nicht erkennen kann. Dies bedeutet für den Arzt einerseits eine besondere Bürde, macht aber andererseits auch gerade ureigenstes ärztliches Handeln aus. Ärztliches Handeln ist besonders in der Interaktion mit dem Patienten ein komplexer und störanfälliger Prozess. Dabei sind die Anforderungen an einen „guten Arzt“ vielfältig und sicherlich auch mitunter überhöht.

Allerdings scheint es nicht vermessen, zu fordern, dass sich ein „guter Arzt“ stets darum bemüht, den Patienten nach dem aktuellen Stand des Wissens zu behandeln. Eine ganz banale Voraussetzung für ein Behandeln nach dem aktuellen Stand des Wissens ist der Besitz dieses Wissens. Im Zuge einer rasanten Wissenszunahme ist es für den einzelnen Arzt immer schwieriger, wenn nicht sogar nahezu schier unmöglich, sich alleine durch alle neuen, relevanten Veröffentlichungen zu arbeiten, die Studienergebnisse auf Herz und Nieren zu prüfen und entsprechende Konsequenzen für sein ärztliches Tun abzuleiten und umzusetzen. Darüber hinaus gibt es eine Fülle von Informationsquellen, denen ein Arzt üblicherweise in der täglichen Praxis begegnet: Zeitschriften, Bücher, Fortbildungen, Informationen von Fachgesellschaften, Austausch mit Kollegen, Informationen der pharmazeutischen Industrie, Ergebnisse eigener Literaturrecherche via Internet und eben auch Leitlinien. So stellt sich nun die Frage, inwieweit Ärzte Leitlinien überhaupt als sinnvolle Grundlage für ihre ärztliche Entscheidungsfindung wahrnehmen oder ob sie nicht vielmehr anderen Wissensquellen den Vorzug geben. Es zeigt sich, dass nicht mehr als 5-12% der Ärzte Leitlinien verglichen mit anderen Informationsquellen als die jeweils sinnvollere Alternative empfinden, während umgekehrt jeweils zwischen 29-46% die andere Informationsquelle als sinnvoller einschätzen. Dies bedeutet in der Tat, dass Leitlinien den anderen Informationsquellen deutlich unterlegen sind und für die Hausärzte keine wirklich akzeptierte Entscheidungsgrundlage darstellen. Damit entsprechen die vorliegenden Ergebnisse denen einer kanadischen und italienischen Studie, wo Leitlinien anderen Informationsquellen ebenfalls deutlich unterlegen waren (Hayward et al., 1997; Formoso, Liberati & Magrini, 2001). Lediglich verglichen mit den Informationen der pharmazeutischen Industrie werden Leitlinien von 58% als sinnvoller wahrgenommen. Dies bedeutet aber auch, dass insgesamt 42% der Ärzte die Informationen der pharmazeutischen Industrie als mindestens ebenbürtig betrachten. Dies ist insofern bedenklich, da die Pharmazeutische Industrie aus ihren ökonomischen Interessen heraus nicht immer an einer objektiven Darstellung der medizinischen Sachverhalte interessiert ist. So hat eine Analyse von Informationen der pharmazeutischen Industrie ergeben, dass 94% „nicht durch valide wissenschaftliche Untersuchungen nachvollziehbar belegt“ sind (Kaiser et al., 2004).



Allerdings zeigte sich ähnliches – wenn auch nicht ganz so ausgeprägt - in einer Untersuchung an italienischen Ärzten (Formoso, Liberati & Magrini, 2001), wo die Besuche von Pharmavertretern von 28% als mindestens so nützlich wie Leitlinien eingeschätzt wurden. Die Attraktivität der Informationen der pharmazeutischen Industrie erklären sich dabei nicht einfach (nur) durch mögliche handlungsstiftende Anreize, sondern eben auch durch ihre scheinbare Klarheit, Einfachheit und Aufbereitetheit. Im Spannungsfeld aus knappen Zeitressourcen und überbordender Wissensfülle geschieht ärztliche Wissensaneignung noch allzu oft unsystematisch und dem Gewissen des individuellen Arztes überantwortet. Der Prozess der ärztlichen Wissensaneignung ist aber ein zu wichtiger Baustein auf dem Weg zu einem “guten Arzt” und zu einer guten breiten Versorgungsqualität in diesem Lande, als dass man ihn dem Gutdünken anheim stellen kann. Ein Schritt dazu ist die nun erstmals gesetzlich verankerte, zu dokumentierende Fortbildungsverpflichtung für Ärzte. Es wäre dennoch grundsätzlich wichtig, in der Ärzteschaft einen verstärkten Diskussionsprozess über die ärztliche Wissensaneignung an sich anzustoßen.

Allerdings ist darüber hinaus zwingend zu fordern, dass die Ärzte angesichts der kurzen Halbwertszeit von medizinischem Wissen und der massiven Wissensfülle bei der Aneignung neuen Wissens unterstützt und entlastet werden. Doch wie könnte eine solche Unterstützung aussehen?

Sinnvollerweise könnte dazu der Prozess der Analyse der aktuellen Studienergebnisse den Ärzten abgenommen und als aggregiertes Extrakt mit konkreten Empfehlungen im Sinne von Leitlinien zugänglich gemacht werden. Für diese Aufgabe kommen nur Institutionen bzw. Personen in Betracht, deren Kompetenz und Integrität bei den meisten Ärzten unbestritten und akzeptiert ist. Denn schon die Alltagserfahrung lehrt, wie schwer es uns fällt, Maßnahmen durchzuführen, die wir vorher nicht selber durchdacht haben und wo wir uns darauf verlassen müssen/können/wollen/sollen/dürfen, dass dies die bestmöglichen Maßnahmen sind. Dies zeigt sich auch darin, dass 62% der Ärzte bei Leitlinien generell die vergleichende Darstellung mehrerer Therapieoptionen vermissen. Daher ist es eben so wichtig, bei konkurrierenden Verfahren jeweils deren Effizienz und Effektivität vergleichend darzustellen. Dies überzeugt mehr als die alleinige

Darstellung des „Königsweges“. Entscheidungsfindung bedeutet nämlich sich zwischen verschiedenen Alternativen zu entscheiden. Und sowohl der mündige Arzt als auch der mündige Patient wird sich überzeugter entscheiden oder vielleicht überhaupt entscheiden, wenn die möglichen Alternativen sachlich gegeneinander aufgewogen werden und insbesondere der mögliche outcome auch unter verschiedenen Gesichtspunkten klar dargestellt wird. Das alleinige Aufstellen von hintereinander durchzuführenden Prozeduren ist da nicht ausreichend. Eine solche Aufgabe können überhaupt nur aus der Ärzteschaft entstandene, ärztliche Institutionen übernehmen. Allerdings ist die zentrale Institution der Ärzteschaft zur Qualitätssicherung und das Kompetenzzentrum für Leitlinien in der Medizin den meisten Ärzten schlichtweg unbekannt: Zwei Drittel fühlen sich über das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (vormals Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung) überhaupt nicht informiert. Nationale Versorgungsleitlinien und Leitlinien-Clearingberichte kennen 77% bzw. 89% überhaupt nicht. Die bestehenden Leitlinienangebote sind den Ärzten zu weiten Teilen unbekannt: Die Internetseite <http://www.awmf-online.de> mit Zugang zu rund 1000 durch die Medizinischen Fachgesellschaften erstellten Leitlinien kennen 85% der Ärzte mit Internetzugang nicht. Auch wenn zur Zeit nur eine Minderheit dieser Leitlinien den strengen Kriterien der Evidence-based Medicine entspricht (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2005), wäre dies ein Pfund, mit dem man viel mehr wuchern müsste. Auch die Leitlinien der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) spielen keine bedeutsame Rolle: Nur ein Arzt gibt an, deren Internetseite zu nutzen und nur einmal wird als Herausgeber einer genutzten Leitlinie die AkdÄ genannt.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass die bereits vorhandenen Leitlinienangebote und Leitlinienaktivitäten den Ärzten nur äußerst unzureichend bekannt sind. Dies wäre dringend zu ändern. Dabei muss natürlich auch darauf geachtet werden, dass die vorhandenen Angebote eindeutig und qualitativ hochwertig sind. So sagt der Leiter des neu gegründeten Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen Prof Sawicki: “Wir haben dabei gelernt, dass wir in Deutschland keine unabhängigen validen evidenzbasierten Leitlinien haben. Wir haben eine Flut

von Leitlinien, aber keine guten" (Gerst & Korzilius im Interview mit Sawicki, 2004).

Eine positive Einstellung gegenüber Leitlinien ist eine wichtige, wenn auch nicht ausreichende Bedingung für eine erfolgreiche Leitlinienimplementierung. Der Vergleich mit anderen internationalen Studien ergibt dabei ein differenziertes Bild. Natürlich ist ein solcher Vergleich vorsichtig und mit allen seinen Limitationen vorzunehmen, da ja auch die jeweiligen Struktur- und Organisationsmerkmale der Ärzteschaft in den untersuchten Ländern unterschiedlich sind. Daher wurde bei der Selektion der zu vergleichenden Studien Wert auf eine größtmögliche Ähnlichkeit des Studiendesign gelegt. Insgesamt weisen die Ergebnisse dieses Vergleichs darauf hin, dass die wahrgenommene Einschränkung des ärztlichen Handelns durch Leitlinien bei den Ärzten der vorliegenden Studie ausgeprägter ist. So betrachten sie Leitlinien seltener als bequeme Hilfsmittel und sehen sich durch Leitlinien verstärkt in ihrer ärztlichen Therapiefreiheit und der Möglichkeit einer individuellen Patientenversorgung eingeschränkt. Interessanterweise haben die Berliner Hausärzte eine deutlich positivere Einstellung gegenüber Leitlinien, sofern es um die Objektivität der transportierten Wissensinhalte geht: jeder zweite Arzt hält Leitlinien für eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissensstandes. Dies ist deutlich positiver als in den anderen Studien und stellt eine Einschätzung dar, auf die man unter Implementierungsgesichtspunkten unbedingt aufbauen sollte. Keine Unterschiede zeigen sich bei der Einschätzung der Intention von Leitlinien, wo es um die Kostenersparnis durch Leitlinien und um die Qualitätsverbesserung durch Leitlinien geht. Die Hausärzte dieser Studie weisen eine negativere Einstellung auf als die in neurologischen Kliniken tätige Ärzte (N=94) einer Untersuchung der Universität Magdeburg (Hasenbein, Busse & Wallesch, 2005). Dabei sehen von diesen Krankenhausärzten nur 2% Leitlinien als Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit an und nur 28% sind der Meinung, dass Leitlinien dazu gedacht sind, die Kosten zu senken. Die niedergelassenen Ärzte der vorliegenden Studie sehen dies mit 45% respektive 50% deutlich kritischer. Diese unterschiedlichen Ergebnisse spiegeln wahrscheinlich die unterschiedlichen Bedingungen und Organisationsstrukturen von Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten wider.

Oftmals werden Leitlinien entweder als Instrument zur Kostenreduktion oder zur Qualitätsverbesserung angesehen. Dass sich beides nicht ausschliessen muss, zeigt die Tatsache, dass für insgesamt rund 30% der Ärzte Leitlinien sowohl dazu gedacht sind, die Kosten zu senken als auch die Behandlungsqualität zu verbessern.

Dabei weisen Ärzte, die alleine arbeiten, eine negativere Einstellung gegenüber Leitlinien auf als Ärzte, die mindestens noch einen ärztlichen Kollegen haben. Dies zeigte sich ebenso in einer britischen und amerikanischen Studie (Newton, Knight & Woolhead, 1996; James et al., 1997). Auch wenden alleinarbeitende Ärzte Leitlinien seltener an. Möglicherweise drückt sich hier bei den alleine arbeitenden Ärzten eine Art "Einzelkämpfertum" aus, die sie reservierter sein lässt - sei es gegenüber anderen Kollegen oder eben gegenüber Leitlinien.

Um zukünftige Ärzte zu einer aufgeschlosseneren Haltung gegenüber Leitlinien zu bewegen, auf dass diese Leitlinien als selbstverständliche, sinnvolle, den Ärzten und Patienten nutzdienliche Instrumente ansehen, müssten Leitlinien verstärkt in die Ausbildung angehender Mediziner integriert und positiv besetzt werden.

Auch ist daraus abzuleiten, dass in der Diskussion um Leitlinien – neben dem Aspekt der Befriedigung nach dem aktuellen Stand des Wissens zu behandeln – verstärkt darauf hinzuweisen ist, dass Leitlinien auch ein nützliches Hilfsmittel darstellen, dass zu einer Entlastung des Arztes beitragen kann.

Aus der Literatur ist bekannt, dass eine positive Einstellung gegenüber Leitlinien noch lange nicht mit ihrer Anwendung einhergeht (Hayward et al., 1997). Möglicherweise handelt es sich dabei oft um eine diffus positive Haltung auch aus unbewußter sozialer Erwünschtheit heraus, die aber nicht wirklich verinnerlicht und persönlichkeitsimmanent ist. Daher ist es wichtig, auf der ganz konkreten Ebene zu erfragen, inwieweit Leitlinien tatsächlich zugetraut wird, bestimmte Effekte überhaupt zu erreichen. So stellt sich nun die Frage, inwieweit die Ärzte bestimmte Probleme des Gesundheitssystems überhaupt als existent wahrnehmen und ob gegebenenfalls Leitlinien aus ihrer Sicht daran etwas ändern könnten.

So ist die Mehrheit der Ärzte eben nicht der Meinung, das man mit Leitlinien die ihnen zugeschriebenen Ziele im Sinne einer Verbesserung des Gesundheitssystems tatsächlich erreichen kann: Von den 60%, die das Problem einer

verbesserungswürdigen medizinischen Qualität sehen, hält wiederum nur die Hälfte Leitlinien für eine Lösung. Das Problem, dass die Bedürfnisse der Patienten nicht in dem Maße berücksichtigt werden, wie die Patienten es sich wünschen, sehen 52% der Ärzte. Von diesen Ärzten wiederum glauben dann nur noch 14%, dass Leitlinien dieses Problem auch beheben. 93% der Ärzte sehen das Problem einer Über/Unter/Fehlversorgung, was insoweit bemerkenswert ist, als dass das Problem der Über/Unter/Fehlversorgung andere der Probleme wie eine verbesserungswürdige Qualität oder die Verursachung unnötiger Kosten quasi subsumiert und die Zustimmung zur Existenz der einzelnen, explizit genannten Probleme deutlich geringer ist. Zusammengefasst bedeuten diese Ergebnisse, dass die Ärzte zu weiten Teilen nicht davon überzeugt sind, dass Leitlinien tatsächlich zu einer Verbesserung des Gesundheitssystems beitragen. Dabei ist offensichtlich das Bewußtsein für verschiedene Probleme unseres Gesundheitssystems höchst unterschiedlich ausgeprägt. Wer keine Probleme sieht, braucht auch keine Lösungen und damit auch keine Leitlinien. Denn nur der, der das Problem überhaupt als existent betrachtet und darüber hinaus Leitlinien als ein geeignetes Instrument zur Reduzierung dieses Problems wahrnimmt, wird Leitlinien überhaupt als anwendenswert einschätzen. Leitlinien werden nur dann eine weite Verbreitung finden, wenn sie von den potentiellen Anwendern als Instrumente wahrgenommen werden, um bestimmte, wünschenswerte Ziele zu erreichen. Dies ist daher noch überzeugender zu kommunizieren.

Leitlinien sollen als Werkzeug dienen, um die Behandlungsqualität zu verbessern. Zu unterscheiden sind hierbei die "objektiven" Daten zur Evaluierung von Leitlinien und die subjektiv gemachten Erfahrungen. Die selbst gemachte Erfahrung mit Leitlinien und ihr wahrgenommener Einfluss auf die Behandlungsqualität ist dabei wahrscheinlich von entscheidenderer Bedeutung als gelesene Statements von Experten. Nur wenn ein Arzt davon überzeugt ist, dass Leitlinien tatsächlich die Behandlungsqualität verbessern, wird er überhaupt darüber nachdenken, sie anzuwenden. So geben 75% derjenigen Ärzte, die in der Vergangenheit Leitlinien angewendet haben, dies aber aktuell nicht mehr tun, an, dass sie keine eindeutige Verbesserung der Behandlungsqualität festgestellt hätten. Damit zeigt sich, dass die

individuell mit Leitlinien gemachten Erfahrungen und deren subjektiv wahrgenommener Einfluß auf die Behandlungsqualität, die aktuelle Anwendung von Leitlinien deutlich beeinflussen.

Und auch die “objektiven Daten” aus Evaluationsstudien von Leitlinien liefern letztlich keine kohärenten und wirklich beeindruckenden Ergebnisse bezogen auf die Ergebnisqualität (Hayward, 1997; Grimshaw & al., 1995; Worrall, Chaulk & Freake, 1997; Aust & Ohmann, 2000). Wenn Leitlinien den medizinischen outcome tatsächlich positiv beeinflussen, so wäre es von größter Bedeutung, dies überzeugend und transparent zu kommunizieren.

Wenn ein Arzt sich grundsätzlich zur Anwendung von Leitlinien entschlossen hat, so ist es aus Implementierungsgründen äußerst ratsam, dass sich die potentiell anzuwendende Leitlinie schnell und einfach auffinden lässt. Leider stellt sich dies für die Ärzte so nicht dar. Im Gegenteil: Das schwierige Auffinden einer guten Leitlinie stellt für 54% der Ärzte ein großes Problem dar und nur für 17% (eher) kein Problem. Widersprüchliche Leitlinien stellen für 52% ein großes Problem und nur für knapp 20% (eher) kein Problem. Der mangelnde Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien wird von 62% der Ärzte als großes Problem und nur von 19% als (eher) kein Problem wahrgenommen. Das bedeutet, dass eine ganz zentrale Barriere der Leitlinienanwendung darin besteht, keinen schnellen und einfachen Zugang zu einer guten Leitlinie zu haben. Dies würde nach Cabana et al., (1999) hauptsächlich der Barriere „Mangelnde Kenntnisse“ entsprechen. Allerdings scheint es sich hierbei um kein spezifisch deutsches Problem zu handeln, da auch in einer britischen Studie 59% der Ärzte Schwierigkeiten hatten, eine benötigte Leitlinie aufzufinden (Watkins et al., 1999) und in einer amerikanischen Studie war auch nur 27% der Ärzte bekannt, wo sie eine bestimmte Leitlinie auffinden können (Wolff et al., 1998). Dabei scheint es generell nicht einfach, im Internet medizinische Wissensinhalte aufzufinden. So suchen nach einer 2002 durchgeführten Studie der Boston Consulting Group 61% der deutschen Ärzte gezielt nach Online-Fortbildungen, aber nur jeder fünfte findet geeignete Angebote im Netz (Boston Consulting Group, 2002, zitiert nach Krüger-Brand, 2003). Dies bedeutet, dass deutlicher Informations- und Aufklärungsbedarf darüber besteht, wo sich in den Untiefen des World Wide Web

einfach zugängliche, aktuelle und zuverlässige Wissensangebote verbergen. Darüber hinaus sollten diese Angebote kostenfrei sein, um nicht noch eine zusätzliche Hürde aufzubauen.

Die strikte Erstellung von Leitlinien nach Kriterien der Evidence-based Medicine soll zu einer verstärkten Leitlinienanwendung beitragen. Doch wie sieht dazu die Haltung der Ärzte aus? Immerhin 10% der befragten Hausärzte konnten mit dem Begriff Evidence-based Medicine nichts anfangen. Und auch in einer englischen Studie zum Verständnis zentraler Begriffe der Evidence-based Medicine wird kein einziger Begriff so gut verstanden, dass ihn mehr als ein Drittel der Ärzte jemand anderem erklären könnte (McColl et al., 1998). Auch hierzulande geht die Diskussion zu Evidence-based Medicine munter durcheinander. Wenn die Definition eines Begriffes, über den diskutiert wird, nicht für alle Diskutanten identisch ist, kann man sich streiten, wo man sich möglicherweise doch eigentlich einig ist.

Die generelle Einstellung gegenüber der Evidence-based Medicine ist bei den untersuchten Ärzten eher positiv. So wird mehrheitlich die grundsätzliche Erstellung von Leitlinien nach Kriterien der Evidence-based Medicine gewünscht (von 61% der Ärzten), auch wenn dies nicht zwangsläufig zu einer proportional verstärkten Anwendung von solchen Leitlinien führen würde (bei 48% der Ärzte). In der vorliegenden Studie glauben knapp 60% nicht, dass die der Evidence-based Medicine zugrunde liegenden Studiendaten durch die pharmazeutische Industrie beeinflusst werden. Entgegen dieser vertrauensvollen Annahme gibt es Belege dafür, wie durch ein geschicktes Studiendesign oder raffinierte Subgruppenanalysen die publizierte „Wahrheit“ der gewünschten „Wahrheit“ bestmöglichst angenähert wird (Melandar et al., 2003). Es gibt auch Hinweise für die direkte Einflussnahme der pharmazeutischen Industrie auf die in Leitlinien gemachten Empfehlungen (Lenzer, 2002). Auch kommen industriegesponserte Studien häufiger zu positiven Ergebnissen bezüglich der untersuchten Substanzen (Als-Nielsen et al., 2003). Da die jeweiligen Auftraggeber der Studien in aller Regel „Eigentümer“ der gewonnenen Ergebnisse sind, können sie alleine über eine Publizierung entscheiden bzw. diese bei unpassendem Ausfall auch unterlassen. Zu Recht wird zunehmend gefordert, alle Studienergebnisse unabhängig vom Ausgang zu veröffentlichen. Schließlich muss

man auch aus gutem Grund in einem deutschen Gerichtssaal als vereidigter Zeuge bzw. bei eidesgleicher Bekräftigung nach Paragraph 64 und 65 der Strafprozessordnung nicht nur die reine Wahrheit sagen, sondern darf auch nichts verschweigen (Bundesministerium der Justiz, 2005).

Man muss Ernst nehmen, dass Evidence-based Medicine Ängste und Befürchtungen weckt und man muss neben den Vorteilen auch die Nachteile diskutieren. So sind klinische Studien, die als Grundlage für evidenzbasierte Leitlinien verwendet werden, hinsichtlich der untersuchten Personenkreise höchstgradig selektiv, wie auch Niroomand (2004) schreibt:

Im Allgemeinen ist der Patient in Herz-Kreislaufstudien männlich, Kaukasier und zwischen 55 und 75 Jahren alt. Dagegen existieren überhaupt keine, wenige oder lediglich ignorierte Daten zu Frauen (circa 50% der Erdbevölkerung), Nicht-Kaukasier (circa 90% der Weltbevölkerung), Alten (circa ein Drittel der Patienten in einer internistischen Klinik in Deutschland) und jungen Patienten (<55 Jahre), die in der kardiovaskulären Medizin zwar relativ selten anzutreffen sind, die aber am längsten von der Behandlung profitieren könnten. (S. C1497).

Darüber hinaus ist auch das Untersuchungsdesign oft künstlich und die analysierten Zeiträume sind relativ kurz, gerade unter dem Aspekt von Langzeitwirkungen und Langzeitnebenwirkungen, da doch viele Patienten gezwungen sind, jahre- und jahrzehntelang Medikamente zu sich zu nehmen. Dies beeinträchtigt notgedrungen die Qualität bzw. Verallgemeinerbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien - mögen sie auch noch so wissenschaftlich und unabhängig erstellt worden sein.

Hier stellt sich nun die Frage, ob es nicht grundsätzlich sinnvoll wäre, auch, „echte“, im Routinealltag anfallende Patientendaten neben den in Studien erhobenen Daten zur Grundlage von Leitlinien zu machen? Möglicherweise würden solchermaßen entstandene Leitlinien eine größere Akzeptanz bei Ärzten und Patienten finden. Die vielfältigen Probleme von der Datenerhebung über die Datensicherheit bis zur Datenauswertung von Daten der Versorgungsforschung sollen und können hier nicht diskutiert werden.

Wenn 49% der Ärzte dieser Studie der Aussage zustimmen, dass Evidence-based Medicine die Behandlungsqualität verbessert, bedeutet dies eben auch, dass 51% der



Ärzte dieser Aussage nicht zustimmen. Die starke Polarisierung bei der „Alternativen Medizin“ und dass rund 45% die „Alternative Medizin“ bei Leitlinien grundsätzlich vermissen, während diese von rund 42% nicht vermisst wird, wirft die interessante Frage auf, wie mit diesem Umstand aus implementierungsstrategischen Gründen umgegangen werden sollte. Ein einfaches Ignorieren dürfte jedenfalls nicht ausreichen.

Krankheit als Begriff und erlebte Erfahrung ist ein so archaischer, in Jahrtausenden den verschiedensten Transformationen und Deutungsmöglichkeiten unterworfenen Prozess. Wieso also sollten nun alle Ärzte und alle ihre Patienten mit einem Schlag glühende Anhänger einer evidenzbasierten Medizin sein? Und ist diese Uniformität überhaupt erstrebenswert? Und sprechen nicht auch Arzt und Patienten nicht immer die gleiche „Sprache“? Uexküll und Herrmann plädieren dafür, dem pragmatischen Realitätsprinzip, auf das auch die Evidence-based Medicine gründet, das kommunikative Realitätsprinzip hinzuzufügen, um „den Code zu erfassen, nach dem ein Kranker seine Wirklichkeit erlebt“ (Uexküll & Herrmann, 1999, zitiert nach Schulte-Sasse, 2003). Von Troschke weist auf die Bedeutung handlungsleitender Menschenbilder in der Medizin hin (2001). Dies zeigt, dass die Diskussion über Leitlinien in die Diskussion über Evidence-based Medicine einzubetten ist. Dazu bedarf es aber unbedingt mehr als eines einfachen „das ist gut so“ – denn das hat noch selten die Menschen überzeugt.

Die Anwendung von Leitlinien kann auch am Patienten scheitern. Ein Grund dafür kann sein, dass Patienten die Erstellung von Leitlinien und deren Verbreitung als undurchsichtigen, ohne ihre Beteiligung ablaufenden Prozess empfinden. Dem kann – zumindest teilweise - entgegengetreten werden, indem Patienten und/oder Patientenvertreter in die Entwicklung von Leitlinien mit einbezogen werden und indem die Patienten einfachen Zugang zu speziellen, für sie verständlichen Leitlinienversionen haben. Das setzt aber eine entsprechende Haltung auf der Ärzteseite voraus, die ein solches Vorgehen unterstützen müsste. Allerdings sind die Ärzte keine Meister der Partizipation. Eine Mitarbeit von Patienten und/oder Patientenvertretern an der Entwicklung von Leitlinien wird von weniger als einem Drittel befürwortet und auch spezielle Leitlinienversionen für Patienten werden nur

von 44% der Ärzte befürwortet. Diese Zahlen decken sich mit Ergebnissen an italienischen Ärzten, die sogar noch etwas restriktiver ausfallen: 26% der Ärzte sind hier für eine Beteiligung der Patienten bei der Erstellung von Leitlinien und 36% finden es ratsam, dass Leitlinien auch an Patienten ausgegeben werden (Formoso, Liberati & Magrini, 2001; Grilli et al., 1996). Zusammengefasst kann von einer breiten Unterstützung der Hausärzte für die Einbeziehung der Patienten in die Entwicklung und Verbreitung von Leitlinien nicht die Rede sein. Offensichtlich betrachten Ärzte Leitlinien als ihre „Spielwiese“. Es liegt nahe, dass sich hier auch eine generelle Einstellung zum eigenen favorisierten Modell der Arzt - Patienten-Beziehung zeigt: Immer noch scheinen viele Ärzte die Definitionsmacht und das Informationsmonopol bezüglich medizinischen Wissens nicht aus der Hand geben zu wollen. Eine weit verbreitete erfolgreiche Implementierung von Leitlinien ist aber letztlich ohne eine entsprechend adäquate Beteiligung der Patienten unmöglich. Dies setzt aber voraus, dass Arzt *und* Patient nicht das allwissende, omnipotente patriarchale Arztmodell favorisieren, sondern dass auch Raum bleibt für Unsicherheit und das Aushandeln von Therapieoptionen. Der Weg hin zum vertrauensvollen Prozess des „shared decision making“ ist ein weiter Weg. Dabei könnte gerade hier die Evidence-based Medicine möglicherweise eine ihre Stärken ausspielen, wenn sie dem Patienten durch die Angabe von Wahrscheinlichkeiten hilft, eine Entscheidung zu treffen. Beispielsweise bedeutet dies, dass ein Patient mit dem Wissen, dass von 100 Patienten mit seiner Erkrankung nach 10 Jahren statistisch nur 6 Patienten von einer bestimmten Medikation profitieren, sich möglicherweise gegen eine entsprechende Therapie entscheidet. Dies bedeutet, dass die Diskussion um Leitlinien einzubetten ist in die Diskussion um das ärztliche Selbstbild und das Verständnis über eine angemessene Arzt-Patienten-Beziehung.

Um Leitlinien positiver zu besetzen, ist es unabdingbar, dass die ärztlichen Selbstverwaltungsorgane quasi als Speerspitze und in kompakter geschlossener Haltung für eine Leitlinienorientierte Medizin vorangehen. Doch dies ist nicht der Fall. Die Haltung der ärztlichen Selbstverwaltung zum Thema Leitlinien ist unter den Ärzten schlichtweg unbekannt: Zwei Drittel kennen deren Haltung nicht und das andere Drittel beurteilt die Haltung zu gleichen Teilen als positiv bzw. als ablehnend

gegenüber Leitlinien. Offensichtlich wird die Haltung der ärztlichen Selbstverwaltung zum Thema Leitlinien – sofern überhaupt eine bekannt ist – als sehr verschieden wahrgenommen. Damit kann davon ausgegangen werden, dass es für die befragten Ärzte keine allgemein bekannte und eindeutig klare Haltung der ärztlichen Selbstverwaltung zum Thema Leitlinien gibt. Möglicherweise hängt dies damit zusammen, dass die zum Teil wortgewaltigen Ansichten der “Ärztelfunktionäre” auf dem Gebiet der Leitlinien nicht durchweg von einer eindeutigen, positiv aufgeschlossenen Haltung gekennzeichnet sind. So sagte der Präsident der Bundesärztekammer Hoppe auf einer Pressekonferenz zur “Qualitätssicherung in der Medizin” am 06.02.2003:

So gesehen sind Leitlinien und die darauf aufbauenden Disease-Management-Programme ein Testfall dafür, ob sich der ganz offenbar in der Politik eingemietete Irrglaube, Programm-Medizin als Regelbehandlung einführen zu können, tatsächlich durchsetzen lässt. Wir Ärztinnen und Ärzte und damit die Bundesärztekammer als ihre Spitzenvertretung, werden alles daran setzen, diesen Paradigmenwechsel in der Medizin zu verhindern (Hoppe, 2003, ohne Seitenangabe).

Gleichzeitig kündigt Hoppe auf dem außerordentlichen Deutschen Ärztetag in Berlin keine 2 Wochen später an, das nationale Leitlinien-Programm der Bundesärztekammer ausbauen zu wollen (Rabbata & Rieser, 2003).

Welchen Einfluss und multiplikatorische Auswirkung dies auf die gemeine Ärzteschaft hat, kann nur erahnt werden. Zumindest trägt es nicht dazu bei, dass den Ärzten bekannt wäre, dass ihre gewählten Vertreter Leitlinien gegenüber aufgeschlossen gegenüberstehen oder dass sie auch nur wüßten, dass es eine klare Haltung diesbezüglich gibt. In diesem Zusammenhang aufschlussreich ist auch ein Zitat von Lasek und Müller-Oerlinghausen (1997) das Jahr 1996 betreffend: “Instrumente der Qualitätssicherung wie die Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht mehr unterstützt, weil die Arzneimittelkommission als vorrangiges Ziel eine wissenschaftlich begründete Therapie und nicht den Gesichtspunkt der Kostenersparnis gesehen hat”.

Dies bedeutet, dass die ärztlichen Selbstverwaltungsorgane mit einer eindeutigeren, aufgeschlosseneren Haltung gegenüber einer Leitlinienorientierten Medizin vorangehen und eintreten müssten. Dies würde allerdings ein echtes “Wollen” voraussetzen. Möglicherweise wäre auch eine Art Image- und Aufklärungskampagne für Leitlinien getreu dem Motto „Leitlinien – das unbekannte Wesen: was sie sind und was sie nicht sind“ sinnvoll.

Die Qualitätssicherung in der Medizin ist nach übereinstimmender Meinung vieler Experten als verbesserungswürdig zu betrachten. Ärzte wiederum fürchten den Einstieg in eine “Staatsmedizin” und “Krankenkassenbürokratie” und reklamieren die Qualitätssicherung in der Medizin für sich. Leider ist zu konstatieren, dass die Qualitätssicherung allzu selten auch im Herzen beheimatet ist, das heisst als extrem wichtige, ureigenste ärztliche Tätigkeit leidenschaftlich gelebt wird. Dabei gehört die Qualitätssicherung grundsätzlich in die Hände der Ärzteschaft, da sie es sind, die über das beste medizinische Wissen und über reale Erfahrung mit dem kranken und sterbenden Menschen verfügen. Allerdings muss verstanden werden, dass sich Qualität nicht zwangsläufig einstellt und dass auch eine 80 Stunden Woche und eine aufopferungsvolle Haltung nicht notwendigerweise zu einer qualitativ hochwertigen Behandlung führt. Sollte sich dies nicht ändern, steht zu befürchten, dass die eigentlich originär in die Hände der Ärzteschaft gehörende Qualitätssicherung diesen zunehmend entzogen wird.

In der vorliegenden Studie bestätigte sich die vermutete Korrelation zwischen der Einstellung gegenüber Leitlinien und der Einstellung gegenüber Qualitätssicherungsprogrammen ( $r=0,53$ ). Dies betrifft auch den Bereich der Anwendung von Leitlinien: Ärzte, die Qualitätssicherungsprogrammen positiv gegenüber stehen, wenden doppelt so häufig Leitlinien an als Ärzte mit neutraler oder ablehnender Haltung. Dies zeigt, dass die Diskussion um Leitlinien eingebettet werden muss in die Diskussion um Qualitätssicherung insgesamt.

Ein zentrales Institut, das auf nationaler Ebene Leitlinien entwickelt und verbreitet stößt bei den Ärzten nicht auf breite Zustimmung und scheint somit kein geeigneter Weg zu einer insgesamt verstärkten Leitlinienanwendung zu sein. Nur 30% der Ärzte

befürworten ein solches Institut. Auch in einer britischen Studie mit Anästhesisten halten zwar 89% Leitlinien für wertvoll, aber nur 21% wünschen sich nationale Leitlinien (Alston, 1997). Ein Problem im niedergelassenen Bereich ist auch der Zeitmangel. Wenn ein Arzt nur 6 Minuten Zeit für einen Patienten hat (Wagner et al., 2004), muss die ganz praktische Frage gestellt werden, wie eine effektive Leitlinienimplementierung zeitnah in den Praxisalltag zu integrieren ist. Dazu könnte möglicherweise der direkte Zugriff von der elektronischen Patientenakte auf den jeweilig interessierenden Leitlinienabschnitt beitragen. Insgesamt 60% der Ärzte erwarten in diesem Fall eine große bis sehr große Zunahme ihrer Leitliniennutzung. Offensichtlich findet diese in den Praxisalltag integrierte Lösung die Zustimmung vieler Hausärzte und könnte möglicherweise zu einer verstärkten Anwendung von Leitlinien beitragen.

Aus Implementierungsgründen ist es ratsam, die Nichtanwender auch im Vergleich mit den Anwendern zu analysieren. Dabei stellt sich heraus, dass es zwischen den Anwendern und Nichtanwendern von Leitlinien auf allen Ebenen von der Auseinandersetzung mit Leitlinien und der Kenntnis über vorhandene Leitlinienangebote, der allgemeinen Einstellung gegenüber Leitlinien über die Einschätzung von Leitlinien als Entscheidungsgrundlage oder Instrument zur Lösung verschiedener Gesundheitsprobleme bis hin zu den Barrieren einer Leitlinienanwendung oder möglichen Ansätzen zu einer verstärkten Leitliniennutzung viele Unterschiede gibt:

In der vorliegenden Studie haben sich rund 22% der Ärzte noch nie mit einer Leitlinie auseinandergesetzt, was den Ergebnissen einer kanadischen Studie entspricht, wo 24% angeben, noch nie eine Leitlinie gelesen zu haben (Worral et al., 1996). Die Korrelation zwischen der Auseinandersetzung mit Leitlinien und der Anwendung von Leitlinien beträgt dabei  $r=0,45$ . Damit stellt offensichtlich schon die Auseinandersetzung mit Leitlinien eine deutliche und entscheidende Hürde auf dem Weg zu einer Leitlinienanwendung dar. Auch sind die Kenntnisse der Nichtanwender geringer als die der Anwender über ausgewählte Aktivitäten und nationale Initiativen der Selbstverwaltungsorgane und der Medizinischen Fachgesellschaften auf dem Gebiet der Leitlinien. Ob dabei eher eine negative

Einstellung zu geringem Wissen führt oder eher geringes Wissen zu einer negativen Einstellung kann nur vermutet werden. Allerdings haben Nichtanwender, die sich noch nie mit Leitlinien auseinandergesetzt haben, eine besonders negative Einstellung gegenüber Leitlinien, die sogar nochmal signifikant negativer ist als die anderer Nichtanwender, die sich zumindest schon mal mit Leitlinien auseinandergesetzt haben. In diesem Fall wird dann der, der Leitlinien prinzipiell ablehnt, sich möglicherweise auch durch noch so qualitativ hochwertige Leitlinien nicht beeindrucken lassen, da er sich erst gar nicht mit Leitlinien beschäftigt. Insgesamt haben die Nichtanwender eine negativere Einstellung gegenüber Leitlinien. Sie fürchten dabei besonders, dass Leitlinien die benötigte Flexibilität einer individuellen Patientenversorgung zu sehr einschränken. Dies steht im Gegensatz zu der einheitlich geäußerten Auffassung, dass Leitlinien Handlungskorridore sind, von denen im begründeten Fall abgewichen werden kann und sogar muss. Inwieweit es sich hierbei um ein Wissensdefizit, um ein Nichtglauben oder um ein bewußtes Ignorieren seitens der Nichtanwender handelt, kann nicht beurteilt werden.

Nichtanwender erleben Leitlinien als deutlich weniger sinnvolle Grundlage für ihre ärztliche Entscheidungsfindung. Auch halten mit knapp 52% fast doppelt so viele Nichtanwender wie Anwender die Informationen der pharmazeutischen Industrie für zumindest gleichwertig sinnvoll. Ob daraus eher ein tiefes Mißtrauen Leitlinien gegenüber spricht oder ein ausgeprägtes Vertrauen in die Informationen der pharmazeutischen Industrie, bleibt dabei offen. In diesen Zusammenhang ist es interessant, dass für die Nichtanwender „das mangelnde Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Autoren“ von Leitlinien – neben dem mangelnden Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien - die größte Barriere darstellt. Dies sollte zu einer verstärkten Auseinandersetzung mit der tatsächlichen Unabhängigkeit von Leitlinien und den Informationen der pharmazeutischen Industrie Anlass geben. Auch schätzen die Nichtanwender spezielle Probleme des Gesundheitssystems als eher nicht existent ein. Und dort, wo sie die Probleme als existent einschätzen, glauben sie seltener, dass Leitlinien als Instrumente zu deren Lösung dienen könnten. So sehen nur 20% der Nichtanwender als Problem, dass die Qualität der

gesundheitlichen Versorgung insgesamt verbesserungswürdig ist und empfinden gleichzeitig Leitlinien dafür als eine Lösung (Anwender: 52%).

Die Nichtanwender glauben weniger als die Anwender, dass Evidence-based Medicine die Behandlungsqualität verbessert und sind seltener der Meinung, dass Leitlinien grundsätzlich nach Prinzipien der Evidence-based Medicine erstellt werden sollten. Allerdings glaubt mit 56% immerhin eine Mehrheit der Nichtanwender, dass Leitlinien grundsätzlich nach Kriterien der Evidence-based Medicine erstellt werden sollten und immerhin 44% könnten sich eine deutliche Auswirkung auf ihre Leitliniennutzung vorstellen. Es scheint somit möglich, dass evidenzbasierte Leitlinien - zumindest einen Teil der Nichtanwender - zu einer Leitlinienanwendung bewegen könnten. Interessanterweise ist jedoch ungefähr ein Drittel der bisherigen Anwender nicht der Meinung, dass Leitlinien grundsätzlich nach Kriterien der Evidence-based Medicine erstellt werden sollten und rund 40% der Anwender stimmen nicht der Aussage zu, dass Evidence-based Medicine die Behandlungsqualität verbessert. Dass eine ausnahmslose Erstellung von Leitlinien nach Kriterien der Evidence-based Medicine einen Teil der bisherigen Anwender zu zukünftigen Nichtanwendern machen könnte, ist daher nicht ganz auszuschließen.

Nichtanwender von Leitlinien haben stärkere Vorbehalte gegenüber einer verstärkten Einbeziehung von Patienten. Besonders Patientenleitlinien treffen auf große Ablehnung. Somit würde wohl eine verstärkte Einbeziehung von Patienten nicht zu einer verstärkten Leitlinienanwendung der bisherigen Nichtanwender beitragen.

Ein zentrales Institut, das auf nationaler Ebene Leitlinien entwickelt, trifft bei den Nichtanwendern auf noch mehr Ablehnung als bei den Anwendern und scheint daher eher kein geeigneter Weg zu sein, um Nichtanwender zu einer Leitlinienanwendung zu bewegen.

Die direkte Zugriffsmöglichkeit von der elektronischen Patientenakte auf Leitlinien weist auf einen vielversprechenden Weg hin, bisherige Nichtanwender durch diese in den Praxisalltag integrierte Lösung zur Anwendung von Leitlinien zu bringen, da sich rund die Hälfte der Nichtanwender eine deutliche Auswirkung auf ihre Leitliniennutzung vorstellen kann.

Nichtanwender ist aber nicht gleich Nichtanwender. Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass es sich auf dem Weg vom Nichtanwender zum Anwender von Leitlinien um einen sehr komplexen, stufenförmigen Prozess handelt, bei dem offensichtlich auch jeweils unterschiedliche Einstellungen, Barrieren und personenbezogene Merkmale von Bedeutung sind. Dass dieser Prozess nicht unumkehrbar ist, zeigt die Tatsache, dass die Anwendung von Leitlinien nach subjektiv festgestelltem Nichterfolg dazu führen kann, mit der Leitlinienanwendung auch wieder aufzuhören. Die Ergebnisse zeigen, dass sich jeder Arzt auf dem Weg vom Nichtanwender zum Anwender von Leitlinien in einem anderen „Stadium“ befindet und darüber hinaus andere Voraussetzungen, Eigenschaften, Erfahrungen, Fähigkeiten und Kenntnisse mit bringt. Dies bedeutet, dass auf allen diesen Ebenen aus implementierungsstrategischen Gründen angesetzt werden muss, wenn man an einer insgesamt verstärkten Leitlinienanwendung interessiert ist.

Jeder weiß jedoch, wie schwierig es ist, eingefahrene Verhaltensmuster und fest gezurrte Einstellungen aufzubrechen. Eine erfolgreiche Implementierung von Leitlinien, die in den Herzen, Gehirnen und der dazugehörigen Kommunikation Einzug halten soll, ist ein so vielschichtiger und auch schwieriger Prozess, der nur durch die Bündelung verschiedenster Strategieansätze überhaupt Aussicht auf Erfolg hat. Dazu sollte auch im Sinne eines Public-Health-Ansatzes nicht nur am Individuum angesetzt werden, sondern es bedarf zusätzlich geeigneter System- und Strukturänderungen. So ist bislang die Leistungsvergütung weitgehend entkoppelt von der hergestellten Qualität. Auch sind Leitlinien nur *ein* mögliches Mittel zur Qualitätsverbesserung und kein Allheilmittel. So weisen Schrader, Weißbach und Miller (2004) am Beispiel des Hodentumors auf die Bedeutung adäquater Versorgungsstrukturen zur effektiven Entfaltung von Leitlinien hin. Insgesamt ist der Komplexität von menschlicher Verhaltensänderung Rechnung zu tragen. Die mit einer Top-down-Strategie verbundenen Akzeptanzprobleme und die für eine echte Verhaltensänderung notwendigen intrapsychischen Prozesse sind zentrale Schlüsselemente für eine erfolgreiche Implementierung von Leitlinien. Sie gilt es genauestens zu analysieren, will man Leitlinien zu einem Routineinstrument niedergelassener Mediziner machen. Da die bereits vorhandenen Leitlinienangebote nur sehr unzureichend bekannt sind, ist diesbezüglich enorme Aufklärungsarbeit zu



leisten. Letztlich wird eine erfolgreiche Implementierung von Leitlinien nur möglich werden durch einen breit angelegten, partizipativen und transparenten Prozess, der eine Art Leitlinienkultur hervorbringt und der nicht nur auf die Ärzteschaft begrenzt ist. Zunehmend mehr Patienten wollen auch an der Entscheidungsfindung beteiligt werden, wobei ihre Präferenzen, Wertevorstellungen und angestrebten outcomes nicht notwendigerweise mit denen des behandelnden Arztes übereinstimmen. Dieser Prozess ist einzubetten in die Debatten um Qualitätssicherung, ärztliche Wissensaneignung und in die Auseinandersetzung mit Evidence-based Medicine und müsste dabei von den ärztlichen Meinungsführern konsistent und nachhaltig kommuniziert und vertreten werden.

Dass dies ein für unser Gesundheitssystem lohnender Weg sein könnte, meint auch der Sachverständigenrat in seinem Addendum zum Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ (2000/ 2001):

Langfristig stellt der Ausbau spezifischer arztbezogener (u.a. evidenzbasierte Arzneimittelleitlinien, Verbesserung der pharmakotherapeutischen Qualifikation) und patientenbezogener (u.a. verbesserte Patienteninformationen, gezielte Complianceförderung) Qualitätsmaßnahmen aus Sicht des Rates die aussichtsreichste Strategie dar, um Effektivitätsreserven durch Abbau bzw. Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung zu schöpfen. (S.88).

Es ist doch auch ganz stark zu vermuten, dass in diesem Land eine qualifizierte Mehrheit durch das Interesse geeint werden kann, aus unserem guten Gesundheitssystem ein noch besseres zu machen.

Es ist unethisch, notwendige medizinische Leistungen zunehmend aus Kostengründen von der Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen auszunehmen ohne die Möglichkeiten der Qualitätssicherung auszuschöpfen.

## LITERATURVERZEICHNIS

- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (1999). *Checkliste Methodische Qualität Leitlinien*. [Internet]. Verfügbar unter:  
<http://www.aeqz.de/publikationen/download/pdf/llcheck99.pdf> [06.03.2005].
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (2003). *Nationale Leitlinien-Agenturen gründen internationales Netzwerk G-I-N: Hintergrund und Ziele*. [Internet]. Verfügbar unter:  
<http://www.aeqz.de/publikationen/pdfpublikationen/gindeutsch010203.pdf> [06.03.2005].
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2005). *Rundbrief 10*. [Internet]. Verfügbar unter:  
[http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/ll/ll\\_publ.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/ll/ll_publ.htm) [06.03.2005].
- Als-Nielsen, B., Wendong, C., Gluud, C. & Kjaergard, L.L. (2003). Association of funding and conclusions in randomized drug trials. *JAMA*, 290 (7), 921-928.
- Alston, R. P. (1997). Guidelines and cardiac anaesthetists. Not in my back yard. *Anaesthesia*, 52 (4), 328-331.
- Aust, B. & Ohmann, C. (2000). Bisherige Erfahrungen mit der Evaluation von Leitlinien. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 94 (5), 365-371.
- Bero, L.A., Grilli, R., Grimshaw, J.M., Harvey, E., Oxman, A.D. & Thomson, A. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317 (7156), 465-468.
- Beyer, M., Gerlach, F.M. & Breul, A. (1999). Qualitätsförderung und Qualitätszirkel aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte - repräsentative Ergebnisse aus Bremen und Sachsen-Anhalt. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 93 (9), 677-687.
- Bollschweiler, E. (2001). Nationale und klinikinterne Leitlinien: Definition und Problemlage. In K.W. Lauterbach & M. Schrappe (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine*. (S. 457-463). Stuttgart: Schattauer.
- Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung. (1997). Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt*, 94 (33), A2154-2155.
- Bundesministerium der Justiz. *Strafprozessordnung* [Internet]. Verfügbar unter:  
<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/stpo/index.html> [10.01.2005].
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. *Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (V)*. [Internet]. Verfügbar unter [http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb\\_5/](http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_5/) [28.12.2004].
- Butzlaff, M., Floer, B., Koneczny, N., Vollmar, H. C., Lange, S., Isfort, J. & Kunstmann, W. (2002). Www.evidence.de - Netzbasierte Leitlinien im Praxisnetz. Beurteilung und Nutzung von evidenzbasierten und netzgestützten Leitlinien durch Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 96 (2), 127-133.
- Butzlaff, M., Vollmar, H.C., Floer, B., Koneczny, N., Isfort, J. & Lange, S. (2004). Learning with computerized guidelines in general practice?: A randomized controlled trial. *Fam Pract*, 21 (2), 183-188.

- Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R., Wu, A.W., Wilson, M.H., Abboud, P.C. & Rubin, H.R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines?. *JAMA*, 282 (15), 1458-1465.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1996). *CDC guidelines: improving the quality*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Christakis, D.A. & Rivara, F.P. (1998). Pediatricians' awareness of and attitudes about four clinical practice guidelines. *Pediatrics*, 101 (5), 825-830.
- Cohen, S.J., Halvorson, H.W. & Gosselink, C.A. (1994). Changing physician behaviour to improve disease prevention. *Preventive Medicine*, 23 (3), 284-291.
- Davidoff, F., Haynes, B., Sackett, D. & Smith, R. (1995). Evidence based medicine. *British Medical Journal*, 310 (6987), 1085-1086.
- Davis, D.A. & Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Can Med Assoc J*, 157 (4), 408-416.
- Deutsches Ärzteblatt. (2002). Schiedsamt: Keine Einigung. Das Ausgabenvolumen muss nun regional geregelt werden. *Deutsches Ärzteblatt*, 99 (49), B2772.
- Echlin, P.S., Upshur, R.E. & Markova, T.P. (2004). Lack of chart reminder effectiveness on family medicine resident JNC-VI and NCEP III guideline knowledge and attitudes. *BMJ Family Practice*, 5 (1), 14.
- Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., DiGuseppi, C., Pratap, S., Wentz, R. & Kwan, I. (2002). Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *British Medical Journal*, 324 (7347), 1183.
- Elsner, F., Sonntag, B., Schmeißer, N., Kiencke, P., Sabatowski, R., Loick, G. & Radbruch, L. (2002). Anwendung von Leitlinien zur Kopf- und Tumorschmerztherapie bei niedergelassenen Ärzten. *Schmerz*, 16 (1), 41-47.
- Euroaspire I and II Group. (2001). Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. EUROASPIRE I and II Group. *Lancet*, 357 (9261), 995-1001.
- Eve, R., Golton, I., Hodgkin, P., Munro, J. & Musson, G. (1996). Beyond guidelines: promoting clinical change in the real world. *J Manag Med*, 10 (1), 16-25.
- Farquar, C.M., Kofa, E.W. & Slutsky, J.R. (2002). Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. *The medical journal of Australia*, 177 (9), 502-506.
- Ferrier, B.M., Woodward, C.A., Cohen, M. & Williams, A.P. (1996). Clinical practice guidelines. New - to - practice family physicians' attitudes. *Canadian family physician medecin de famille canadien*, 42, 463-468.
- Field, M.J. & Lohr, K.N. (1990). Attributes of good practice guidelines. In M. Field & K.N. Lohr (Hrsg.), *Clinical practice guidelines: directions for a new program* (S. 53-77). Washington DC: National Academy Press.
- Flottorp, S., Oxman, A.D., Havelrud, K., Trewwek, S. & Herrin, J. (2002). Cluster randomised controlled trial of tailored interventions to improve the management of urinary tract infections in women and sore throat. *British Medical Journal*, 325 (7360), 367.

- Formoso, G., Liberati, A. & Magrini, N. (2001). Practice guidelines: useful and "participative" method?. *Arch Intern Med*, 161 (16), 2037-2042.
- Gernreich, F.M. (1999). *Akzeptanz und Anwendung der Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft zur Diagnostik und Therapie des Lungenkarzinoms*. Magisterarbeit, Medizinische Hochschule Hannover.
- Gerst, T. & Korzilius, H. im Interview mit Sawicki, P.T. (2004). Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit " Der Hauptpunkt ist Transparenz". *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (46), C2475-C2477.
- Grilli, R., Penna, A., Zola, P. & Liberati, A. (1996). Physicians' view of practice guidelines. A survey of Italian physicians. *Soc Sci Med*, 43 (8), 1283-1287.
- Grimshaw, J., Freemantle, N., Wallace, S., Russel, I., Hurwitz, B., Watt, I., Long, A. & Sheldon, T. (1995). Developing and implementing clinical practice guidelines. *Qual Health Care*, 4 (1), 55-64.
- Grimshaw, J.M. & Russel, I.T. (1993). Effect of clinical guidelines in medical practice: A systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*, 342 (8883), 1317-1322.
- Grol, R., Dalhuijsen, J., Thomas, S., in 't Veld, C., Rutten, G. & Mokkink, H. (1998). Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *British Medical Journal*, 317 (7162), 858-861.
- Grol, R. & Grimshaw, J. (1999). Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *Joint commission journal on quality improvement*, 25 (10), 503-513.
- Grol, R. & Lawrence, M. (1995). *Quality improvement by peer review*. Oxford General Practice Series, No 32. Oxford: Oxford University Press.
- Grol, R. (1990). National standard setting for quality of care in general practice: attitudes of general practitioners and response to a set of standards. *Br J Gen Pract*, 40 (338), 361-364.
- Grol, R. (1997). Personal paper: Beliefs and evidence in changing clinical practice. *British Medical Journal*, 315 (7105), 418-421.
- Gulich, M., Bux, C. & Zeitler, H. (2001). Die DEGAM-Leitlinie "Brennen beim Wasserlassen" - mögliche Konsequenzen der Umsetzung in der allgemeinärztlichen Praxis. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 95 (2), 141-145.
- Gupta, L., Ward, J.E. & Hayward, R.S.A. (1997). Clinical practice guidelines in general practice: a national survey of recall, attitudes and impact. *The medical journal of Australia*, 166 (2), 69-72.
- Hagemeister, J., Schneider, C.A., Barabas, S., Schadt, R., Wassmer, G., Mager, G., Pfaff, H. & Höpp, H.W. (2001). Hypertension guidelines and their limitations - the impact of physicians' compliance as evaluated by guideline awareness. *Journal of Hypertension*, 19 (11), 2079-2086.
- Halm, E.A., Atlas, S.J., Borowsky, L.H., Benzer, T.I., Metlay, J.P., Chang, Y. & Singer, D.E. (2000). Understanding physician adherence with a pneumonia practice guideline. *Arch Intern Med*, 160 (1), 98-104.
- Hasenbein, U., Busse, R. & Wallesch, C.W. *Wie sind Ärzte gegenüber Leitlinien eingestellt?* [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.innrf.de> [03.02.2005].

- Hasenbein, U., Frank, B. & Wallesch, C. (2003). Die Akzeptanz von Leitlinien und Problemen bei ihrer Implementierung. *Aktuelle Neurologie*, 30 (9), 451-461.
- Hasenbein, U., Wallesch, C.W. & Rübiger, J. (2003). Ärztliche Compliance mit Leitlinien. Ein Überblick vor dem Hintergrund der Einführung von Disease-Management-Programmen. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 8 (6), 363-375.
- Haynes, R.B. (1993). Where's the meat in clinical journals?. *ACP Journal Club*, 119 (3), A22-A23.
- Hayward, R.S.A., Guyatt, G.H., Moore, K.A., McKibbin, K.A. & Carter, A.O. (1997). Canadian physicians' attitudes about preferences regarding clinical practice guidelines. *CMAJ*, 156 (12), 1715-1723.
- Hayward, R.S.A. (1997). Clinical practice guidelines on trial. *Can med Assoc J*, 156 (12), 1725-1727.
- Heidrich, J., Liese, A.D., Kalic, M., Winter-Enbergs, A., Wellmann, J., Roeder, N., Kerber, S., Breithardt, G., Scheld, H.H., Kleine-Katthofer, P. & Keil, U. (2002). Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit - Ergebnisse der EuroASPIRE I- und II-Studien in der Region Münster. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 127 (13), 667-672.
- Helou, A., Perleth, M., Bitzer, E.M., Dörning, H. & Schwartz, F.W. (1998). Methodische Qualität ärztlicher Leitlinien in Deutschland. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 92, 421-428.
- Helwig, A., Bower, D., Wolff, M. & Guse, C. (1998). Residents find clinical practice guidelines valuable as educational and clinical tools. *Family Medicine Journal*, 30 (6), 431-435.
- Hense, H.W. (2000). Epidemiology of arterial hypertension and implications for its prevention. 10-year results of the MONICA Study Augsburg. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 125 (46), 1397-1402.
- Hermanek, P., Mansmann, U., Altendorf-Hofmann, A., Hermanek jr, P., Riedl, S. & Staimmer, D. (1999). Vergleichende Beurteilung der onkologischen Ergebnisqualität beim colorectalen Carcinom. *Der Chirurg*, 70 (4), 407-414.
- Höpp, H.W., Schneider, C.A. & Hagemeister, J. (2001). *Problematik der Leitlinienakzeptanz*. Bericht über das Symposium der Paul - Martini - Stiftung "Perspektiven der Versorgungsforschung. Methoden zur Erfassung von Über-, Unter- und Fehlversorgung", Mainz.
- Hoppe, J-D. (2003). *Statement zur Pressekonferenz „Qualitätsentwicklung in der Medizin“* [Internet]. Verfügbar unter: [http://www.aeqz.de/projekte/projekt\\_abstracts/prj69\\_03/pdf/hoppepresse.pdf](http://www.aeqz.de/projekte/projekt_abstracts/prj69_03/pdf/hoppepresse.pdf) [10.01.2005].
- Hummers-Pradier, E., Hinrichs, I., Schroeter, M. & Kochen, M.M. (2000). Asthma bronchiale - Vorstellungen und Konzepte von Hausärzten. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 94 (5), 379-387.
- James, P.A., Cowan, T.M., Graham, R.P & Majeroni, B.A. (1997). Family physicians' attitudes about and use of clinical practice guidelines. *J Fam Pract*, 45 (4), 341-347.
- Kaiser, T., Ewers, H., Waltering, A., Beckwermert, D., Jennen, C. & Sawicki, P.T. (2004). Sind die Aussagen medizinischer Werbeprospekte korrekt?. *Arznei-telegramm*, 35, 21-23.

- Kassenärztliche Vereinigung Berlin. *Allgemeine Informationen zur Berliner Arzt- und Psychotherapeutenuche*. [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.kvberlin.de/STFrameset165/index.html?/Homepage/arztregister/allginfos.html> [06.03.2005].
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin. *Funktionen und Aufgaben der Hausärztlichen Versorgung*. [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.kvberlin.de/STFrameset165/index.html?/homepage/aufgaben/weiterbild/allgfk.html> [06.03.2005].
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin. (2003). *Haus- oder fachärztliche Versorgung*. [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.kvberlin.de/STFrameset165/index.html?/homepage/statistik/hausfacharztstatistik/> [06.03.2005].
- Kirchner, H & Ollenschläger, G. (2001). *Implementierung evidenzbasierter Leitlinien*. [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.aeqz.de/publikationen/pdfpraesentationen/foimplllhk0101.ppt> [15.03.2005].
- Kirchner, H., Fiene, M. & Ollenschläger, G. (2001). Disseminierung und Implementierung von Leitlinien im Gesundheitswesen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 126 (43), 1215-1220.
- Kirchner, H., Fiene, M. & Ollenschläger, G. (2003). Bewertung und Implementierung von Leitlinien. *Die Rehabilitation*, 42 (2), 74-82.
- Korzilius, H. (2004). Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit Horrorszzenario oder "zahnloser Tiger"? *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (24), C1372-C1373.
- Krüger-Brand, H.E. (2003). Studie: "European Physicians and the Internet" Der Einfluss des Internets wächst. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (20), B1110-B1111.
- Lang, E., Kastner, S., Liebig, K. & Neundörfer, B. (2002). Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Schmerz*, 16 (1), 22-33.
- Lasek, R. & Müller-Oerlinghausen, B. (1997). Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft - Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Arzneimitteltherapie. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 91 (4), 375-383.
- Lauterbach, K.W. (1998). Chancen und Grenzen von Leitlinien in der Medizin. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 92 (2), 99-105.
- Lauterbach, K.W. *Evidence Based Medicine* [Internet]. Verfügbar unter: [http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/studien/ebm/ebm\\_pdf/ebm.pdf](http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/studien/ebm/ebm_pdf/ebm.pdf) [03.02.2005].
- Lenzer, J. (2002). Alteplase for stroke: money and optimistic claims buttress the "Brain attack" campaign. *British Medical Journal*, 324 (7339), 723-729.
- Lomas, J., Anderson, G.M., Domnick-Pierre, K., Vayda, E., Enkin, M.W. & Hannah, W.J. (1989). Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *The New England journal of medicine*, 321 (19), 1306-1311.
- Main, D.S., Cohen, S.J. & Di Clemente, C.C. (1995). Measuring physician readiness to change cancer screening: preliminary results. *Am J Prev Med*, 11 (1), 54-58.
- McColl, A., Smith, H., White, P. & Field, F. (1998). General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *British Medical Journal*, 316 (7128), 361-365.

- Meining, A., Driesnack, U., Classen, M. & Rösch, T. (2002). Management of Gastroesophageal Reflux Disease in primary care: Results of a Survey in 2 Areas in Germany. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 40 (1), 15-20.
- Melander, H., Ahlqvist-Rastad, J., Meijer, G. & Beermann, B. (2003). Evidence b(i)ased medicine-selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. *British Medical Journal*, 326 (7400), 1171-1173.
- Moulding, N.T., Silagy, C.A. & Weller, D.P. (1999). A framework for effective management of change in clinical practice: dissemination and implementation of clinical practice guidelines. *Quality in health Care*, 8 (3), 177-183.
- Münstedt, K., Von Georgi, R., Zygmunt, M., Misselwitz, B., Stillger, R. & Künzel, W. (2002). Shortcomings and Deficits in Surgical Treatment of Gynecological Cancers: A German Problem only?. *Gynecologic Oncology*, 86 (3), 337-343.
- Newton, J., Knight, D. & Woolhead, G. (1996). General practitioners and clinical guidelines: a survey of knowledge, use and beliefs. *British Journal of General Practice*, 46 (410), 513-517.
- Niroomand, F. (2004). Das Individuum bleibt auf der Strecke. *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (26), 1496-1500.
- Olesen, F. & Lauritzen, T. (1997). Do general practitioners want guidelines? Attitudes toward a country - based and a national college - based approach. *Scand J Prim Health Care*, 5 (3), 141-145.
- Ollenschläger, G. (2002). *Instrumente für Qualitätsmanagement: Leitlinien-Implementierung*. [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.aezq.de/publikationen/pdfpraesentationen/follimplementdkg130302go.pdf> [10.01.2005].
- Ollenschläger, G. (2003). Ärztliches Zentrum leistet Kärnerarbeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (21), A1420-1421.
- Ollenschläger, G., Berenbeck, C., Löw, A., Stobrawa, F. & Kolkman, F-W. (2002). Nationales Programm für Versorgungs-Leitlinien bei der Bundesärztekammer – Methoden-Report. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 96 (8), 545-548.
- Ollenschläger, G., Kirchner, H. & Fiene, M. (2001). Leitlinien in der Medizin - scheitern sie an der praktischen Umsetzung?. *Internist*, 42 (4), 473-4, 477-483.
- Ollenschläger, G. & Thomeczek, C. (1996). Ärztliche Leitlinien Definitionen, Ziele, Implementierung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 90 (4), 347-353.
- Prochaska, J.O. & Di Clemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*, 51 (3), 390-395.
- Rabbata, S. & Rieser, S. (2003). Außerordentlicher Deutscher Ärztetag Die Politik geht auf die Ärzte zu. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (8), B383-B389.
- Richens, Y., Rycroft-Malone, J. & Morrell, C. (2004). Getting guidelines into practice: a literature review. *Nursing Standard*, 18 (50), 33-40.

- Robertson, N., Baker, R. & Hearnshaw, H. (1996). Changing the clinical behaviour of doctors: a psychological framework. *Quality in Health Care*, 5 (1), 51-54.
- Rosser, W.W. & Palmer, W.H. (1993). Dissemination of guidelines on cholesterol. Effect on patterns of practice of general practitioners and family physicians in Ontario. Ontario Task Force on the Use and Provision of Medical Services. *Can Fam Physician*, 39, 280-284.
- Ruof, J., Marz, W., Wollschlager, H., Neiss, A. & Wehling, M. (2002). Lipid-lowering medication for secondary prevention of coronary heart disease in a German outpatient population: the gap between treatment guidelines and real life treatment patterns. *Prev med*, 35 (1), 48-53.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. (1994). *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen*. Sachstandsbericht 1994. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. (1995). *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit*. Sondergutachten 1995. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. (2000/2001). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Addendum. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. (2000/2001). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Band. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what isn't. *British Medical Journal*, 312 (7023), 71-72.
- Schneider, C.A., Hagemeyer, J., Pfaff, H., Mager, G. & Höpp, H.W. (2001). Leitlinienadäquate Kenntnisse von Internisten und Allgemeinmedizinern am Beispiel der arteriellen Hypertonie. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 95 (5), 339-344.
- Schneider, F., Kratz, S., Bermejo, I., Menke, R., Mulert, C., Hegerl, U., Berger, M., Gaebel, W. & Härter, M. (2004). *Insufficient depression treatment in outpatient settings*. German Medical Science, 2 (Doc1), 1-14. [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/gms/2004-2/000011.shtml> [10.03.2005].
- Schrader, M., Weißbach, L. & Miller, K. (2004). Therapie von Hodentumoren. *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (39), C2111-2116.
- Schreiber, H.L. (1993). Standard und Neuland, z.B. Laparoskopische Chirurgie. In R. Häring (Hrsg.), *Chirurgie und Recht*. (S. 223-229). Berlin: Blackwell.
- Schulte-Sasse, H. (2003). Evidenzbasiertes Wissen wird immer wichtiger. *Berliner Ärzte*, 5, 14-15.
- Smith, W.R. (2000). Evidence for the effectiveness of techniques to change physician behaviour. *Chest*, 118 (2) Supplement, 8S-17S.



- Solberg, L.I. (2000). Guideline Implementation: What the literature doesn't tell us. *Joint commission journal on quality improvement*, 26 (9), 525-537.
- Switzer, G.E., Halm, E.A., Chang, C.C., Mittman, B.S., Wals, M.B. & Fine, M.J. (2003). Physician awareness and self-reported use of local and national guidelines for community-acquired pneumonia. *J Gen Intern Med*, 18 (10), 816-823.
- The AGREE Collaboration. (2001). *Appraisal of Guidelines for research & Evaluation (AGREE) Instrument* [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.agreecollaboration.org> [15.01.2005].
- The AGREE Collaboration. Writing Group: Cluzeau, F., Burgers, J., Brouwers, M., Grol, R., Mäkelä, M., Littlejohns, P., Grimshaw, J. & Hunt, C. (2003). Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Quality and Safety in Health Care*, 12 (1), 18-23.
- Troschke, J.v. (2001). *Die Kunst ein guter Arzt zu werden*. Bern: Huber.
- Tunis, S.R., Hayward, R.S.A., Wilson, M.C., Rubin, H.R., Bass, E.B., Johnston, M. & Steinberg, E.P. (1994). Internists' attitudes about clinical practice guidelines. *Annals of Internal Medicine*, 120 (11), 956-963.
- Wagner, N., Pittrow, D., Kirch, W., Küpper, B., Krause, P., Höfler, M., Bramlage, P. & Wittchen, H.U. (2004). Leitlinienorientierung deutscher Hausärzte bei der Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie und des Diabetes mellitus. *Sozial- und Präventivmedizin*, 49 (4), 261-268.
- Watkins, C., Harvey, I., Langley, C., Gray, S. & Faulkner, A. (1999). General practioners' use of guidelines in the consultation and their attitudes to them. *British Journal of General Practice*, 49 (438), 11-15.
- Wenzel, U., Röben, T., Schwietzer, G. & Stahl, R.A.K. (2001). Die Therapie der arteriellen Hypertonie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 126 (51-52), 1454-1459.
- Wolff, M., Bower, D.J., Marbella, A.M. & Casanova, J.E. (1998). US family physicians' experiences with practice guidelines. *Family Medicine Journal*, 30 (2), 117-121.
- Wolf-Maier, K., Cooper, R.S., Banegas, J.R., Giampaoli, S., Hense, H.W., Joffres, M., Kastarinen, M., Poulter, N., Primatesta, P., Rodriguez-Artalejo, F., Stegmayr, B., Thamm, M., Tuomilehto, J., Vanuzzo, D. & Vescio, F. (2003). Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *JAMA*, 289 (18), 2363-2369.
- Woolf, S.H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M. & Grimshaw, J. (1999). Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *British Medical Journal*, 318 (7182), 527-530.
- Worrall, G., Chaulk, P. & Freake, D. (1997). The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review. *CMAJ*, 156 (12), 1705-1712.
- Worrall, G., Chaulk, P., Freake, D. & Kerrivan, T. (1996). Attitudes of rural family physicians to clinical practice guidelines: a cross-sectional survey. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 1 (2), 71-79.

## **ANHANG**

- A:** Fragebogen
- B:** Anschreiben zum Fragebogen
- C:** Erinnerungsschreiben zum Fragebogen
- D:** Skala zur Einstellung gegenüber Leitlinien:  
SPSS-Ausdrucke Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse
- E:** Skala zu Barrieren der Leitlinienanwendung:  
SPSS-Ausdrucke Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse
- F:** Wunsch nach speziellen Leitlinien
- G:** Lebenslauf
- H:** Erklärung der Antragstellerin

**LIMAH: Leitlinien in der Medizin – Ansichten Berliner Hausärzte**

1. Die Einstellung gegenüber Leitlinien ist höchst unterschiedlich. Wie ist Ihre Meinung?

	Stimme ich überhaupt nicht zu				Stimme ich völlig zu			
	▼				▼			
• Leitlinien stellen eine Art „Kochbuchmedizin“ dar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien sind dazu gedacht, die Behandlungsqualität zu verbessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien schränken die benötigte Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung zu sehr ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien sind dazu gedacht, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien beschränken die ärztliche Therapiefreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien sind eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissenstandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien schränken das eigene Denken zu stark ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien stellen einen bequemen Ratgeber dar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien werden die Häufigkeit von Regressansprüchen oder Disziplinarverfahren erhöhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinie sind gute didaktische Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien werden meist von Experten entwickelt, die nur wenig vom Praxisalltag verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Leitlinien werden immer wieder als (Teil)Lösung für verschiedene Probleme unseres Gesundheitssystems ins Gespräch gebracht. Allerdings gehen die Meinungen darüber auseinander, ob und wie stark die im Folgenden aufgeführten Probleme überhaupt existieren und ob Leitlinien tatsächlich dagegen helfen. Wie ist Ihre Meinung?

	Existiert dieses Problem?			Können Leitlinien dieses Problem lösen?	
	(eher) Nein	(eher) Ja		(eher) Nein	(eher) Ja
• Es bestehen Schwankungen in der Behandlungsqualität zwischen verschiedenen Ärzten	▼ <input type="checkbox"/>	▼ <input type="checkbox"/>	wenn (eher) Ja →	▼ <input type="checkbox"/>	▼ <input type="checkbox"/>
• Im deutschen Gesundheitssystem gibt es ein Nebeneinander von Über/Unter/Fehlversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn (eher) Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung ist insgesamt gesehen verbesserungswürdig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn (eher) Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Patienten werden nicht nach dem aktuellsten, wissenschaftlich begründeten Stand des Wissens behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn (eher) Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Die Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten werden nicht in dem Maße berücksichtigt, wie die Patienten es sich wünschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn (eher) Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Es werden unnötige Kosten verursacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn (eher) Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Die Öffentlichkeit ist nicht ausreichend über notwendige und allgemein übliche ärztliche Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn (eher) Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Für wie sinnvoll halten Sie Leitlinien im Vergleich zu anderen Informationsquellen für das Treffen Ihrer medizinischen Entscheidungen?

<u>Andere Informationsquellen:</u>	Leitlinien sind weniger sinnvoll	Beides ist gleich sinnvoll	Leitlinien sind sinnvoller
• Kongresse/Tagungen/Fortbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diskussion/Austausch mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Informationen der pharmazeutischen Industrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Klinische Erfahrungen mit Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualitätszirkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Eigene Literaturrecherche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Informationen von Fachgesellschaften/Berufsverbänden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fachzeitschriften/Fachbücher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie hat sich bei Ihnen die Anwendung von Leitlinien insgesamt auf die Qualität Ihrer Behandlungen ausgewirkt?

- Habe noch nie Leitlinien angewendet  → weiter mit Frage 6  
 Leitlinien hatten überhaupt keinen Einfluß auf die Qualität der Behandlungen   
 Insgesamt betrachtet hatten Leitlinien (eher) eine Verschlechterung der Qualität zur Folge   
 Insgesamt betrachtet hatten Leitlinien (eher) eine Verbesserung der Qualität zur Folge   
 Verschlechterung und Verbesserung glichen sich über alle Patienten hinweg in etwa aus

5 a: Haben Sie auch in den letzten 6 Monaten Leitlinien angewendet?  Ja  Nein → weiter mit Frage 6

5 b: Welche konkrete(n) Leitlinie(n) haben Sie in den letzten 6 Monaten angewendet? (Bei mehr als 3 angewendeten Leitlinien tragen Sie bitte die 3 am häufigsten genutzten Leitlinien in die untenstehende Tabelle ein)

Erkrankung /Symptom	Herausgeber	Jahr des Erscheinens	geschätzte Anwendungshäufigkeit bei den Patienten mit der jeweiligen Erkrankung /Symptom (bitte entsprechendes ankreuzen)			eher bei leichten oder eher bei schwierigen Fällen? L=Leicht S=Schwer K=Kein Unterschied
			< 1/3	1/3 - 2/3	>2/3	
1)						
2)						
3)						

Konkrete Angaben sind nicht möglich, weil: \_\_\_\_\_ → weiter mit Frage 6

5 c: Falls Sie alle 3 Felder ausgefüllt haben: Wie viele Leitlinien haben Sie in den letzten 6 Monaten noch angewendet? \_\_\_\_\_

5 d: Was macht die von Ihnen in Frage 5b unter Position 1 genannte Leitlinie so gut, dass Sie diese anwenden? Bitte nennen Sie die Ihnen wichtigsten Vorteile, die diese Leitlinie auszeichnet in 1-3 kurzen Stichworten.

\_\_\_\_\_

6 Gibt es spezielle Erkrankungen/Symptome, für die Sie bisher keine Leitlinien angewendet haben, aber für die Sie sich gute Leitlinien wünschen würden?

Nein  Ja → für welche Erkrankungen/Symptome: \_\_\_\_\_

7 Die Anwendung von Leitlinien kann (neben der grundsätzlichen Ablehnung von Leitlinien) durch weitere, verschiedene Faktoren erschwert werden. Im Folgenden führen wir einige davon auf. Uns interessiert, wie problematisch sich diese für Sie darstellen. Dies gilt wie immer unabhängig davon, ob Sie Leitlinien anwenden oder nicht.

	Empfinde ich überhaupt nicht als Problem				Empfinde ich als sehr großes Problem
	▼	▼	▼	▼	▼
• Mangelnde eigene Übereinstimmung mit den inhaltlichen Empfehlungen der Leitlinie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mangelnde Aktualität der Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mangelndes Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Autoren der Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nutzerunfreundliche Formate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kosten für die Beschaffung von Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Unklare juristische Position von Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mangelnder Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Komplizierte Anwendbarkeit von Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Widersprüchliche Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwierigkeit, die eigenen Routinen und Gewohnheiten zu ändern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andersartige Vorstellungen von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwieriges Auffinden guter Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mangelnde Anreize zur Leitlinienanwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zeitmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mangelnde Vertrautheit mit den Leitlinieninhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Sollten Patienten und/oder Patientenvertreter an der Entwicklung von Leitlinien mitarbeiten?

- Ja     Nein     Ist mir egal

9. Sollte es spezielle Leitlinienversionen für Patienten geben?

- Ja     Nein     Ist mir egal

10. Leitlinien werden immer mehr nach den Prinzipien der Evidence-based Medicine (EbM) erstellt. Die Einstellung zu EbM ist aber sehr unterschiedlich. Wie ist Ihre Meinung?

Der Begriff Evidence-based Medicine (EbM) sagt mir nichts → weiter mit Frage 11

	Stimme ich überhaupt nicht zu					Stimme ich völlig zu			
	▼					▼			
• Leitlinien sollten grundsätzlich nach Prinzipien der EbM erstellt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Die Studiendaten, die für EbM benutzt werden, sind durch die Pharmazeutische Industrie zu ihren Gunsten beeinflusst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Das Praktizieren von EbM verbessert die Behandlungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• EbM führt bei den Erkrankungen, für die es keine Studiendaten gibt, zu einer Verschlechterung in der Patientenversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wenn ich die Garantie hätte, dass Leitlinien wirklich nach EbM-Kriterien erstellt werden, würde ich sie vermehrt anwenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Stimmen Sie mit der Haltung der ärztlichen Selbstverwaltung zum Thema Leitlinien überein?

- Ja, denn deren ablehnende Haltung entspricht meiner Haltung      
 Ja, denn deren zustimmende Haltung entspricht meiner Haltung      
 Nein, denn deren Haltung ist mir zu ablehnend      
 Nein, denn deren Haltung ist mir zu positiv      
 Kenne deren Haltung nicht gut genug

12. Mit ungefähr wie vielen Leitlinien haben Sie sich bisher inhaltlich auseinandergesetzt? \_\_\_\_\_  Keine

13. Welche Aspekte vermissen Sie generell bei Leitlinien?

	Vermissen ich überhaupt nicht					Vermissen ich sehr			
	▼					▼			
• Angaben zur Lebensqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Angaben zu den Kosten der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vergleichende Darstellung mehrerer Therapieoptionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Genaue Medikamentendosierungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nichtmedikamentöse Alternativen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Angaben über die Wirksamkeit der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Alternative Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Haben Sie zu Hause oder in der Praxis Zugang zum Internet?

- Ja, Zuhause     Ja, in der Praxis     Ja, Zuhause und in der Praxis     Nein → weiter mit Frage 17

15. Kennen und nutzen Sie die folgenden 2 Internetseiten?

	<i><b>Kennntnis</b></i>			<i><b>Nutzen</b></i>	
	Nein	Ja		Nein	Ja
• <a href="http://www.AWMF-online.de">http://www.AWMF-online.de</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <a href="http://www.leitlinien.de">http://www.leitlinien.de</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Welche anderen Internetseiten zum Thema Leitlinien nutzen Sie?  Keine

17. Wie gut kennen Sie die folgenden Leitlinien/ Berichte?

	Kenne ich überhaupt nicht					Kenne ich sehr gut			
	▼					▼			
• Leitlinien-Clearingberichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nationale Versorgungsleitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Verwalten Sie Ihre Patientendaten mittels einer elektronischen Patientenakte?  Ja  Nein → weiter mit Frage 20

19. Nehmen wir an, Sie könnten von der elektronischen Patientenakte mit einem Mausklick direkt auf den Abschnitt einer Leitlinie zugreifen, der Sie bei diesem Patienten mit seinen gegebenen Diagnosen interessiert. Was glauben Sie, welchen Einfluß dies auf Ihre Leitliniennutzung hätte?

Überhaupt keine Zunahme der Leitliniennutzung

Sehr große Zunahme der Leitliniennutzung

▼

▼

20. Waren oder sind Sie Mitglied eines Qualitätszirkels?

- Ja → Haben Sie dort an der Entwicklung/Adaptierung einer Leitlinie mitgearbeitet?  Ja  Nein
- Nein

21 a: Wie gut fühlen Sie sich über die Aufgaben des **ÄZQ** (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, vormals Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung) informiert?

Überhaupt nicht informiert

Sehr gut informiert

▼

▼

21 b: Ist Ihnen die oben angesprochene Umbenennung des ÄZQ in diesem Jahr zur Kenntnis gelangt?  Ja  Nein

22. Wie stehen Sie generell der Einrichtung eines zentralen Institutes gegenüber, das auf nationaler Ebene Leitlinien entwickelt?

Bin ich sehr dagegen

Bin ich sehr dafür

▼

▼

23. Überwiegen Ihrer Einschätzung nach die Vorteile von Qualitätssicherungsprogrammen gegenüber den Nachteilen?

- Nein**  **eher Nein**  **teils/teils**  **eher Ja**  **Ja**

Nun bitten wir Sie noch um ein paar allgemeine Angaben zu Ihrer Person:

24. Geschlecht und Alter :  Weiblich  Männlich Alter:

25. In welchem Land haben Sie Ihr Medizinstudium begonnen?

- vor Oktober 1990:  ehemalige BRD  ehemalige DDR  Sonstiges Land: \_\_\_\_\_
- ab Oktober 1990:  Bundesrepublik Deutschland  Sonstiges Land: \_\_\_\_\_

26. Anzahl der Jahre, die Sie nach Abschluß des Medizinstudiums bisher ärztlich tätig sind:

27. a: Zulassungsfachgebiet:  Allgemeinmedizin  Innere Medizin  
 Praktischer Arzt/Ärztin  Arzt/ Ärztin

27 b: Facharzt/ärztin für, nur wenn vom Zulassungsfachgebiet abweichend:  Innere Medizin  Allgemeinmedizin  
(Mehrfachantworten möglich)  Sonstiges: \_\_\_\_\_

28. In welchem Bezirk liegt Ihre Praxis:  Mitte  Friedrichshain-Kreuzberg  Pankow  Spandau  
 Steglitz-Zehlendorf  Charlottenburg-Wilmersdorf  Tempelhof-Schöneberg  Neukölln  
 Marzahn-Hellersdorf  Lichtenberg-Hohenschönhausen  Treptow-Köpenick  Reinickendorf

29. Gesamtzahl aller in Ihrer Praxis tätigen Ärzte (Bitte zählen Sie sich selbst und ÄiP/AiP auch mit):

30. Sagen Sie uns bitte noch zum Abschluß, wie viele Kassenscheine pro Quartal Ihre Praxis ungefähr hat: \_\_\_\_\_

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens !

Bitte schicken Sie nun den Fragebogen im beigelegten Freiumschlag an uns zurück.



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,  
Sehr geehrte Damen und Herren,

Berlin, den 21.06.2003

Leitlinien in der Medizin sind ein Thema, das in zunehmendem und kontroversem Maße in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung diskutiert wird. Was Politiker und Funktionäre denken, kann man den Medien entnehmen - aber was denken Sie? Uns interessieren die Ansichten der Ärzte und Ärztinnen, die wie Sie direkt Patienten versorgen.

**Ihre Meinung ist uns wichtig, ganz gleich wie ihre Einstellung Leitlinien gegenüber ist. Dabei ist es unerheblich, ob Sie Leitlinien anwenden oder nicht.**

Bei unserer Studie LIMAH (Leitlinien in der Medizin – Ansichten Berliner Hausärzte) handelt es sich um eine wissenschaftliche Untersuchung auf der Grundlage einer zufällig ausgewählten Stichprobe von Hausärzten in Berlin. Die Adressen haben wir dem Arztsuchsystem der Ärztekammer und KV-Berlin im Internet entnommen. Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Untersuchung freiwillig. Allerdings sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen, um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen. Für repräsentative Ergebnisse ist es besonders wichtig, dass sich möglichst viele der ausgewählten Personen an der Studie beteiligen, um so eine hohe Antwortquote zu erzielen. Anstelle der Nichtantwortenden können wir nicht einfach andere Ärzte befragen.

Selbstverständlich arbeiten wir gemäß den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen, alle Ergebnisse werden ausschließlich in anonymisierter Form dargestellt. Im Fragebogen wird weder Ihr Name noch Ihre Adresse erfragt. Ein Freiumschlag liegt dem Fragebogen bei.

Bitte machen Sie mit.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit im Voraus und mit freundlichen Grüßen

Andrea Kunz  
Ärztin

Dr. Hans Anand Pant  
Institut für Prävention und  
psychosoziale Gesundheitsforschung

---

**Einige kurze Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:**

Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie

- ein Kreuz in das jeweils zutreffende Kästchen machen:
  - oder die entsprechenden Zahlen in die Felder eintragen:
  - oder etwas auf die vorgegebene Zeile schreiben: Klarheit
- 

Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung. Entweder per E- Mail: [limah@ipg-berlin.de](mailto:limah@ipg-berlin.de) oder telefonisch unter 8385-5757 (Sekretariat Fr. Plonska). Bei Interesse an den Studienergebnissen können Sie diese ab Anfang 2004 über das Internet (<http://www.fu-berlin.de/ipg/projekte>) abrufen.



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,  
Sehr geehrte Damen und Herren,

Berlin, den 15.07.2003

Sie haben von uns vor circa 3 Wochen einen Fragebogen zum Thema „Leitlinien in der Medizin“ erhalten. Da unsere Befragung absolut anonym verläuft und wir nicht wissen, wer uns geantwortet hat, bekommen Sie dieses Schreiben auch dann, wenn Sie uns schon geantwortet haben. In diesem Fall möchten wir uns an dieser Stelle noch einmal ganz herzlich bei Ihnen bedanken!

An alle anderen möchten wir heute die ganz herzliche Bitte richten, uns doch noch zu antworten.

Aufgrund einiger Nachfragen hier noch folgende Anmerkungen:

- Es handelt sich um ein rein universitäres Forschungsprojekt ohne externen Auftraggeber.
- 1. Falls Sie ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind, bitten wir Sie, uns dennoch zu antworten. Vermerken Sie dies einfach auf dem Fragebogen und füllen Sie nur die Fragen 24, 27 und 28 auf der letzten Seite aus.
- Wir treten nicht an, um uns für oder gegen Leitlinien einzusetzen. Sondern uns interessiert, was Berliner Hausärzte über Leitlinien denken, weil dies nahezu unbekannt ist.

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme an der Untersuchung nach wie vor freiwillig. Natürlich arbeiten wir gemäß den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen und alle Ergebnisse werden ausschließlich in anonymisierter Form dargestellt.

Falls Sie noch einen Fragebogen benötigen, schicken wir Ihnen gerne noch einen zu (Tel: 83855757). Der Fragebogen kann auch über das Internet (<http://www.ipg-berlin.de/projekte/limah.html>) heruntergeladen werden.

**Wir sind Ihnen für das Ausfüllen des Fragebogens sehr dankbar.**

Mit freundlichen Grüßen

Andrea Kunz  
Ärztin

Dr. Hans Anand Pant  
Institut für Prävention und  
psychosoziale Gesundheitsforschung

Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung. Entweder per E- Mail: [limah@ipg-berlin.de](mailto:limah@ipg-berlin.de) oder telefonisch unter Tel: 8385-5757 (Sekretariat Fr. Plonska). Bei Interesse an den Studienergebnissen können Sie diese ab Anfang 2004 über das Internet (<http://www.fu-berlin.de/ipg/projekte/limah.html>) abrufen.



```

FACTOR
/VARIABLES ekoch equalver eflexein ekostsen ethefrei eobjwiss
ebequrat
egutedid /MISSING LISTWISE /ANALYSIS ekoch equalver eflexein
ekostsen
ethefrei eobjwiss ebequrat egutedid
/PRINT INITIAL EXTRACTION ROTATION
/FORMAT SORT
/PLOT EIGEN
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25)
/ROTATION VARIMAX
/METHOD=CORRELATION .
    
```

**Kommunalitäten**

	Anfänglich	Extraktion
EKOCH Leitlinien stellen eine Art Kochbuchmedizin dar	1,000	,419
EQUALVER Leitlinien sind dazu gedacht, die Behandlungsqualität zu verbessern	1,000	,650
EFLEXEIN Leitlinien schränken die benötigte Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung zu sehr ein	1,000	,692
EKOSTSEN Leitlinien sind dazu gedacht, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken	1,000	,866
ETHEFREI Leitlinien beschränken die ärztliche Therapiefreiheit	1,000	,627
EOBJWISS Leitlinien sind eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissenstandes	1,000	,567
EBEQURAT Leitlinien stellen einen bequemen Ratgeber dar	1,000	,275
EGUTEDID Leitlinien sind gute didaktische Mittel	1,000	,543

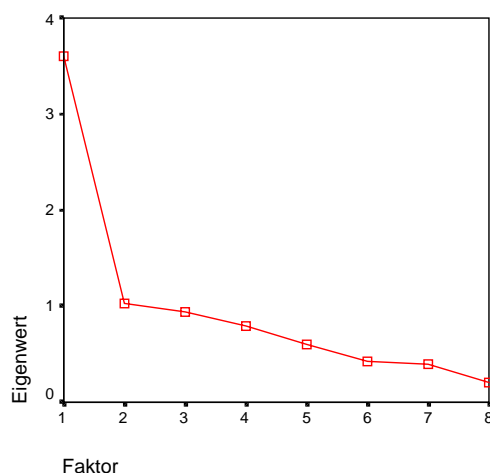
Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

**Erklärte Gesamtvarianz**

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	3,603	45,042	45,042	3,603	45,042	45,042	3,486	43,573	43,573
2	1,035	12,938	57,980	1,035	12,938	57,980	1,153	14,407	57,980
3	,941	11,757	69,737						
4	,796	9,949	79,686						
5	,597	7,469	87,155						
6	,425	5,319	92,473						
7	,395	4,937	97,410						
8	,207	2,590	100,000						

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

**Screeplot**





```

/VARIABLES bübinhal baktuali bglaubun bformate bkosten bjurpos bbekannt
bkompanw bwidleit broutine bvorspat bauffind banreize bzeitman bvertrau
/MISSING LISTWISE /ANALYSIS bübinhal baktuali bglaubun bformate bkosten
bjurpos bbekannt bkompanw bwidleit broutine bvorspat bauffind banreize
bzeitman bvertrau
/PRINT INITIAL EXTRACTION ROTATION
/PLOT EIGEN ROTATION
/CRITERIA FACTORS(2) ITERATE(25)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25) DELTA(0)
/ROTATION OBLIMIN
/METHOD=CORRELATION .

```

Kommunalitäten

	Anfänglich	Extraktion
Mangelnde eigene Übereinstimmung mit den inhaltlichen Empfehlungen der Leitlinie	1,000	,381
Mangelnde Aktualität der Leitlinien	1,000	,549
Mangelndes Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Autoren der Leitlinien	1,000	,549
Nutzerunfreundliche Formate	1,000	,498
Kosten für die Beschaffung von Leitlinien	1,000	,385
Unklare juristische Position von Leitlinien	1,000	,635
Mangelnder Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien	1,000	,335
Komplizierte Anwendbarkeit von Leitlinien	1,000	,566
Widersprüchliche Leitlinien	1,000	,472
Schwierigkeit, die eigenen Routinen und Gewohnheiten zu ändern	1,000	,508
Andersartige Vorstellungen von Patienten	1,000	,352
Schwieriges Auffinden guter Leitlinien	1,000	,465
Mangelnde Anreize zur Leitlinienanwendung	1,000	,477
Zeitmangel	1,000	,347
Mangelnde Vertrautheit mit den Leitlinieninhalten	1,000	,622

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

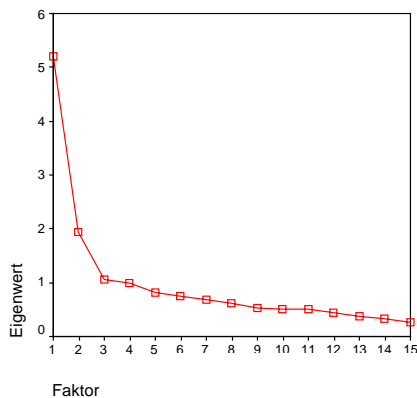
Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	
1	5,202	34,679	34,679	5,202	34,679	34,679	4,652
2	1,940	12,932	47,611	1,940	12,932	47,611	3,569
3	1,059	7,058	54,669				
4	,994	6,628	61,296				
5	,810	5,401	66,698				
6	,755	5,033	71,731				
7	,675	4,497	76,228				
8	,619	4,126	80,354				
9	,521	3,476	83,830				
10	,508	3,388	87,218				
11	,505	3,363	90,581				
12	,448	2,988	93,570				
13	,372	2,479	96,049				
14	,327	2,180	98,229				
15	,266	1,771	100,000				

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

- a. Wenn Komponenten korreliert sind, können die Summen der quadrierten Ladungen nicht addiert werden, um eine Gesamtvarianz zu erhalten.

Screepplot



Komponentenkorrelationsmatrix

Komponente	1	2
1	1,000	,354
2	,354	1,000

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.  
Rotationsmethode: Oblimin mit Kaiser-Normalisierung.

Komponentenmatrix<sup>a</sup>

	Komponente	
	1	2
Mangelnde eigene Übereinstimmung mit den inhaltlichen Empfehlungen der Leitlinie	,604	-,126
Mangelnde Aktualität der Leitlinien	,598	-,437
Mangendes Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Autoren der Leitlinien	,667	-,321
Nutzerunfreundliche Formate	,678	-,197
Kosten für die Beschaffung von Leitlinien	,562	-,263
Unklare juristische Position von Leitlinien	,682	-,412
Mangelnder Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien	,551	,178
Komplizierte Anwendbarkeit von Leitlinien	,752	2,776E-02
Widersprüchliche Leitlinien	,614	-,309
Schwierigkeit, die eigenen Routinen und Gewohnheiten zu ändern	,389	,598
Andersartige Vorstellungen von Patienten	,407	,432
Schwieriges Auffinden guter Leitlinien	,676	8,572E-02
Mangelnde Anreize zur Leitlinienanwendung	,497	,480
Zeitmangel	,457	,372
Mangelnde Vertrautheit mit den Leitlinieninhalten	,563	,551

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

a. 2 Komponenten extrahiert

Mustermatrix<sup>a</sup>

	Komponente	
	1	2
Mangelnde eigene Übereinstimmung mit den inhaltlichen Empfehlungen der Leitlinie	,552	,143
Mangelnde Aktualität der Leitlinien	,783	-,164
Mangendes Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Autoren der Leitlinien	,748	-2,03E-02
Nutzerunfreundliche Formate	,662	,105
Kosten für die Beschaffung von Leitlinien	,624	-1,04E-02
Unklare juristische Position von Leitlinien	,827	-,102
Mangelnder Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien	,282	,415
Komplizierte Anwendbarkeit von Leitlinien	,548	,357
Widersprüchliche Leitlinien	,698	-3,18E-02
Schwierigkeit, die eigenen Routinen und Gewohnheiten zu ändern	-,158	,753
Andersartige Vorstellungen von Patienten	-1,87E-02	,600
Schwieriges Auffinden guter Leitlinien	,447	,380
Mangelnde Anreize zur Leitlinienanwendung	1,320E-02	,686
Zeitmangel	6,498E-02	,563
Mangelnde Vertrautheit mit den Leitlinieninhalten	9,558E-03	,785

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Oblimin mit Kaiser-Normalisierung.

a. Die Rotation ist in 5 Iterationen konvergiert.

Strukturmatrix

	Komponente	
	1	2
Mangelnde eigene Übereinstimmung mit den inhaltlichen Empfehlungen der Leitlinie	,603	,338
Mangelnde Aktualität der Leitlinien	,725	,114
Mangendes Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Autoren der Leitlinien	,740	,244
Nutzerunfreundliche Formate	,699	,339
Kosten für die Beschaffung von Leitlinien	,620	,211
Unklare juristische Position von Leitlinien	,791	,191
Mangelnder Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien	,429	,515
Komplizierte Anwendbarkeit von Leitlinien	,674	,551
Widersprüchliche Leitlinien	,686	,215
Schwierigkeit, die eigenen Routinen und Gewohnheiten zu ändern	,109	,697
Andersartige Vorstellungen von Patienten	,194	,593
Schwieriges Auffinden guter Leitlinien	,582	,539
Mangelnde Anreize zur Leitlinienanwendung	,256	,691
Zeitmangel	,264	,586
Mangelnde Vertrautheit mit den Leitlinieninhalten	,288	,788

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Oblimin mit Kaiser-Normalisierung.

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S   -   S C A L E   ( A L P H A )

		Mean	Std Dev	Cases
1.	BÜBINHAL	3,0805	1,3275	174,0
2.	BAKTUALI	3,3563	1,2491	174,0
3.	BGLAUBUN	3,4023	1,2627	174,0
4.	BFORMATE	3,2644	1,3639	174,0
5.	BKOSTEN	2,8276	1,3953	174,0
6.	BJURPOS	3,2989	1,3525	174,0
7.	BBEKANNT	3,5172	1,2199	174,0
8.	BKOMPANW	3,3506	1,1521	174,0
9.	BWIDLEIT	3,4425	1,2514	174,0
10.	BROUTINE	2,7989	1,2305	174,0
11.	BVORSPAT	3,2299	1,3870	174,0
12.	BAUFFIND	3,4770	1,1515	174,0
13.	BANREIZE	3,0920	1,2824	174,0
14.	BZEITMAN	3,2586	1,3372	174,0
15.	BVERTRAU	3,0402	1,1548	174,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	48,4368	123,1260	11,0962	15

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
BÜBINHAL	45,3563	107,0862	,5197	,8486
BAKTUALI	45,0805	108,7681	,4912	,8501
BGLAUBUN	45,0345	106,7849	,5651	,8463
BFORMATE	45,1724	105,0452	,5802	,8452
BKOSTEN	45,6092	107,6152	,4685	,8516
BJURPOS	45,1379	105,1254	,5831	,8450
BBEKANNT	44,9195	109,5889	,4718	,8511
BKOMPANW	45,0862	105,8480	,6729	,8415
BWIDLEIT	44,9943	108,3641	,5065	,8493
BROUTINE	45,6379	112,6254	,3441	,8575
BVORSPAT	45,2069	110,9627	,3504	,8581
BAUFFIND	44,9598	107,6573	,5918	,8455
BANREIZE	45,3448	109,8226	,4337	,8531
BZEITMAN	45,1782	110,3207	,3922	,8556
BVERTRAU	45,3966	109,4892	,5091	,8494

R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S   -   S C A L E   ( A L P H A )

Reliability Coefficients

N of Cases = 174,0

N of Items = 15

Alpha = ,8585

Erkrankungen, für die bisher keine Leitlinien angewendet wurden, aber für die gute Leitlinien gewünscht werden	Häufigkeit der Nennung
Diabetes mellitus	11
Hypertonie	9
Rheumatische Erkrankungen	8
Hyperlipidämie	6
Depression	5
COPD	3
Demenz	3
Herzinsuffizienz	3
Onkologische Erkrankungen o.n.A.	3
Osteoporose	3
Venenthrombose	3

AIDS	1
Aktualisierte rationelle Antibiotikatherapie	1
Alkoholtoxische Neuropathie	1
Alternative Antikoagulation	1
Asthma bronchiale	2
AVK	2
Borreliose	1
Bronchitis	1
Chronisch rezidivierende Diarrhoe	1
Degenerative Gelenkerkrankungen/Arthrosen	1
Endokrinologische Erkrankungen o.n. A.	2
Für alle Erkrankungen	1
Geriatrische assessments	1
Hämatologische Erkrankungen o.n.A.	2
Helicobacter-Therapie	2
Hepatitis	1
Herzerkrankungen	1
Herzrhythmusstörungen	2
Impfungen	1
Infekte	1
Infektionen der oberen Luftwege	1
Infektionskrankheiten	1
Kardiologie	1
Keine nähere Angabe	1
KHK	2
Krankheiten des Bewegungsapparates	1
Laryngitis	1
Lumbago-Ischialgie	1
Mammacarcinom	2
Morbus Alzheimer	1
MS	1
Postmenopausale Hormonersatztherapie	1
Psychische Erkrankungen	2
Refluxkrankheit Ösophagus	1
Rückenerkrankungen	1
Rückenschmerzen	1
Schilddrüsenerkrankungen	1
Schizophrenie	1
Schmerztherapie	2
Schwindel	1
Seltene Krankheiten	1
Stoffwechselerkrankungen	1
Ulcus cruris	1
Umweltbedingte Erkrankungen	1
Verdauungsinsuffizienz	1

Andrea Ursula Kunz

Geboren am 19.10.1968 in Brackenheim (Baden-Württemberg)

- 1988: Abitur an der Schadow-Oberschule, Berlin-Zehlendorf
- 1988: Beginn des Medizinstudiums an der FU-Berlin
- 1990: Physikum
- 1991: 1. Staatsexamen
- 1992/1993: Famulaturen in der Radiologie, der Inneren Medizin, Naturheilkunde/ Allgemeinmedizin und im Robert Koch-Institut
- 1994: 2. Staatsexamen
- 1994/1995: Praktisches Jahr in den Fächern Innere Medizin, Chirurgie und Psychosomatik
- 1995: 3. Staatsexamen mit Abschluß des Medizinstudiums
- 1995-1997: Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Virologie der Charite im Rahmen eines DFG-Projektes zur DNA-Protein- Interaktion von Klasse III-Restriktionsendonukleasen
- 1998/1999: Ärztin im Praktikum im Zentrallabor des Auguste-Viktoria-Krankenhauses, Berlin-Schöneberg
- 2000-09/2002: Assistenzärztin im Zentrallabor des Auguste-Viktoria-Krankenhauses. Darin 1 Jahr Weiterbildung in der Abteilung für Innere Medizin des Auguste-Viktoria-Krankenhauses
- 10/2001-10/2003: Weiterbildungsstudium an der FU-Berlin „Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung“
- Seit Januar 2004: Ärztin in dem von der GTZ geförderten Programm „Reduktion der HIV Mutter-Kind Übertragung und Antiretrovirale Therapie in Subsahara-Afrika“
- März 2005: Master of Public Health (MPH)  
Masterarbeit: Eine empirische Untersuchung zum Thema „Leitlinien in der Medizin“

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, und ohne fremde Hilfe angefertigt, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommene Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit wurde weder vorher noch gleichzeitig bei einer anderen Institution eingereicht. Diese Studie wurde – abgesehen von einem Teil der Kopierarbeiten, die im Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung der Freien Universität Berlin vorgenommen wurden – ausschließlich durch mich selbst finanziert.

Berlin, den 15.03.2005

Andrea Ursula Kunz



Mit der Aufstellung und Ausleihe dieser Arbeit (einschließlich auszugsweiser Kopien) in der Bibliothek bin ich einverstanden. Alle übrigen Rechte behalte ich mir vor. Zitate sind nur mit vollständigen bibliographischen Angaben und dem Vermerk „unveröffentlichtes und unkorrigiertes Manuskript einer wissenschaftlichen Abschlussarbeit“ zulässig.

Berlin, den 15.03.2005

Andrea Ursula Kunz