

Präv Gesundheitsf
<https://doi.org/10.1007/s11553-023-01097-6>
 Eingegangen: 22. August 2023
 Angenommen: 27. November 2023

© The Author(s) 2024



Julian Wangler¹ · Rick Rusert · Michael Jansky

¹ Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, UNIVERSITÄTSMEDIZIN Mainz, Mainz, Deutschland

Leitlinienorientierung in der hausärztlichen Versorgung – Befunde einer quantitativen und qualitativen Studienreihe zur Leitliniennutzung von niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s11553-023-01097-6>) enthalten.

Evidenzbasierte Leitlinien sollen Ärzt*innen helfen, das Versorgungsgeschehen effektiver, wissenschaftsorientierter und strukturierter zu gestalten. Insbesondere Allgemeinmediziner*innen, die mit einer stark unselektierten Patient*innenklientel zu tun haben, können hiervon profitieren. Eine Mixed-methods-Studie hat untersucht, wie Hausärzt*innen auf Leitlinien blicken, welche Erfahrungen sie mit ihnen gemacht haben und inwieweit Implementierungshürden bestehen.

Evidenzbasierte Leitlinien stellen ein wichtiges Instrument dar, um medizinische Versorgung effektiv, praktikabel und evidenzorientiert ablaufen zu lassen [5, 22, 28]. Als institutionell konsertierte und kuratierte Regelwerke, wie sie insbesondere von großen Fachgesellschaften herausgegeben werden, fassen sie vorhandenes Wissen zusammen und übersetzen dieses in symptom- bzw. krankheitsspezifische Empfehlungen. Auf diese Weise sollen Ärzt*innen bei

der Entscheidungsfindung für eine angemessene Diagnostik bzw. Behandlung wirksam unterstützt werden [14, 31, 32].

Da gerade Hausärzt*innen in der Rolle von ambulanten Primärversorger*innen mit einer großen Bandbreite an Symptomen und Krankheitsbildern konfrontiert sind [12], besteht ein natürlicher Bedarf nach systematischen Hilfsinstrumenten zur schrittweisen diagnostischen Abklärung, zum Monitoring von Erkrankungen oder zum Krankheitsmanagement [13, 25]. Zudem können Leitlinien einen Beitrag zu einer besser organisierten interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsebenen und damit zu einer optimierten Weiterversorgung von Patient*innen leisten [18, 22, 33]. In Deutschland entwickelt die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) seit mehr als 20 Jahren evidenzbasierte Leitlinien für das Primärversorgungssetting [2]. Eine Besonderheit ist dabei, dass praktizierende Hausärzt*innen konsequent im Entwicklungs- und Erprobungsprozess beteiligt werden, um eine möglichst große Anwendungsnähe zu gewährleisten [27].

Internationale Studien haben Hinweise darauf geliefert, dass gerade aus der Gruppe der Hausärzt*innen lange Zeit über Skepsis und Kritik an

Leitlinien artikuliert wurde [19]. Diese distanzierte Haltung kann auf Befürchtungen vor einer Kompromittierung ärztlicher Handlungsmöglichkeiten und eingespielter Praxisabläufe begründet werden, ebenfalls mit einer Sorge vor einer zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens [8–10, 15, 17, 29]. Ein weiterer Aspekt, zu dem quantitative und qualitative Arbeiten im europäischen, kanadischen und US-amerikanischen Ausland eher skeptische Haltungen von Hausärzt*innen ermittelt haben, sind medikamentöse Empfehlungen in Leitlinien [1, 11, 17]. Diese sind nach Erfahrung der befragten Ärzt*innen häufig unangemessen und gehen mit beträchtlichen Nebenwirkungen einher (z.B. wenn es um die Therapie demenzieller Erkrankungen geht). Ferner besteht ärztseitig die Sorge, evidenzbasierte Leitlinien könnten zu einer Überbeanspruchung der Hausarztmedizin führen, weil aufwendige Diagnose- und Therapieverfahren nahegelegt werden [4].

Ähnlich wie die angesprochenen internationalen Arbeiten liefern vereinzelt vorliegende ältere Untersuchungen unter Hausärzt*innen in Deutschland Hinweise darauf, dass diese Leitlinien oftmals eher zurückhaltend begegnen und seltener über fundierte Kenntnis-

se selbiger verfügen [7]. Als Ursache wird angeführt, dass Leitlinien teilweise als anwendungsfern sowie als Eingriff in die Therapiefreiheit erlebt werden [20, 22, 28]. Auch bestehen Hinweise darauf, dass Hausärzt*innen externe Evidenz aus klinischer Forschung gelegentlich im Widerspruch zur ‚gelebten Anamnese‘ im unmittelbaren Patient*innengespräch (Erfahrungswerte, Behandlungsverständnis) sehen [6, 21, 24, 33]. Gerade für den deutschsprachigen Raum fehlt es entsprechend an aktuellen und belastbaren Studien, die ein breites Bild bereitstellen, welche Einstellungen Hausärzt*innen in Bezug auf Leitlinien vertreten, wie stark sie sich an ihnen orientieren und unter welchen Voraussetzungen eine Implementierung ins Auge gefasst wird [20, 28].

Ziel der explorativen Arbeit war es, ein breites Bild über hausärztliche Haltungen und Nutzungshorizonte in Bezug auf evidenzbasierte Leitlinien zu gewinnen (v. a. S2e/S3-Leitlinien). Das Erkenntnisinteresse lässt sich anhand der folgenden Fragen zusammenfassen:

- Welche Einstellungen vertreten Hausärzt*innen in Bezug auf Leitlinien?
- Welche Erwartungen stellen sie an Leitlinien?
- Welche Anwendungserfahrungen wurden mit ihnen gemacht?
- Wie müssten Leitlinien verbessert werden, damit diese in Zukunft an Attraktivität für Hausärzt*innen gewinnen?

Methodik

Studiendesign und Erhebungsinstrumente

Die Wahl fiel zum einen auf eine quantitative Online-Befragung von Hausärzt*innen mit schriftlich-postalischem Anschreiben, zum anderen – zwecks Flankierung und Vertiefung der Thematik – auf qualitative, halbstandardisierte Interviews.

Quantitative Befragung: In den Entwicklungsprozess des Fragebogens (s. Anhang I) flossen verschiedene Elemente ein:

- Ergebnisse einer vorangegangenen Gruppendiskussion mit insgesamt

10 Hausärzt*innen zum Thema Arbeit mit Leitlinien,

- Fundierung auf einschlägigen Vorstudien der Autoren zum Einsatz evidenzbasierter Instrumente und Verfahren im hausärztlichen Setting [30, 31],
- Durchführung einer Literaturrecherche, in deren Folge mehrere Arbeiten für den Entwicklungsprozess aufgegriffen wurden (v. a. [20, 28])

Die inhaltlichen Blöcke, die der Fragebogen behandelt, decken sich mit den aufgeführten Fragestellungen. Als soziodemografische Merkmale wurden Alter, Geschlecht, Praxisumgebung, Praxisform und Patient*innen pro Quartal erhoben. Vor dem Feldeinsatz wurde ein Pretest mit 20 Hausärzt*innen durchgeführt.

Qualitative Befragung: Der Leitfaden für die halbstandardisierten Interviews mit Hausärzt*innen (s. Anhang II) wurde bewusst an die im Zentrum stehende quantitative Befragung angelehnt, wobei hier entsprechend offene Fragen formuliert wurden. Dabei liegt der Fokus auf hausärztlichen Erfahrungswerten in Bezug auf Leitlinien (u. a. Auswirkungen auf die Versorgung, Implementierungshürden und -voraussetzungen).

Rekrutierung und Durchführung

Quantitative Befragung: Die Befragung wurde zwischen Februar und Juli 2022 in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz durchgeführt. Auf schriftlich-postalischem Weg zur Teilnahme an der anonymisierten Befragung eingeladen wurden sämtliche 12.993 aktiven Hausärzt*innen in den genannten Bundesländern. Es handelte sich um ein einmaliges Anschreiben, in dem die zu befragenden Ärzt*innen u. a. einen passwortgeschützten Zugang zur Online-Befragung mitgeteilt bekamen (keine Incentives).

Qualitative Befragung: Gemäß einer z. T. entlang der repräsentativen Verteilung verlaufenden Quotierung wurde für das Bundesland Rheinland-Pfalz mittels öffentlich einsehbarem KV-Arztfinder ein Pool von 143 Kontaktadressen hausärztlicher Praxen erstellt. Sämtliche

Praxen wurden im Zuge der Rekrutierungsbemühen auf elektronischem oder telefonischem Weg kontaktiert. Die Autoren erhielten 26 Absagen, 97 Kontaktversuche blieben ohne (rechtzeitige) Antwort. Letztlich geführt wurden 20 Interviews (Dauer: 20 bis 45 min).

Datenanalyse

Quantitative Befragung: Die Daten wurden mittels SPSS 23.0 für Windows ausgewertet. Zur Feststellung von signifikanten Unterschieden zwischen zwei Gruppen kam ein t-Test bei unabhängigen Stichproben zum Einsatz ($p < 0,001$). Zudem wurde auf das Verfahren der Faktorenanalyse (Varimax-Rotation) zurückgegriffen, bei der Variablen aufgrund systematischer Korrelationen untereinander zu Faktoren zusammengefasst werden [16]. Im Vorfeld wurden die Voraussetzungen hierfür geprüft (Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin, signifikantes Ergebnis beim Bartlett-Test auf Sphärität, Kommunalitäten aller eingeschlossenen Variablen über Grenzwert 0,5). Als Grenze, ab der ein Item auf einen Faktor lädt, wurde der Wert 0,4/–0,4 gewählt.

Qualitative Befragung: Die im Anschluss an die Datenerhebung erstellten Transkripte wurden vom Zweitautor mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [31] ausgewertet (MAXQDA). Das generierte Kategoriensystem orientierte sich eng am Leitfaden und wurde mit Fortgang der Auswertung wiederholt geprüft und ggf. modifiziert.

Ergebnisse

Stichprobe

Von den 4588 bearbeiteten Fragebögen gingen 4538 vollständig ausgefüllte Bögen in die Auswertung ein (Rücklauf: 35 %). Die Stichprobe ist wie folgt strukturiert:

- Geschlecht: 53 % männlich, 47 % weiblich,
- Durchschnittsalter: 52 (Median: 54) Jahre,
- Praxisumgebung: 52 % mittel- und großstädtisch, 48 % ländlich-klein-städtisch,

Präv Gesundheitsf <https://doi.org/10.1007/s11553-023-01097-6>
© The Author(s) 2024

J. Wangler · R. Rusert · M. Jansky

Leitlinienorientierung in der hausärztlichen Versorgung – Befunde einer quantitativen und qualitativen Studienreihe zur Leitliniennutzung von niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen

Zusammenfassung

Hintergrund. Evidenzbasierte Leitlinien werden zur Verfügung gestellt, um die Versorgung von Patient*innen zu effektivieren und wissenschaftsnah auszurichten. Gerade Hausärzt*innen, die im Praxisalltag auf eine große Bandbreite an Symptomen und Krankheitsbildern treffen, können von Leitlinien profitieren. Bislang fehlen im deutschsprachigen Raum belastbare Befunde, wie die Hausärzteschaft aus ihrer Perspektive auf Leitlinien blickt und wie sie den Einsatz dieser Instrumente im Versorgungsgeschehen erlebt.

Ziel der Arbeit. Ziel der explorativen Arbeit war es, ein umfassendes Bild über allgemeinärztliche Ansichten und Erfahrungen in Bezug auf evidenzbasierte Leitlinien zu gewinnen (v. a. S2e/S3-Leitlinien). Von besonderer Bedeutung ist die Frage der Implementierbarkeit sowie der ärztlichen Erwartungen an Leitlinien.

Material und Methoden. Mittels einer Online-Befragung wurden zwischen Februar und

Juli 2022 sämtliche 12.993 Hausärzt*innen in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz befragt, wobei 4538 Ärzt*innen an der Befragung teilgenommen haben (Rücklauf: 35 %). Neben der deskriptiven Auswertung kamen zur Feststellung von signifikanten Unterschieden zwischen zwei Gruppen ein t-Test bei unabhängigen Stichproben sowie eine Faktorenanalyse zum Einsatz. Begleitend wurden 20 Hausärzt*innen mittels qualitativer halbstandardisierter Interviews befragt.

Ergebnisse. Hausärzt*innen verbinden Leitlinien mit einem klaren Mehrwert für die Versorgung (u. a. Evidenzorientierung, vereinheitlichte Diagnose- und Behandlungsstandards, Abbau von Fehlversorgung). Zwei Drittel der Ärzt*innen, die Leitlinien aktiv nutzen, haben positive Effekte bei der Versorgungsqualität sowie einen Ausbau eigener Kompetenzen erlebt. Die Implementierung von Leitlinien stellt Hausärzt*innen indes verbreitet vor Probleme, da die Vorgaben z. B. mit Praxisroutinen und

Wirtschaftlichkeitserfordernissen kollidieren. Wo möglich und sinnvoll, können Leitlinien dahingehend erweitert werden, dass auf nicht-medikamentöse Alternativen stärker eingegangen wird und zur Entlastung von Hausärzt*innen die Komponente der Delegation ausgebaut wird.

Schlussfolgerung. Damit die hausärztliche Bereitschaft zur Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien weiter steigt, sollten diese praxisnah, wirtschaftlichkeits- und rechtskonform sein. Zugleich sollten ärztliche Handlungsspielräume betont werden. Die in Leitlinien gegebenen Empfehlungen sollten verstärkt Optionen der Delegation innerhalb des Praxisteam aufzeigen.

Schlüsselwörter

Leitlinie · Evidenz · Adhärenz · Strukturierte Versorgung · Hausarzt

Guideline orientation in primary care—findings of a quantitative and qualitative series of studies on the use of clinical guidelines among general practitioners

Abstract

Background. Evidence-based clinical guidelines are intended to make patient care more effective and to ensure that it is based on current scientific findings. General practitioners, who encounter a wide range of symptoms and clinical pictures in everyday practice, can benefit particularly from clinical guidelines. In German-speaking countries, there is currently a lack of reliable studies on how general practitioners view clinical guidelines from their perspective and how they experience the use of these instruments in the care process.

Objective. The aim of this exploratory series of studies was to gain a comprehensive picture of general practitioners' views and experiences with regard to evidence-based clinical guidelines (S2e/S3 guidelines). The question of implementability and the physicians' expectations of clinical guidelines were also of particular importance.

Materials and methods. Between February and July 2022, all 12,993 general practitioners in North Rhine-Westphalia and Rhineland-Palatinate were interviewed using an online survey, with 4538 physicians taking part (response rate: 35%). In addition to the descriptive evaluation, a t-test with independent samples and a factor analysis were used. Moreover, 20 general practitioners were interviewed using qualitative semi-standardized interviews.

Results. General practitioners see clear added value for care in clinical guidelines (e.g., evidence orientation, uniform diagnostic and treatment standards, reduction of incorrect care). Around two thirds of the physicians who actively use guidelines themselves have experienced positive effects on the quality of care and an improvement in their own skills. However, the implementation of clinical guidelines poses widespread problems for

general practitioners, since the specifications often collide with practice routines and economic requirements. Where possible and rational, guidelines can be expanded to include more emphasis on non-drug-based alternatives. The component of delegation to members of the practice staff could also be expanded to relieve the burden on general practitioners.

Conclusion. In order for general practitioners to be more willing to follow evidence-based clinical guidelines, these should be practical, economical, and legally compliant. At the same time, medical freedom of action should be emphasized. The recommendations given in the guidelines should highlight more options for delegation.

Keywords

Clinical guideline · Evidence · Adherence · Structured care · General practitioner

Tab. 1 Einstellungsbezogene Aussagen zu Leitlinien. Fragewortlaut: „Welchen der folgenden Aussagen stimmen Sie zu?“ (N = 4538)

	Stimme voll und ganz zu/Stimme eher zu (%)	Stimme eher nicht zu/Stimme gar nicht zu (%)
„Leitlinien ermöglichen ein strukturiertes Vorgehen bei Diagnose und Therapie“	90	10
„Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie“	67	33
„Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen ein“	65	35
„Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag“	64	36
„Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis“	58	42
„Handlungsvorschläge, die Leitlinien geben, decken sich häufig mit meinen persönlichen Erfahrungen als Arzt“	54	46
„Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein“	46	64
„Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden“	39	61

- Praxisform: 57 % Einzelpraxen, 41 % Gemeinschaftspraxen, 2 % Sonstige.

Das gewonnene Sample für die qualitativen Interviews setzt sich wie folgt zusammen:

- Geschlecht: 12 männlich, 8 weiblich,
- Durchschnittsalter: 48 (Median: 47) Jahre,
- Praxisumgebung: 11 mittel- und großstädtisch, 9 ländlich-kleinstädtisch,
- Praxisform: 12 Einzelpraxis, 5 Gemeinschaftspraxis, 3 Sonstige,
- Status: 17 Praxisinhaber, 3 angestellte Ärzt*innen.

Einstellungen in Bezug auf Leitlinien

Quantitative Befunde: 58 % der Befragten bekunden, Leitlinien gegenüber (sehr) positiv eingestellt zu sein; 36 % bringen eine (eher) negative Einstellung zum Ausdruck (6 % schwer zu sagen). Nach Ansicht bzw. Erfahrung von 50 % ist der allgemeine Nutzen von Leitlinien (sehr) groß, während 37 % einen eher geringen oder sehr geringen Nutzen sehen (8 % kein Nutzen, 5 % keine Angabe). Während 79 % der Ärzt*innen mit mittel- und großstädtischem Praxisstandort Leitlinien (sehr) positiv wahrnehmen, sind dies bei Ärzt*innen in Klein-

städten und Landgemeinden 33 % ($p < 0,001$). Analog sehen 76 % der urbanen Ärzt*innen einen (sehr) großen Nutzen von Leitlinien, wohingegen es bei Landärzt*innen 34 % sind ($p < 0,001$).

Insgesamt 70 % erachten Leitlinien als hilfreich, eine verstärkte Evidenzorientierung zu gewährleisten und zeitgemäßes medizinisches Wissen anzuwenden. 64 % befürworten Leitlinien mit dem Ziel einer Vereinheitlichung von Diagnose- und Behandlungsstandards. 55 % sehen Leitlinien als nützlich an, um Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen. Eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Versorgungsebenen nehmen 40 % wahr.

Die Befragten assoziierten Leitlinien mit Anwendungsvorteilen wie besserer Strukturierung und Effizienzsteigerung von Diagnosen und/oder Therapien (vgl. [Tab. 1](#)). Zugleich wird ihre Vereinbarkeit mit Praxisabläufen nicht immer als reibungslos erlebt. Eine große Minderheit befürchtet, dass Leitlinien zu einer Einschränkung ärztlicher Handlungsmöglichkeiten führen könnten. Bei diesem Item besteht ein erheblicher Unterschied zwischen Ärzt*innen in städtischen (26 %) und ländlichen Praxen (66 %, $p < 0,001$).

Qualitative Befunde: Die Mehrheit der interviewten Ärzt*innen steht positiv zu Leitlinien und betrachtet diese

als verlässliche Orientierungshilfen. Abseits der Vorteile für Therapie- und Patient*innensicherheit und der Berücksichtigung aktuellen Wissens heben viele Interviewte die vermutete Rechtsicherheit positiv hervor. Soweit eine Orientierung an Empfehlungen etablierter, geprüfter Leitlinien erfolge, könne man sich auf formaljuristischer Ebene keine Fehlentscheidungen vorwerfen lassen.

„Der Patient profitiert von einer effektiven Behandlung, während der Arzt schneller, sicherer und rechtssicher handeln kann.“ (M4217A-A)

Indes sind viele Interviewte der Ansicht, dass die Integration von Leitlinien in den hausärztlichen Praxisalltag häufig konfliktär sei. So sei es oft nicht möglich, eine Leitlinie starr zu befolgen, da die individualmedizinische Versorgung hiermit kollidiere. Zugleich fehlten bei krankheitsspezifischen Leitlinien nicht selten übergeordnete Zusammenhänge, was eine Übertragbarkeit auf die hausärztliche Patient*innenklientel erschwere.

„Es ist so, dass es an der Realität ein bisschen vorbeigeht. Also, dass man dann einen Kompromiss finden muss zwischen dem, was die Leitlinie sagt ... und dem, was praktisch für den Patienten machbar ist.“ (W3913M-I)

Nutzung von Leitlinien, Erfahrungen und Implementierungshürden

Quantitative Befunde: 36 % geben an, dass sie Leitlinien häufig anwenden; weitere 26 % wenden diese gelegentlich und 28 % eher selten an (10 % nie). Hauptsächlich werden Leitlinien in Situationen eingesetzt, in denen ein Verdachtsfall besteht (58 % häufige bzw. gelegentliche Anwendung), bei der Erstdiagnose (61 % häufige bzw. gelegentliche Anwendung), bei Therapie bzw. Krankheitsmanagement (56 % häufige bzw. gelegentliche Anwendung) sowie zur Verlaufskontrolle (45 % häufige bzw. gelegentliche Anwendung).

Unter Ärzt*innen, die Leitlinien häufig, gelegentlich oder selten einsetzen, bilanzieren 67 %, die Anwendung der von ihnen genutzten Leitlinien habe sich insgesamt (sehr) positiv auf die

Versorgungs- und Behandlungsqualität ausgewirkt (23 % eher negativ, 10 % keine Angabe). Dabei fallen erneut Unterschiede zwischen urbanen (79 % positiv) und ländlichen Praxisstandorten (49 % positiv) auf ($p < 0,001$).

Es bekunden 68 %, durch die Anwendung von Leitlinien die eigenen diagnostischen bzw. therapeutischen Kompetenzen verbessert zu haben. 62 % richten sich bei der medikamentösen Therapie bevorzugt nach Leitlinien-Empfehlungen. 54 % halten die Anwendung von Leitlinien in der Versorgungspraxis für unverzichtbar. Für 66 % bringen Leitlinien mehr Vorteile als Nachteile.

Trotz dieser mehrheitlich positiven Erfahrungswerte geben 45 % der Befragten an, aufgrund der Anwendung von Leitlinien häufig oder gelegentlich im Praxisalltag Einschränkungen bzw. Komplikationen erlebt zu haben. Ärzt*innen, die grundsätzlich skeptisch in Bezug auf Leitlinien eingestellt sind, geben dies mit 81 % mehr als 3-mal häufiger an als positiv eingestellte Ärzt*innen (23 %; $p < 0,001$).

Qualitative Befunde: Auch in den Interviews gibt eine Mehrheit an, die eigene Arbeit regelmäßig oder zumindest gelegentlich an Leitlinien auszurichten. Generell beobachteten die befragten Ärzt*innen vorwiegend Vorteile in der Versorgung. Viele Befragte geben indes an, dass in der Praxis zumeist keine starre Leitlinien-treue entstehe, sondern eher eine Mischung aus Evidenz, subjektiver Erfahrung und der flexiblen Anpassung an Patient*innenbedürfnisse.

Das meistgenannte Hindernis zur Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien ist deren oftmals hohe Komplexität und Detailliertheit sowie die mangelnde Verfügbarkeit kompakter Kurzversionen. Auch liege verbreitet eine mangelnde Praxistauglichkeit im Alltag vor, da Hausärzt*innen nicht nur streng medizinische Aufgaben, sondern auch beratende und psychosoziale Fürsorge ihrer langjährigen Patient*innen übernehmen. Ferner unterliegen gerade ältere, multimorbide Menschen angesichts verbreitet anzutreffender Polypharmazie bei gleichen Symptomen einem anderen Behandlungsregime als jüngere Patient*innen.

Viele Interviewte monieren überdies, dass vollständige Leitlinien-treue oftmals mit den Wirtschaftlichkeitserfordernissen des Gesundheitssystems kollidiere und daher kaum befolgt werden könne. Es wird berichtet, dass die kassenärztlichen Restriktionen sich häufig nur unzureichend mit den Empfehlungen der Leitlinien decken.

„Wenn ich alles streng nach Leitlinien machen würde, bin ich mir sicher, hätte ich ständig einen Regress von der KV.“ (W6136M-A)

Klar positiv fallen die Erfahrungen der Interviewten mit den meisten DEGAM-Leitlinien aus, da diese wirtschaftlich umsetzbar und am besten an den hausärztlichen Alltag angepasst seien.

Erwartungen an Leitlinien und Implementierungsvoraussetzungen

Quantitative Befunde: Die Befragten formulieren verschiedene Anforderungen an die Beschaffenheit von Leitlinien, damit die Anwendung für sie in Frage kommt.

Neben dem Ausschluss von Haftungsrisiken wird besonderer Wert auf die Anwendungsfreundlichkeit gelegt. Dazu gehört v. a. ein komplexitätsreduzierender Algorithmus, der bei diagnostischen und therapeutischen Fragestellungen als Entscheidungsmaßstab dient. Eine wichtige Voraussetzung für viele Befragte ist die Einbeziehung von Hausärzt*innen in die Leitlinienentwicklung (vgl. [Tab. 2](#)).

Wie eine Faktorenanalyse zeigt, lassen sich die Erwartungen und Wünsche der Befragten in Bezug auf die von Leitlinien zu erfüllenden Voraussetzungen vier unterschiedlich großen Clustern zuordnen. Während in den ersten beiden Clustern v. a. die Anwendungsnähe und hausarzt-konforme Praktikabilität von Leitlinien betont werden, werden in den übrigen Clustern spezifische Eigenschaften von Leitlinien (z. B. Delegationsvorschläge, Kompatibilität mit Fortbildungsformaten) hervorgehoben. Auch wird als Bedingung für eine Leitlinienimplementierung erwartet, dass es sich um einen besonders hohen Qualitäts- bzw. Evidenzstandard (S3-Typ) handelt.

Für die ärztliche Bereitschaft, Leitlinien aufzugreifen spielt es eine große Rolle, dass es sich um unter Einbindung von Hausärzt*innen entstandene Leitlinien handelt [1, 12, 24]. Die meisten Befragten legen entsprechend Wert darauf, dass Leitlinien genuin von der DEGAM erarbeitet wurden. Unter dieser Voraussetzung geben Zweidrittel (68 %) an, Leitlinien bevorzugt anzuwenden. Erheblich größer ist hingegen die Zurückhaltung bei anderen Fachgesellschaften.

Qualitative Befunde: Den Interviewten kommt es darauf an, dass Leitlinien im Praxisalltag schnell und unkompliziert anwendbar sind. Ebenfalls gefordert werden hohe Praktikabilität und Praxisrelevanz, um eine Leitlinie implementieren zu können. Gerade Leitlinien fachfremder Fachgesellschaften berücksichtigten die außerklinischen Bedürfnisse nicht zureichend, was teils schwerwiegende Probleme bei der Umsetzung nach sich ziehe.

Eine weitere häufig genannte Voraussetzung betrifft das Angebot an adäquaten und aktuellen Fortbildungen. Ohne eine breitflächige Schulung von Hausärzt*innen, spezifische Leitlinien in ihren Praxisalltag zu integrieren, mache es wenig Sinn, dies auf eigene Faust auszuprobieren.

Optimierungsansätze

Quantitative Befunde: Zur weiteren Optimierung hausarztbasierter Leitlinien wird allem voran eine stärkere Berücksichtigung nicht-medikamentöser Alternativen bei der Leitlinienentwicklung gewünscht (49 %), gefolgt von einer stärkeren Auseinandersetzung mit Fragen der Lebensqualität (47 %), einer vergleichenden Betrachtung verschiedener Therapieoptionen (38 %) und der Einbeziehung alternativer Medizin (33 %).

Bei Umsetzung der gewünschten Verbesserungen können sich 20 % künftig eine deutlich stärkere Nutzung von Leitlinien vorstellen, während 56 % eine etwas stärkere Anwendung selbiger erwägen.

Qualitative Befunde: In Zukunft wünschen sich die Interviewten Leitlinien, welche klare, rechtssichere Optionen für die Delegation ärztlicher Aufgaben an nicht-ärztliches Personal regeln.

Tab. 2 Anforderungen an Leitlinien. Fragewortlaut: „Was muss eine gute Leitlinie aus Ihrer Sicht bieten, damit die Anwendung einer solchen für Sie in Frage kommt?“ (N = 4538)

	Sehr wichtig/eher wichtig (%)	Rotierte Komponentenmatrix			
		Komp. 1 (Varianzaufkl.: 47,5 %)	Komp. 2 (Varianzaufkl.: 15,4 %)	Komp. 3 (Varianzaufkl.: 11,2 %)	Komp. 4 (Varianzaufkl.: 10,5 %)
Sie muss möglichst einfach anzuwenden sein	91	0,501	0,844	0,238	-0,033
Sie muss gut verständliche Algorithmen bzw. Diagnose- und Therapiepfade zur Verfügung stellen (z. B. in Form von Schaubildern)	85	0,624	0,302	0,100	-0,035
Es muss sichergestellt sein, dass die Empfehlungen der Leitlinie auf juristisch klarem Fundament stehen	84	0,402	0,904	0,035	0,231
Sie muss evidenzbasiert, der Nutzen ihrer Handlungsempfehlungen wissenschaftlich klar abgesichert sein	82	0,849	0,203	0,247	0,053
Sie muss „red flags“ beinhalten, also besonders wichtige Warnzeichen, die ein abklärungsbedürftiges Krankheitsbild kennzeichnen	81	0,753	0,513	0,208	-0,030
Sie muss mit der Gebührenordnung konform gehen, sodass die Handlungsempfehlungen für den Arzt kostendeckend sind	80	0,134	0,882	0,062	0,402
Hausärzte müssen bei der Entwicklung der Leitlinie einbezogen worden sein bzw. die Leitlinie vor Veröffentlichung praktisch getestet haben	76	0,028	0,447	0,835	0,158
Die Leitlinie muss intelligente Vorschläge zur Delegation und (arbeitsteiligen) Teamarbeit des gesamten Praxisteams machen	72	0,252	-0,037	0,884	0,113
Es muss leitlinienkonforme Fortbildungsangebote geben	63	0,082	0,210	0,220	0,882
Sie muss Aussagen über konkrete Laborreferenzwerte machen (z. B. bei Blutuntersuchungen)	60	0,758	0,355	0,040	0,450
Sie muss konkrete Aussagen darüber machen, wann bzw. wie lange kontrolliert zugewartet wird und wann eine Überweisung angezeigt ist	59	0,759	0,351	0,121	0,469
Es muss sich um eine S3-Leitlinie handeln (höchste Evidenzstufe)	55	-0,016	-0,113	0,835	0,559
-		Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse, Rotationsmethode: Varimax, Kaiser-Normalisierung, Rotation in 8 Iterationen konvergiert, Aufgeklärte Gesamtvarianz: 84,6 %, Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin: 0,7, Signifikanz nach Bartlett: $p < 0,001$			

„Es ist meist unmöglich, alle Punkte in Leitlinien selbst abzarbeiten. Da müssen einige Teile rechtssicher delegierbar sein.“ (M5733EA-AI)

Auch in den Interviews taucht die Forderung nach einer stärkeren Betonung von nicht-medikamentösen Behandlungsansätzen wie z. B. Bewegungstherapie verbreitet auf. Die Hälfte der interviewten Ärzt*innen gibt an, dass Leitlinien wirtschaftlich und von sämtlichen Kostenträgern verbindlich anerkannt sein müssten. Ansonsten würden Hausärzt*innen dafür bestraft, dass sie evidenzbasierten Empfehlungen folgen, indem ggf. sogar Regresszahlungen auf sie zukämen.

Auch sollte die Allgemeinmedizin generell stärker in interdisziplinären Leitlinienkommissionen vertreten sein, um Praxisnähe und Implementierbarkeit besser zu gewährleisten.

Diskussion

Zusammenfassung und Befunde anderer Arbeiten

Die kombinierte Befragung hat gezeigt, dass Hausärzt*innen Leitlinien als bedeutende Instrumente der Entscheidungshilfe ansehen und diese mit mehr Evidenzorientierung, Strukturierung und Effektivität in der Versorgung asso-

ziieren. Wo Leitlinien genutzt werden, fällt die Beurteilung selbiger noch positiver aus. Eine Mehrheit der Befragten gibt an, durch Leitlinienanwendung die eigenen diagnostischen bzw. therapeutischen Fähigkeiten ausgebaut zu haben und auf Leitlinien nicht mehr verzichten zu wollen. Besonders wichtig ist den Befragten, dass Leitlinien leicht anzuwenden und rechtlich abgesichert sind; auch eine eingängige und anschauliche Gestaltung sowie die Berücksichtigung wirtschaftlicher Erfordernisse sowie der Gebührenordnung werden betont. Dennoch zeigen sich auch Vorbehalte und Kritik. So gehen viele Hausärzt*innen davon aus, dass Leitlinien im stren-

gen Sinne kaum auf den hausärztlichen Praxisalltag übertragbar sind. Auch werden Leitlinien oft als schwer mit den Praxisabläufen vereinbar erlebt.

Damit fügen sich die Resultate im Wesentlichen in das Bild nationaler und internationaler Forschungsarbeiten, die eine kritisch-distanzierte Grundhaltung niedergelassener Mediziner*innen gegenüber Leitlinien festgestellt haben [1, 6–11, 15, 17, 19, 21, 22, 24, 27, 29, 33]. Allerdings reflektieren die Ergebnisse eine im Vergleich zu älteren Arbeiten erkennbar gewachsene Akzeptanz, Kenntnis und Verwendung von Leitlinien unter Hausarzt*innen. Diesbezüglich decken sich die Resultate mit einer jüngeren Studie zu hausärztlichen Einstellungen und Erfahrungen in Bezug auf Disease-management-Programme, die klar positiv ausfallen [30]. Viele Hausarzt*innen basieren ihre Arbeit heute in stärkerem Maße auf standardisierten, evidenzorientierten Interventionen [3, 27]. Überdies konnte festgestellt werden, dass für die ärztliche Bereitschaft, Leitlinien aufzugreifen, von Bedeutung ist, dass es sich um unter Einbindung von Hausarzt*innen entstandene Leitlinien handelt [20, 27, 28].

Die Befunde bestätigen die Forderungen, die in allgemeinmedizinischen Expertisen seit geraumer Zeit erhoben werden. Dazu gehört etwa die Sicherstellung einer einfachen Anwendbarkeit sowie eine Übersichtlichkeit und Komplexitätsreduktion von Leitlinien, die über reine Kurzfassungen hinausgeht (z. B. stärkere Arbeit mit Visualisierungen und Algorithmen; [23]). Auch sollte sichergestellt werden, dass Leitlinien Handlungsspielräume für Hausarzt*innen erhalten und betonen, um praxisnahe Lösungen möglich zu machen. Leitlinien sollten, wo sinnvoll, Möglichkeiten der Delegation innerhalb des Praxisteam aufzeigen, um Ärzt*innen zu entlasten und die Anwendung zu effektivieren [26]. Bei der Konzeption interdisziplinärer Leitlinien sollten Hausarzt*innen noch stärker einbezogen werden.

Stärken und Schwächen

Die Befragung war durch eine vorhergehende Diskussion abgestützt und erziel-

te einen vergleichsweise großen Rücklauf. Dennoch weist sie eine Reihe von Limitationen auf, die kritisch reflektiert werden müssen. So kann die Studie keinen repräsentativen Anspruch erheben. Dies hängt zum einen mit der regionalen Rekrutierung zusammen, zum anderen mit dem Umstand, dass es sich um eine Online-Befragung handelte, die selektive Stichproben begünstigt. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass Ärzt*innen mit thematischem Interesse oder positiven Vorerfahrungen mit Leitlinien in stärkerem Maße teilgenommen haben, sodass auch diesbezüglich ein Selektionsbias vorliegen könnte.

Schlussfolgerungen

Wie eruiert werden konnte, sehen viele Hausarzt*innen einen beträchtlichen Nutzen von Leitlinien, um die Patient*innenversorgung gezielt zu verbessern. Allerdings verläuft die positive Wahrnehmung und Anwendungsbereitschaft erkennbar stärker aufseiten von urbanen Ärzt*innen. Um die Attraktivität von Leitlinien für die Hausarztmedizin weiter zu fördern, erscheint es sinnvoll, Erwartungen von Allgemeinmediziner*innen an die von Leitlinien zu erbringenden Leistungen in möglichst umfassender Weise zu adressieren.

Fazit für die Praxis

- **Evidenzbasierte Leitlinien sollen Ärzt*innen helfen, das Versorgungsgeschehen effektiver, wissenschaftsorientierter und strukturierter zu gestalten.**
- **Hausarzt*innen verbinden Leitlinien mit einem klaren Mehrwert für die Versorgung. Ärzt*innen, die Leitlinien selbst aktiv nutzen, haben verbreitet positive Effekte bei der Versorgungsqualität sowie einen Ausbau eigener Kompetenzen erlebt.**
- **Damit die hausärztliche Bereitschaft zur Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien weiter steigt, sollten diese praxisnah, wirtschaftlichkeits- und rechtskonform sein sowie ärztliche Handlungsspielräume betonen.**

Korrespondenzadresse

Dr. Julian Wangler

Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie,
UNIVERSITÄTSMEDIZIN Mainz
Am Pulverturm 13, 55131 Mainz, Deutschland
Julian.Wangler@unimedizin-mainz.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Wangler, R. Rusert und M. Jansky geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Da es sich um eine anonymisierte bzw. pseudonymisierte Befragung von Hausarzt*innen handelt und keinerlei Patient*innendaten erhoben bzw. klinische Tests durchgeführt wurden, war ein Ethikantrag laut den Statuten der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz nicht erforderlich. Sämtliche Befragte wurden im Vorfeld über den Gegenstand der Befragung informiert und um Einwilligung gebeten.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Alexander PE, Li S-A, Tonelli M et al (2016) Canadian primary care physicians' attitudes toward understanding clinical practice guidelines for diabetes screening. *Can J Diabetes* 40:580–585
2. Barzel A (2016) Leitlinien für die hausärztliche Patientenversorgung. *Allgemeinarzt* 38:26–30
3. Basedow M, Runciman WB, Lipworth W et al (2016) Australian general practitioner attitudes to clinical practice guidelines and some implications for translating osteoarthritis care into practice. *Aust J Prim Health* 22:403–408

4. Baynouna AI, Ketbi LM, Al Deen ZS (2018) The attitudes and beliefs of general practitioners towards clinical practice guidelines: a qualitative study in Al Ain, United Arab Emirates. *Asia Pac Fam Med* 17:5
5. Bodenheimer T (1999) The American health care system—the movement for improved quality in health care. *N Engl J Med* 340:488–492
6. Bölter R, Kühlein T, Ose D et al (2010) Barrieren der Hausärzte gegen Evidenzbasierte Medizin – ein Verständnisproblem? Eine qualitative Studie mit Hausärzten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 104:661–666
7. Butzlaff M, Kempkens D, Schnee M et al (2006) German ambulatory care physicians' perspectives on clinical guidelines—a national survey. *BMC Fam Pract* 7:47
8. Cabana MD, Rand CS, Powe NR et al (1999) Why don't physicians follow clinical practice guidelines? *JAMA* 282:1458–1465
9. Carlsen B, Bringedal B (2011) Attitudes to clinical guidelines—do GPs differ from other medical doctors? *BMJ Qual Saf* 20(2):158–162
10. Carlsen B, Norheim OF (2008) "What lies beneath it all?"—an interview study of GPs' attitudes to the use of guidelines. *BMC Health Serv Res* 8:218
11. Cranney M, Warren E, Barton S et al (2001) Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. *Fam Pract* 18:359–363
12. Donner-Banzhoff N (2008) Dealing with uncertainty in general medical practice. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 102:13–18
13. Donner-Banzhoff N, Seidel J, Sikeler AM et al (2017) The phenomenology of the diagnostic process: a primary care-based survey. *Med Decis Making* 37:27–34
14. Europarat (2002) Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Empfehlung Rec(2001) 13 des Europarates. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 96:1–60
15. Freeman AC, Sweeney K (2001) Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ* 323:1100–1104
16. Fromm S (2008) Faktorenanalyse. In: Baur N, Fromm S (Hrsg) *Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene*. Ein Arbeitsbuch. Springer, Wiesbaden, S314–344
17. Hannes K, Leys M, Vermeire E et al (2005) Implementing evidence-based medicine in general practice: a focus group based study. *BMC Fam Pract* 6:37
18. Heneghan C, Glasziou P, Thompson M et al (2009) Diagnostic strategies used in primary care. *BMJ* 338:b946
19. James PA, Cowan TM, Graham RP et al (1997) Family physicians' attitudes about and use of clinical practice guidelines. *J Fam Pract* 45:341–347
20. Kunz U, Gusy B (2005) Leitlinien in der Medizin: Anwendung, Einstellungen, Barrieren. Eine Befragung Berliner Hausärzte. *Das Gesundheitswes* 67:VF_V32
21. Mazza D, Russell SJ (2001) Are GPs using practice guidelines? *Aust Fam Physician* 30:817–821
22. Ollenschlaeger G, Kirchner H, Fiene M (2001) Leitlinien in der Medizin – scheitern sie an der praktischen Umsetzung? *Internist* 42:473–483
23. Peters-Klimm F, Natanzon I, Müller-Tasch T et al (2012) Barriers to guideline implementation and educational needs of general practitioners regarding heart failure: a qualitative study. *GMS Z Med Ausbild* 29:Doc46
24. Ruof J, Marz W, Wollschlager H et al (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* 35:48–53
25. Schneider A, Dinant GJ, Szecsenyi J (2006) Zur Notwendigkeit einer Stufendiagnostik in der Allgemeinmedizin. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 100:121–127
26. Solberg LI, Brekke ML, Fazio CJ et al (2000) Lessons from experienced guideline implementers: attend to many factors and use multiple strategies. *Jt Comm J Qual Improv* 26:171–188
27. Steinhäuser J, Götz K, Glassen K et al (2009) Praktikabilität und Akzeptanz der DEGAM-Leitlinie „Nackenschmerzen“ im Praxistest. *Z Allg Med* 85:130–134
28. Vollmar HC, Oemler M, Schmiemann G et al (2013) Einschätzung von Hausärzten zu Leitlinien, Fortbildung und Delegation. *Z Allg Med* 89:23–30
29. Wagner EH, Austin BT, Davis C et al (2001) Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff* 20:64–78
30. Wangler J, Jansky M (2021) Attitudes to and experience of disease management programs in primary care—an exploratory survey of general practitioners in Germany. *Wien Med Wochenschr* 171:310–320
31. Wangler J, Jansky M (2023) Promotion of exercise and health for older people in primary care—a qualitative, exploratory study on the potential, experiences and strategies of general practitioners in Germany. *J of Prevention* 44:477–490
32. Wegwarth O, Gaissmaier W, Gigerenzer G (2009) Smart strategies for doctors and doctors in training. *Med Educ* 43:721–728
33. Zimmermann F (2015) Individuelle therapeutische Entscheidung oder Leitlinien-treue? *InFo Hämatol Onkol* 18:48–49

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.