

**GASTKOMMENTAR**

# Nationale Versorgungsleitlinien – Gute Versorgung mit Augenmaß beschreiben

Wer in der Patientenversorgung tätig ist, hat mitunter ein gespaltenes Verhältnis zu Leitlinien. Einerseits ist eine aktuelle, zusammenfassende Übersicht und Bewertung der vorliegenden Studiendaten hilfreich. Denn kaum jemand hat die Zeit, neben dem Klinikalltag alle neuen Studien zum eigenen Fachgebiet ausführlich und kritisch zu lesen. Andererseits passen Leitlinienempfehlungen nicht immer zur gerade anstehenden klinischen Entscheidung, oft sind Leitlinien schwer verdaulich und kompliziert und nicht immer sind sie brandaktuell. Zu guter Letzt gibt es zu einigen Indikationen mehrere nationale und internationale Leitlinien, die sich teils widersprechen. Oft lässt sich nicht leicht beurteilen, welche Leitlinie da am zuverlässigsten ist.

In dieser heterogenen Leitlinienlandschaft besteht das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) seit nunmehr fast 20 Jahren und bietet Orientierung für die Versorgung großer chronischer Volkskrankheiten. Es gibt NVL zu Asthma, COPD, Depression, Typ-2-Diabetes, Herzinsuffizienz, KHK und Kreuzschmerz; eine NVL Hypertonie ist gerade in Erstellung. Das Programm wird getragen von der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Durchführung und Koordination liegen beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). NVL sind Leitlinien auf S3-Niveau, das heißt: Große, interdisziplinäre Expertengruppen erarbeiten auf Basis systematisch aufgearbeiteter Evidenz und in einem formalen Konsensverfahren Empfehlungen und Algorithmen.

## Vertrauenswürdige Vorgehensweise

Prinzipiell unterliegen NVL – wie alle deutschen S3-Leitlinien – den strengsten Anforderungen an das methodische und organisatorische Vorgehen. Dies soll Verzerrungsrisiken und interessengeleiteten Einfluss weitestgehend verhindern, damit sich Menschen in der Praxis auf die Aussagen einer NVL verlassen können. Dazu gehören:

- eine ausgewogene Zusammensetzung der Gruppen, die alle unterschiedlichen Perspektiven auf eine Erkrankung widerspiegelt;
- ein strenges Management von Interessenkonflikten, nämlich: die Offenlegung, die Bewertung durch Dritte, die Ableitung von Konsequenzen (Stimmenthaltungen) und die transparente Dokumentation;
- eine systematische Aufbereitung und Bewertung der vorhandenen Evidenz für alle klinischen Fragestellungen;
- ein formaler Konsensprozess, bei dem sichergestellt ist, dass alle Beteiligten ihre Sicht einbringen und die Gruppe nicht von einzelnen unbotmäßig beeinflusst wird;
- eine öffentliche Konsultationsphase, während derer jeder die NVL kritisch begutachten und kommentieren kann
- ein transparenter Bericht der Vorgehensweise, einschließlich der Dokumentation der Evidenzrecherchen und -bewertungen, der Interessenerklärungen und aller in der Konsultation eingegangenen Kommentare sowie des Umgangs der Leitliniengruppe damit.

Die auch im internationalen Vergleich hohe Qualität wird NVL regelmäßig bescheinigt: Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sucht und bewertet internationale Leitlinien, um Änderungsbedarf für die deutschen Disease-Management-Programme zu prüfen. Dabei schneiden Nationale Versorgungsleitlinien immer mit am besten ab.

Im internationalen Vergleich zeigt sich auch: Multidisziplinäre NVL-Gruppen bewerten einige Maßnahmen etwas zurückhaltender, als internationale Leitlinien einzelner Fachgruppen, weil sie die zugrundeliegenden Daten kritischer hinterfragen.

## Schwerpunkt auf der Koordination der Versorgung

Während NVL in vielem anderen S3-Leitlinien ähnlich sind, unterscheiden sie sich doch in einigen Aspekten und setzen besondere Schwerpunkte. Das liegt unter anderem an ihrer Zielsetzung: Sie bilden die Grundlage für Disease-Management-Programme, die regelmäßig vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geprüft und in der DMP-Richtlinie fortgeschrieben werden. Deshalb nehmen NVL alle Sektoren und Versorgungsebenen in den Blick: die Primärversorgung, die fachärztliche Versorgung im ambulanten Bereich, die stationäre Versorgung und die Rehabilitation. Ein besonderer Schwerpunkt liegt darauf, die Schnittstellen der Versorgung möglichst genau zu beschreiben und beispielsweise Indikationen für die Überweisung zum Facharzt oder für die Einweisung ins Krankenhaus zu definieren.

Die NVL-Koordinatoren achten dringlich darauf, dass Fachleute aus der Praxis an den Leitlinien mitarbeiten, neben Klinikern auch niedergelassene Fach- und Hausärzte. Das ist wichtig, damit nicht nur die universitäre Hochleistungsmedizin vertreten ist, die es auch braucht, sondern die Erfahrungen aus allen Versorgungsebenen Eingang in die Leitlinie finden, stationär wie ambulant.

Aber auch andere beteiligte Berufsgruppen nimmt die NVL in den Blick und beschreibt deren Rolle für die Versorgung – das gilt für therapeutische Berufe wie Physio- oder Ergotherapie ebenso wie für die Pflege oder die Apothekerinnen und Apotheker. Und natürlich sind auch diese Berufsgruppen in den NVL-Gremien vertreten. Auch Betroffene selbst sind beteiligt, dazu kooperiert das NVL-Programm mit den Dachverbänden der organisierten Selbsthilfe.

### **Unterschiedliche Sichtweisen und Werturteile**

Dass die NVL-Leitliniengruppen aus Menschen so vielfältiger Expertise und unterschiedlicher Blickwinkel zusammengesetzt sind, führt nahezu zwangsläufig dazu, dass die Vor- und Nachteile bestimmter Interventionen sehr kontrovers bewertet werden. Zudem haben NVL Erkrankungen zum Gegenstand, in denen teils heftige Kontroversen geführt werden: um die Linksherzkatheteruntersuchung und die Revaskularisation bei chronischer koronarer Herzkrankheit oder die medikamentöse Therapie des Typ-2-Diabetes zum Beispiel.

Hier zeigt sich eine Stärke des NVL-Verfahrens: Die Aufbereitung der Evidenz und die Koordination des Verfahrens liegen beim ÄZQ, das aufgrund seiner Träger von den Beteiligten als „neutral“ wahrgenommen wird. Das schafft Vertrauen in den Prozess und die Datengrundlage und ermöglicht ein Diskussionsklima, in dem sich niemand benachteiligt fühlt. So lässt sich bisweilen ein Konsens finden, der unter anderen Umständen vielleicht nicht möglich gewesen wäre.

Doch auch die beste Evidenzaufbereitung und die intensivste Debatte können nicht jeden Dissens lösen. Manchmal können sich die Beteiligten nicht auf eine gemeinsame Sichtweise einigen, weil sie unterschiedliche Patientengruppen vor Augen haben und weil die Datenlage nicht eindeutig ist. Das kann dazu führen, dass die unterschiedlichen Sichtweisen mit den jeweiligen Begründungen transparent in der NVL dargestellt werden. Für die Praxis heißt das, beide Vorgehen haben ihre Berechtigung. Beispiel: Ob es besser ist, die Statintherapie bei stabiler KHK an der LDL-Senkung auszurichten, oder einfach ohne viele weitere Kontrollen eine hohe Dosis zu geben, lässt sich aus der Literatur nicht ableiten. Für beide Verfahren gibt es gute Gründe – aber auch Gründe die dagegensprechen. In der NVL ist nachzulesen, warum die einen die „fire-and-forget“-Taktik bevorzugen und die anderen die Zielwertorientierung. Empfohlen wird beides.

### **Anwendung im Praxisalltag kritisch prüfen**

Auch wenn Leitlinien noch so gut gemacht sind: Sie können nicht jedes einzelne klinische Problem lösen und nicht immer ist es angemessen, nach Leitlinienempfehlung vorzugehen. Denn NVL leiten – wie alle gut gemachten Leitlinien – ihre Empfehlungen aus dem vorhandenen Studienwissen ab. Und Studien bilden nicht die Vielfalt der Patientinnen und Patienten ab, die den Versorgungsalltag ausmachen. Bestimmte Gruppen sind gar nicht oder nur unzureichend untersucht, Schwangere zum Beispiel, Kinder oder alte, multimorbide Menschen. Hinzukommt, dass Studien keine Rücksicht nehmen auf die besonderen

persönlichen Lebensumstände einzelner, auf bestimmte Wertvorstellungen oder familiäre Belastungen. Diese und andere Umstände können aber dazu beitragen, dass eine eigentlich empfohlene Behandlung im Einzelfall keine gute Option ist. Die wahre Kunst der Leitlinienanwendung besteht also darin, sorgfältig zu prüfen, ob eine Empfehlung in jedem Einzelfall sinnvoll ist oder nicht. Als Faustregel dabei kann gelten: Je stärker der Empfehlungsgrad, desto belastbarer muss die Begründung sein, wenn man von einer Empfehlung abweichen möchte. Kurz gesagt: NVL und andere Leitlinien nehmen Ärztinnen und Ärzten nicht das kritische Denken ab. Sie bieten eine Orientierungshilfe dabei.

### **Rechtliche Relevanz von Leitlinienempfehlungen**

Wie aber sieht es rechtlich aus, wenn man von einer Empfehlung abweichen möchte? Das ist gar nicht so einfach zu beantworten. Nach juristischen Einschätzungen sind Leitlinien „ernstzunehmende ärztliche Meinungsäußerungen“, was zunächst einmal eine gewisse Unverbindlichkeit nahelegt. Gleichwohl werden insbesondere S3-Leitlinien in Gerichtsverfahren regelhaft herangezogen, wenn es gilt, Behandlungsfehlervorwürfe zu klären. Allerdings ist dabei meist das Urteil des einzelnen Gutachters maßgeblich, der erläutern muss, ob die Leitlinie im Einzelfall anwendbar war und ob eine Abweichung davon einen Behandlungsfehler begründet oder nicht. Es liegt also weniger an der Leitlinie selbst als an der Einschätzung eines Gutachters, ob ein Fehler angenommen wird oder nicht. Es ist zudem wichtig sich vor Augen zu führen, dass die meisten Klagen wegen Behandlungsfehlern sich gar nicht gegen die Behandlung an sich richten, sondern gegen die unzureichende Aufklärung und Information. Wer also der Meinung ist, dass eine Leitlinienempfehlung im Einzelfall nicht passend ist, dies mit der Patientin oder dem Patienten ausführlich bespricht, über die Alternativen angemessen aufklärt und die gemeinsame Entscheidung auch sicher dokumentiert, der macht erst einmal viel richtig.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben in ihren Beschlüssen zum NVL - Programm deshalb festgehalten: „Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, **von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.**“ Nur, wie gesagt, die Begründung muss stichhaltig sein.

---

**von CORINNA SCHAEFER,**  
Stv. Institutsleitung, Ärztliches Zentrum für Qualität in der  
Medizin (ÄZQ) Gemeinsames Institut von BÄK und KBV,  
Tiergarten Tower, Straße des 17. Juni 106-108 10623 Berlin

---