

Aus dem Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie  
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

**Einstellungen, Erfahrungen und Erwartungen von Allgemeinmedizinerinnen  
und Allgemeinmedizinern in Bezug auf hausarztbasierte Leitlinien –  
Eine explorative Befragung**

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades der  
Medizin  
der Universitätsmedizin  
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von  
Rick Rusert  
aus Freientiez

Mainz, 2024

Wissenschaftlicher Vorstand: Univ.-Prof. Dr. Hansjörg Schild

Tag der Promotion: 02.10.2024



# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	I
Abbildungsverzeichnis .....	II
Tabellenverzeichnis .....	IV
1 Einleitung .....	6
1.1 Relevanz des Arbeitsthemas .....	8
1.2 Erkenntnisinteresse und Zielstellung der Arbeit .....	9
2 Hintergrund .....	11
2.1 Ziele und Effekte von Leitlinien .....	11
2.2 Methodischer Hintergrund von Leitlinien – Die S-Klassifikation.....	12
2.3 Historischer Hintergrund .....	13
2.4 Rechtlicher Hintergrund .....	14
2.5 Zusammenhang von hausärztlicher Versorgung und Leitlinien .....	16
2.6 Ärztliche Einstellungen gegenüber Leitlinien.....	17
2.7 Potenzielle Barrieren der Leitlinienanwendung .....	18
2.8 Implementierung von Leitlinien .....	18
2.9 Aktueller Stand der Forschung.....	21
2.10 Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit .....	23
3 Material und Methoden .....	24
3.1 Studiendesign.....	24
3.2 Entwicklung und Aufbau des Befragungsinstruments .....	26
3.3 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	31
3.4 Rekrutierung .....	33
3.5 Durchführung der Interviews.....	34
3.6 Dauer der Gespräche .....	35
3.7 Transkription.....	36
3.8 Quellenkritik.....	36
3.8.1 Festlegung des Materials.....	37
3.8.2 Analyse der Entstehungssituation.....	37
3.8.3 Zusammensetzung des Samples.....	37

3.8.4	Formale Charakteristika des Materials.....	39
3.9	Richtung der Analyse.....	40
3.9.1	Festlegung der Analysetechnik.....	40
3.10	Ablaufmodell der Analyse.....	41
3.10.1	Kategorisierung .....	42
3.10.2	Kodierung mittels MAXQDA.....	44
3.11	Durchführung der Materialanalyse.....	45
3.12	Gütekriterien .....	46
3.13	Auswertung des Kurzfragebogens.....	46
4	Ergebnisse.....	47
4.1	Leitlinienanwendung .....	47
4.1.1	Generelle Einstellung.....	47
4.1.2	Anwendungshäufigkeit.....	51
4.1.3	Anwendungsanlässe.....	53
4.1.4	Übertragbarkeit.....	55
4.1.5	Adhärenz .....	57
4.1.6	Auswertung des Kurzfragebogens .....	58
4.2	Implementierungsvoraussetzungen .....	63
4.2.1	Erwartungen an Leitlinien .....	63
4.2.2	Implementierungshürden .....	65
4.2.3	Vorteile für die Patientenversorgung.....	69
4.2.4	Rechtssicherheit.....	71
4.2.5	Wirtschaftlichkeit.....	72
4.3	Praxisabläufe.....	74
4.3.1	Praxissoftware .....	75
4.3.2	Delegation .....	76
4.3.3	Patienteninformation.....	78
4.4	Leitlinienkenntnis .....	79
4.4.1	Quellen.....	79
4.4.2	Bekanntheit .....	81

4.4.3	Aktualisierung.....	88
5	Diskussion.....	90
5.1	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	90
5.1.1	Welche Einstellungen und Positionen vertreten Hausärzte in Bezug auf Leitlinien?.....	90
5.1.2	Welchen Einfluss haben Leitlinien auf die hausärztliche Patientenversorgung? .....	91
5.1.3	Welche Erwartungen stellen Hausärzte an Leitlinien und in welchen Bereichen wenden sie diese an? .....	92
5.1.4	Welche Herausforderungen zeigen sich bei der Implementierung und Anpassung von Leitlinien? .....	95
5.2	Ergebnisse anderer Studien .....	100
5.3	Limitationen der Studie .....	106
5.4	Schlussbetrachtung und Ausblick .....	107
6	Literaturverzeichnis .....	109
7	Anhang .....	113
8	Danksagung.....	243
9	Tabellarischer Lebenslauf .....	244

## **Abkürzungsverzeichnis**

**AGREE** – Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation

**AWMF** – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.

**ÄZQ** – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

**CME** – Continuing Medical Education

**DEGAM** – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

**DELBI** – Deutsche Leitlinien-Bewertungsinstrument

**DMP** – Disease-Management-Programme

**EbM** – evidenzbasierte Medizin

**GG** – Grundgesetz

**KHK** – Koronare Herzkrankheit

**KV** – Kassenärztliche Vereinigung

**MFA** – Medizinische Fachangestellte/ Medizinischer Fachangestellter

**NäPa** – Nichtärztliche Praxisassistenz

**NVL** – Nationale Versorgungsleitlinien

**QM** – Qualitätsmanagement

**SGB** – Sozialgesetzbuch

**SKL** – Ständige Leitlinienkommission

**SOP** – Standard Operating Procedure

**StGB** – Strafgesetzbuch

**VERAH** - Versorgungsassistent/in in der Hausarztpraxis

**WANZ** – wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1</b> - Leitlinienimplementierung .....	20
<b>Abbildung 2</b> - Zusammensetzung des Samples .....	38
<b>Abbildung 3</b> - Einfaches inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell (Lagerberg 1975).....	40
<b>Abbildung 4</b> - Ablaufmodell der Analyse .....	42
<b>Abbildung 5</b> - Kategoriensystem .....	44
<b>Abbildung 6</b> - Wie stehen Sie grundsätzlich zu Leitlinien? .....	48
<b>Abbildung 7</b> - Wie stehen Sie grundsätzlich zu Leitlinien? Merkmal: Geschlecht .....	49
<b>Abbildung 8</b> - Wie stehen Sie grundsätzlich zu Leitlinien? Merkmal: Alter.....	49
<b>Abbildung 9</b> - „Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis“ Merkmale: Generelle Verteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung .....	50
<b>Abbildung 10</b> - „Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie“ Merkmale: Generelle Verteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung .....	51
<b>Abbildung 11</b> – „Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden“ Merkmale: Gesamtverteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung .....	56
<b>Abbildung 12</b> - „Auswertung des Kurzfragebogens – Frage 1“ Merkmal: Allgemeine Verteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung.....	59
<b>Abbildung 13</b> - „Auswertung des Kurzfragebogens – Frage 2“ Merkmal: Allgemeine Verteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung.....	60
<b>Abbildung 14</b> - „Auswertung des Kurzfragebogens – Frage 3“ Merkmal: Allgemeine Verteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung.....	61
<b>Abbildung 15</b> - „Auswertung des Kurzfragebogens – Frage 4“ Merkmal: Allgemeine Verteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung.....	61
<b>Abbildung 16</b> - „Auswertung des Kurzfragebogens – Frage 5“ Merkmal: Allgemeine Verteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung.....	62
<b>Abbildung 17</b> - „Auswertung des Kurzfragebogens – Frage 6“ Merkmal: Allgemeine Verteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung.....	63
<b>Abbildung 18</b> - „Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag“ Merkmale: Gesamtverteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung .....	66
<b>Abbildung 19</b> – „Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis“ .....	70
<b>Abbildung 20</b> - „Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis“ Merkmal: Altersverteilung .....	70
<b>Abbildung 21</b> – „Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen ein“ .....	75
<b>Abbildung 22</b> - Bekanntheit der Leitlinie: „Akuter und chronischer Husten“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung.....	81

<b>Abbildung 23</b> - Bekanntheit der Leitlinie: „Brennen beim Wasserlassen“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung .....	82
<b>Abbildung 24</b> - Bekanntheit der Leitlinie: „Halsschmerzen“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung.....	82
<b>Abbildung 25</b> - Bekanntheit der Leitlinie: „Brustschmerz“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung.....	83
<b>Abbildung 26</b> - Bekanntheit der Leitlinie: „Rhin sinusitis“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung.....	83
<b>Abbildung 27</b> - Bekanntheit der Leitlinie: „Ohrenschmerzen“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung .....	84
<b>Abbildung 28</b> - Bekanntheit der Leitlinie: „Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung.....	84
<b>Abbildung 29</b> - Bekanntheit der Leitlinie: Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention (S3) .....	85
<b>Abbildung 30</b> - Bekanntheit der Leitlinie: „Müdigkeit“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung.....	85
<b>Abbildung 31</b> - Bekanntheit der Leitlinie: „Schlaganfall“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung.....	86
<b>Abbildung 32</b> - Bekanntheit der Leitlinie: „Multimedikation“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung.....	86
<b>Abbildung 33</b> - Bekanntheit der Leitlinie: „Pflegerische Angehörige“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung .....	87
<b>Abbildung 34</b> - Bekanntheit der Leitlinie: „Schutz vor Über- und Unterversorgung“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung.....	87
<b>Abbildung 35</b> - Bekanntheit der Leitlinie: „Versorgung nicht-dialysepflichtiger Niereninsuffizienz“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung.....	88

## **Tabellenverzeichnis**

<b>Tabelle 1</b> - Stufenklassifikation der Leitlinie nach AWMF .....	13
<b>Tabelle 2</b> - soziodemographischer Fragebogen.....	29
<b>Tabelle 3</b> - Fragebogen „Ziele von Leitlinien“.....	30
<b>Tabelle 4</b> - Fragebogen „Bekanntheit von Leitlinien“.....	30
<b>Tabelle 5</b> - Qualitative Inhaltanalyse.....	31
<b>Tabelle 6</b> - Gesprächsdauer der Interviews.....	35
<b>Tabelle 7</b> - Beschreibung des Samples.....	39
<b>Tabelle 8</b> - Auszug Kodierleitfaden.....	43
<b>Tabelle 9</b> - Kategoriensystem „Leitlinienanwendung“.....	48
<b>Tabelle 10</b> - Subkategorien „Anwendungshäufigkeit“.....	52

## **Gender-Hinweis**

In dieser Arbeit wird nur das generische Maskulinum verwendet, um die Lesbarkeit zu gewährleisten. Personenbezeichnungen beziehen sich aber jeweils auf alle Geschlechter.

# 1 Einleitung

Evidenzgestützte Leitlinien spielen heute für die Patientenversorgung eine entscheidende Rolle. Sie sollen als systematisch entwickelte, institutionell konzertierte Hilfsmittel für Ärzte zu einer angemessenen und rechtzeitigen Diagnostik bzw. Behandlung in spezifischen Krankheitssituationen beitragen und machen sich dabei aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zunutze [1]. Die Handlungsempfehlungen, welche Leitlinien unterbreiten, sind wichtige Instrumente, um dafür zu sorgen, dass Versorgungsprozesse effektiv, praktikabel, praxisnah und an aktueller medizinischer Forschung orientiert ablaufen. Des Weiteren dienen sie unter anderem der Strukturierung von Diagnose- und Behandlungsabläufen, der Effizienz- und Qualitätssteigerung der Patientenversorgung sowie einer besser geordneten Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen wie z.B. Haus- und Fachärzten.

Auch die Arbeitsabläufe innerhalb der Praxen, wie etwa die Delegation von ärztlichen Maßnahmen an nicht-ärztliches Personal, sollen mit Hilfe von Leitlinien verbessert werden. Dabei werden idealerweise nicht nur medizinische Aspekte sondern auch die Rechtssicherheit der Maßnahmen im Rahmen von Leitlinien berücksichtigt [2].

Nach internationalem Vorbild werden Leitlinien mit dem Ansatz der *evidence based medicine (EbM)* entwickelt, welcher drauf abzielt, Vorgehensweisen in der Patientenversorgung auf evidenzbasierte Forschungsergebnisse, individuelle klinische Expertise und Bedürfnisse der Patienten zu stützen. Forschungsergebnisse, insbesondere aus randomisierten kontrollierten Studien und systematischen Reviews, bilden die Basis der Leitlinienerstellung. In der Praxis bedeutet das, dass Behandler nicht ausschließlich auf ihren eigenen Erfahrungsschatz zurückgreifen, sondern sich auf Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung und die daraus abgeleiteten Empfehlungen beziehen, was die integrative Herangehensweise an die medizinische Entscheidungsfindung fördert [3, 4].

Gerade im hausärztlichen Setting bieten Leitlinien ein großes Anwendungspotential. Allgemeinmediziner stehen als Primärversorger einem breiten Spektrum an Symptomen und korrespondierenden Krankheitsbildern gegenüber und sind von einem hohen Zeit- und Ressourcendruck betroffen [5], was einen Bedarf nach systematischen Entscheidungshilfen zur diagnostischen Abklärung, zur Verlaufskontrolle oder zum Krankheitsmanagement aufzeigt. Neben den oben genannten Vorteilen können Leitlinien besonders in der Hausarztmedizin helfen, verschiedene Erscheinungsformen der Unter-, Über- und Fehlversorgung abzubauen [6].

1995 wurde durch ein Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen die Empfehlung an sämtliche Fachgesellschaften herausgegeben,

Leitlinien mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität medizinischer Leistungen und Vermeidung nicht indizierter Leistungen zu etablieren. Vor über zwanzig Jahren hat sich auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) dazu entschieden, Leitlinien für das hausärztliche Einsatzgebiet zu entwickeln, zu koordinieren, zu supervidieren und zur Verfügung zu stellen. Dabei wird in einem mehrstufigen Prozess festgestellt, ob eine Leitlinie im Praxisalltag praktikabel ist und von den Anwendern akzeptiert wird. Dafür ist die Expertenmeinung der praktizierenden Hausärzte und deren Mitarbeitern unerlässlich und wird demnach aktiv in die Forschung mit einbezogen [7, 8].

Die Fachgesellschaften, welche für die Erstellung und Etablierung von Leitlinien verantwortlich sind, haben längst erkannt, dass es von vielen Faktoren abhängt, ob eine Leitlinie akzeptiert und vor allem in der Versorgungspraxis umgesetzt wird. Nach der Veröffentlichung kommt es stark auf die Implementierungsbereitschaft der hausärztlichen Behandler an, damit eine eingeführte Leitlinie ihren potenziellen Nutzen möglichst breit entfalten kann. So beschäftigen sich beispielsweise die Sektion Qualitätsförderung und die ständige Leitlinienkommission der DEGAM intensiv mit der Implementierung und der Weiterentwicklung von Standards und messbaren Qualitätsindikatoren für neue und bestehende Leitlinien. Nach der Veröffentlichung kommt es stark auf die Implementierungsbereitschaft der hausärztlichen Behandler an, damit eine eingeführte Leitlinie ihren potenziellen Nutzen möglichst breit entfalten kann [3]. Während zu Beginn insbesondere die Entwicklung von Leitlinien und eine Verbesserung der methodischen Qualität im Vordergrund stand, wurde im Laufe der Zeit die Relevanz der Implementierungsförderung verstärkt durch die Fachgesellschaften wahrgenommen. Dies beinhaltet die gezielte Förderung von Akzeptanz und Anwendungsbereitschaft hausarztbasierter Leitlinien [9, 10].

Trotz dieser Bemühungen und Fortschritte in der Leitlinienentwicklung haben zurückliegende Untersuchungen aufgezeigt, dass sich gerade erfahrene Hausärzte durch Handlungsanweisungen in ihrer ärztlichen Therapiefreiheit eingeschränkt sehen. Die Implementierung von Leitlinien in Praxisroutinen ist zwar zunehmend und wird von den meisten Hausärzten befürwortet, jedoch mangelt es trotzdem oft an der Bekanntheit oder Umsetzung. Vollmar et al. bilanzierten in einer aus dem Jahr 2013 stammenden Arbeit, dass trotz aller Bemühungen um eine breite Implementierung von DEGAM-Leitlinien unter Hausärzten diese häufig entweder nicht bekannt seien oder im Praxisalltag kaum Anwendung finden [11]. Auch betrachten sie älteren Befunden zufolge die Evidenzstärke skeptisch und verfügen seltener über fundierte Kenntnisse zu Leitlinien [9]. Überdies wird gelegentlich von hausärztlicher Seite moniert, dass Leitlinien in einem individualmedizinischen Fachgebiet wie der Allgemeinmedizin zur Einschränkung der Flexibilität in der individuellen Patientenversorgung führten und die Maßnahmen nicht kostendeckend durchzuführen seien. So konnten qualitative Arbeiten zeigen, dass Hausärzte die Evidenz aus klinischer Forschung häufig widersprüchlich

zur „freien Anamnese“ am einzelnen Patienten erleben [12]. Als Ursache dafür wird häufig eine praxis- und anwendungsferne Entwicklung der Handlungsanweisungen angeführt. Wolny kommt zu dem Schluss, dass bestimmte Leitlinien unter hausärztlichen Behandlern überwiegend positiv betrachtet, aber in der Patientenbehandlung nicht oder nur selten umgesetzt werden [13]. Die Problematik der Umsetzbarkeit, Anwendungsnähe und Hausarztkonformität steht dabei neben anderen Faktoren im Zentrum.

Obwohl weiterhin verbreitete Kritik besteht, deuten unterschiedliche Anzeichen auf ein gesteigertes Bewusstsein bei Hausärzten für die Vorteile einer konsequenten Ausrichtung an Leitlinien hin [14]. Neuere Befragungen von Allgemeinmedizinern zeigen beispielsweise, dass es mittlerweile zu einer steigenden Akzeptanz im Bereich der Disease-Management-Programme (DMP) gekommen ist. Dennoch fehlt es vielfach an aktuellen Studien, die ein breites Bild in Bezug auf die hausärztliche Leitlinienorientierung ermöglichen.

## **1.1 Relevanz des Arbeitsthemas**

Die Relevanz der vorliegenden Dissertationsarbeit erstreckt sich über mehrere Dimensionen. Vorrangig steht die Allgemeinmedizin im Zentrum der primären Gesundheitsversorgung, womit Hausärzte die zentralen Akteure in diesem Bereich darstellen. Ihre Einstellungen, Erfahrungen, Erwartungen und Herangehensweisen an das Thema Leitlinien beeinflussen direkt wie indirekt die Qualität der Patientenversorgung. Das Verständnis ihrer Haltung gegenüber hausarztbasierten Leitlinien ist daher von entscheidender Bedeutung, um die Wirksamkeit und Anwendbarkeit dieser Leitlinien in der täglichen Praxis zu optimieren. Des Weiteren kann der Einblick von Allgemeinmedizinern in die Arbeit mit den Grundbausteinen evidenzbasierter Medizin helfen, innovative Ansätze zur Leitlinienimplementierung zu identifizieren und zu fördern. Gerade die Betrachtung individueller oder kollektiver Behandlungskonzepte und die Balance der Abwägung zwischen Evidenz und Erfahrungsschatz bieten interessante Ansätze. Dazu ist auch der Einfluss des persönlichen Erfahrungsschatzes eines Arztes und die vorhandene Berufserfahrung auf die Adhärenz gegenüber Leitlinienempfehlungen von Interesse.

Es ist somit von großer Bedeutung, dass eine allgemeinmedizinische Versorgungsforschung sich regelmäßig mit der hausärztlichen Umgehensweise in Bezug auf evidenzgestützte Leitlinien beschäftigt und in diesem Zuge etwa auf Herausforderungen und Problematiken aufmerksam macht. Solche Erkenntnisse sind wichtig, um Implementierungshindernisse abzubauen und die Anwendungsbereitschaft unter Hausärzten weiter zu fördern. Ein Ansatzpunkt, um eine Leitlinienorientierung unter Allgemeinmedizinern auszubauen, liegt darin, inwiefern sie konkrete Vorzüge bzw. Anreize wahrnehmen, Leitlinien aufzugreifen [11].

Gerade im deutschsprachigen Raum mangelt es insgesamt an aktuellen, belastbaren Untersuchungen zur Leitlinienorientierung im hausärztlichen Setting. So betonen Vollmar et al. (2013) diesbezüglich den großen Nachholbedarf und die Notwendigkeit vertiefender Untersuchungen des „Anwenderverhaltens“ von DEGAM- Leitlinien.

## **1.2 Erkenntnisinteresse und Zielstellung der Arbeit**

Das Ziel der vorliegenden Dissertationsarbeit besteht in der vertiefenden Erforschung des Selbstverständnisses praktizierender Hausärzte im Hinblick auf evidenzbasierte Leitlinien. Im Zuge dessen sollen förderliche wie hemmende oder hinderliche Faktoren der Leitlinienimplementierung herausgearbeitet und die generelle Kenntnis von Leitlinien erfragt werden. Gemäß der zentralen Fragestellung wird entsprechend die Vielschichtigkeit hausärztlicher Positionen und Erfahrungen gegenüber allgemeinmedizinischen Handlungsempfehlungen untersucht, insbesondere jener, die von der DEGAM veröffentlicht wurden. Der Fokus liegt zum einen darauf, ein differenziertes Einstellungs- und Meinungsbild vom aktuellen Status der Leitlinienorientierung zu zeichnen. Zum anderen soll die Arbeit einen Beitrag leisten, konkrete Probleme der Akzeptanz, Implementierung und Umsetzung von Leitlinien besser aufzuzeigen und Rückschlüsse für den Entwicklungsprozess zu ziehen. In diesem Kontext sollen Anhaltspunkte gewonnen werden, welche Motivationen für Hausärzte entscheidend sind, damit es zur Anwendung solcher Entscheidungshilfen kommt.

Dies umfasst die Untersuchung folgender Hauptaspekte:

### **Welche Einstellungen und Positionen vertreten Hausärzte in Bezug auf Leitlinien?**

Die Dissertation zielt darauf ab, die Haltungen und Perspektiven von Hausärzten gegenüber Leitlinien zu erfassen und zu analysieren, um zu verstehen, wie diese ihre Entscheidungsfindung und tägliche Praxis beeinflussen. Dazu soll ermittelt werden, wie häufig Hausärzte Leitlinienempfehlung in ihren Praxisalltag miteinbeziehen und ob diese Entscheidung auch von einer Alterskorrelation beeinflusst wird bzw. ob sie in den letzten Jahren zu- oder abgenommen hat. Ein Befragungspunkt soll sich der Einschätzung widmen, ob Leitlinien die ärztliche Therapiefreiheit einschränken.

### **Welchen Einfluss haben Leitlinien auf die hausärztliche Patientenversorgung?**

Es wird untersucht, wie Hausärzte Leitlinien in Bezug auf ihre Vorzüge und Nachteile für die Qualität der Patientenversorgung bewerten und inwieweit diese sich auf die Versorgungseffizienz und -qualität auswirken. Die Arbeit soll sowohl wahrgenommene Anwendungspotenziale und Probleme im Umgang mit Leitlinien aufzeigen als auch Möglichkeiten beleuchten, wie Praxen mit Hilfe von Leitlinien ihre Prozess- und

Ergebnisqualität steigern können. Weiter sollen Einflussfaktoren identifiziert werden, welche sich auf den potentiellen Nutzen von Leitlinien auswirken und wie sie zur Ausbildung von Berufseinsteigern genutzt werden können.

### **Welche Erwartungen stellen Hausärzte an Leitlinien und in welchen Bereichen wenden sie diese an?**

Die qualitative Studie strebt an, die spezifischen Erwartungen von Hausärzten an die Eigenschaften und den Aufbau von Leitlinien festzustellen und zu erforschen. Es sollen bevorzugte sowie vernachlässigte Bereiche der Leitlinienanwendung in der hausärztlichen Praxis identifiziert und die daraus resultierenden Erfahrungen ausgewertet werden. Im Speziellen ist die Befragung zu etablierten, den Behandlungsalltag betreffenden Leitlinien interessant. In diesem Zusammenhang soll auch die Nutzung von Delegation ärztlicher Maßnahmen an nichtärztliches Personal in Erfahrung gebracht werden. Hierzu werden Interviews mit Hausärzten geführt und anschließend analysiert.

### **Welche Herausforderungen zeigen sich bei der Implementierung und Anpassung von Leitlinien?**

Ziel ist es, die Herausforderungen und Probleme zu beleuchten, die Hausärzte bei der Implementierung von Leitlinien im Praxisalltag erleben. Des Weiteren soll die Adhärenz der Allgemeinmediziner zu den Leitlinienempfehlungen untersucht werden, um zu verstehen, in welchen Situationen und aus welchen Gründen von diesen Empfehlungen abgewichen wird und welche alternativen Methoden in solchen Fällen angewendet werden. Ein weiterer Schwerpunkt der Studie liegt auf der Übertragbarkeit von Leitlinien auf ein breites, teilweise unselektiertes Patientenklientel, wobei insbesondere die Notwendigkeit individueller Anpassungen in den Fokus gerückt wird. Außerdem soll ermittelt werden, wie hoch die generelle Bekanntheit der DEGAM-Leitlinien ist. Damit soll das komplexe Spannungsfeld zwischen den hausärztlichen Anwendern und den möglichen Widersprüchen einer Leitliniennutzung genauer beleuchtet und Herausforderungen in Bezug auf Umsetzbarkeit, Anwendungsnähe und Hausarztkonformität betrachtet werden.

In den folgenden Kapiteln wird eingehend auf den Hintergrund des zu erforschenden Themenbereichs eingegangen. Darin wird ein Überblick über Leitlinien, deren Ziele und Effekte, Entwicklung und Klassifikation, historische und rechtliche Hintergründe, Einstellungen und Barrieren, deren Implementierung und den aktuellen Stand der Forschung gegeben. Im Anschluss erfolgt die Präsentation der durchgeführten Befragungen. Nach der Exposition des Abschnitts zu Methoden und Ergebnissen erfolgt die Diskussion der empirischen Befunde der Studie im Kontext und deren Abgleich mit dem bestehenden Forschungsstand.

## 2 Hintergrund

### 2.1 Ziele und Effekte von Leitlinien

Die Ziele medizinischer Leitlinien sind vielfältig. Sie umfassen unter anderem die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung, die Förderung der evidenzbasierten Praxis, die Standardisierung der Diagnose und Behandlung von Krankheiten sowie die Senkung der Kosten im Gesundheitssystem. Zudem können sie intraindividuelle Behandlungsvariationen glätten und somit zur Patientensicherheit beitragen bzw. Komplikationen reduzieren und die Effizienz der Behandlungen steigern. Mithilfe der Konzeption der *Evidenzbasierten Medizin* und der *Evidenzbasierten Leitlinien* sollen Formatierungsprozeduren die ärztliche Irrtumsanfälligkeit kalkulierbar gemacht werden [15]. Herausforderungen bei der Anwendung von Leitlinien ergeben sich allerdings durch die Berücksichtigung von individuellen Befundkonstellationen und Patientenbedürfnissen.

Das Bundesgesundheitsministerium definiert Leitlinien wie folgt:

*„Systematisch entwickelte Empfehlungen die Entscheidungen von Ärzten und Patienten über eine im Einzelfall angemessene gesundheitliche Versorgung ermöglichen sollen. Als wichtiges Instrument der evidenzbasierten Medizin geben sie den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der in der Praxis bewährten Verfahren wieder“ [16].*

Dem Arzt werden zuverlässige Entscheidungshilfen zur Verfügung gestellt, um seine Entscheidungen fundiert zu treffen. Diese Entscheidungshilfen umfassen bewährte Diagnosemethoden, Arzneimittel, deren Nutzen in Langzeitstudien nachgewiesen wurde sowie nachweislich wirksame Therapien [16]. Dazu werden in der Regel vorrangig die Ergebnisse randomisierter kontrollierter Studien herangezogen, um die Wirksamkeit einer Therapie messbar zu machen [15]. Sie geben dabei einen Handlungsspielraum vor, von dem im begründeten Einzelfall abgewichen werden kann oder sogar muss, wobei der Anwender bei der juristischen Auseinandersetzung bezüglich möglicher Haftungsfragen gezwungen ist, seine Entscheidung zur Abweichung zu begründen [17].

Um sicherzustellen, dass Leitlinien den hohen Ansprüchen gerecht werden, müssen sie in regelmäßigen Abständen aktualisiert oder neu erstellt werden. Außerdem sollten sie idealerweise nicht nur in Form von medizinischen Fachtexten sondern auch in einer für Patienten verständlichen Form, wie z.B. Patientenleitlinien, vorliegen [16].

## 2.2 Methodischer Hintergrund von Leitlinien – Die S-Klassifikation

Die Wirksamkeit und der Nutzen von Leitlinien stehen in engem Zusammenhang mit deren Qualität, weshalb hochwertige Leitlinien gewisse Qualitätskriterien erfüllen sollten. Diese werden national einheitlich festgeschrieben. Dabei werden Parameter wie z.B. die Repräsentativität des Leitliniengremiums, die systematische Suche, Auswahl und Bewertung der Literatur sowie die Methodik der Konsensfindung bewertet [18].

Das ÄZQ bewertet die Qualität von medizinischen Leitlinien wie folgt:

*„Unter der Qualität medizinischer Leitlinien versteht man das Vertrauen darauf, dass die möglichen systematischen Fehler der Leitlinienentwicklung angemessen angesprochen worden sind, dass die Empfehlungen sowohl interne als auch externe Validität besitzen, und dass sie in der Praxis machbar sind. Dies bedeutet die Berücksichtigung von Nutzen, Schäden und Kosten der Empfehlungen sowie der mit den Empfehlungen verbundenen praktischen Fragen. Deshalb umfasst die Bewertung Beurteilungen sowohl der zur Leitlinienentwicklung herangezogenen Methoden, als auch des Inhalts der endgültigen Empfehlungen und der Faktoren, die mit der Realisierung der Empfehlungen verbunden sind. Zur Bewertung der Leitlinienqualität und -Anwendbarkeit wurden verschiedene Instrumente und Verfahren entwickelt. In Deutschland werden primär DELBI und das AGREE-Instrument verwendet [18].“*

Um dem Anwender einen groben Überblick über die Qualität einer Leitlinie zu geben, unterscheidet die AWMF Leitlinien in vier Klassen [19, 20]:

Bezeichnung	Charakteristika	Wissenschaftliche Legitimation der Methode	Legitimation für die Umsetzung
<b>S1:</b> Handlungsempfehlung von Experten	Konsensfindung in einem informellen Verfahren	gering	gering
<b>S2k:</b> Konsensbasierte Leitlinien	Repräsentatives Gremium, strukturierte Konsensfindung	gering	hoch
<b>S2e:</b> Evidenzbasierte Leitlinien	Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur	hoch	gering
<b>S3:</b> Evidenz- und Konsensbasierte Leitlinien	Repräsentatives Gremium, systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, strukturierte Konsensfindung	hoch	hoch

**Tabelle 1:** Stufenklassifikation der Leitlinien nach AWMF

## 2.3 Historischer Hintergrund

Die vermutlich ältesten Niederschriften von medizinischen Handlungsrichtlinien gehen auf Hippokrates' *Corpus Hippocraticum* aus der Zeit zwischen dem 6. Jahrhundert v. Chr. und dem 2. Jahrhundert v. Chr. zurück. Diese Sammlung von medizinischen Texten adressierte sowohl Mediziner als auch Laien.

Über die Notwendigkeit moderner Leitlinien als Instrumente der medizinischen Praxis wird in Deutschland bereits seit den 1980er Jahren diskutiert, während es zu dieser Zeit in Staaten wie den USA und Kanada bereits erste konsensbasierte Handlungsempfehlungen gab. Die Verbreitung medizinischer Leitlinien wird in der Regel auf zwei Arten erklärt: Erstens als Reaktion auf die steigenden Kosten im staatlichen Gesundheitsapparat. Dies ist daran zu erkennen, dass bereits 1984 in der Veröffentlichung „Introducing guidelines into clinical practice“ über Budgetrestriktionen debattiert wird [21] und diese auch in Folgestudien immer wieder auftauchen. Eine weitere Erklärung ist, dass ärztliche Fachgesellschaften Leitlinien erstellen, um ihre Autonomie angesichts des steigenden administrativen Drucks zu bewahren [22]. Einen dritten Erklärungsversuch schlagen Weisz et al. (2007) vor: Sie beschreiben den Aufstieg von medizinischen Leitlinien als eine Änderung der Methode zur Steigerung der Qualität in der medizinischen Praxis in der immer schneller voranschreitenden und unübersichtlicher werdenden medizinischen Forschung.

*„EbM ist der gewissenhafte und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der Versorgung individueller Patienten. EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung. Expertise spiegelt sich auch in der Berücksichtigung der besonderen Situation, der Rechte und Präferenzen von Patienten wider“ [23]*

Spätestens seit dem Gutachten des Sachverständigenrates für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen von 1995, in welchem die Empfehlung an sämtliche Fachgesellschaften der AWMF ausgesprochen wurde, Leitlinien mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität medizinischer Leistungen und Vermeidung nicht indizierter Leistungen zu etablieren, herrscht in Deutschland Uneinigkeit über die Sinnhaftigkeit von medizinischen Leitlinien [8]. Im Gegensatz zu anderen Ländern wurde in Deutschland die Verantwortlichkeit zur Leitlinienentwicklung an die jeweiligen Fachgesellschaften übertragen und nicht staatlich organisiert. Um dennoch internationalen Anforderungen an qualitativ hochwertige Handlungsempfehlungen zu genügen, wurde ein Qualitätsmanagementsystem sowie globale Entwicklungskooperationen eingerichtet [8]. Leitlinien sollen als systematisch entwickelte Hilfe für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen beitragen und dabei auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen [1].

Im Bereich der Allgemeinmedizin entschied sich 1997 die DEGAM, Leitlinien für die hausärztliche Praxis zu entwickeln, zu koordinieren und zu supervidieren [24]. Nachdem bereits 1999 über 900 fertiggestellte Leitlinien auf der Homepage der AWMF abrufbar waren, stellten sich viele Mediziner die Frage, ob es bei einer solchen Flut von Neuentwicklungen überhaupt möglich sei, dass alle Leitlinien eine signifikante Evidenzstärke aufweisen könnten. Sicher ist, dass anfangs vor allem die Entwicklung von Leitlinien überhaupt und später eine Verbesserung der methodischen Qualität von Leitlinien im Vordergrund stand und erst zunehmend die herausragende Bedeutung der Implementierung erkannt wurde [9, 10]. Bereits von Beginn an wurden Bedenken der Ärzteschaft angebracht, dass Leitlinien in einem individualmedizinischen Fachgebiet wie der Allgemeinmedizin zur Einschränkung der Flexibilität in der individuellen Patientenversorgung führen oder gar die ärztliche Therapiefreiheit untergraben. Dem entgegen stehen allerdings unzählige Vorteile von wissenschaftlich fundierten Leitlinien wie z.B. die objektive Zusammenfassung des teils unüberschaubar großen Wissenstandes eines Themas. Bedenkt man, dass bereits im Jahr 1995 allein auf dem Gebiet der Inneren Medizin jährlich etwa 6.000 Originalarbeiten veröffentlicht und im gleichen Zeitraum von den rund 10.000 medizinisch-wissenschaftlichen Fachjournalen über 2 Millionen Artikel produziert wurden, so wird schnell der Bedarf einer qualitativ hochwertigen Zusammenfassung und Handlungsanweisung in Form von Behandlungsempfehlungen klar [23].

Stand März 2023 listet die AWMF insgesamt 832 Leitlinien, welche sich in 266 S1-Leitlinien, 52 S2e-Leitlinien, 311 S2k-Leitlinien und 203 S3-Leitlinien aufteilen. Davon führt die DEGAM zu gleichem Zeitpunkt insgesamt 30 Leitlinien auf, welche sich auf acht S1-Leitlinien, vier S2e-Leitlinien, drei S2k-Leitlinien und 14 S3-Leitlinien sowie einen Leitfaden verteilen [25, 26].

## **2.4 Rechtlicher Hintergrund**

Der Aspekt der forensischen Absicherung durch Leitlinienanwendung ist bei vielen Hausärzten ein häufig genannter Grund für deren Anwendung. So werden Leitlinien von den Fachgesellschaften erstellt, um für den Anwender eine Orientierungshilfe bei Diagnosestellung und Behandlung von Patienten zu sein. Dabei stützen sich ebendiese Empfehlungen auf die Evidenz von vorausgegangenen Forschungsergebnissen oder Erfahrungen.

Die AWMF, als Zusammenschluss medizinischer Fachgesellschaften, beschreibt den Rechtscharakter von Leitlinien daher wie folgt:

*„Die Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und*

*sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die „Leitlinien“ sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung [1].“*

Auch in älteren Untersuchungen stützen sich Ärzte auf die vermeintliche Rechtssicherheit hinter der strikten Umsetzung von Handlungsempfehlungen. So wird des Öfteren von Verbindlichkeit oder ‚quasi- Verbindlichkeit‘ für die medizinisch korrekte Behandlung gesprochen, jedoch ist die aktuelle Rechtsprechung eine andere. Da Leitlinien von Fachgesellschaften, also privaten Institutionen, entwickelt und herausgegeben werden und nicht von einem Bundes- oder Landesgesetzgeber, sind diese nicht berechtigt, verbindliches Satzungsrecht zu erlassen sondern dienen lediglich als Empfehlung und Orientierungshilfe in der medizinischen Praxis [27].

*„Handlungsanweisungen in Leitlinien ärztlicher Fachgremien oder Verbände dürfen nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden. [...] Leitlinien ersetzen kein Sachverständigengutachten. Zwar können sie im Einzelfall den medizinischen Standard für den Zeitpunkt ihres Erlasses zutreffend beschreiben; sie können aber auch Standards ärztlicher Behandlung fortentwickeln oder ihrerseits veralten.“ [28]*

Von einer anderen Position aus betrachtet sind Ärzte allerdings verpflichtet, sich an den aktuellen Stand der Wissenschaft und Forschung zu halten und ihre Patienten nach bestem Wissen und Gewissen zu versorgen. In einer Stellungnahme zur ‚Wissenschaft als konstitutionelles Element des Arztberufes‘ äußert sich die Bundesärztekammer 2019 zu diesem Thema und legt diese als Grundlage des ärztlichen Handelns fest. Des Weiteren kommentierten sie, dass die ärztliche Berufsausübung sowohl lebenslanges Lernen als auch die kritische Hinterfragung des Gelernten erfordert [29]. Dabei können Leitlinien eine enorme Hilfe darstellen, indem sie als Quellen wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Verfügung stehen.

Folglich kann der Nichtbeachtung von Leitlinien ein Behandlungsfehler zugrunde liegen, wenn strafrechtlich festgestellt werden kann, dass in Folge dieser Abweichung ein Schaden beim Patienten entstanden ist, wodurch der Behandler haftbar gemacht werden kann. Darüber hinaus können Leitlinien bei gerichtlichen Auseinandersetzungen als Beweismittel bzw. als Grundlage eines Gutachtens herangezogen werden um z.B. zu belegen, dass eine Behandlungsmethode dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und somit nicht als Behandlungsfehler gewertet werden kann.

An dieser Stelle gibt es mehrere Begrifflichkeiten zu beachten. Zum einen die ‚ärztliche Methoden- bzw. Therapiefreiheit‘. Diese erlaubt dem Behandler aufgrund seiner fachlichen Kompetenz die freie Wahl der Behandlungsmethode, welche er einem Patienten vorschlagen darf, so sie denn nicht gegen die *guten Sitten* verstößt und den aktuellen naturwissenschaftlichen Kenntnisstand abbildet. Zum anderen ist jeweils die Sorgfaltspflicht

zu beachten, welche in die Rechtspflicht der Fortbildung resultiert [30]. Ein Behandler kann folglich in seiner Therapie von Leitlinien abweichen, da diese keine Rechtsnormen darstellen.

Ein weiterer nicht zu vernachlässigender Punkt ist das Selbstbestimmungsrecht des jeweiligen Patienten (Art.2 Abs.1 GG). Dieser entscheidet in jedem Fall über die letztendliche Behandlung, welche ihm zugetragen wird. Eine grundsätzliche Verpflichtung zur Behandlung unter Anwendung von Leitlinien gegen den Willen des Patienten ist somit undenkbar. Eine Behandlung gegen den (mutmaßlichen) Willen des Patienten ist rechtswidrig und kann nach §223 StGB als Körperverletzung gewertet werden.

Im Rahmen des fünften Sozialgesetzbuches ist zudem noch das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten, wonach Maßnahmen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen (§12 SGB 5).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Leitlinien zwar keinen verbindlichen Rechtsstatus haben, aber dennoch eine wichtige Rolle im Medizinrecht spielen. Schlussendlich bleibt aber die Verantwortung der Behandlung seiner Patienten bei dem jeweiligen Arzt.

## **2.5 Zusammenhang von hausärztlicher Versorgung und Leitlinien**

Die Hausarztmedizin spielt eine Schlüsselrolle im Gesundheitssystem und ist die erste Anlaufstelle für Ratsuchende aller Fachdisziplinen. Die Fähigkeit eines Allgemeinmediziners, eine genaue Diagnose zu stellen und wirksame Behandlungen einzuleiten, ist von zentraler Bedeutung für die Prognose [31]. Das teils unselektierte Patienten Klientel, die Komplexität der Beratungsanlässe und die Vielfalt der Aufgaben eines Hausarztes machen eine fundierte Entscheidungsfindung notwendig, welche auf dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung beruhen [32, 33]. In diesem Kontext gewinnen Leitlinien immer größere Bedeutung. Sie bieten als systematisch entwickelte Entscheidungsoptionen eine Hilfestellung für eine angemessene Gesundheitsversorgung [1]. Sie dienen Hausärzten als Richtschnur, um aktuelle Forschungsergebnisse in eine konsistente und qualitativ hochwertige Behandlung umzusetzen oder zielgerichtet und rechtzeitig zu diagnostizieren. Es existieren jedoch auch Kritikpunkte gegenüber evidenten Behandlungsempfehlungen. So wird ihnen zugeschrieben, dass sie vorwiegend von organischem und rein schulmedizinischem Medizinverständnis geprägt sind und weniger psychologische Faktoren und Umweltbedingungen des Patienten berücksichtigen. Weiter wird das ‚Alltagswissen‘ und die teils jahrelange Patientenkenntnis eines Hausarztes von Leitlinien in der Regel außer Acht gelassen [34]. Leitlinien müssen sich folglich den Vorwurf gefallen lassen, nicht praxisgerecht oder nur schwer in allgemeinmedizinischem Kontext umsetzbar zu sein. So gelten natürlich andere Kriterien auf

der spezialistischen Ebene als in der hausärztlichen Grundversorgung und es liegt am Anwender, die Empfehlung auf sein jeweiliges Patientenkontext anzupassen [35].

## 2.6 Ärztliche Einstellungen gegenüber Leitlinien

Gerade im hausärztlichen Setting können Leitlinien ein großes Anwendungspotential entfalten. Allgemeinmediziner stehen als Primärversorger einem breiten Spektrum an Symptomen und korrespondierenden Krankheitsbildern gegenüber und sind von einem hohen Zeit- und Ressourcendruck betroffen [5], was einen Bedarf nach systematischen Entscheidungshilfen zur diagnostischen Abklärung, zur Verlaufskontrolle oder zum Krankheitsmanagement aufzeigt. Neben den bereits genannten Vorteilen können Leitlinien besonders in der Hausarztmedizin helfen, verschiedene Erscheinungsformen der Unter-, Über- und Fehlversorgung abzubauen [6]. Zurückliegende Untersuchungen weisen jedoch oftmals darauf hin, dass sich gerade erfahrene Hausärzte durch Handlungsanweisungen in ihrer ärztlichen Therapiefreiheit eingeschränkt sehen. Auch betrachten sie die Evidenzstärke von Leitlinien skeptisch und verfügen seltener über fundierte Kenntnisse zu Leitlinien [9].

Überdies wird gelegentlich von hausärztlicher Seite moniert, dass Leitlinien in einem individualmedizinischen Fachgebiet wie der Allgemeinmedizin zur Einschränkung der Flexibilität in der individuellen Patientenversorgung führten und die Maßnahmen nicht kostendeckend durchzuführen seien. So konnten qualitative Arbeiten zeigen, dass Hausärzte die Evidenz aus klinischer Forschung häufig widersprüchlich zur ‚freien Anamnese‘ am einzelnen Patienten erleben [9]. Als Ursache dafür wird häufig eine praxis- und anwendungsferne Entwicklung der Handlungsanweisungen angeführt. Wollny (2009) resümiert, dass bestimmte Leitlinien unter hausärztlichen Behandlern überwiegend positiv betrachtet, aber in der Patientenbehandlung nicht oder nur selten umgesetzt werden. Die Problematik der Umsetzbarkeit, Anwendungsnähe und Hausarztkonformität stehen dabei neben anderen Faktoren im Zentrum [13].

Vollmar et al. bilanzierten in einer aus dem Jahr 2013 stammenden Arbeit, dass trotz aller Bemühungen um eine breite Implementierung von DEGAM-Leitlinien unter Hausärzten diese häufig „entweder nicht bekannt sind“ oder „im Praxisalltag kaum Anwendung finden“ [11]. Trotz nach wie vor verbreiteter Kritik gibt es jedoch verschiedene Hinweise auf ein gewachsenes Bewusstsein unter Hausärzten für die Vorzüge einer konsequenten Leitlinienorientierung [36]. Neuere Befragungen von Allgemeinmedizinerinnen zeigen beispielsweise, dass es mittlerweile zu einer steigenden Akzeptanz im Bereich der Disease-Management-Programme (DMP) gekommen ist. Dennoch fehlt es vielfach an aktuellen Studien, die ein breites Bild in Bezug auf die hausärztliche Leitlinienorientierung ermöglichen.

## 2.7 Potenzielle Barrieren der Leitlinienanwendung

Abholz (2017) diskutiert die Herausforderungen, welche bei der Umsetzung von evidenzbasierter Medizin aufkommen können und zieht den Schluss, dass EbM-Leitlinien allein nicht ausreichend sind, um die bestmögliche Versorgung für einen Patienten zu gewährleisten, da diese in der Regel auf dem Querschnitt einer Studie beruhen und nicht immer auf individuelle Unterschiede eingehen. Vielmehr ist EbM bei einer individualisierten Betreuung von Menschen nur anwendbar, wenn man vom EbM-Wissen auf den einzelnen Menschen extrapolierend einsetzt. Dies setzt allerdings eine gute medizinische Kenntnis und Erfahrung sowie eine gewachsene Arzt-Patienten-Beziehung voraus. Eine Nichtanwendung, also das ausschließliche Nutzen ärztlicher Expertise, führt allerdings genauso zu Problemen, da es zu einer möglichen Verzerrung durch persönliche Vorlieben oder fehlender Kenntnis über den aktuellen Stand der Forschung kommen kann [12].

Bereits 2005 befragte Kunz Berliner Hausärzte über mögliche Barrieren in der Leitlinienanwendung. Zu diesem Zeitpunkt erklärte die Mehrheit der Befragten Therapeuten, dass Leitlinien zu widersprüchlich und schwierig auffindbar seien. 28% der Ärzte gaben an, dass es für sie ein großes Problem darstelle, eigene Routinen und Gewohnheiten zu ändern und weitere 38% kritisierten die mangelnden Anreize zur Leitlinienanwendung, obwohl selbige mehrheitlich prinzipiell mit Vorteilen in Verbindung gebracht wurden [9].

## 2.8 Implementierung von Leitlinien

Nach der Entwicklung einer Leitlinie hängt es von diversen Faktoren ab, ob sie in den Versorgungsalltag mit aufgenommen wird oder von den potentiellen Anwendern ausgeklammert werden. Damit sie wirksam in die Qualität der Versorgung eingreifen, bedarf es einer hohen methodischen und fachlichen Güte sowie einer leichten Verfügbarkeit. Selbmann (2005) untersuchte die kombinierten Strategien, die geeignet sind, Leitlinien zu implementieren und Verhaltensänderungen herbeizuführen.

*„Die Implementierung einer Leitlinie ist die konkrete Festlegung von Strukturen und Abläufen in einer Klinik oder Praxis unter Berücksichtigung von vorhandenen Rahmenbedingungen und Regeln, so dass die Leitlinie im ärztlichen Alltag angewandt werden kann und wird“ [37]*

Er beschreibt in Anlehnung an Cabana et al. (1999), dass es nach der Veröffentlichung einer Leitlinie eines geplanten und schrittweisen Vorgehens bedarf [38, 39].

**Perzeptionsphase (Phase 1):** In dieser Implementierungsstufe sind vor allem die Herausgeber der Leitlinie gefordert, da es hier um das Kennenlernen und Verstehen einer Leitlinie (Perception) geht. Für die Akzeptanz sind insbesondere die Sicherstellung der

methodischen Qualität durch Bemühungen um Evidenzbasierung, strukturierte multidisziplinäre Konsensfindung, Nachvollziehbarkeit des Versorgungsablaufes und geeignete Verbreitungsstrategien entscheidend.

**Attitude (Phase 2):** Die Ausbaustufe einer Leitlinie alleine ist noch kein Garant für deren Umsetzung. Dazu müssen in der zweiten Phase emotionalen bzw. kognitiven Gründen des Nichtwollens des potenziellen Anwenders entgegengewirkt werden. In diesem Zusammenhang spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, wie beispielsweise eine fehlende Identifikation mit den neuen Verfahrensvorschlägen, da diese nicht selbst entwickelt wurden sowie die Befürchtung des Verlustes von Verantwortung und Entscheidungsfreiheit. Des Weiteren kann die Ablehnung von Leitlinien aufgrund der Wahrnehmung, es handle sich um ‚Kochbuchmedizin‘ und dem vermeintlichen autoritären Anspruch der EbM sowie aufgrund des Festhaltens an bisherigen Erfahrungen und vertrauten etablierten Behandlungsweisen begründet werden (Reaktanz) [40].

Die Motivationen, Leitlinien in den medizinischen Alltag einzuführen, fassen Grol und Grimshaw (1999, 2003) in den folgenden Theorien zusammen [41, 42]:

- Kognitive Theorie (Wunsch nach Zulernen, kompetent werden und rationalem Handeln)
- Verhaltenstheorie (Verändern auf Grund externer Einflüsse und Kontrollen)
- Sozialtheorie (Reagieren auf sozialen Druck der Leitungsebene oder des Teams)
- Verkaufstheorie (Folgen einer attraktiven, Aufmerksamkeit schaffenden Vermarktung der angestrebten Veränderungen)

Aus diesen Theorien leiteten Grol und Grimshaw (2003) in einer systematischen Übersichtsarbeit aus über 200 Studien drei Strategieklassen ab [43]:

### Generell ineffektive Strategien:

- passive Verbreitung der Leitlinien über Journale, Broschüren und andere Medien
- Veranstaltungen mit Frontvorträgen

### Gelegentlich effektive Strategien:

- Audit unter der Verwendung von Leitlinien und Rückmeldung mit Vergleichen
- lokale Konsensusgruppe zur Übernahme bzw. Anpassung der Leitlinie
- Einbindung lokaler Meinungsbildner
- Patientenbeteiligung

### Generell effektive Strategien:

- Erinnerungshilfen z.B. durch Informationstechnologien
- interaktive Fortbildung und Betreuung (Qualitätszirkel)
- Besuche vor Ort
- Kombinierte Strategie (einschließlich des Einbaus ins Qualitätsmanagement der Einrichtung).

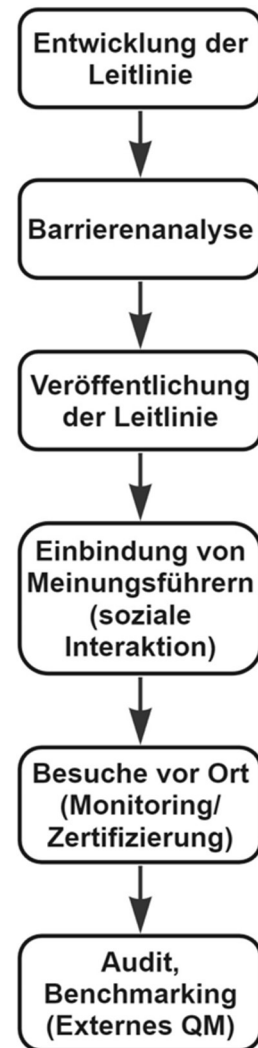


Abbildung.1 - Leitlinienimplementierung

Diese Aufstellung belegt, dass eine kombinierte Implementierungsstrategie notwendig ist, um eine Leitlinie effektiv umzusetzen. Im Umkehrschluss lässt sich daraus allerdings entnehmen, dass es keine universelle Musterlösung gibt und die Einführung von Leitlinien einrichtungsabhängig angegangen werden muss. Dazu bedarf es jedoch aktueller Meinungsforschung von Leitlinienanwendern.

## 2.9 Aktueller Stand der Forschung

Aktuell gibt es nur wenige Untersuchungen im Gebiet der hausärztlichen Versorgungsforschung mit Blick auf Leitlinienarbeit. Bereits im Jahr 2001 widmete sich Ollenschläger in der Fachzeitschrift *Internist* der zu diesem Zeitpunkt schon seit Jahren in Deutschland andauernden Diskussion um die Bedeutung und den Nutzen von evidenzbasierten Leitlinien. Hierbei wurde reflektiert, dass zahlreiche Verbesserungen realisiert werden müssen, um die Berücksichtigung von Leitlinien bei der täglichen medizinischen Versorgung breitflächig zu verankern [10, 44]. Unter anderem wurde die mangelnde Miteinbeziehung der betroffenen Anwender, also der Hausärzte, in die Entwicklung von Leitlinien und Implementierungsinstrumenten kritisiert. Ein Vorschlag war dabei, die Nutzung von leitlinienorientierten Honorierungssystemen und die stärkere Nutzung guter Leitlinien in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie der Qualitätszirkelarbeit. Ebenfalls wurde hier schon vor über zwanzig Jahren die Entwicklung praktikabler Technologien für die Verknüpfung von Routinedokumentationen und Leitlinienempfehlungen in Computerprogrammen für die Praxis diskutiert. Abschließend wurde postuliert, dass lediglich durch nahtlose Einbindung des Leitlinienthemas in das komplexe Geflecht von Regelungen und Verantwortlichkeiten des deutschen Gesundheitssystems das Scheitern der praktischen Umsetzung von Leitlinien verhindert werden kann [10].

2005 befragte Kunz in Rahmen ihrer Forschungsarbeit etwa 200 Berliner Hausärzte zur Anwendung, Einstellung und zu Barrieren im Zusammenhang mit medizinischen Leitlinien. Zu diesem Zeitpunkt wendeten nur 40% der Befragten Leitlinien überhaupt an, obwohl sie mehrheitlich als sinnvoll betrachtet wurden. Als Grund hierfür wurde u.a. der hohe Stellenwert der ärztlichen Therapiefreiheit in Deutschland angeführt, wobei 45% der befragten Ärzte eben jene als durch Leitlinien beschränkt ansahen. Des Weiteren sahen viele Behandler Leitlinien als nicht akzeptierte Entscheidungsgrundlage an und gaben anderen Wissensquellen wie Zeitschriften, Büchern oder auch dem Austausch mit Kollegen den Vorrang. Viele Ärzte vermissten in der Darstellung von Leitlinien den Vergleich mehrerer Therapieoptionen. Einer der Hauptpunkte für die Nichtanwendung von Leitlinien war aber die Unwissenheit über deren Existenz. So waren 77% der Ärzte nationale Versorgungsleitlinien überhaupt nicht bekannt (vgl. [9]).

Vollmar und Kollegen befragten 2011 auf insgesamt drei Hausarztfortbildungen Allgemeinmediziner mittels eines durch die DEGAM konstruierten standardisierten Fragebogens. In ihrem 2013 veröffentlichten Paper stellten sie die Ergebnisse von letztlich 98 verwertbaren Auswertungen dar. Darin sahen Hausärzte DEGAM- Leitlinien als wichtige Arbeitshilfe, während die Leitlinien anderer Fachgesellschaften weniger Zustimmung fanden. Als Anreize für die Umsetzung nennt er u.a. die wissenschaftliche Qualität, das Vorliegen einer

Kurzfassung, leitlinienkonforme Fortbildungsangebote, moderierte Diskussionen in Qualitätszirkeln und die Einbindung in die Praxissoftware. Finanzielle Anreize spielten dabei nur eine untergeordnete Rolle. Des Weiteren betrachteten 85% der Hausärzte die mögliche Aufgabendelegation an geschulte MFA als Chance zur Zeitersparnis [11].

In einer qualitativen Studie von Bücken aus dem Jahr 2013, in welcher bundesweit Gruppendiskussionen von insgesamt 53 Hausärzten ausgewertet wurden, kristallisierte sich ebenfalls eine weitgehend positive Haltung von Hausärzten in Bezug auf Leitlinien heraus. Die Mediziner erlebten allerdings einen Unterschied zwischen *praktizierter* und *wahrer* EbM. Dabei wurden Leitlinien häufig als unpraktikabel verstanden und würden an der hausärztlichen Versorgungsrealität vorbeigehen. Dennoch gingen die Ärzte davon aus, im Alltag evidenzbasiert zu behandeln. [45]

In einer aktuellen Untersuchung aus dem Jahr 2020 von Wangler und Jansky wurden 743 hessische Hausärzte zu ihrer Akzeptanz, Einstellung und Erfahrung in Bezug auf hausarztbasierten Leitlinien befragt. In der Befragung bekennen sich etwa die Hälfte der Hausärzte klar positiv zu Leitlinien und bringen diese mit einem großen Nutzen in Verbindung. 61% der Anwender beschreiben zudem positive Effekte für die Versorgungsqualität ihrer Patienten. Als Grund für eine eventuelle Nichtanwendung wurden die komplizierte Implementierung und die Beschränkung der ärztlichen Behandlungsfreiheit genannt. Die Arbeit zieht das Fazit, dass Leitlinien anwendungsnah und übersichtlich konzipiert werden sollten, um Hausärzten die Anwendung attraktiver zu machen. Außerdem sollten ärztliche Handlungsspielräume konkreter betont und Möglichkeiten zur Delegation ärztlicher Maßnahmen innerhalb des Praxisteam aufzeigt werden [36].

Diese Ergebnisse legen die Notwendigkeit nahe, das Thema genauer zu untersuchen, um Implementierungshürden abzufragen und Leitlinien in Zukunft besser an die Bedürfnisse von Ärzten anzupassen, die selbige bislang meiden oder nur selten anwenden.

## 2.10 Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit

Die Untersuchung der Einstellungen, Erfahrungen und Erwartungen von Allgemeinmedizinern in Bezug auf hausarztbasierten Leitlinien ist von nennenswerter Bedeutung für die Weiterentwicklung der primären Gesundheitsversorgung. In Anlehnung an bestehende Forschungslücken und der essentiellen Rolle, die Hausärzte in der Primärversorgung erfüllen, wurde das Erkenntnisinteresse klar definiert. Aufgrund des Mangels an aktuellen Studien der hausärztlichen Versorgungsforschung mit Blick auf Leitlinienarbeit bildet dieses Forschungsgebiet den Ausgangspunkt der vorliegenden Studie. Sie soll dazu beitragen, den täglichen Umgang mit Leitlinien in der hausärztlichen Praxis besser zu verstehen.

Im Zentrum der Arbeit standen dabei folgende Forschungsfragen:

1. *Welche Einstellungen und Positionen vertreten Hausärzte in Bezug auf Leitlinien?*
2. *Inwiefern werden Leitlinien mit Vorzügen oder Nachteilen für die Patientenversorgung in Verbindung gebracht?*
3. *Welche Erwartungen stellen Ärzte an Leitlinien? (Voraussetzungen, Eigenschaften, Mehrwerte etc.)*
4. *Welche Kriterien müssen Leitlinien erfüllen, um von Hausärzten akzeptiert und aufgegriffen zu werden?*
5. *In welchen Anwendungsbereichen werden Leitlinien bevorzugt eingesetzt und welche Erfahrungen haben sich daraus ergeben?*
6. *Welche Problemlagen bzw. Herausforderungen nehmen Hausärzte bei der Leitlinienimplementierung im Praxisalltag wahr?*
7. *Wie ist es um die Bekanntheit und Anwendung der gängigen DEGAM-Leitlinien (S2 und S3) bestellt?*
8. *Wie konsequent werden Handlungsempfehlungen von Leitlinien im Versorgungsalltag umgesetzt? Welche Gründe hat dies?*
9. *Inwiefern lassen sich Leitlinien ohne größere Probleme bzw. Komplikationen auf eine breite Patientenschaft anwenden? Inwiefern sind stärkere individuelle Anpassungen oder Einschränkungen erforderlich?*
10. *In welchem Umfang werden die Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Maßnahmen an nichtärztliches Assistenzpersonal mit Hilfe von Leitlinien genutzt?*

## 3 Material und Methoden

### 3.1 Studiendesign

Im Rahmen einer explorativen, leitfadengestützten und halbstandardisierten Befragung wurden in der Zeit von Mai 2021 bis Dezember 2021 Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie Internistinnen und Internisten in niedergelassener, hausärztlicher Tätigkeit in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Gebieten in Hessen befragt.

Die erste zu beantwortende Fragestellung war, wie man Daten über exklusives Wissen von Leitlinienanwendern erheben kann. Neben der letztendlichen Erhebungsform wurde zu Beginn eine Abfrage mittels skaliertes Fragebögen erwogen, welche ob der geringen zu erwartenden Rücklaufquote während der Covid-19 Pandemie wieder verworfen wurde.

Die methodische Konzeption der Studie basiert auf dem Bewusstsein, dass Experten häufig über spezifische und fortgeschrittene Kenntnisse in ihrem Fachgebiet verfügen, die oft über den Rahmen der existierenden Literatur hinausgehen. Diese Einsichten sind in der Regel am effektivsten durch direkte Interaktionen zu erfassen. Daher wurde für diese Studie ein qualitativer Ansatz gewählt, der sich auf halbstrukturierte, leitfadengestützte Interviews stützt. Diese Methodik ermöglicht es, tiefere Einblicke in die Thematik zu gewinnen, indem sie Raum für ausführliche Diskussionen bietet und gleichzeitig eine gewisse Struktur beibehält, um die Konsistenz und Vergleichbarkeit der gesammelten Daten zu gewährleisten. Diese Methode eignet sich besonders gut, um ein Thema umfassend und unvoreingenommen zu explorieren. Sie erlaubt es, das Forschungsfeld breit zu erkunden und einen Gesamteindruck in Bezug auf das zu untersuchende Thema zu gewinnen. Durch die halbstrukturierte Natur der Interviews kann der Gesprächsverlauf flexibel gestaltet werden, wodurch neue, unerwartete Perspektiven und Themenbereiche erschlossen werden können. Einerseits können die leitfadengestützten Gespräche individuell an den Interviewpartner angepasst werden, andererseits erlaubt das Protokoll tiefer in spezielle Wissensressorts des Experten einzutauchen und ihn dabei ausführlich berichten zu lassen. Gläser und Laudel (2010) beschreiben die Aufgabe von Experteninterviews so, dass sie dem Forschenden in der Untersuchung das besondere Wissen der in die Situationen und Prozesse involvierten Menschen zugänglich machen soll. Weiter führen sie die Methode als Untersuchung aus, welche im Stande ist, Erklärungen über abgelaufene oder gerade stattfindende Prozesse zu rekonstruieren oder Deutungen, Sichtweisen und Einstellungen von Menschen zu erfassen [46]. Folglich eignet sich die Methode in besonderer Weise um die Einstellungen, Erfahrungen und Erwartungen von Leitlinienanwendern zu erforschen. Diese Herangehensweise ist daher sehr gut geeignet, um ein tiefes und ganzheitliches Verständnis des Forschungsgegenstandes zu entwickeln.

Der Untersuchungsplan wurde als Einzelfallanalyse angelegt, mit dem Ziel die Komplexität der Meinungen und Erfahrungen in der hausärztlichen Arbeit und deren Zusammenhänge zu beschreiben. Die Erhebungsform war explorativ und theorieentwickelnd. Dabei sollte sichergestellt werden, dass das Sample diversifiziert Hausärzte enthält, die sich hinsichtlich zentraler soziodemografischer Merkmale (z.B. Geschlecht, Alter, Praxistyp, Praxisumgebung und Weiterbildungshintergrund) unterscheiden, um so ein möglichst breites Meinungsbild zu beziehen. Die Zusammensetzung des Samples wird in Kapitel 3.8.3 genauer erläutert. Ergänzend zu den Interviews wurde ein kurzer einseitiger Fragebogen entwickelt, um soziodemografische Informationen zu erhalten. Teil des Fragebogens war auch eine Auflistung der DEGAM-Leitlinien auf S3-Niveau, deren Bekanntheit und Anwendung abgefragt werden sollte.

Zur abschließenden Auswertung des Materials wurde die qualitative Inhaltsanalyse herangezogen. In der wissenschaftlichen Literatur finden sich unter diesem Begriff eine Vielzahl an Verfahren und Vorgehensweisen. Schreier beschreibt in einer Übersichtsarbeit diverse Möglichkeiten mit dieser Methode zu arbeiten und vergleicht die Variationen der Methode mit einem *Werkzeugkasten-Modell*. Darunter fallen beispielsweise die inhaltlich-strukturierende, die evaluative, die skalierende, die zusammenfassende oder die typenbildende Inhaltsanalyse. Folglich gäbe es nicht ‚die‘ qualitative Inhaltsanalyse sondern eine je nach Autor mit eigenen Merkmalen ausgestattete Form der Methodik [47].

Im Falle dieser Studie erfolgte zur Auswertung eine Anwendung der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring. Diese wird im Kapitel 3.3. genauer erläutert. Als eine der etabliertesten Methoden eignet sie sich aus mehreren Gründen zur Analyse von Experteninterviews. Einerseits gibt sie eine systematisch strukturierte Form der Datenauswertung vor, welche andererseits in alle Richtungen anpassbar und flexibel ist und somit eine Offenheit für komplexe Daten, wie sie beispielsweise in Interviews vorkommen, bietet. Eine Stärke der Methode ist zudem, dass sie sowohl induktive als auch deduktive Ansätze zulässt und diese miteinander kombiniert. Das bedeutet, dass die Auswertung vorher festgelegte Kategorien durchläuft und es gleichzeitig möglich ist, Kategorien aus dem Material herauszubilden. Die Systematik zielt darauf ab, die Bedeutung von Begriffen oder Aussagen zu identifizieren und zu interpretieren [48].

## 3.2 Entwicklung und Aufbau des Befragungsinstruments

In welchen Anwendungsbereichen Leitfäden sinnvoll sind, hängt vom Forschungsgegenstand ab. So befasst sich Helfferich (2011) mit den Anforderungen an Leitfäden und postuliert, dass sie sich besonders eignen, um einerseits subjektive Theorien und Formen des Alltagswissens zu rekonstruieren und so maximale Offenheit gewährleistet werden soll, während andererseits vom Interviewer in den offenen Erzählraum strukturiert eingegriffen werden soll [49]. Helfferich formuliert dabei sechs Anforderungen, denen ein Leitfaden gerecht werden muss (4. Auflage 2011, S. 180):

1. Berücksichtigung der Grundprinzipien qualitativer Sozialforschung, insbesondere des Prinzips der Offenheit,
2. begrenzte Anzahl von Fragen,
3. formale Übersichtlichkeit und gute Handhabbarkeit,
4. Orientierung am „natürlichen“ Erinnerungs- oder Argumentationsfluss,
5. kein Ablesen von Fragen und
6. Priorisierung von spontan produzierter Erzählung

In der halbstandardisierten Form werden Aspekte des Forschungsthemas in Stichpunkten oder Fragevorschlägen dargestellt, was eine weitere Vertiefung ins Thema innerhalb des Interviews ermöglicht. Zur Entwicklung des Leitfadens empfiehlt sich das sog. „*SPSS-Schema*“ (vgl. [50] 1980, S. 136). Das Akronym steht dabei für:

- **S** - Sammeln möglichst vieler Fragen
- **P** - Prüfen: Durcharbeiten der gesammelten Fragen unter Aspekten des Vorwissens und der Offenheit mit dem Ziel einer Reduzierung und Strukturierung
- **S** - Sortieren der verbleibenden Fragen nach der zeitlichen Abfolge und inhaltlichen Aspekten
- **S** - Subsumieren der Einzelaspekte unter einfache Erzählaufforderungen

Das leitfadengestützte Interview ist eine etablierte, aus der Sozialforschung stammende Methode, qualitative und quantitative Daten zu erheben. Das Experteninterview stellt eine Sonderform in diesem Segment dar. Es bedarf einer sorgfältigen Begründung und theoretischen Fundierung, um Experteninterviews angemessen durchzuführen, da sie nicht einfach Informationsgespräche sind, bei denen Wissen und Meinungen auf eine methodisch mehr oder weniger beliebige Weise erhoben werden, sondern wie andere Erhebungstechniken wissenschaftlich behandelt werden sollten [51]. Aufgrund der Tatsache, dass sich Experten ihres speziellen Wissens oftmals nicht bewusst sind, kann es nicht direkt abgefragt werden,

sondern muss anhand der getroffenen Aussagen rekonstruiert werden. Deshalb wird das Experteninterview als rekonstruktive Untersuchungsmethode angesehen, welche das Ziel hat, auch unterbewusste Logik von Entscheidungen und Routinen im Handeln des Experten aufzuzeigen [52]. Bogner führt Merkmale auf, durch welche sich ein Experteninterview von anderen Interviewformen abhebt. Erstens muss der Befragte Experte in einem bestimmten Gegenstandsbereich sein. Des Weiteren steht weniger die persönliche Biografie des Befragten im Fokus, sondern viel mehr sein Wissensschatz. Dazu bedarf es ein hohes Maß an Pragmatik in der Interviewführung, welche z.B. durch die Arbeit mittels Leitfadens gewährleistet wird.

In der gängigsten Form wird das Interview als persönliche bzw. auch als telefonische Befragung durchgeführt. Gläser und Laudel definieren es als nicht standardisiertes Interview, welches durch eine zuvor vom Interviewer erstellte Liste mit offenen Fragen geleitet wird. Es bietet sich vor allem an, wenn im Gespräch mehrere unterschiedliche Themen abgefragt werden müssen, welche durch das Ziel der Untersuchung und nicht durch die Antworten des Interviewpartners bestimmt werden. Außerdem ist es geeignet, wenn im Interview auch einzelne, genau bestimmbare Informationen erhoben werden müssen [46]. Diese Aspekte treffen laut Gläser und Laudel zur „*Rekonstruktion eines sozialen Prozesses*“ auf das Experteninterview zu, weswegen sich die Erhebungsform besonders eignet. Die Definition des Experten in dieser Arbeit orientiert sich an deren Beschreibung (2010, S.11 ff.)

Der Interviewer und der Interviewte nehmen im Gespräch verschiedene Rollen ein, welche von beiden Seiten anerkannt werden. So lässt sich der Interviewer vom Informationsziel leiten, welches sich in den gestellten Fragen wiederfindet. Der Interviewte nimmt die Rolle des Experten ein, welcher die gestellten Fragen anhand seines Fachwissens und seinen Erfahrungen beantwortet. Demnach ist die Durchführung des leitfadengestützten Interviews nur nach ausführlicher Planung und Gestaltung des Kommunikationsprozesses möglich (S.114 ff.). So liegt es am Gesprächsführer, eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre zu schaffen, da sich der Interviewte in einer Situation, in der er sich wohlfühlt, vermutlich mehr öffnet und ausführlichere Antworten gibt. Der Interviewer nimmt dabei eine anleitende, jedoch neutrale Position während des Austauschs ein.

Der Leitfaden als zentrales Erhebungsinstrument wurde im Rahmen eines mehrstufigen methodischen Prozesses entwickelt, welche auf den vorab formulierten Forschungsfragen beruhte. Diese stellten die Grundlage für die Konstruktion des vorläufigen Fragebogens dar und definierten die zu untersuchenden Aspekte in Bezug auf Einstellungen, Erfahrungen und Erwartungen von Hausärzten an Leitlinien. Die Konzeption und Zusammenstellung der Forschungsfragen orientierte sich insbesondere an den Befragungen von Kunz aus den Jahr 2005 und Vollmar aus dem Jahr 2013 [9, 11] und griff dabei aktualisierungspflichtige Themen aus diesen zurückliegenden Studien auf und ergänzte sie zusätzlich mit weiteren Punkten. Der

Schwerpunkt wurde hierbei auf die generelle Einstellung, Anwendung, Nutzeinschätzung, Informationsmanagement und Hindernisse in der Umsetzung oder Implementierung gelegt. Zusätzlich zur bestehenden Studienlage wurde die leitlinienunterstützte Delegation ärztlicher Maßnahmen an nichtärztliches Personal thematisiert.

Um die Validität und Aussagekraft des Befragungsinstrumentes zu gewährleisten, wurde es im Rahmen von drei Probeinterviews getestet. Diese Testläufe ermöglichten, potentielle Schwächen oder Unschärfen in den Fragestellungen zu identifizieren und präziser auszuarbeiten. Sowohl die gesammelten Erfahrungen der Befragungen in Bezug auf die Relevanz und Durchführbarkeit, als auch die Rückmeldungen der interviewten Ärzte wurden in einem iterativen Überarbeitungsprozess nach dem SPSS-Schema berücksichtigt, um zu gewährleisten, dass das Befragungsinstrument präzise und verständlich für alle Interviews durchführbar ist und die Aspekte der Forschungsfragen gesamtheitlich abdeckt.

Im Zuge dieses iterativen Überarbeitungsprozesses wurden vorwiegend mehrdeutige oder unpräzise Formulierungen in den Fragen geändert. Ein besonders auffälliger Punkt war, dass die im Pretest befragten Mediziner auf die Frage: „Bei welchen Krankheitsbildern arbeiten Sie (insbesondere) mit Leitlinien“ häufig ausweichend antworteten und eine alternative Anwendung von Leitlinien ansprachen (siehe Ergebnisteil). Dieser Umstand wurde in die folgenden Interviews integriert.

Im Anschluss der Anpassungen wurde der finale Interviewleitfaden erstellt (Anhang), welcher geeignet war, die spezifischen Forschungsziele optimal abzufragen. Es wurde darauf geachtet, den Einstieg in das Gespräch möglichst offen zu halten, um den Gesprächspartner zum freien Reden anzuregen, jedoch bot der Leitfaden jederzeit die Möglichkeit, ein stockendes Gespräch mit Vertiefungen oder Themenwechseln am Laufen zu halten. Der Aufbau wurde beabsichtigt zunehmend spezifischer, um die Forschungsfragen exakt einzugrenzen. Eingangs bezogen sich die Fragen auf die allgemeine Einstellung und den erlebten Nutzen von Leitlinien. Im weiteren Verlauf orientierte sich der Frageninhalt vor allem auf die Anwendung und Entwicklung bzw. Implementierung von Leitlinien und schloss mit den speziellen Fragen zu Delegationsmöglichkeiten, Patientenfassungen, Übertragbarkeit und Problemen oder Komplikationen in der Anwendung. Der halbstandardisierte Charakter des Fragebogens wurde durch einen Block an sieben potenziell geschlossenen Fragen definiert. Der Interviewte konnte auf selbige mit „ja“ oder „nein“ antworten oder die Antwort frei formulieren.

Ergänzend zum halbstandardisierten Interview wurde ein einseitiger Fragebogen entwickelt, welcher direkt im Anschluss an die Interviews bearbeitet wurde (Anhang). Der Kurzfragebogen sollte den Zweck erfüllen, empirische und soziodemographische Daten vergleichbar zu erfassen und wurde daher aus der Fragestellung entwickelt und validiert. Die gewonnenen

Daten beschreiben vor allem die Stichprobe und konnten in Folge graphisch aufgetragen werden. Zu diesem Zweck wurden geschlossene Fragen verwendet, welche auf eine standardisierte Antwortmöglichkeit begrenzt wurden. Um eine vollständige Rücklaufquote zu erreichen, wurde der Fragebogen bei persönlichen Interviews direkt im Anschluss an das Gespräch zur Bearbeitung ausgegeben oder bei telefonischen Gesprächen vorab via E-Mail zugesandt.

Dieser beinhaltet soziodemographischen Variablen wie Alter, Geschlecht und Einwohnerzahlen des Versorgungsgebietes. Zudem wurden die Items „Weiterbildungsgebiet“, „Praxismodell“ und „Patientenanzahl pro Quartal“ abgefragt. Im Anschluss daran wurden sechs potenzielle Ziele von Leitlinien präsentiert, welche darauf abzielen, Herausforderungen im Gesundheitssystem zu bewältigen (siehe Anhang). Diese Aspekte konnten mithilfe einer vierstufigen Likert-Skala von „sehr gut“, „eher gut“, „weniger gut“ bis „überhaupt nicht“ evaluiert werden. Abschließend wurden zur Abfrage der Leitlinienkenntnis alle aktuellen S2 und S3 Leitlinien aufgelistet und mit den Auswahlfeldern „bekannt“ und „bekannt und bereits angewendet“ versehen.

Die gesammelten Daten wurden anschließend in einer Datenbank gesammelt und analysiert. Teile der Ergebnisse wurde zudem in Diagrammen visualisiert, um Trends und Muster aufzuzeigen. Der erste Teil des Fragebogens bestand aus dem soziodemographischen Teil, welcher einen Überblick über die Expertengruppe geben sollte:

<b>Geschlecht</b>	<input type="radio"/> Männlich <input type="radio"/> Weiblich <input type="radio"/> Divers
<b>Alter</b>	
<b>Anzahl der Berufsjahre nach Approbation</b>	
<b>Ihre Praxis befindet sich in einer Gemeinde/Stadt mit...</b>	<input type="radio"/> mehr als 100.000 <input type="radio"/> 20.000 bis 100.000 <input type="radio"/> 5.000 bis 20.000 <input type="radio"/> unter 5.000 Einwohnern
<b>Welches Niederlassungsmodell beschreibt Ihre Praxis am besten?</b>	<input type="radio"/> Einzelpraxis (Sie sind der/die einzige Arzt/Ärztin) <input type="radio"/> Einzelpraxis mit angestellten Ärzten <input type="radio"/> Gemeinschaftspraxis <input type="radio"/> Medizinisches Versorgungszentrum <input type="radio"/> Sonstiges
<b>Wie viele Patienten behandelt Ihre Praxis im Quartal?</b>	<input type="radio"/> 500 bis 750 <input type="radio"/> 751 bis 1000 <input type="radio"/> 1001 bis 1500 <input type="radio"/> 1501 bis 2000 <input type="radio"/> mehr als 2000
<b>Wichtigste Weiterbildungsgebiete:</b>	

*Table 2 – soziodemographischer Fragebogen*

Der zweite Teil des Fragebogens beschäftigte sich mit der Einschätzung, wie gut Leitlinien dazu beitragen, bestimmte Ziele zu erreichen. Dazu sollten Aussagen mit Hilfe einer Likert-Skala von „sehr gut“ bis „überhaupt nicht“ bewertet werden.

	Sehr gut	Eher gut	Weniger gut	Überhaupt nicht
Verstärkte Evidenzorientierung, Anwendung aktuellen medizinischen Wissens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsqualität, Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sicherstellung von Diagnose- und Behandlungsstandards und damit eines einheitlichen Vorgehens von Ärzten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verbesserte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Versorgungsebenen (z.B. Haus- und Fachärzte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kostensenkung im Gesundheitswesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstärkte Berücksichtigung von individuellen Patientenbedürfnissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tabelle 3 – Fragebogen „Ziele von Leitlinien“

Abschließend wurden zur Abfrage der Bekanntheit von S2 und S3 Leitlinien der DEGAM 17 Handlungsempfehlung mit einer dichotomen Auswahlmöglichkeit „bekannt“ oder „bekannt und bereits angewendet“ zur Auswahl gegeben.

	Bekannt	Bekannt und bereits angewendet
Brennen beim Wasserlassen (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflegende Angehörige (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halsschmerzen (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akuter und chronischer Husten (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brustschmerz (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multimorbidität (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Versorgung nicht-dialysepflichtiger Niereninsuffizienz (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohrenschmerzen (S2k)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rhinosinusitis (S2k)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhter TSH-Wert in der Hausarztpraxis (S2k)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einsatz neuer Thrombozyten-Aggregationshemmer (S2e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausärztliche Leitlinie: Multimedikation (S2e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden (S2e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tabelle 4 – Fragebogen „Bekanntheit von Leitlinien“

Durch diesen methodischen Ansatz wurde gewährleistet, dass der Leitfaden als Befragungsinstrument zu einer genauen Abbildung der zu beantworteten Forschungsfragen und somit zu aussagekräftigen Erkenntnissen der Forschungsarbeit beiträgt.

### 3.3 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Zur qualitativen Analyse von textbasiertem Datenmaterial eignen sich verschiedene Methoden. Als gängigste und für diese Arbeit am praktikabelste stellte sich Phillip Mayrings Qualitative Inhaltsanalyse (2015, 2016) heraus und wurde für die Textanalyse umgesetzt. Die Methode stammt aus der empirischen Sozialforschung und basiert auf deduktiver Kategorienbildung zur systematischen Textanalyse. Zusammenfassend beschreibt Mayring die Ziele der Methode wie folgt [48]:

- Kommunikation analysieren
- dabei systematisch vorgehen
- dabei also regelgeleitet vorgehen
- dabei auch theoriegeleitet vorgehen
- das Ziel verfolgen, um Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen

So steht im Zentrum der Auswertung die systematische Erschließung von Texten und der anschließenden qualitativen Interpretation. Mayring unterscheidet in diesem Zusammenhang drei zentrale Grundformen der Inhaltsanalyse:

Zusammenfassung	Explikation	Strukturierung
Das Datenmaterial wird auf die wesentlichen Inhalte reduziert und zusammengefasst.	Zu einzelnen fraglichen oder schwer verständlichen Textbestandteilen wird zusätzliches Material herangetragen, um das Verständnis zu erweitern, die Textstelle zu erläutern, zu erklären oder ausdeuten.	Aus dem Datenmaterial werden bestimmte Aspekte unter vorher festgelegten Ordnungskriterien herausgefiltert, um das Material nach bestimmten Kriterien einzuschätzen.

*Tabelle 5 – Qualitative Inhaltsanalyse*

In seiner Methode (2015) betont Mayring die Bedeutung einer systematischen und empirisch überprüfaren Vorgehensweise bei der Anwendung der Inhaltsanalyse (S.123). Ein zentraler Aspekt dabei ist die Bestimmung des Ausgangsmaterials, da die Inhaltsanalyse mit bereits existierenden textbasierten Daten arbeitet. Eine klare Zielsetzung für die Interpretation muss

zu Beginn definiert werden, was eine sorgfältige Analyse des Ausgangsmaterials erfordert. Zur Analyse werden in der Regel drei Schritte empfohlen (S.54):

### **1. Festlegung des Materials:**

Es muss definiert werden, welches Material der Analyse zugrunde liegt. Dabei ist zu beachten, dass die Grundgesamtheit, über die Aussagen gemacht werden soll, genau beschrieben ist. Zudem soll der Stichprobenumfang nach Repräsentativitätsüberlegungen und ökonomischen Überlegungen festgelegt und die Stichprobe nach vorher bestimmten Quoten gezogen werden.

### **2. Analyse der Entstehungssituation:**

Von wem und unter welchen Bedingungen wurde das Material produziert? Dabei von besonderer Relevanz sind:

- der Verfasser bzw. die an der Entstehung beteiligten Interagenten
- der emotionale, kognitive und Handlungshintergrund des Verfassers
- die Zielgruppe, in deren Richtung das Material verfasst wurde
- die konkrete Entstehungssituation
- der soziokulturelle Hintergrund

### **3. Formale Charakteristika des Materials:**

Es muss beschrieben werden, in welcher Form das Material vorliegt. In aller Regel benötigt die qualitative Inhaltsanalyse geschriebenen, also transkribierten Text. Da die verschiedenen Transkriptionsmodelle das Ursprungsmaterial erheblich verändern können, müssen die Protokollierungsregeln genau festgelegt sein.

Nach der Materialsammlung folgt die Materialerschließung. Dabei werden die transkribierten Texte sorgfältig gegengelesen und bereits vorab relevante Textstellen markiert. Da die Inhaltsanalyse einer spezifischen Fragestellung bedarf, also nicht frei interpretiert werden kann, gilt es nun die „*Richtung der Analyse*“ festzulegen. Diese beschreibt Mayring nach dem inhaltsanalytischen Kommunikationsmodell (S.59) als Methode, Aussagen über den emotionalen, kognitiven und Handlungshintergrund der Kommunikatoren zu treffen. Anschließend müssen spezielle Analysetechniken festgelegt und ein Ablaufmodell für die Analyse erstellt werden (S. 61). Durch das schrittweise Vorgehen und die Zerlegung der Analyse in einzelne Interpretationsschritte werden die Nachvollziehbarkeit und Intersubjektivität für andere gewährleistet. Um dies zu erreichen, müssen Analyseeinheiten festgelegt werden. Diese Einheiten gliedern sich wie folgt:

- Die Kodiereinheit legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann.
- Die Kontexteinheit legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann.
- Die Auswertungseinheit legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden (S. 61).

### 3.4 Rekrutierung

In der Vorbereitungsphase der Untersuchung wurden die Forschungsfragen definiert und auf dieser Grundlage ein Interviewleitfaden entwickelt. Dieses Interviewprotokoll enthielt vorwiegend offene Fragen, welche es dem Experten ermöglichten, frei zu antworten und dabei ihre Erfahrungen und Perspektiven zu teilen. Ein Teil des Protokolls sah eine Abfolge von sieben aufeinanderfolgenden geschlossenen Fragen vor, welche die bessere Vergleichbarkeit von spezifischen Fragestellungen ermöglichen sollten.

Aufgrund des Anspruches an die Untersuchung, Meinungsbilder aus verschiedenen soziodemographischen Hintergründen zu erhalten, wurde durch den Untersucher im Vorfeld eine Rekrutierungsliste erstellt, welche anhand des Arztsuchsystems der kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz an die gesuchten Merkmale angepasst wurde. Die zu unterscheidenden Merkmale in der Studie lauteten:

- Geschlecht
- Ausbildungshintergrund
- Niederlassungsform (Einzelpraxis, Einzelpraxis mit angestellten Ärzten, Gemeinschaftspraxis, Medizinisches Versorgungszentrum)
- Größe des Einzugsgebietes nach Einwohnern (> 5.000, 5.001- 20.000, 20.001- 100.000, > 100.000)

Anhand dieser Liste wurden insgesamt 143 Hausärzte in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Regionen in Hessen kontaktiert. Die Kontaktaufnahme erfolgte in allen Fällen via E-Mail und/oder Telefon.

Da der Untersuchungszeitraum in der Hochzeit der Covid-19 Pandemie und somit in einer Zeit absoluter Überlastung hausärztlicher Praxen stattgefunden hat, schloss die Anzahl der durchführbaren Interviews letztendlich 20 Studienärzte ein. 26 weitere wurden mit einer Absage beantwortet. Bei 97 Kontaktanfragen blieb eine Antwort in Gänze aus.

### 3.5 Durchführung der Interviews

In der empirischen Forschung ist die Wahl der angemessensten Methode entscheidend. Daher wurde sich im Vorfeld für die Befragung von Experten anhand leitfadengestützter, halbstandardisierter Interviews entschieden, welche zwar ein offenes Gespräch zulassen, die Erhebung jedoch anhand gezielter Fragengruppen vergleichbar machen. Dies bedeutet, dass die gestellten Fragen vorab nicht fest formuliert wurden, sondern das zu untersuchende Themenfeld eher absteckten, um im Interview eine möglichst natürliche Situation eines Gespräches herzustellen. Zudem wurden einige standardisierte, jedoch nicht geschlossene Fragen integriert. Der Arzt wurde bei selbigen angeregt, entweder mit „Ja“ oder „Nein“ zu antworten, oder seine Antwort zusätzlich frei zu begründen. Das Interviewsetting sollte einen Rahmen schaffen, in welchem der Interviewte sich in einer vertrauten Umgebung wiegt, um möglichst authentisch seine Meinung widerzuspiegeln [vgl. [53]]. In Folge der anhaltenden Kontakteinschränkungen, vor allem in medizinischen Einrichtungen, während der Covid-19 Pandemie, konnten nur sieben Gespräche vis-à-vis in den Praxisräumlichkeiten der jeweiligen Befragten durchgeführt werden. 13 Interviews erfolgten nach vorheriger Absprache mit den Hausärzten und deren Einverständnis telefonisch und wurden mittels Diktiergeräts aufgezeichnet.

Die Gesprächsatmosphäre sollte an die methodischen Aspekte von S. Lamneks qualitativer Sozialforschung angelehnt, vertraulich und freundschaftlich sein. Der Interviewer nimmt hierbei eine moderierende Rolle mit anregend-passiver Gesprächstechnik ein [ebd. [53]].

Die Teilnahme an den Interviews erfolgte freiwillig auf die Anfrage des Autors. Jeder potentielle Interviewpartner erhielt zur Vorbereitung ein kurzes Handout (Anhang) mit der Beschreibung des Dissertationsprojekts. Dabei wurde im Handout darauf geachtet, dass die späteren Fragen des Interviewleitfadens nicht zu explizit inbegriffen waren, damit der Interviewpartner später frei und unvorbereitet antworten konnte. Die Mitwirkung beruhte auf einer gewissen Gegenseitigkeit, da die befragten Ärzte eine detaillierte Auswertung der Arbeit übersendet bekamen. Außerdem berichteten viele Interviewpartner über ihr persönliches Interesse am Thema und den Willen, dieses Gebiet weiterzuentwickeln. Die Experteninterviews der Untersuchung wurden in der Zeit Mai 2021 bis Dezember 2021 im Bundesland Rheinland-Pfalz sowie angrenzenden Gebieten in Hessen vom Autor selbst geführt. In diesem Zeitraum wurden aus einer Stichprobe des Ärzteauskunftsystems der KV-RLP Interviews mit insgesamt 20 niedergelassenen, hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten geführt. Neben dem eigentlichen Interview wurde ein Kurzfragebogen in die Datenerhebung inbegriffen, welcher im Anschluss an jedes Interview vom jeweiligen Experten ausgefüllt oder im Vorfeld per E-Mail zugesandt wurde. Die Rücklaufquote der Fragebögen beträgt daher 100%.

### 3.6 Dauer der Gespräche

Insgesamt wurden 9 Stunden 34 Minuten und 11 Sekunden Material während der Interviews gesammelt. Die durchschnittliche Gesprächsdauer betrug dabei 28 Minuten und 43 Sekunden. Die Gespräche variierten in ihrer Länge, was von der Redemotivation, Antwortbereitschaft und Expertise in Bezug auf Leitlinien der Befragten abhängig war. Das kürzeste Interview dauerte 18:11 Minuten, das längste Gespräch endete bei 38:42 Minuten.

#### Gesprächsdauer der Interviews

Interview	Pseudonym	Gesprächsdauer [min]
1	M5630EA-A	18:22
2	M6236E-A	32:18
3	M368G-A	28:19
4	W5932E-A	36:25
5	W4217E-AI	31:48
6	M4925E-AI	38:42
7	W3913M-I	36:58
8	W346A-A	24:14
9	W4318G-A	22:08
10	W5326M-AI	18:13
11	M4520EA-AI	23:13
12	M5834G-AI	32:55
13	M5733EA-AI	35:06
14	M6135E-A	33:18
15	W4517EA-A	29:29
16	M3910EA-A	18:11
17	M5022EA-A	19:27
18	W338A-A	32:33
19	M4217A-A	34:18
20	M6538E-A	28:14

*Tabelle 6 – Gesprächsdauer der Interviews*

### **3.7 Transkription**

Die Transkription erfolgte naiv und wörtlich, wobei auf eine lautsprachliche Transkription von Dialekt oder Füllwörtern verzichtet wurde. Zudem wurden Wiederholungen, die keinen Einfluss auf die Sinnhaftigkeit der Aussage machten (Bsp.: ...und, und, und...) weggelassen. Die Interpunktion erfolgte sinngemäß (vgl. Dresing/Pehl 2011, S. 15f.). Dialektfärbungen wurden eingedeutscht (Bsp.: ham wer = haben wir). Pausen und Stockungen wurden nicht mittranskribiert. Lachen und nonverbale Aussagen wurden ebenfalls nicht transkribiert, außer sie hatten Auswirkungen auf die Aussage (Bsp.: Mhm = Zustimmung; wurde in Klammern ergänzt). Redepassagen der Autoren wurden mit I für Interviewer, Redepassagen des Interviewpartners mit den jeweiligen Verschlüsselungscodes zur Anonymisierung gekennzeichnet. Als Transkriptionsformat wurden 60 Zeichen pro Zeile, Zeilenabstand 1,5 und 38 Zeilen pro Seite gewählt. Sämtliche Transkripte liegen dem Anhang bei.

Aus Gründen des Datenschutzes wurde jedes Interview bei der Transkription vollständig pseudonymisiert. Zu diesem Zweck bekam jeder Interviewpartner vor Beginn der Aufzeichnung eine Einwilligungserklärung (Anhang) vorgelegt, welche im Original unterschrieben zurückgegeben wurde. Ebenso wurden Daten, die einen Rückschluss auf die betreffende Person oder Praxis zulassen würden anonymisiert bzw. pseudonymisiert.

### **3.8 Quellenkritik**

Zur Unterscheidung, was überhaupt aus dem gesammelten Material heraus interpretierbar ist, empfiehlt Mayring (S.54 ff.) eine genaue Analyse des Ausgangsmaterials in Form einer Quellenkritik. So wird in diesem Kapitel definiert, welches der vorliegenden Materialien verwendet werden kann, welche formalen Charakteristika das Material besitzt und wie das Material entstanden ist.

Alle Interviews wurden vom Verfasser selbst durchgeführt und sind damit als Primärquelle anzusehen. Bei den Interviewteilnehmern handelte es sich ausschließlich um hausärztlich tätige Mediziner, welche bereits Erfahrungen in der Arbeit mit Leitlinien gemacht hatten. Die befragten Experten stehen in keinem Zusammenhang mit Institutionen und wurden zufällig über den Ärztefinder der kassenärztlichen Vereinigung ausgesucht. Die Interviews wurden entweder persönlich oder telefonisch geführt, mittels Diktiergeräts aufgezeichnet und vom Verfasser selbst transkribiert. Alle Quellen sind vollständig erhalten und als authentisch zu werten.

### 3.8.1 Festlegung des Materials

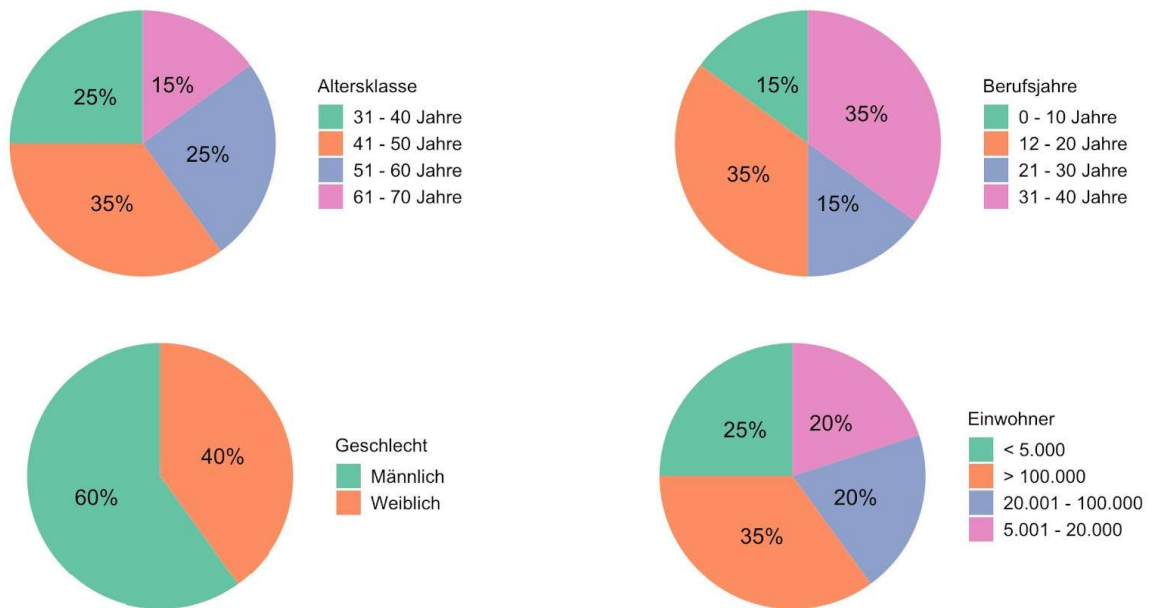
In die Analyse wurden alle tatsächlich durchgeführten Interviews miteinbezogen. Eine Vorauswahl aus repräsentativen Gesichtspunkten wurde bereits vor der Datenerhebung getroffen und ergab sich zumeist aus der Antwortbereitschaft der Hausärzte.

### 3.8.2 Analyse der Entstehungssituation

Der Ablauf der geführten Interviews wird in Kapitel 3.5 genau erläutert. Die Teilnahme an der Befragung erfolge freiwillig auf Anfrage des Verfassers. Dabei wurden aufgrund der Hygienebestimmungen während der Covid-19 Pandemie insgesamt 13 Interviews telefonisch und sieben weitere Gespräche persönlich geführt. In den meisten Fällen befanden sich die Experten bei den Aufzeichnungen in ihren gewohnten Praxisräumlichkeiten. Lediglich drei Interviews wurden außerhalb der Sprechzeiten des Arztes aufgenommen, wobei sich selbige Zuhause aufhielten. In allen Fällen kann man von einer Entstehungssituation des Materials in einer neutralen Umgebung sprechen, welche keinen Einfluss auf die Aussagen des Experten haben sollte.

### 3.8.3 Zusammensetzung des Samples

Bei der Rekrutierung wurden hausärztlich tätige Ärzte aus Rheinland-Pfalz und angrenzenden hessischen Gebieten eingeschlossen. Dabei wurde sowohl auf eine homogene Geschlechts-, als auch Altersverteilung geachtet. Nach abgeschlossener Rekrutierung der Studienärzte schloss die Anzahl der auswertbaren Interviews bei 20. Darin enthalten sind die Gespräche von acht Ärztinnen und 12 Ärzten. 14 Teilnehmer trugen die Facharztbezeichnung *Allgemeinmedizin*, weitere fünf den Doppelfacharzt *Allgemeinmedizin* und *Innere Medizin* und eine Ärztin war eine allgemeinmedizinisch tätige Internistin. Des Weiteren ließ sich die Stichprobe anhand demografischer Aspekte, der Weiterbildungsqualifikation, der Anzahl der Berufsjahre nach Approbation und der Patientenzahl pro Quartal unterscheiden. So ergab sich nach Abschluss aller Interviews eine Verteilung von insgesamt 60% männlicher (n=12) und 40% weiblicher (n=8) Interviewpartner. 55% der Befragten (n=11) waren in einer Einzelpraxis niedergelassen, von welchen 54,5% (n=6) angestellte Ärzte in ihrer Praxis beschäftigten. 15% (n=3) der Experten arbeiteten in Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften und 25% (n=5) in medizinischen Versorgungszentren (vgl. Abb. 2).



**Abb. 2 – Zusammensetzung des Samples**

Weitere 15% (n=3) waren als angestellte, hausärztlich tätige Ärzte beschäftigt. Das Sample setzte sich aus insgesamt 35% der Befragten (n=7), welche in Gebieten mit mehr als 100.000 Einwohnern tätig waren, 20% der Befragten (n=4) in Gebieten mit 20.000-100.000 Einwohnern, 20% der Befragten (n=4) in Gebieten mit 5.000-20.000 Einwohnern und 25% der Befragten (n=5) Befragten in Gebieten mit weniger als 5.000 Einwohnern zusammen. Zudem wurde im Kurzfragebogen ermittelt, wie viele Patienten die jeweilige Praxis im Quartal betreut. Daraus ließ sich ermitteln, dass 60% der Praxen mehr als 2.000 Patienten im Quartal, 15% (n=3) der Praxen 1.501 – 2.000 Patienten im Quartal, 15% (n=3) der Praxen 1.001 – 1.500 Patienten im Quartal und 10% (n=2) der Praxen weniger als 1.000 Pat. im Quartal betreuen.

Geschlecht	Alter [Jahre]	Berufserfahrung nach Approbation [Jahre]	Niederlassungsmodell	Facharztbezeichnung
M	56	30	Einzelpraxis mit angestellten Ärzten	Allgemeinmedizin
M	62	36	Einzelpraxis	Allgemeinmedizin
M	36	8	Gemeinschaftspraxis/ MVZ	Allgemeinmedizin
W	59	32	Einzelpraxis	Allgemeinmedizin
W	42	17	Einzelpraxis	Allgemeinmedizin und Innere Medizin
M	49	25	Einzelpraxis	Allgemeinmedizin und Innere Medizin
W	39	13	Gemeinschaftspraxis/ MVZ	Innere Medizin
W	34	6	Angestellter	Allgemeinmedizin
W	43	18	Gemeinschaftspraxis/ MVZ	Allgemeinmedizin
W	53	26	Gemeinschaftspraxis/ MVZ	Allgemeinmedizin und Innere Medizin
M	45	20	Einzelpraxis mit angestellten Ärzten	Allgemeinmedizin und Innere Medizin
M	58	34	Gemeinschaftspraxis/ MVZ	Allgemeinmedizin
M	57	33	Einzelpraxis mit angestellten Ärzten	Allgemeinmedizin und Innere Medizin
M	61	35	Einzelpraxis	Allgemeinmedizin
W	45	17	Einzelpraxis mit angestellten Ärzten	Allgemeinmedizin
M	39	10	Einzelpraxis mit angestellten Ärzten	Allgemeinmedizin
M	50	22	Einzelpraxis mit angestellten Ärzten	Allgemeinmedizin
W	33	8	Angestellter	Allgemeinmedizin
M	42	17	Angestellter	Allgemeinmedizin
M	65	38	Einzelpraxis	Allgemeinmedizin

*Tabelle 7: Beschreibung des Samples*

### 3.8.4 Formale Charakteristika des Materials

Zur Inhaltsanalyse nutzt der Untersucher bereits fertiges sprachliches Material. Alle Quellen liegen dem Verfasser als MP3-Datei im Audioformat und als transkribierte Textdatei vor. Die Herkunft wurde bei der Transkription aus Datenschutzgründen pseudonymisiert.

Alle Interviews wurden unter Zuhilfenahme eines halbstrukturierten Interviewleitfadens durchgeführt und liegen dem Anhang bei. Die ursprüngliche Planung, sämtliche Interviews vis-à-vis durchzuführen, ließ sich ob der nötigen Hygienebestimmungen lediglich in 7 Fällen umsetzen. 13 Interviews konnten nur telefonisch durchgeführt werden.

Alle Gespräche wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen und anschließend händisch transkribiert. Die Interviewdauer belief sich je nach Gesprächspartner auf 19- 37 Minuten. Die weitere Verarbeitung und Kodierung der entstandenen Textdateien werden in den Kapiteln 3.10.1 und 3.10.2 genauer erläutert.

### 3.9 Richtung der Analyse

Die Interviews wurden als explorative Befragung angelegt. Durch die Befragung sollten die Interviewpartner angeregt werden, über Einstellungen, Erfahrungen und Erwartungen von Allgemeinmediziner\*innen in Bezug auf hausarztbasierten Leitlinien zu berichten. Die transkribierten Textdateien wurden mit Hilfe des Programmes MAXQDA kodiert und anschließend analysiert. Dieses Vorgehen wurde in Kapiteln 3.10.1 und 3.10.2 genauer beschrieben.

Ausgehend vom sprachlichen Material lassen sich in der Inhaltsanalyse ganz verschiedene Aussagen machen. Beispielsweise ist es möglich, den behandelten Gegenstand zu beschreiben, Rückschlüsse auf den Verfasser oder Interviewpartner zu ziehen oder die Wirkung des Textes auf die Zielgruppe herauszufinden. Mayring (2015) empfiehlt daher, das Material als Teil einer Kommunikationskette zu begreifen und ihn in ein inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell einzuordnen (Lasswell'sche Formel: Wer sagt was, mit welchen Mitteln, zu wem, mit welcher Wirkung?) (S.58).

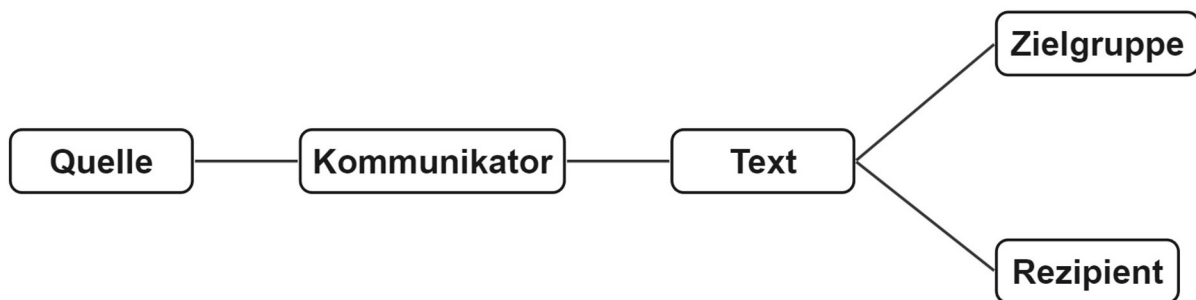


Abb.3 - Einfaches inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell (Lagerberg 1975)

#### 3.9.1 Festlegung der Analysetechnik

Bei der Wahl der Analysetechnik wurde sich auf die inhaltliche Zusammenfassung, also den beschreibenden Vergleich von Materialien festgelegt. Mayring beschreibt das Ziel dieser Auswertungsmethode, das Material so zu reduzieren, dass wesentliche Inhalte erhalten bleiben und durch Abstraktion ein überschaubarer Corpus geschaffen wird, welcher immer noch ein Abbild des Grundmaterials ist (S.67). Dabei werden die Inhalte auf prägnante und verständliche Art zusammengefasst und die wichtigsten Aussagen und Aspekte auf einer höheren Abstraktionsebene dargestellt. Sie ermöglicht es, komplexe und unübersichtliche Texte effektiv zu strukturieren und zentrale Aussagen herauszuarbeiten.

### 3.10 Ablaufmodell der Analyse

Mayring (2015) schlägt ein Ablaufmodell vor, welches sich besonders für die zusammenfassende Analyse eignet. Dabei nennt er sieben Schritte, von welchen bei Bedarf Schritt zwei bis fünf zusammengefasst werden können (S. 70 ff.):

- **Schritt 1: Bestimmung der Analyseeinheiten**

Als Erstes werden die Analyseeinheiten festgelegt, um die Präzision der Inhaltsanalyse zu erhöhen. Dabei legen die Kodiereinheiten fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, also der minimale Textteil, der unter eine Kategorie fallen kann. Die Kontexteinheit definiert im Gegensatz dazu den größten Textbestandteil, welcher unter eine Kategorie fallen darf. Die Auswertungseinheit beschreibt, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden dürfen.

- **Schritt 2: Paraphrasierung**

In diesem Schritt werden die einzelnen Kodiereinheiten auf eine knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form paraphrasiert. Bereits hier werden nicht inhaltstragende Teile weggelassen (z.B.: *„Am Ende scheitert es am Geld, denn für die private Zeit, die ich dafür aufbringen muss, kriegt man kein Geld.“* (M4520EA-AI, Pos. 219-220) wird zu *„Leitlinienumsetzung scheitert an finanziellen Aspekten“*.

- **Schritt 3: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus**

Paraphrasen werden unter diesem Abstraktionsniveau generalisiert, indem allgemeine Aussagen getroffen werden (Makrooperator Generalisation).

- **Schritt 4: Erste Reduktion durch Selektion**

Paraphrasen die über dem Abstraktionsniveau liegen werden belassen. Die entstandenen inhaltsgleichen oder nicht inhaltstragende Paraphrasen können gestrichen werden.

- **Schritt 5: Zweite Reduktion durch Bündelung**

In der zweiten Reduzierung werden mehrere, sich aufeinander beziehende Paraphrasen zusammengefasst und durch eine neue Aussage wiedergegeben (Makrooperatoren Bündelung)

- **Schritt 6: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem**

Am Ende dieser Phase wird überprüft, ob die Aussagen das ursprüngliche Material noch repräsentieren. Alle ursprünglichen Paraphrasen des ersten Durchganges müssen in den entstandenen Kategorien abgebildet sein.

- **Schritt 7: Rücküberprüfung**

Idealerweise findet diese Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial selbst statt. Damit ist der erste Durchlauf der Zusammenfassung abgeschlossen.

Die Schritte des Ablaufmodells werden sequenziell und iterativ durchlaufen. Nach Schritt 7 beginnt der zweite Durchlauf folglich wieder bei Schritt 3, bis ein end- und allgemeingültiges Kodiersystem entstanden ist [48]. Dazu werden mit diesem Kategoriensystem die ersten Interviews rekodiert, um die Reliabilität der Fassung zu überprüfen und ggf. weiter anzupassen. Innerhalb der Schritte ist eine weitere Präzisierung der Kodierregeln möglich (vgl. Abb. 4).

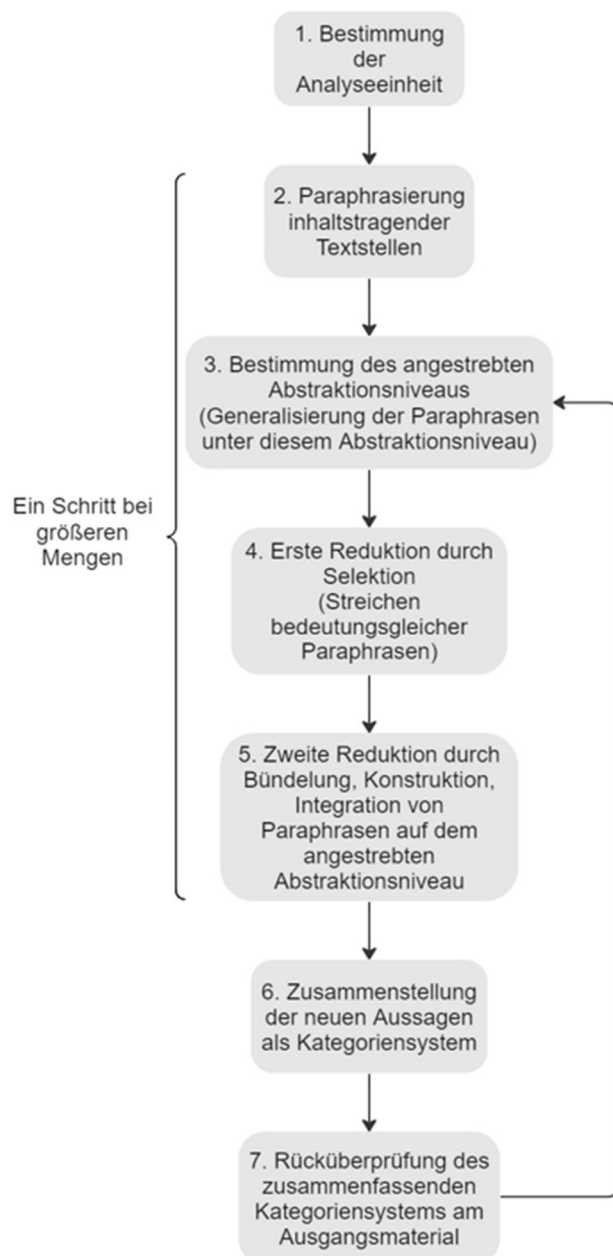


Abbildung 4 - Ablaufmodell der Analyse

### 3.10.1 Kategorisierung

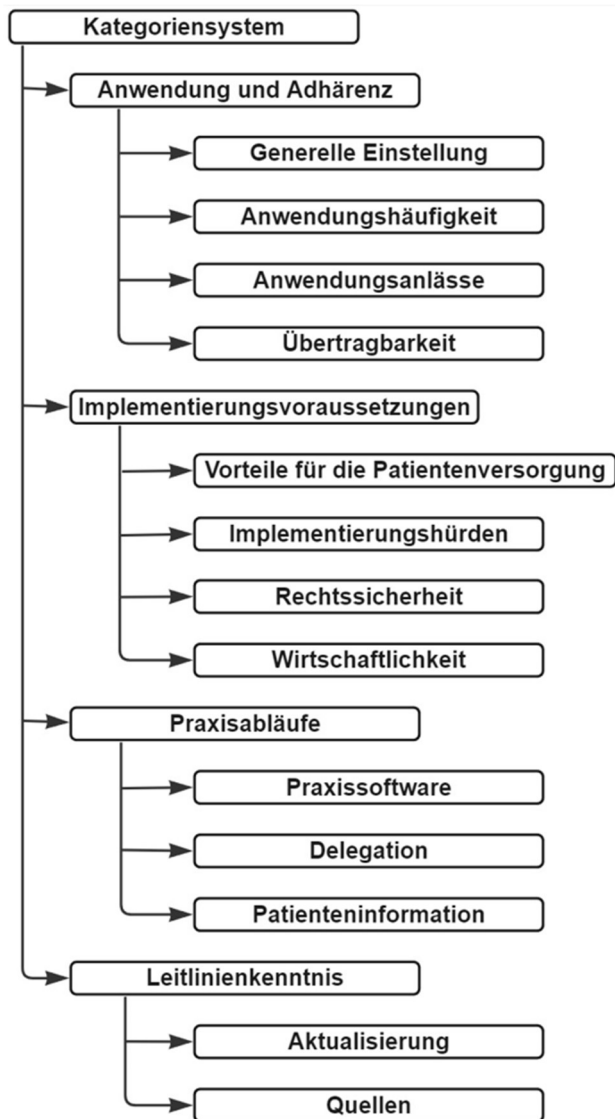
Der Kern jeder Inhaltsanalyse stellt die Kategorisierung des Materials dar. Diese kann deduktiv anhand im Vorfeld aus dem aktuellen Forschungsstand abgeleiteter Kategorien erfolgen [47]. Folglich basiert dieses System nicht auf einem theoriegeleiteten Vorgehen und erlaubt daher nur eine enge Abweichungstoleranz. Kategorien und Unterkategorien werden dabei anhand der bestehenden Quellen beschrieben und anschließend analysiert. Ein weiterer Ansatz ist das theoriegeleitete induktive Vorgehen, wobei sich die Kategorien aus dem Material heraus ergeben. Mayring (2015) beschreibt, dass die Methode sich natürlich in der Frage widerspiegeln soll. Bei offenen Fragestellungen, bei welchen ein Meinungsbild erforscht wird,

eignet sich daher die Bildung induktiver Kategorien, welche in abstrakter Weise das zu analysierende Material repräsentieren und in eine Beziehung zueinander stellen. Ziel dieser Art von Zusammenfassung ist es, die Abstraktionsebenen schrittweise zu verallgemeinern und zu abstrahieren, um schlussendlich auf ein allgemeingültiges Kategoriensystem zu schließen (S.69), welches für das gesamte zu analysierende Textmaterial anwendbar ist.

Um induktiv Kategorien zu bilden, empfiehlt Mayring einen Kodierleitfaden zu erstellen, welcher Ankerbeispiele enthält. Dazu wurden im ersten Schritt die Analyseeinheiten als Sinnabschnitte definiert, welche aus mindestens einem Wort, ganzen Sätzen oder zusammenhängenden Sinnabschnitten bestehen. Diese sollten inhaltlich einer Kategorie oder mehreren Kategorien zuordbar sein. Anschließend werden ebendiese Analyseeinheiten aus repräsentativen Interviews paraphrasiert und somit stückweise zusammengefasst. Nicht inhaltstragende Bestandteile werden dabei ausgelassen und verworfen.

Ankerbeispiel	Paraphrasierung	Generalisierung	Kategorie	Kodierregel
<p>„Natürlich gibt es Leitlinien mit mehr oder weniger Effekt, aber bei den meisten sehe ich schon einen deutlichen Benefit in der Patientenversorgung.“ (M4520EA-AI, Pos. 56-57)</p>	<p>Es gibt Leitlinien mit unterschiedlicher Wirksamkeit, aber die meisten stellen eine klare Verbesserung in der Patientenversorgung dar.</p>	<p>Leitlinien haben einen positiven Einfluss auf die Patientenversorgung</p>	<p>Vorteile Patientenversorgung</p>	<p>Mindestens ein Sinnabschnitt, welcher positive Auswirkungen von leitlinienorientierter Therapie auf die Behandlungsqualität des Patienten beschreibt.</p>
<p>„Da geht es ja ein Stückweit auch um Rechtssicherheit. Natürlich befreit mich das nicht vor rechtlichen Konsequenzen, wenn etwas schief läuft, aber selbstverständlich schaut sich jeder Gutachter zuerst mal den „State-of-the-Art“ an und das sind eben in der Regel die Leitlinien.“ (W5326M-AI, Pos. 34-36)</p>	<p>Leitlinien verschaffen dem Anwender eine gewisse Rechtssicherheit, da sie in der forensischen Untersuchung oftmals von Gutachtern herangezogen werden.</p>	<p>Die Anwendung von Leitlinien hat Einfluss auf die Rechtssicherheit des Anwenders.</p>	<p>Rechtssicherheit</p>	<p>Mindestens ein Sinnabschnitt, welcher Auswirkungen von leitlinienorientierter Therapie auf die Rechtssicherheit des Behandlers beschreibt.</p>

**Tabelle 8:** Auszug Kodierleitfaden



Nach repetitiver Kodierung und Zusammenfassung ergab sich aus dem Material ein allgemeingültiges Kategoriensystem, welches auf alle Interviews anwendbar war und die Forschungsfragen repräsentierte. Daraus ergaben sich letztendlich die vier Hauptkategorien:

- Anwendung und Adhärenz
- Implementierungsvoraussetzungen
- Praxisabläufe
- Leitlinienkenntnis

Abbildung 5 – Kategoriensystem

### 3.10.2 Kodierung mittels MAXQDA

Sämtliche Kodierungsprozesse dieser Untersuchung wurden unter Verwendung des Textanalyseprogrammes MAXQDA durchgeführt. Dazu wurden im ersten Schritt die transkribierten Textdateien einzeln in ein neu erstelltes Projekt geladen. Anschließend wurde ein Codesystem erstellt, welches aus den zuvor festgelegten Kategorien hervorging. Ein Vorteil des verwendeten Auswertungsprogrammes ist, dass es die Zuordnung von Dokumentenvariablen erlaubt. Dabei ist es möglich, den Synonymen hinter den einzelnen Interviews Merkmale zuzuordnen, welche im weiteren Verlauf in die Auswertung einfließen.

Die den Interviews zugewiesenen Merkmale lauteten:

- Alter
- Geschlecht
- Berufsjahre nach Approbation
- Niederlassungsmodell
- Weiterbildungsgebiet
- Patienten pro Praxis und Jahr
- Einwohnerzahl im Einzugsbereich

Eine weitere für die Auswertung hilfreiche Funktion ist, dass Codes farblich markiert und mit Beschreibungen oder Notizen versehen werden können. Auch einzelne Textabschnitte lassen sich mit Memos hinterlegen, welche man gesammelt abrufen kann.

### **3.11 Durchführung der Materialanalyse**

*„Inhaltsanalyse wird verwendet als ein diagnostisches Instrument, um spezifische Schlussfolgerungen über bestimmte Aspekte des zielgerichteten Verhaltens (purposive behavior) des Sprechers zu ziehen“ [54]*

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse wurde ebenfalls unter Zuhilfenahme des Analyseprogrammes MAXQDA durchgeführt. Im eigentlichen Kodierungsprozess werden Textstellen identifiziert, markiert und den einzelnen Kategorien zugeordnet. Dazu empfiehlt es sich, das Dokument vorab einmal komplett zu lesen, ohne bereits in ihm zu arbeiten. Danach wurde der Text Zeile für Zeile durchgegangen, um Aussagen herauszufiltern, welche einer Kategorie zuordbar sind. Dieses Schema erlaubt es, die bereits bestehenden Kategorien zu nutzen oder sie aus dem Material heraus zu erstellen. Bei besonders repräsentativen Aussagen wurden zusätzlich Notizen erstellt.

Anschließend wurden sämtliche Aussagen, welche einer Kategorie zugeordnet werden konnten, tabellarisch gegenübergestellt und zusammenfassend interpretiert. In diesem Schritt wurden weniger Häufigkeitsverteilungen, sondern eher Zusammenhänge oder Unterscheidungen in den getroffenen Aussagen verglichen und Muster identifiziert.

### **3.12 Gütekriterien**

Die sozialwissenschaftliche Methodenlehre unterscheidet u.a. die Gütekriterien Reliabilität, die Reproduzierbarkeit der Untersuchung und Validität, also die Eignung der Messmethode. Um diese Gütekriterien in der Untersuchung zu gewährleisten, wurden einige Interviews von Doktoranden des Instituts für Allgemeinmedizin und Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz rekodiert. Anschließend wurden die Reduktionsschritte und die Analyse verglichen, wobei insgesamt Konsens über das Kategoriensystem erzielt wurde. Diese Methode schließt durch das Gütekriterium „Intersubjektivität“ eine zu große Subjektivität des Untersuchers aus. Weiter wurde mittels des zeitversetzten Rekodierens des Materials durch den Untersucher die Reichweite, also die Reproduzierbarkeit der gleichen Analyse bei erneuter Durchführung, sichergestellt.

### **3.13 Auswertung des Kurzfragebogens**

Die im Fragebogen erhobenen Daten wurden zur Aufbereitung in eine Excel-Tabellenkalkulation übertragen. Dabei wurden sie übersichtlich zusammengeführt und auf ihre Vollständigkeit überprüft, um fehlende oder unvollständige Datensätze zu identifizieren. Anschließend wurden die grundlegenden Merkmale wie Mittelwert und Häufigkeiten einzelner Items mittels deskriptiver Statistik herausgearbeitet und ihre Relevanz auf die Forschungsfragen hin untersucht.

## 4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt, welche sich aus der Auswertung der Interviews mit Blick auf die Leitlinienanwendung ergeben haben.

### 4.1 Leitlinienanwendung

Die Mehrheit der Befragten gab an, ihre Arbeit regelmäßig an Leitlinien auszurichten, jedoch reichten diese Meinungsbilder von Aussagen wie „Für mich ist es nur etwas, was mir Denkanstöße gibt, wie ich es machen kann“ (M5630EA-A) bis hin zu Äußerungen, die Leitlinien mit „Struktur, Stabilität, Entscheidungssicherheit“ (M4520EA-AI) in Verbindung bringen. Die meisten Ärzte waren sich einig, dass die Anwendung von Leitlinien als Anspruch die bestmögliche Behandlung der Patienten haben und nicht durch finanzielle Anreize motiviert sein sollte. Außerdem bestand Konsens, dass die Mediziner bereit wären, sich stärker an Leitlinien zu orientieren, wenn gewisse Voraussetzungen dafür erfüllt würden. Diese Voraussetzungen werden im Kapitel 4.2 „Implementierungsvoraussetzungen“ genauer untersucht. Im Rahmen der Interviewauswertung ergaben sich folgende Kategorien:

<b>Hauptkategorie: Leitlinienanwendung</b>	
<b>Unterkategorie</b>	<b>Inhalt</b>
Generelle Einstellung	• Generelle Einstellung gegenüber Leitlinien
Anwendungshäufigkeit	• Häufigkeit der Leitlinienanwendung
Anwendungsanlässe	• Anlässe für die Leitlinienanwendung
Übertragbarkeit	• Übertragbarkeit einer Leitlinie auf ein Patientenkollektiv
Adhärenz	• Grad der Einhaltung der Leitlinienempfehlungen

Tabelle 9: Kategoriensystem „Leitlinienanwendung“

#### 4.1.1 Generelle Einstellung

Eine der zentralen Fragen der Untersuchung war es, die generelle Haltung von Hausärzten gegenüber Leitlinien und deren Anwendung zu erfragen. Aus diesem Grund wurde dieses Thema im Interviewleitfaden zu Beginn direkt angesprochen und diente somit als Einstiegsfrage. Der interviewte Arzt sollte dabei zuerst berichten, was ihm zum Thema Leitlinien generell in den Sinn kam und anschließend erläutern, wie seine allgemeine Einstellung gegenüber denselbigen ausfällt. Alle Ergebnisse hatten gemein, dass die Befragten generell „positiv“ bis „sehr positiv“ zu evidenzbasierten Leitlinien stehen und diese als verlässliche Orientierungshilfen betrachten.

„Ich stehe denen schon sehr positiv gegenüber, da ja die Medizin ja immer neue Fortschritte macht und man nicht am Althergebrachten hängen bleiben soll, sondern neue Erkenntnisse mit aufnehmen soll und diese werden eben in Leitlinien relativ kurz und prägnant rübergebracht.“ (Interview M5630EA-A, Zeile 9-11)

Der überwiegende Teil der Befragten äußerte sich positiv und aufgeschlossen gegenüber evidenzbasierten Leitlinien. Experten dieser Kategorie betrachteten Leitlinien als wichtige Orientierungshilfe in der allgemeinmedizinischen Praxis und schätzten die gebotene Struktur in den Behandlungs- oder Diagnoseabläufen. Über die Interviews hinweg herrschte Einigkeit, dass Handlungsempfehlungen nützliche Hilfestellungen in der Patientenversorgung sind, welche den aktuellen Stand der Wissenschaft komprimiert widerspiegeln und somit zur Therapie- bzw. Patientensicherheit beitragen. Viele Befragte waren dabei der Meinung, dass der Einsatz von evidenzbasierten Fakten einen Vorteil gegenüber der Behandlung aus dem ‚Bauchgefühl‘ heraus sei.

Ein Viertel der interviewten Mediziner vertrat eine gewisse Ambivalenz oder Kritik gegenüber der Leitlinienanwendung. Dies war häufig auf die Wahrnehmung zurückzuführen, dass Leitlinien nicht praxistgerecht erstellt sind oder an der allgemeinmedizinischen Versorgungsrealität vorbeigehen. Einige hoben den Teil *immensen Umfang* und die *Unübersichtlichkeit* von Leitlinien hervor. (vgl. Abb. 6)

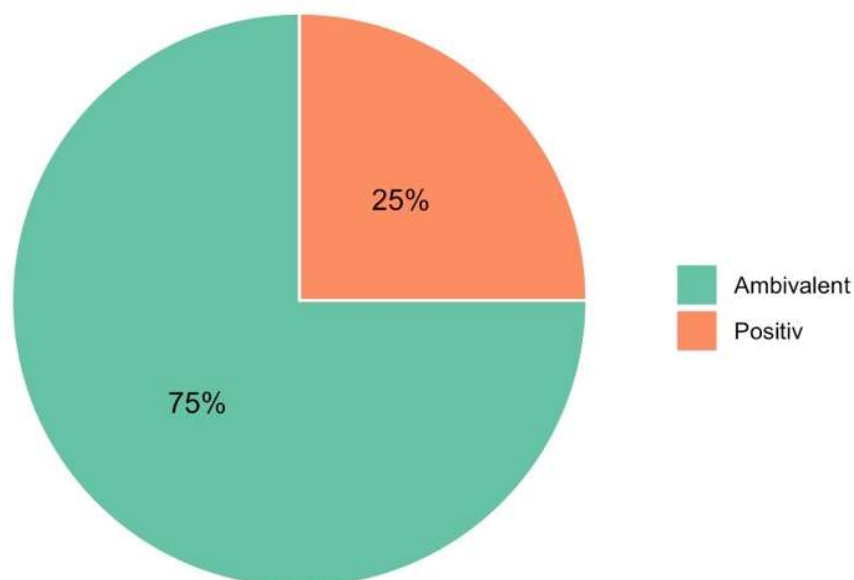
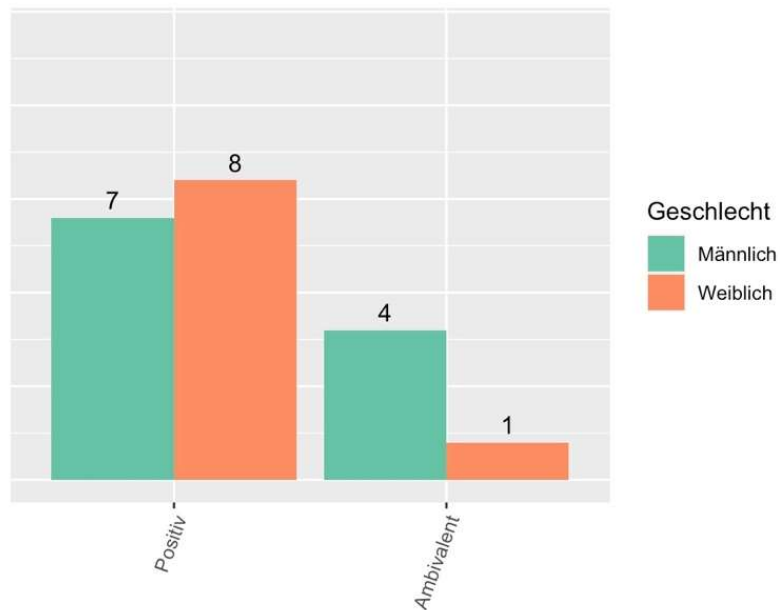


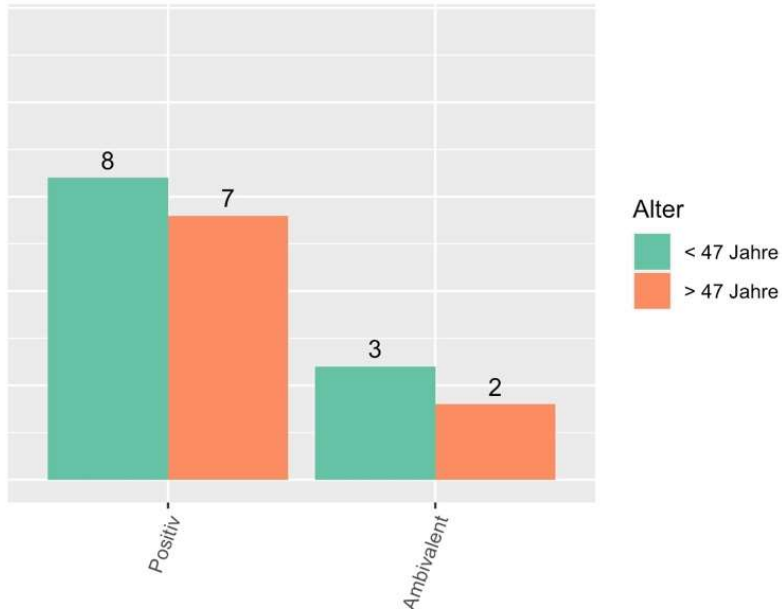
Abbildung 6: Wie stehen Sie grundsätzlich zu Leitlinien? (n=20)

In der Gruppe der positiv gegenüber Leitlinien eingestellten Befragten ergibt sich kein signifikanter Geschlechterunterschied. Unter den Interviewteilnehmern, die eine ambivalente Haltung gegenüber Leitlinien haben, sind jedoch mehr Männer (vgl. Abb. 7).



**Abbildung 7:** Wie stehen Sie grundsätzlich zu Leitlinien? Merkmal: Geschlecht (n=20)

In beiden Altersgruppen gibt der überwiegende Teil der Befragten an, eine positive Grundeinstellung gegenüber Leitlinien zu haben. Insgesamt lässt sich keine Alterskorrelation feststellen (vgl. Abb. 8).



**Abbildung 8:** Wie stehen Sie grundsätzlich zu Leitlinien? Merkmal: Alter (n=20)

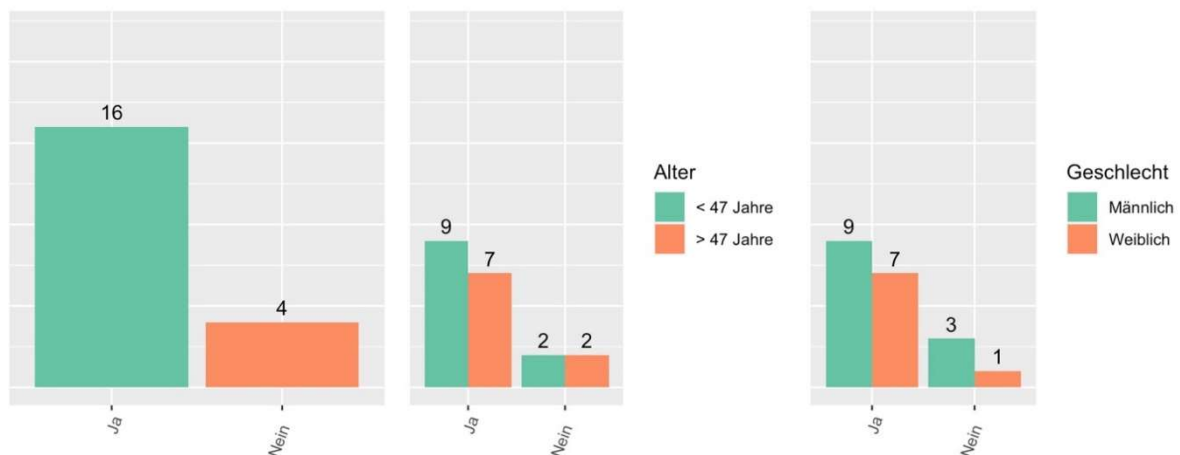
Die generelle Einstellung von Ärzten in Praxisstrukturen innerhalb eines Versorgungsgebietes von > 100.000 Einwohnern unterscheidet sich nicht signifikant von denen in Versorgungsgebieten mit weniger als 100.000 Einwohnern. In ländlicheren Praxen sind mehr Hausärzte ambivalent gegenüber Leitlinien eingestellt.

## Erhöhung der Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis

Innerhalb des standardisierten Teils des Interviews wurden die Teilnehmer dazu befragt, ob sie der Meinung sind, dass Leitlinien die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis erhöhen.

80% (n=16) der befragten Ärzte sprachen sich dafür aus, dass Leitlinien die Effizienz von Diagnoseverfahren in der Praxis erhöhen. Nur 20% (n=4) teilten diese Meinung nicht. Die Geschlechterverteilung und regionale Unterschiede deuteten hierbei auch keinen signifikanten Unterschied hin (vgl. Abb. 9).

### „Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.“



**Abbildung 9:** „Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis“ (n=20) Merkmale: Generelle Verteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung

## Leitlinienvertrauen

Innerhalb der standardisierten Fragen des Leitfadens wurde die Aussage, ob man dem eigenen Vorgehen mehr vertraue als einer Leitlinie, eher ausweichend beantwortet. Nur ein Viertel der befragten Hausärzte (n=5) gab an, sich lieber auf ihr eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie zu verlassen. Dabei handelte es sich um drei männliche und zwei weibliche Befragte. 30% der Interviewteilnehmer (n=6) verneinten die Aussagen. Die Mehrheit von 45% (n=9) enthielt sich zu diesem Thema oder antwortete so ausweichend, dass keine Zuordnung festgestellt werden konnte (vgl. Abb. 10).

## „Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie“

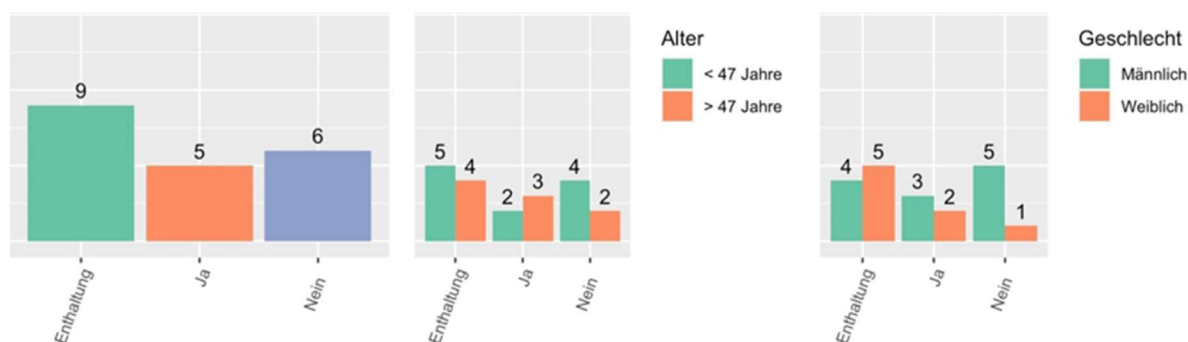


Abbildung 10: „Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie“ (n=20) Merkmale: Generelle Verteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung

### 4.1.2 Anwendungshäufigkeit

In folgendem Abschnitt werden die Ergebnisse aufgezeigt, welche im Zusammenhang mit der Anwendungshäufigkeit von Leitlinien in der hausärztlichen Praxis stehen. Die Frage nach der Häufigkeit der Leitlinienanwendung im Praxisalltag bzw. der Häufigkeit sich bei verschiedenen Beratungsanlässen zumindest an Leitlinien zu orientieren, wurde in der überwiegenden Zahl der Interviews ähnlich beantwortet. Die Mehrheit der Befragten nutzte dieses Thema, um zusätzlich über die Umsetzung von Handlungsempfehlungen zu berichten. Häufige Antworten waren, dass Sie in einem Drittel bzw. sogar über der Hälfte der Patientenkontakte zumindest eine leitlinienorientierte Struktur im Hinterkopf hätten. Der Interviewte M6236E-A (Zeile 42-43) beschrieb, dass man die Anwendungshäufigkeit nur schwer in Prozent ausdrücken könne, da man eine Leitlinie nicht bei jeder Anwendung aktiv aufrufe, sondern viele Inhalte im Hinterkopf habe. Insgesamt schätze er die Anzahl der Umsetzungen aber als hoch ein.

Einigkeit bestand in vielen Fällen darin, dass Leitlinien zur Einführung häufiger nachgelesen wurden als im eingespielten Praxisalltag, in welchem sie dann nur noch selten oder nur zu Fortbildungsanlässen aktiv aufgerufen werden würden. W5326M-AI (Zeile 27-28) schätzte in diesem Zusammenhang, dass sie etwa ein bis zwei Mal im Monat aktiv eine Handlungsempfehlung lese. Des Weiteren wurde häufig berichtet, dass es in der hausärztlichen Versorgungsrealität mit der Zeit zur Verschmelzung von Evidenz und persönlicher Erfahrung komme. Konkret erarbeiten sich die Ärzte dabei eigene Behandlungsstandards, welche sich mehr oder weniger an der ursprünglichen Leitlinie orientieren. W4318G-A (Zeile 23-24) beschrieb, dass sich einmal eingeprägte Leitlinieninhalte immer wieder im Versorgungsalltag widerspiegeln würden und wahrscheinlich in über der Hälfte der Beratungsanlässe in der Praxis mit in die Therapie einfließen.

*„Ja wie gesagt, man kann das nicht genau in Patienten festmachen. Die Leitlinien sind so, dass der Arzt sich die immer mal wieder zu bestimmten Krankheitsbildern anguckt und dann legt er für sich selbst ein Behandlungsschema fest. Das kommt*

*dann mit der Zeit und man schlägt natürlich nicht bei jedem Patienten die Leitlinie auf und arbeitet Schritt für Schritt danach.“ (Interview M5630EA-A, Zeile 40-42)*

Die Häufigkeit, mit der Leitlinien konsultiert werden, ist daher schwer zu pauschalisieren, da Ärzte oft das Wissen aus den Leitlinien bereits im Hinterkopf haben und es unbewusst abrufen. Ein Interviewteilnehmer berichtete über „Lieblingsthemen“, welche er häufiger nachschlage als andere. Die Aussagen untermauern, dass die Anwendung von Leitlinien eine wichtige Rolle in der medizinischen Praxis spielen, aber auch Schwierigkeiten bei der systematischen Umsetzung aufweisen.

Insgesamt ließen sich die Antworten der Teilnehmer nach der Interviewanalyse in drei Subkategorien einteilen:

<b>Hauptkategorie: Anwendungshäufigkeit</b>	
<b>Unterkategorie</b>	<b>Inhalt</b>
hohe Anwendungshäufigkeit	• tägliche Anwendung von Leitlinien
schwierige Quantifizierbarkeit	• regelmäßige Anwendung
unregelmäßige Anwendung	• Anwendung nur in Ausnahmefällen

*Tabelle 10: Subkategorien „Anwendungshäufigkeit“*

### Hohe Anwendungshäufigkeit

In etwas mehr als der Hälfte der Interviews gaben die Befragten eine hohe Anwendungshäufigkeit an. 12 Ärzte schätzten den Leitliniengebrauch auf eine tägliche Anwendung. Einige gaben an, zumindest im Hinterkopf, in mindestens jedem zweiten Behandlungsanlass an Leitlinien zu denken. Dabei wurde der Einfluss von Leitlinien auf die tägliche Arbeit insgesamt als groß eingestuft.

### Schwierige Quantifizierbarkeit

Den meisten Befragten fiel es nach der Wahrnehmung des Autor schwer, sich auf eine definitive Zahl an Anwendungen im Alltag festzulegen. In diesem Kontext wurde häufig das Argument genannt, dass man im Implementierungsprozess einer Leitlinie häufiger nachschlage, wie eine Empfehlung aufgebaut ist. Im Alltag kommt es dann zu einer Art Routine oder Verschmelzung der Evidenz mit der persönlichen Erfahrung des Behandlers und man schaue nicht mehr so häufig in die Leitlinienempfehlung. Trotzdem wurde sich in der Mehrheit dafür ausgesprochen, dass Leitlinien die tägliche Arbeit maßgeblich beeinflussen, auch wenn man sie nicht immer aktiv aufruft.

### Unregelmäßige Anwendung

Etwa ein Viertel der Befragten gaben an, dass sie Leitlinien nur in Ausnahmefällen oder nur zu speziellen Beratungsanlässen benutzen. Sie schätzen den Einfluss von Erfahrung und der Arzt-Patienten-Beziehung als größer ein als den einer Leitlinie.

### 4.1.3 Anwendungsanlässe

Ein zentraler Untersuchungspunkt war die Abfrage der Anwendungsanlässe, bei denen Hausärzte aktiv auf Leitlinien zurückgreifen, um Entscheidungen in der Diagnostik oder Therapie ihrer Patienten zu unterstützen. Die Verwendung von Leitlinien wurde gerade bei besonders komplexen Fällen oder seltenen Behandlungsanlässen als hilfreich empfunden.

*„Bei einfachen Sachen, wie z.B. Halsschmerz oder Dysurie, ist es deutlicher. Da ist es ja ganz klar, was man macht. Das sind einfache Beratungsanlässe, aber es gibt halt auch schwierige Beratungsanlässe. Wenn jetzt z.B. ein Patient mit vielen Medikamenten (in der Dauermedikation) zu Ihnen kommt und hat dann vielleicht noch eine Niereninsuffizienz usw. dann wird es natürlich beliebig komplex.“ (Interview M368G-A, Zeile 117-120)*

Dabei wurden unter anderem häufig diabetologische, kardiologische, neurologische, rheumatologische und urologische Anwendungsgebiete genannt, bei denen es in regelmäßigen Abständen zu Änderungen in der Empfehlung kommt. Viele Befragte bemerkten, dass es kaum möglich sei, sich in der gesamten Breite der allgemeinmedizinischen Versorgung immer auf dem aktuellsten Stand zu halten, weswegen man zwangsläufig auf Leitlinien oder Zusammenfassungen zurückgreifen müsse. Dazu kämen regional unterschiedliche und ständig wechselnde Resistenzlagen in der Antibiotikatherapie, welche häufig angepasst werden müssen. W3913M-I hob die Leitlinie zur Behandlung von Harnwegsinfekten oder für kardiologische Beratungsanlässe als besonders gut hervor. Besonders positiv überrascht sei sie dabei bei der Qualität der pAVK-Leitlinie. Auch W3913M-I lobte die kardiologischen Leitlinien und gab an, diese häufig zu verwenden. Diese würde sie auch regelmäßig nachlesen, da sich in diesem Fachgebiet die Empfehlungen häufig ändern würden. Auch gebe es ständig wechselnde Empfehlungen in der Antibiotikatherapie, beispielsweise bei Harnwegsinfekten, weswegen man regelmäßig die Handlungsempfehlungen nachschlagen müsse.

Ein häufig genannter Punkt war die Behandlung der KHK und deren Prävention. Dabei bemerkten viele Befragte, die immer wieder sinkenden Zielwerte des LDL-Cholesterins. W4217E-AI gab zu bedenken, dass die niedrigen angestrebten Zielkorridore nur noch mit neueren Substanzen erreichbar wären, welche aber erstens eine hohe Patientencompliance erforderten, zweitens mit einem erweiterten Nebenwirkungsprofil einhergingen und drittens nicht zwangsläufig von den Kostenträgern übernommen werden würden. In diesem Falle würden sich die Empfehlungen der Leitlinie nicht immer mit der Praxisrealität übereinbringen lassen. Ein Arzt hob vor allem den Nutzen von Leitlinien in Notfallsituationen hervor, welche durch eine standardisierte Abfolge von Maßnahmen für mehr Sicherheit in der Versorgung sorgten (W346A-A, Zeile 58-59).

Einige Hausärzte gaben an, Leitlinien zu benutzen, um beispielsweise besonders misstrauische oder vermeintlich falsch informierte Patienten zu überzeugen oder mit selbigen Handlungsoptionen abzuwägen. Dabei könne man mit den Patienten zusammen Herangehensweisen besprechen und zu einer gemeinsamen Entscheidung kommen, welche für beide Parteien die beste sei.

Insgesamt ergaben sich innerhalb der Inhaltsanalyse die Kategorien „*Therapie*“, „*Diagnostik*“, „*Patientenmanagement*“ und „*Prävention und Verlaufskontrolle*“.

### Therapie

Etwa Dreiviertel der Interviewten gaben an, Leitlinien vor allem für Therapieentscheidungen im Sinne von Behandlungsalgorithmen oder zur Medikamentenwahl zu nutzen. In diesem Zusammenhang wurde häufig der Wunsch nach kurzgefassten, klaren Entscheidungsbäumen geäußert, um schnell und effizient arbeiten zu können.

### Diagnostik

Die zweithäufigste Anwendung von Leitlinien im Praxisalltag findet sich in der Diagnosestellung. Mehr als die Hälfte der Befragten greift gerade in Situationen, in denen Unsicherheit besteht oder es sich um seltene Beratungsanlässe handelt, auf Leitlinien zurück. Auch hier wurde sich gewünscht, zur besseren Orientierung innerhalb einer Empfehlung klare Entscheidungsbäume zu integrieren.

### Patientenmanagement

Die Nutzung von Leitlinien für das Patientenmanagement ist insgesamt als unregelmäßig zu beschreiben. Etwa ein Drittel der Hausärzte nutzen Empfehlungen vor allem in Form von DMPs, um Patienten über einen längeren Zeitraum zu überwachen. Zur Anwendungsfrequenz gaben die Ärzte an, Leitlinien zum Patientenmanagement nur situationsabhängig und unregelmäßig zu nutzen.

### Prävention und Verlaufskontrolle

Nur jeder fünfte Interviewpartner nutzt Leitlinien für die Krankheitsprävention. In der Regel wird zu diesem Zweck nur die Sonderform der Leitlinie als DMP herangezogen.

#### 4.1.4 Übertragbarkeit

Die Hausärzte wurden gefragt, inwiefern sich Leitlinien ohne größere Probleme bzw. Komplikationen auf eine breite Patientenschaft anwenden lassen und inwiefern stärkere individuelle Anpassungen oder Einschränkungen erforderlich sind. Dabei konnten die zwei Antwortkategorien ‚*Grundsätzliche Akzeptanz mit hoher Zustimmung*‘ und ‚*Notwendigkeit individueller Anpassungen*‘ identifiziert werden.

##### Grundsätzliche Akzeptanz

Vier der 20 Befragten schätzen die Übertragbarkeit von Leitlinien als problemlos ein, oder postulierten, dass man Leitlinien zumindest auf die überwiegende Mehrheit der Patienten anwenden könne.

*„Also ich glaube bei den meisten wird man das eins zu eins umsetzen können.“  
(Interview M4925E-AI, Zeile 63)*

Gut gefasste, übersichtliche Leitlinien ließen sich in der Regel rasch und ohne größere Anpassung übertragen. Zudem sei es einfacher, von einer großen Patientenschaft auf den einzelnen Patienten zu schließen als umgekehrt. So sei beispielsweise eine kardiologische Leitlinie mit sehr großen Fallzahlen in der Studie einfacher übertragbar, als Leitlinien, die auf Expertenmeinungen oder kleinere Untersuchungsgruppen zurückgehen. Berücksichtige man jedoch diese Punkte, würde kein größeres Problem in der intraindividuellen Übertragbarkeit gesehen. W4217E-AI (Zeile 172-173) sah beispielsweise keinen Widerspruch darin, Menschen individualmedizinisch zu betreuen und sich dabei innerhalb einer Leitlinie zu bewegen. Gerade diese Kombination mache die *ärztliche Kunst* aus, weswegen sie sich auch nicht in ihrer Therapiefreiheit eingeengt fühle.

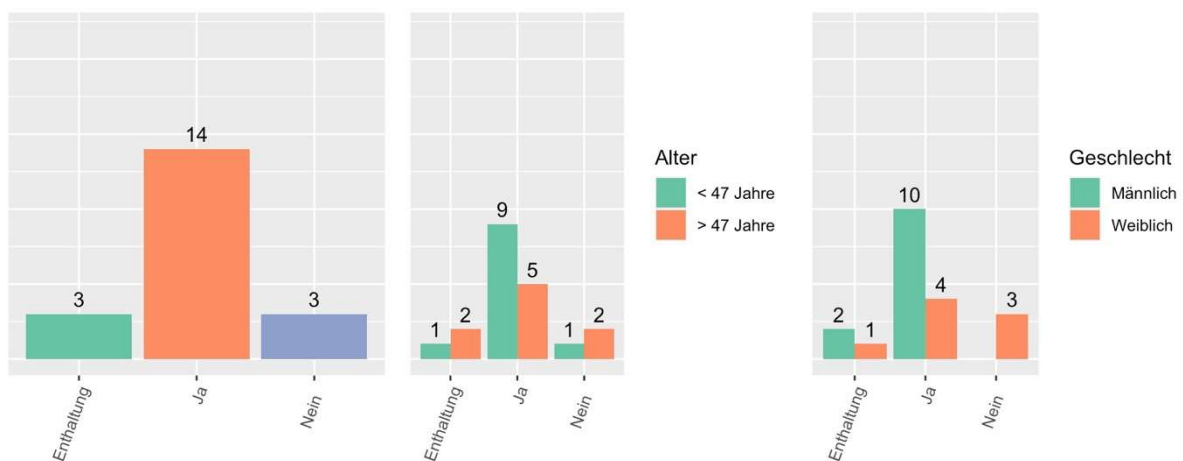
##### Notwendigkeit individueller Anpassungen

Die Mehrheit der Mediziner war der Meinung, dass Leitlinien nur ein Hilfsmittel in der ärztlichen Profession sind und zu einer guten Behandlung die jeweils individuelle Abwägung der Maßnahmen notwendig sei. Gerade in der Allgemeinmedizin spielen mehr individuelle Patientenfaktoren eine größere Rolle als in anderen Fachgebieten. M5733EA-AI (219-221) führte für sich an, dass es einer sorgfältigen Abwägung der individuellen Patientenbedürfnisse erfordere und Leitlinien nicht pauschal auf alle Patienten angewendet werden können. Eine patientenzentrierte Herangehensweise sei hierbei entscheidend, da nicht jeder Patient in gleichem Maße von den Zielen einer Leitlinie profitiere. Auch spielen die Forderungen des Patienten eine wesentliche Rolle bei der Entscheidungsfindung.

Grundsätzlich wurde die Akzeptanz von Leitlinien zwar betont, jedoch hoben die Befragten häufig die Individualisierung der Behandlung hervor. Insbesondere bei multimorbiden Patienten mit Polypharmazie sei eine Anpassung unumgänglich, um Neben- oder Wechselwirkungen von Medikamenten zu vermeiden, oder die Therapie optimal auf den jeweiligen Ratsuchenden anzupassen. Es sei kaum oder nur schwer möglich, solche Patienten in ein vorgefertigtes Therapieregime zu stecken. Die Erfahrung und das individuelle Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten werden als entscheidende Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung von Leitlinien genannt. Es wird betont, dass Leitlinien als Basis dienen, aber die Anpassung an die individuelle Situation jedes Patienten erfordere Erfahrung und Flexibilität seitens der Ärzte.

Innerhalb der standardisierten Fragen des Leitfadens gaben 70% (n=14) der befragten Hausärzte an, dass sich Leitlinien in der Regel einfach und unkompliziert umsetzen lassen. In dieser Antwortgruppe waren zehn männliche und vier weibliche Befragte vertreten. Neun Teilnehmer gehörten zu der Altersgruppe unterhalb des Medians von 47 Jahren (vgl. Abb. 11).

**„Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden.“**



**Abbildung 11:** „Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden“ (n=20) Merkmale: Gesamtverteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung

Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit

Keiner der Befragten war der Meinung, dass die jeweilige Therapiefreiheit durch Leitlinien eingeschränkt werde. Das Gegenargument war in den meisten Fällen, dass Leitlinien vorwiegend als Richtlinie zu sehen seien und keinen bindenden Charakter haben (vgl. Kapitel 4.2.4). Die Mehrzahl der Interviewpartner konnten sich vorstellen, unter gewissen Umständen Leitlinien noch stärker in ihren Versorgungsalltag zu integrieren, betonten aber gleichzeitig, dass die endgültige Therapieentscheidung letztendlich immer beim Arzt selbst liegen müsse.

#### 4.1.5 Adhärenz

Die Mehrheit der Interviewpartner vertraten beim Thema Leitlinien-treue ein sehr ähnliches Meinungsbild. Dabei war eines der Hauptargumente, dass die Allgemeinmedizin ein vor allem interdisziplinäres Fachgebiet darstellt, in welchem eine starre Umsetzung monothematischer Leitlinien sehr schwierig sei.

*„Alles leitliniengerecht umzusetzen, ist meiner Meinung nach gar nicht möglich.“  
(W338A-A, Zeile. 21-22)*

In diesem Themenbereich sei es insbesondere nicht oder nur schwer möglich, individuelle Unterschiede in den Voraussetzungen der Patienten zu berücksichtigen. Zudem seien viele Anpassungen notwendig, was sich allerdings nicht schriftlich in einer Leitlinie festhalten lasse. Unter den Befragten herrschte Einigkeit, dass Leitlinien nicht in „Stein gemeißelt“ und damit nicht zwingend rechtlich bindend seien. In diesem Zusammenhang gaben sie an, dass sie Leitlinien häufig nutzen, um sich daraus eigene Behandlungsschemata für den Praxisalltag zu konstruieren. Dabei würden die Empfehlungen gerade zu Beginn häufiger aufgerufen werden, was jedoch mit der Zeit immer mehr abnehmen würde. Die Ärzte betonten, dass sie nach eigener Einschätzung dabei den groben Inhalt der Handlungsempfehlung wiedergeben könnten und dieses Wissen, kombiniert mit der eigenen Erfahrung, zu einer Praxisroutine zusammensetzen würden. Diese Routinen würden zwar oft der eigentlichen Leitlinie ähneln, spiegelten diese aber nicht 1:1 wider. Leitlinien seien generell selten auf eine gesamte Population anwendbar, sondern vorwiegend auf vorselektiertes Patientenkollektiv zugeschnitten. Die meisten Ärzte gaben jedoch an, dass Leitlinien trotzdem mit kleinen Anpassungen gut auf ihr Patientenkollektiv übertragbar wären.

In der Analyse der Antworten zur Leitlinienadhärenz ließ sich teilweise eine Alterskorrelation erkennen. Jüngere Ärzte tendierten dabei zu einer größeren Leitlinienadhärenz als erfahrenere Kollegen. Auf Nachfrage stellte sich dabei vor allem heraus, dass Leitlinien vorwiegend in den letzten zwanzig Jahren an Bekanntheit zugenommen und noch später flächigen Einzug in die universitäre Lehre genommen haben. Jüngere Allgemeinmediziner seien folglich bereits im Studium und insbesondere der Weiterbildungszeit mit Leitlinienarbeit in Kontakt gekommen und haben diese später weiterhin umgesetzt. Generell nahmen sich jüngere Befragte selbst als wissenschaftlicher ausgebildet als ihre Vorgänger wahr. M368G-A (Zeile 9-10) war der Meinung, dass ein moderner Hausarzt zwingend mit Leitlinien umgehen und damit arbeiten können müsse. Er betonte, dass er nur in begründeten Ausnahmefällen von der Leitlinie abweiche, dazu aber den genauen Inhalt der selbigen exakt kennen müsse. Dieses Vorgehen würde die Dokumentation stützen und ihn damit juristisch absichern.

Dahingegen berichteten gerade ältere Kollegen, dass sie im Laufe ihrer Karriere nur über Fortbildungsveranstaltungen mit Guidelines konfrontiert wurden und daher vorwiegend mit der

Recherche in Fachzeitschriften, Fachbüchern oder dem Internet vertraut seien. M6236 gab dazu an, dass er eine Leitlinie nur einmal oder selten mehrmals lese, um diese in der Praxis mit seiner Erfahrung zu kombinieren. Dabei entstehe eine Mischung aus Evidenz und Erfahrung, welche für ihn die beste Kombination sei, um es an den jeweiligen Patienten anzupassen. Einige erfahrene Kollegen empfanden die Anwendung von Leitlinien teilweise als kontraproduktiv und meinten, dass man stattdessen eher eine pragmatische Medizin betreiben solle. Begründet wurde dies in den meisten Fällen anhand des Beispiels „Zielwert des LDL-Cholesterins“. Es wurde bemängelt, dass viele Ziele bzw. Zielwerte, welche durch Leitlinien vorgegeben werden, außerhalb eines sinnvollen Maßstabes liegen würden und es zur Erreichung dieser Werte hohe Medikamentendosen oder neuartige Wirkstoffe benötige. Diese seien wiederum mit starken Nebenwirkungen verhaftet, was die Patientencompliance beeinträchtige. Dieses Meinungsbild wurde ausschließlich von Ärzten mit mehr als 25-jähriger Berufserfahrung vertreten.

Insgesamt kam ein Großteil der Befragten überein, dass Leitlinien als Entscheidungshilfe dienen, aber in der Behandlung keinen verbindlichen Charakter besitzen und damit von ihnen abgewichen werden dürfe. Die Adhärenz ist dabei sehr individuell, wobei in der Untersuchungsgruppe eine Alterskorrelation erkennbar war. W3913M-I sieht z.B. keine konkreten Nachteile, wenn sie von Leitlinien abweicht, solange die Gründe dafür offen mit dem jeweiligen Patienten kommuniziert und sauber dokumentiert werden. Fast alle Befragten benutzen Leitlinien, um diese gemischt mit eigener Erfahrung zu einem praxisinternen Behandlungsalgorithmus zu verweben. In der Untersuchungsgruppe gaben vor allem die jüngeren Kollegen an, innerhalb von Standardsituationen wenig oder gar nicht von den Empfehlungen abzuweichen.

#### **4.1.6 Auswertung des Kurzfragebogens**

Die teilnehmenden Hausärzte wurden gebeten, im Anschluss an das Interview einen Kurzfragebogen zu bearbeiten, in welchem Erfahrungen im Zusammenhang mit der Leitlinienarbeit abgefragt wurden (siehe Anhang). Der Auswahlblock, welcher als Likert-Skala ausgelegt wurde, enthielt die Auswahlmöglichkeiten „sehr gut“, „eher gut“, „weniger gut“ und „überhaupt nicht“.

Die Ergebnisse wurden mit Hilfe des Analyseprogrammes *R* untersucht und anschließend graphisch aufgetragen.

#### 4.1.6.1 Verstärkte Evidenzorientierung und Anwendung aktuellen medizinischen Wissens

70% der befragten Ärzte (n=14) waren der Meinung, dass Leitlinien „sehr gut“ helfen, die Orientierung an evidenzbasierter Medizin zu steigern und aktuelles medizinisches Wissen anzuwenden. 30% (n=6) sahen den Beitrag zu diesem Thema als „eher gut“ an. Somit verbanden alle Befragten Leitlinien mit einem sehr guten oder eher guten Effekt auf evidenzbasierte Orientierung in der Allgemeinmedizin. Die Altersverteilung der Befragten, die angaben, Leitlinien würden „sehr gut“ helfen, sich an evidenzbasierter Medizin zu orientieren, teilte sich in folgende Gruppen auf: Zehn Befragte gehörten der Altersgruppe unterhalb des Medians von 47 Jahren an, vier Befragte gehörten der Altersgruppe oberhalb des Medians von 47 Jahren an. Fünf Befragte aus der Alterskategorie oberhalb des Medians von 47 Jahren und ein Befragter unterhalb des Medians stimmten für „eher gut“. Die Geschlechterverteilung entsprach dem Sample (vgl. Abb. 12).

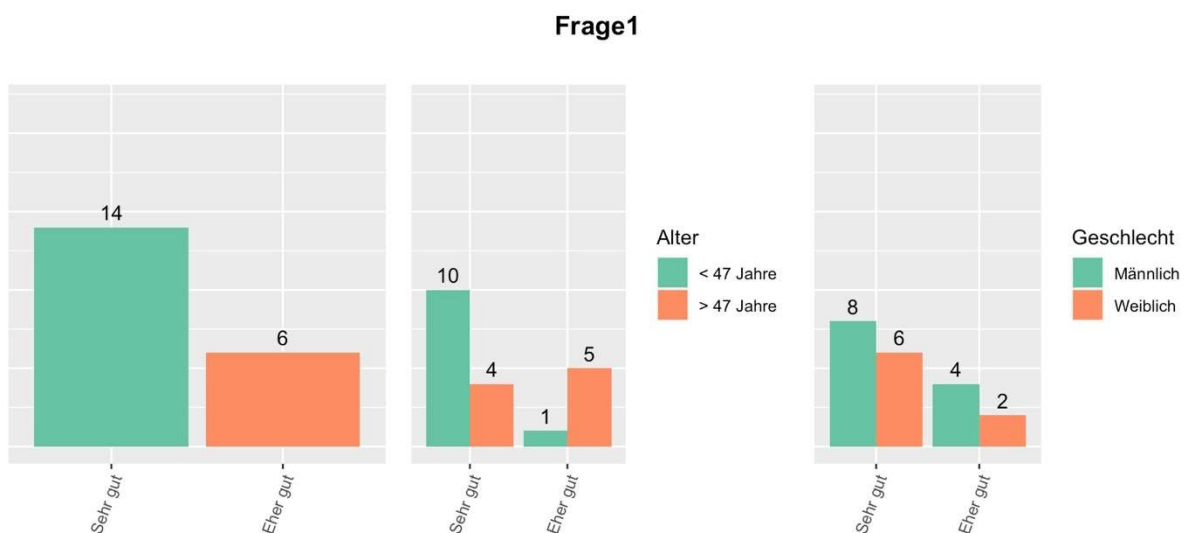
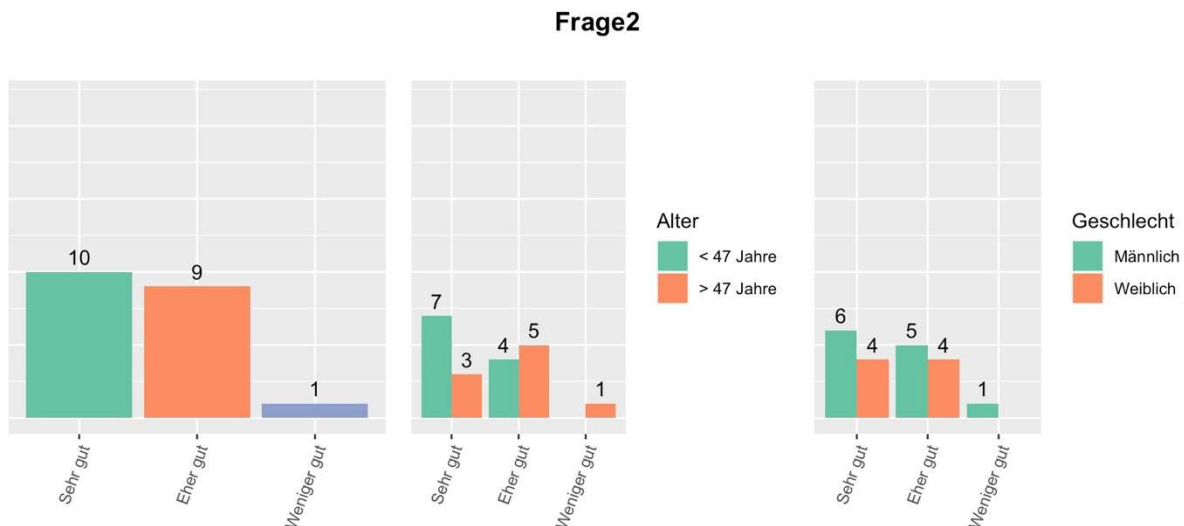


Abbildung 12: „Auswertung des Kurzfragebogens – Frage 1“ Merkmal: Allgemeine Verteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

#### 4.1.6.2 Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsqualität und den Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung

95% (n=19) der Befragten schrieben Leitlinien eine „sehr gute“ bis „eher gute“ Wirkung auf die Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsqualität sowie auf den Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung zu. Die Hälfte aller Befragten (n=10) stimmten bei dieser Frage für „sehr gut“, 45% (n=9) der Hausärzte gaben „eher gut“ an. Lediglich ein Befragter sah die Auswirkungen von Leitlinien zu genanntem Thema als „weniger gut“ an. Die Altersverteilung der Befragten, die angaben, Leitlinien würden „sehr gut“ helfen, die Versorgungs- und

Behandlungsqualität zu steigern und Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu vermeiden, teilte sich in folgende Gruppen auf: Sieben Befragte gehörten der Altersgruppe unterhalb des Medians von 47 Jahren an, drei Ärzte waren oberhalb des Medians. Fünf Befragte aus der Alterskategorie oberhalb des Medians und vier Befragte aus der Alterskategorie unterhalb des Medians stimmten für „eher gut“. Lediglich ein männlicher Arzt aus der Altersgruppe unterhalb des Medians von 47 Jahren bewertete die Fragestellung mit „weniger gut“ (vgl. Abb. 13).



**Abbildung 13:** „Auswertung des Kurzfragebogens – Frage 2“ Merkmal: Allgemeine Verteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

#### 4.1.6.3 Sicherstellung von Diagnose- und Behandlungsstandards

70% der befragten Ärzte (n=14) waren der Meinung, dass Leitlinien „sehr gut“ helfen, Diagnose- und Therapiestandards zu etablieren und damit ein einheitliches Vorgehen von Ärzten zu gewährleisten. 25% (n=5) sahen den Beitrag zu diesem Thema als „eher gut“ an. Ein Befragter schätzte die Auswirkungen auf die Fragestellung als „weniger gut“ ein. Somit verbanden 95% der Befragten die Anwendung von Leitlinien mit positiven Effekten auf die Sicherstellung von Diagnose- und Behandlungsstandards.

Die Altersverteilung der Befragten, die angaben, Leitlinien würden „sehr gut“ helfen, Diagnose- und Behandlungsstandards zu festigen, teilte sich in folgende Gruppen auf: Zehn Befragte gehörten der Altersgruppe unterhalb des Medians von 47 Jahren an, vier Ärzte lagen oberhalb des Medians. Vier Befragte aus der Altersgruppe oberhalb des Medians und ein männlicher Arzt aus der Alterskategorie unterhalb des Medians stimmten für „eher gut“. Ein männlicher Arzt der Altersgruppe unterhalb des Medians bewertete die Fragestellung mit „weniger gut“. Alle interviewten Frauen (n=8) stimmten für „sehr gut“. Die männlichen Befragten teilten sich auf in 30% (n=6) für „sehr gut“, 25% (n=5) für „eher gut“ und 5% (n=1) für „weniger gut“. (vgl. Abb. 14)

### Frage3

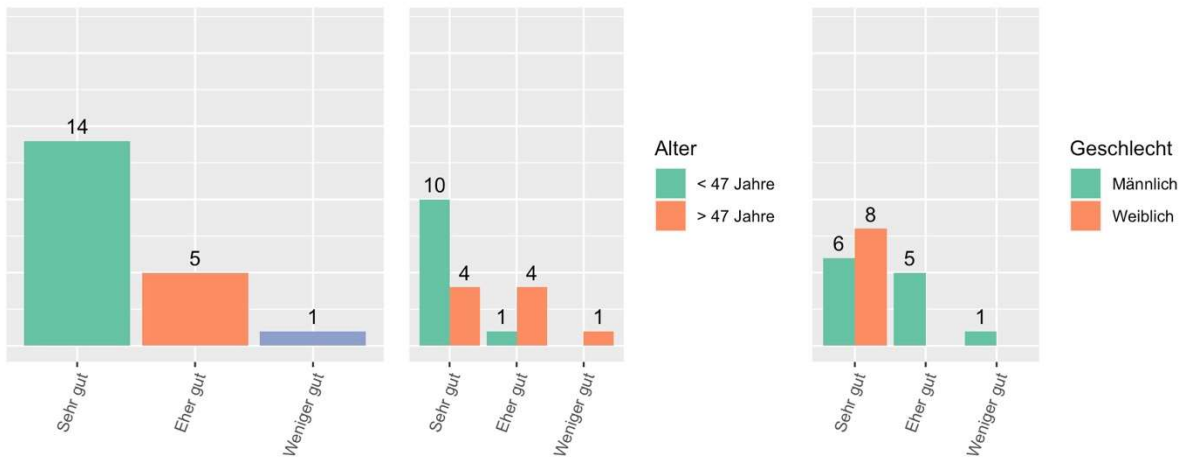


Abbildung 14: „Auswertung des Kurzfragebogens – Frage 3“ Merkmal: Allgemeine Verteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

#### 4.1.6.4 Verbesserte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Versorgungsebenen

10% der Interviewteilnehmer (n=2) sahen eine „sehr gute“ Wirkung von Leitlinien auf die Verbesserung der Zusammenarbeit verschiedener Versorgungsebenen, wie z.B. zwischen Haus- und Gebietsärzten. 50% (n=10) bewerteten diesen Zusammenhang mit „eher gut“. Ein Anteil von 35% (n=7) der Hausärzte vermutete „weniger gute“ Auswirkungen auf die Zusammenarbeit der Versorgungsebenen und ein Arzt sah überhaupt keinen Zusammenhang. Die Altersverteilung in allen Antwortkategorien war bis auf eine Abweichung von  $\pm$  einer Antwort gleich verteilt. Bei dem Interviewteilnehmer, welcher keinen Zusammenhang auf die Verbesserung der Zusammenarbeit der Versorgungsebenen sah, handelte es sich um einen männlichen Arzt aus der Altersgruppe oberhalb des Medians von 47 Jahren (vgl. Abb. 15).

### Frage4

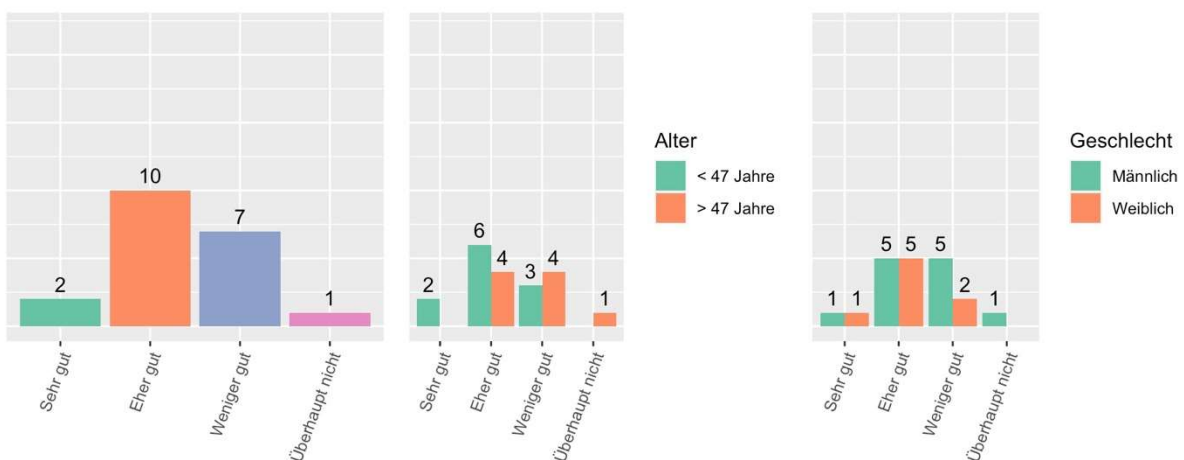
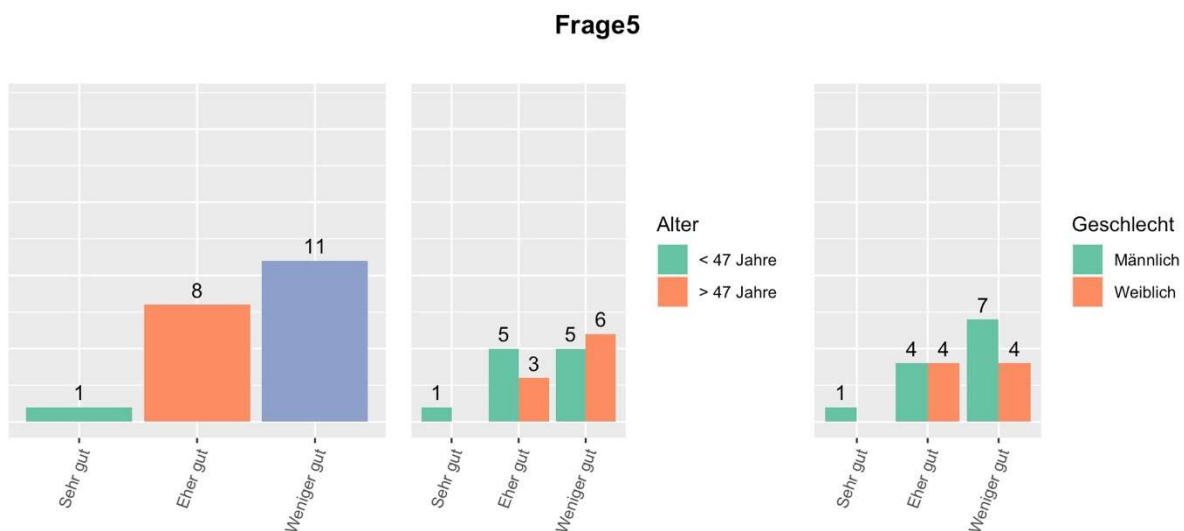


Abbildung 15: „Auswertung des Kurzfragebogens – Frage 4“ Merkmal: Allgemeine Verteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

#### 4.1.6.5 Kostensenkung im Gesundheitswesen

55% (n=11) der befragten Hausärzte schätzten das Potential von Leitlinien, eine Kostensenkung im Gesundheitswesen zu bewirken, als „weniger gut“ ein. 40% (n=8) schätzten dagegen für einen „eher guten“ Effekt auf die Kostensenkung ein. Nur ein männlicher Arzt aus der Altersgruppe unterhalb des Medians von 47 Jahren bewertete die Aussage mit „sehr gut“. Die Alters- und Geschlechterverteilungen bei allen anderen Auswahlmöglichkeiten waren mit einer Abweichung von  $\pm 2$  Angaben ausgeglichen (vgl. Abb. 16).



**Abbildung 16:** „Auswertung des Kurzfragebogens – Frage 5“ Merkmal: Allgemeine Verteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

#### 4.1.6.6 Verstärkte Berücksichtigung von individuellen Patientenbedürfnissen

75% (n=15) der interviewten Hausärzte verbanden Leitlinien mit „weniger guten“ Möglichkeiten, verstärkt auf individuelle Patientenbedürfnisse einzugehen. Drei Ärzte gaben „eher gut“ als Antwort an. Je ein Befragter benannte den Effekt von Leitlinien auf die individuellen Patientenbedürfnisse einzugehen als „sehr gut“ bzw. „überhaupt nicht“ vorhanden. Die Geschlechterverteilung innerhalb der Antworten war bis auf eine Abweichung von  $\pm$  einer Antwort ausgeglichen, wobei die Antworten „sehr gut“ und „überhaupt nicht“ jeweils von männlichen Ärzten abgegeben wurden. Die Altersgruppen teilten sich über die Auswahlmöglichkeiten wie folgt auf: Acht Befragte der Altersgruppe oberhalb des Medians von 47 Jahren und sieben Befragte unterhalb des Medians stimmten für einen „weniger guten“ Einfluss von Leitlinien auf die Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse. Für „sehr gut“ und „eher gut“ nannte nur Mediziner aus der Gruppe unterhalb des Medians. Für „überhaupt nicht“ stimmte ein Hausarzt aus der Altersgruppe oberhalb des Medians (vgl. Abb. 17).

## Frage6

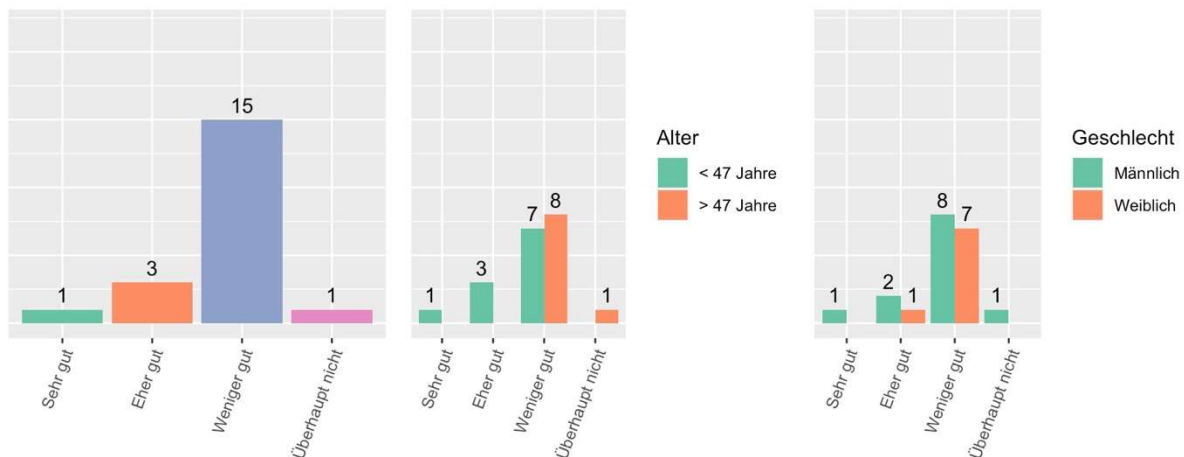


Abbildung 17: „Auswertung des Kurzfragebogens – Frage 6“ Merkmal: Allgemeine Verteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

## 4.2 Implementierungsvoraussetzungen

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Aussagen der Interviewten zusammengefasst, welche die erforderlichen Bedingungen abbilden, um sich als Hausarzt aktiv zur Umsetzung einer Leitlinie zu entscheiden und diese in den Praxisalltag zu integrieren oder einer Implementierung im Wege stehen.

### 4.2.1 Erwartungen an Leitlinien

Die Erwartungshaltung an Leitlinien wiederzugeben regte viele Interviewteilnehmer zum Reden an. Dabei kamen häufig ähnliche Themen zur Sprache, welche sich in der Datenanalyse in folgende Schwerpunkte kategorisieren ließen:

#### Kurzfassungen

Der mit 18 Erwähnungen am häufigsten genannte Punkt war die Forderung nach Kurzfassungen. Den Befragten war es wichtig, dass Leitlinien im Praxisalltag schnell und unkompliziert anwendbar seien oder sogar während eines Patientenkontakts aufgerufen werden könnten. Es sei kaum möglich, eine Langfassung der Empfehlung innerhalb des Praxisbetriebes durchzuarbeiten und müsse daher zwingend in der Freizeit des Anwenders studiert werden. Die Allgemeinmediziner legten großen Wert sowohl auf komprimierte als auch auf hochwertige Zusammenfassungen, wobei die Hälfte der Befragten zusätzlich explizit die Verfügbarkeit von visuellen Entscheidungshilfen wie Flussdiagrammen oder Entscheidungsbäumen befürwortete. Diese könnten unter Umständen auch von medizinischem Hilfspersonal wie VERAH oder NÄPa unter Delegation umgesetzt werden oder den Behandler selbst mit wenig Aufwand zu einer evidenzbasierten Therapieentscheidung führen.

### Wissenschaftliche Qualität

Die wissenschaftliche Belastbarkeit der Handlungsempfehlung wurde bei zwölf Interviews zur Sprache gebracht. Unter diesen Punkt fiel neben der Qualität auch die Aktualität der Arbeit. Die Hausärzte bemängelten, dass viele Leitlinien seit langer Zeit nicht mehr aktualisiert wurden und sprachen ob der rasanten Entwicklung der Medizin ihr Misstrauen gegenüber veralteten Veröffentlichungen aus. Keiner der Befragten gab an, dass eine Leitlinie S3-Standard haben müsse, damit sie sich für eine Implementierung entscheiden, jedoch sprach sich die Mehrheit für eine möglichst hohe Qualitätsstufe aus. M4217A-A (Zeile 87-89) führte zu diesem Punkt an, dass Leitlinien mit hohem Qualitätsstandard oft als „medizinische Klassiker“ gelten und wenig diskutiert würden. Bei weniger eindeutigen Beratungsanlässen nehme er aber auch die jeweils vorhandenen Empfehlungen, notfalls um sich nur zu orientieren.

### Praktikabilität und Praxisrelevanz

Zwölf Hausärzte forderten Praktikabilität und Praxisrelevanz, um eine Leitlinie in ihre Abläufe zu integrieren. Eine Handlungsempfehlung müsse an die Bedürfnisse der allgemeinmedizinischen Praxis angepasst sein, was sich in der Umsetzbarkeit im Alltag zeige. Gerade Leitlinien fachfremder Fachgesellschaften berücksichtigten die außerklinischen Bedürfnisse nicht, weshalb diese häufig nicht oder nur nach starker Anpassung umsetzbar seien. Fünf der interviewten Ärzte gaben in diesem Zusammenhang an, dass die Allgemeinmedizin generell stärker in Leitlinienkommissionen vertreten sein müsse, um zukünftig die Praxisnähe von Leitlinien zu gewährleisten. Generell wurde die interdisziplinäre Absprache unter den Fachgesellschaften bemängelt.

### Prägnanz

Mehr als der Hälfte (n=11) der Interviewteilnehmer waren die Prägnanz und Verständlichkeit der Leitlinie wichtig. Der häufig aufgeführte Zeitmangel im hausärztlichen Alltag erfordere es, mit geringem Aufwand möglichst viele Informationen aus einem Informationsmedium entnehmen zu können. Dazu müsse die Leitlinie übersichtlich verfasst, kompakt und somit schnell zu überblicken sein. Als Negativbeispiele wurden Veröffentlichungen mit teils mehr als hundertseitigem Umfang genannt, wobei der Aufwand der persönlichen Aufarbeitung in keinem Zusammenhang mit dem Nutzen stehe. In diesem Kontext setzten zehn von zwanzig Ärzten eine Zeitersparnis bei der Leitlinienanwendung voraus. Eine Umsetzung sei für viele nur denkbar, wenn dabei auch ein Zeitgewinn erzielt werde. So müsse eine gute Leitlinie sowohl effektiv, als auch effizient sein.

*„Man verbringt sowieso den Großteil des Tages in der Praxis. Ich habe keine Zeit, das wird den meisten Kollegen ähnlich gehen, während der Sprechstunde umfangreiche Nachforschungen zu betreiben. Das muss man schon nach Feierabend machen und da gefallen mir natürlich die Leitlinien am besten, die man zügig durcharbeiten kann und anschließend auch noch einen Benefit daraus mitnimmt.“* (W338A-A Zeile 117-120)

### Fortbildungen

Ein weiteres Bedürfnis, welches von vielen Befragten genannt wurde, war das Angebot an abwechslungsreichen, aktuellen Fortbildungen. Die Ärzte gaben an, dass einzelne Leitlinien sehr häufig in Fortbildungen wiederholt werden und andere nie darin vorkommen. Ein Schlüssel zur breiteren Implementierungsbereitschaft sei als Erstes die schiere Kenntnis einer Leitlinie. Auf Fortbildungen habe man die Möglichkeit sowohl die erfahrene, als auch die junge Ärzteschaft auf Leitlinien und deren Neuerungen aufmerksam zu machen und eventuell die Vorteile der Umsetzung zu präsentieren. Eine Fortbildung sei für einige Kollegen der einzige Berührungspunkt mit Guidelines, weshalb hier mehr Potential zur Information ausgeschöpft werden könne. M6236E-A (Zeile 191-192) postulierte, es sei wichtig, die Ärzte davon zu überzeugen, dass die Nutzung von Leitlinien und die Zusammenarbeit in ärztlichen Verbänden sinnvoll seien. Der Austausch und die Orientierung an Leitlinien und Algorithmen sollten als wertvolle Ressourcen für die hausärztliche Arbeit in der Gruppe vermittelt werden. Einige Befragte nannten als zusätzlichen Anreiz, dass man explizite Leitlinienfortbildungen anbieten könnte, welche anschließend mit CME-Punkten vergütet werden würden. Ein Arzt wünschte sich Weiterbildungsangebote, welche durch die KV durchzuführen sein sollten.

### Interessenskonflikt

Jeweils einzelne Interviewpartner forderten von Leitlinien, dass kein Interessenskonflikt beispielsweise seitens der Pharmaindustrie bestehe.

### Integration in Praxissoftware

Ein Teilnehmer setzte die Integration in seine Praxissoftware voraus.

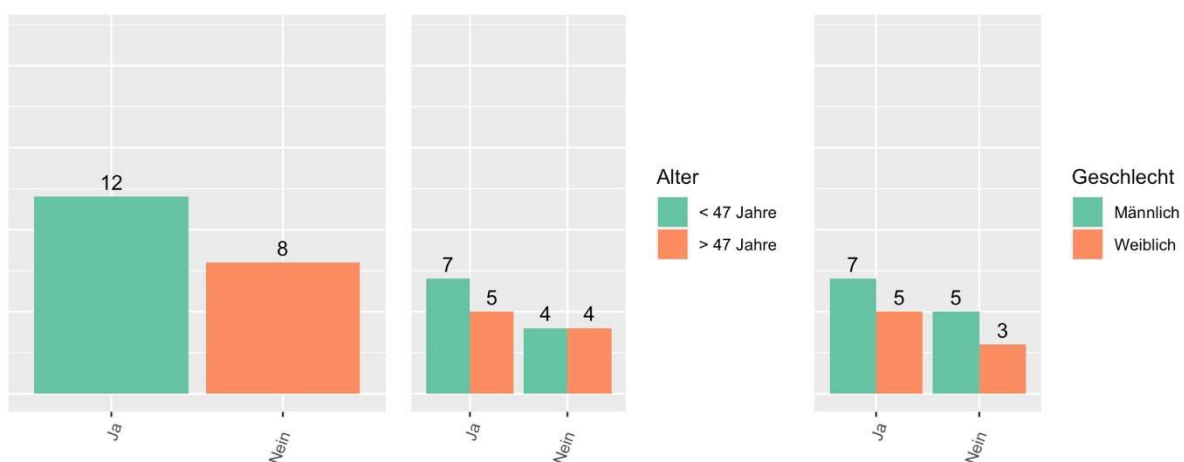
## **4.2.2 Implementierungshürden**

Im Folgenden werden die beschriebenen Hindernisse erläutert, welche nach Aussagen der Stichprobe einer erfolgreichen Implementierung von Leitlinien im Weg stehen. Die Inhaltsanalyse der Interviews resultierte in folgenden Subkategorien:

## Zeitmangel

Das mit Abstand meistgenannte Hindernis zur Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien in der hausärztlichen Praxis war der Zeitmangel in Verbindung mit schlechtem bzw. nicht ausreichendem Informationsmanagement. Die Gesprächspartner gaben zu bedenken, dass es im laufenden Praxisbetrieb unmöglich sei, die Langversion einer Leitlinie zu studieren und umzusetzen. In vielen Veröffentlichungen wird eine starke Komplexität und Unübersichtlichkeit wahrgenommen, wohingegen die allgemeinmedizinische Versorgungsrealität einen immer höheren Patientendurchsatz in immer kürzerer Zeit vorsieht. Selbst die Kurzversionen seien während der Sprechstunden nur praktikabel, wenn sie möglichst einfach gehalten und mit Grafiken oder Diagrammen versehen wären. Ein Mediziner beschrieb es als unmöglich, eine Leitlinie zu lesen und zu verstehen, während der Patient mitunter sogar im Raum sitze und warte. Dies bedeute im Umkehrschluss, dass eine vertiefende Auseinandersetzung mit Leitlinien außerhalb der Sprechstunden stattfinden müsse und andererseits, dass Leitlinien nur regelmäßig umgesetzt würden, wenn es eine Kurzfassung gebe. Die Kritik am Informationsmanagement bezog sich vorwiegend auf die Vorstellung der immer gleichen Leitlinien während der vorgeschriebenen Fortbildungen. Neuerungen und abwechslungsreiche Themen kämen dabei nur selten vor oder seien zumindest nicht die Regel. Dabei brachten einige kritisch an, dass das derzeitige Informationsangebot vorwiegend von Seiten der Pharmaindustrie komme und nicht aus unabhängigen Quellen stamme. Die Hausärzte wünschten sich praxisorientierte Fortbildungsangebote mit Schulungen auf wissenschaftlich hochwertige, unabhängige und in der Praxis anwendbare Leitlinien.

### „Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.“



**Abbildung 18:** „Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag“ (n=20) Merkmale: Gesamtverteilung, Altersverteilung, Geschlechterverteilung

Innerhalb der standardisierten Fragen des Leitfadens gaben 60% (n=12) der interviewten Hausärzte an, dass für eine Anwendung von Leitlinien im Praxisalltag häufig die Zeit fehle. Die

Altersgruppen verteilten sich bei dieser Antwort gleichmäßig und es antworteten sieben männliche und fünf weibliche Kollegen mit „Ja“ (vgl. Abb. 18).

### Umsetzbarkeit

Eine weitere wichtige Hürde gegen die Leitlinienimplementierung sei die mangelnde Praxistauglichkeit. Aus der Komplexität und der Individualität des allgemeinmedizinischen Patientenkollektivs ergebe sich, dass es kaum möglich sei, einen unter Umständen viele Jahre bestehenden Patientenkontakt in einer Handlungsempfehlung abzubilden.

*„Dafür nutze ich Leitlinien und sehr oft ist es dann doch tatsächlich so, dass es mit der Versorgungsrealität dann daran doch ein bisschen vorbeigeht. Also dass man dann irgendwo einen Kompromiss finden muss zwischen dem, was die Leitlinie sagt und was sozusagen in der Theorie der Behandlungsstandard ist und dem, was praktisch sozusagen für den jeweiligen Patienten machbar ist.“ (W3913M-I, Zeile 9-12)*

Die Interviewpartner nannten häufig das Argument, dass sie ihre Patienten teils seit deren Kindheit kennen und der Hausarzt oft nicht nur die Rolle des Arztes einnehmen müsse. Vielmehr sei man auch Berater, Psychotherapeut und vor allem ‚Vertrauensperson‘. Man entwickle mit der Zeit ein tiefes Verständnis über die individuellen Bedürfnisse und Beschwerden der Patienten und müsse regelmäßig zwischen einem vermeintlich vorgeschobenen Beratungsanlass und dem wirklichen Problem unterscheiden. Auch sei ein Patient nicht wie der andere und gerade ältere, multimorbide Menschen unter Polypharmazie unterlägen bei gleichen Symptomen oft einem anderen Behandlungsregime als ein jüngerer Patient. Hierbei seien dann hin und wieder auch Kreativität und Improvisationstalent gefragt. M6236E-A gab an, dass es nicht selten vorkomme, einen Symptomkomplex „ex juvantibus“ zu behandeln. So etwas finde man seiner Auffassung nach in keiner Leitlinie, weshalb er diese als nicht praxisgerecht beschreibe. M368G-A führte an, dass die Patientenbehandlung oft multifaktoriell beeinflusst werden würde, was das disziplinierte Abarbeiten einer Leitlinie erschwere. Alle Befragten standen evidenzbasierter Medizin positiv gegenüber, betrachteten diese aber mehr als grobe Richtungsweisung und nicht als starre Vorschrift. Genauer merkten die Hausärzte an, dass gerade die Leitlinien fremder Fachgesellschaften meist auf ein einzelnes Krankheitsbild abgestimmt seien, ohne dabei andere Vorerkrankungen zu beachten. Diese fachfremden Leitlinien im allgemeinmedizinischen Setting umzusetzen, bedürfen meistens einer Anpassung und könne nicht sklavisch übernommen werden.

### Wirtschaftlichkeit

Die mangelnde Praxistauglichkeit wurde von den meisten Befragten im Zusammenhang mit den bereits beschriebenen wirtschaftlichen Widersprüchen genannt. Aktuell sei es ihnen nur schwer möglich, leitliniengerecht zu arbeiten, ohne dabei hohe Regressforderungen fürchten zu müssen. Als weitere Konsequenz daraus nannte M368G-A, dass diese Situation sowohl

die Wissenschaftlichkeit als auch die medizinische Weiterentwicklung seines Fachgebietes ausbremse.

*„Wenn ich rein leitliniengetreue Medizin mache, könnte ich wahrscheinlich in einer Woche meine Praxis schließen.“ (M368G-A, Zeile 156)*

Neun Hausärzte bemängelten in der Erhebung, dass sich manche Empfehlungen innerhalb einer Leitlinie nicht mit der Abrechenbarkeit im kassenärztlichen System vereinbaren lassen. Ein häufig genanntes Beispiel war dabei die antidiabetische Behandlung mit neueren, teuren Substanzen. Die Betroffenen gaben an, dass sie Regresszahlungen durch die KV befürchten müssten, wenn sie leitliniengerecht handelten. Daraus leiteten sie die Implementierungsvoraussetzung ab, dass Leitlinien wirtschaftlich und von den Kostenträgern anerkannt sein müssten.

*„Gerade wenn man an die Rezeptierung von GLP1-Analoga oder SGLT2-Inhibitoren im Hinblick auf die Behandlung von Herzinsuffizienz denkt, sieht man, dass etwas teurere Medikamente längerfristig extrem teure stationäre Aufenthalte vermeiden. Da haben wir die Daten, die man auch nicht mehr diskutieren kann, weil sie eindeutig sind. Da könnten Krankenkassen eigentlich Geld sparen, wenn wir diese Medikamente dementsprechend einsetzen, aber gefordert wird dennoch die kurzfristig günstigere Therapie. Also ja, dass was in Leitlinien vorgeschlagen wird, ist mitnichten immer das, was wir im Praxisalltag immer umsetzen können.“ (M5733EA-AI, Zeile: 61-66)*

### Patientencompliance

Im Laufe der Befragung stellte sich zudem heraus, dass auch die zu erwartende Patientencompliance Einfluss auf die Leitlinienumsetzung habe. Mehrere Hausärzte berichteten, dass zur Erreichung von Zielwerten, welche vorgegeben werden, oft hohe Dosen an neuartigen Substanzen benötigt werden. Als häufiges Beispiel diente hier die aktuelle Empfehlung des Zielwertes für LDL-Cholesterins bei KHK Patienten von unter 55mg/dl. Patienten die gut eingestellt seien und sich subjektiv wohl fühlen oder bereits eine Vielzahl anderer Medikamente einnehmen, würden regelmäßig bei derart gravierenden Eingriffen in die Medikation selbstständig die Therapie unterbrechen oder sogar beenden. W5932E-A begründete die Abweichung von gleichartigen Leitlinien damit, dass sie ihre Patienten so gut kenne, dass sie einschätzen könne, ob eine Verordnung umgesetzt werde oder nicht.

### Praxisrelevanz

Als Implementierungshürden wurden die mangelnde Zusammenarbeit der verschiedenen Fachgesellschaften und die damit verbundene, schlechte Abstimmung der Leitlinien untereinander genannt. Die Befragten wünschten sich allgemein mehr Abstimmung der Fachgesellschaften untereinander und im Speziellen mit den Hausärzten. Drei Hausärzte bemängelten zudem eine schlechte Überschaubarkeit bzw. Auffindbarkeit der Leitlinientexte.

### 4.2.3 Vorteile für die Patientenversorgung

Während der Interviews wurden die Gesprächspartner dazu befragt, welche Vorteile für die Patientenversorgung sie unter der Anwendung evidenzbasierter Leitlinien beobachten konnten. Generell sahen alle zwanzig befragten Hausärzte vorwiegend Vorteile in der Patientenversorgung. Einigkeit bestand auch dahingehend, dass für den Patienten selbst keine Nachteile entstehen, wenn evident gearbeitet wurde.

#### Struktur

Der am häufigsten genannte Punkt war, dass der Behandler sich an klaren Therapieregimen oder Diagnoseabläufen orientieren könne und seine Entscheidungen an den aktuellen Stand der Wissenschaft anlehnen kann. Die Leitlinie markiere dabei den Mindeststandard der medizinischen Versorgung. Der Patient profitiere dabei insofern, dass er die Therapie erhält, die zum jeweiligen Zeitpunkt den höchsten Konsens innehat. Außerdem sei der Patient nicht zwingend auf Erfahrungswerte des Arztes angewiesen, sondern profitiere aus den Erfahrungen teils sehr großer Studienpopulationen.

Innerhalb der standardisierten Fragen des Leitfadens bestand unter allen Befragten (n=20) Einigkeit, dass Leitlinien ein strukturiertes Vorgehen bei Diagnose und Therapie ermöglichen.

#### Zeitersparnis

Als nennenswerten Vorteil in der Patientenversorgung betrachteten viele Hausärzte die Zeitersparnis. Sowohl in der Recherche als auch in der Anwendung spare man sich bei geübter Anwendung viel Zeit, welche man an anderer Stelle sinnvoller verplanen könne. Gerade am Beispiel seltener Beratungsanlässe ließe sich gut zeigen, dass man sich ohne eine Leitlinie in Kasuistiken erst mit Hilfe von Fachliteratur einlesen und in gleichem Zuge die für die Behandlung notwendigen Informationen herausfiltern müsse. Dabei sprachen einige Hausärzte auch von einer „Vereinfachung“ und „Vereinheitlichung“ der Arbeitsabläufe. Die Möglichkeit, schnell sichere Entscheidungen zu treffen, müsse aber auch immer kritisch hinterfragt werden und dürfe nicht ohne weiteres auf jeden Patienten angewendet werden. Insgesamt begrüßten die Interviewpartner, Patienten nach bestem Wissen behandeln und evidenzbasiert beraten zu können und betrachteten dabei den Einfluss von Leitlinien auf ihre Behandlungsqualität fast durchweg als groß (vgl. Abb.19).

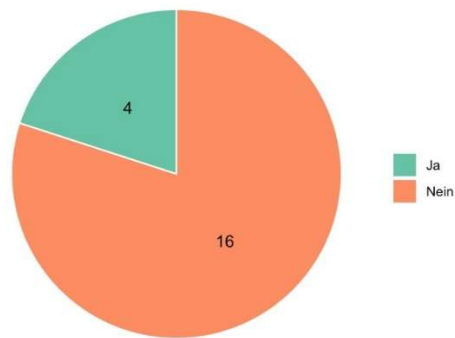


Abbildung 19: „Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis“ (n=20)

Die Aussage, dass Leitlinien die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis erhöhen, wurde innerhalb der standardisierten Fragen von den meisten Teilnehmern bejaht. Drei männliche Experten und eine weibliche Expertin lehnten diese These ab (vgl. Abb. 20).

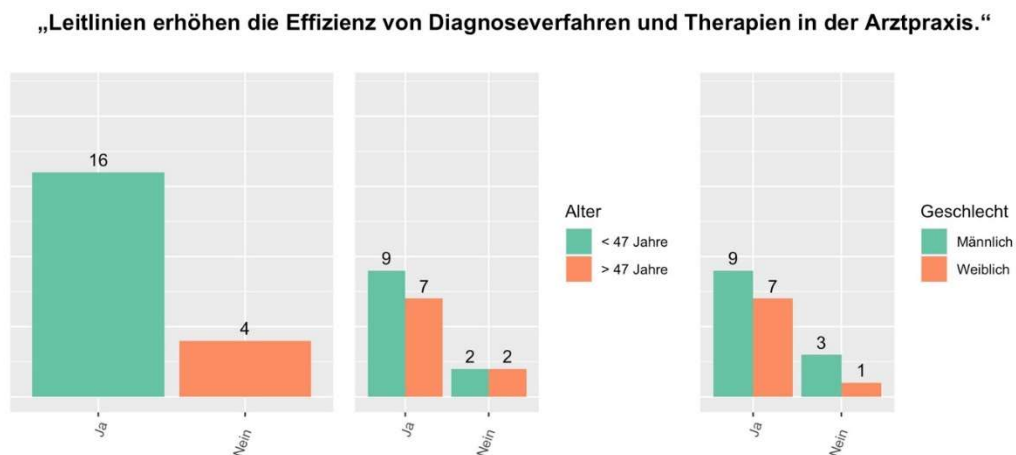


Abbildung 20: „Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis“ (n=20) Merkmal: Altersverteilung

### Ausbildung von Berufsanfängern

Mehrere Ärzte führten zudem das Argument ins Feld, dass gerade in der Ausbildung ihrer jungen Kollegen bzw. Weiterbildungsassistenten standardisierte Abläufe sehr zum Wissensgewinn beitragen würden. Konkrete Fragestellungen werden in Leitlinien gezielt beantwortet. Die angehenden Allgemeinmediziner würden so zügig Selbstvertrauen in Diagnostik und Therapie erlangen, wovon letztlich auch der Patient im Sinne der Behandlungssicherheit profitiere. Gerade im Bereich von hochpreisigen Verordnungen stütze die Leitlinie oft die Entscheidung von weniger erfahrenen Kollegen und diene als Rechtfertigung für die Rezeptierung.

#### 4.2.4 Rechtssicherheit

Die Kategorie Rechtssicherheit leitete sich induktiv aus der Interviewanalyse ab, da dieses Thema von Seiten der befragten Ärzte häufig selbst angesprochen wurde. Das Thema wurde im Fragebogen der Untersuchung nicht explizit abgefragt. Dennoch äußerten sich viele Befragte direkt oder indirekt zur vermeintlichen Rechtssicherheit von Leitlinien, weshalb dieser Punkt in die Auswertung als Kategorie mit aufgenommen wurde. Die Ergebnisse zeigten eine hohe Heterogenität in den Aussagen und werden im folgenden Abschnitt erläutert.

##### Bedürfnis nach Rechtssicherheit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es ein großes Bedürfnis nach rechtssicheren Handlungsempfehlungen gibt. Die Interviewpartner sprachen innerhalb der Umfrage immer wieder von einer rechtlichen Unsicherheit im Rahmen ihrer Versorgungstätigkeit.

*„Das möchte ich dann nicht dem Gutachter erklären müssen, wenn etwas schiefgegangen ist.“ (M6236E-A, Zeile 52-53)*

Dabei wurde regelmäßig das Beispiel genannt, dass sich juristische Instanzen im Falle einer Rechtsstreitigkeit immer auf den aktuellen Stand der Forschung, also in der Regel Leitlinien beziehen würden. Ein Arzt konnte sogar von einer Abweichung auf Patientenwunsch berichten, bei der es schließlich zu einer Patientenschädigung kam. Trotz der Einwilligung des Patienten sei es zu einem Schuldspruch gegen den Behandler gekommen. Eine Abweichung müsse folglich gut begründet sein. Dies widerspreche aber häufig individualmedizinischen oder wirtschaftlichen Behandlungsstrategien.

##### Rechtscharakter von Leitlinien

Die meisten Befragten verlassen sich auf die scheinbare Rechtssicherheit in der Leitlinienanwendung. Einerseits wurde sehr häufig erwähnt, dass Leitlinien keinen rechtsbindenden Charakter haben und lediglich als Empfehlungen anzusehen seien, andererseits waren nahezu alle Anwender der Meinung, dass eine Abweichung von leitlinientreuen Therapiemethoden in der Dokumentation begründet werden müsse. Die Ärzte nannten in diesem Zusammenhang häufig das Beispiel, dass im Falle eines straf- oder zivilrechtlichen Prozesses, die Beurteilung der Gutachter immer auf den aktuellen Leitlinien aufbaue. Im Umkehrschluss bewege man sich folglich auf rechtssicherem Boden, wenn man sich bei seinen Entscheidungen leitliniengerecht verhalte.

*„Der Patient profitiert von einer effektiven Behandlung, während der Arzt schneller, sicherer und rechtssicher handeln kann.“ (M4217A-A- Zeile: 29-30)*

M4925E-AI (Zeile 11-12) ging davon aus, dass er in gewissem Maße rechtlich abgesichert sei, wenn er sich an Leitlinien halte und sich damit keine Fehlentscheidungen vorwerfen lassen könne. Die Ärzte erklärten in diesem Zusammenhang, dass es bei ihnen zu Gewissenskonflikten käme, wenn man einen vermeintlich besseren oder praktikableren Therapieansatz wähle, dieser aber nicht leitlinienkonform sei. Man mache sich mit solchen Vorgehensweisen angreifbar, weshalb leitlinien-treue Behandlung von den meisten Hausärzten mit Rechtssicherheit gleichgesetzt wird, auch wenn Leitlinien grundsätzlich als rechtlich nicht bindend angesehen werden. Ein Allgemeinmediziner fügte zur Thematik hinzu, dass Patienten heutzutage viel informierter in die Sprechstunden kämen als noch vor 20 Jahren. Symptome und Behandlungsmöglichkeiten seien zum Vorstellungszeitpunkt oft schon im Internet recherchiert. Zudem habe sich das Anspruchsdenken und die Klagebereitschaft der Klienten in dieser Zeit deutlich verändert. Weiche man von den vorbestehenden Patientenvorstellungen ab, müsse man heute viel wahrscheinlicher mit rechtlichen Konsequenzen rechnen, weshalb man auf klare, einheitliche und vor allem juristisch fundierte Handlungsempfehlungen und deren Dokumentation angewiesen sei. Dabei sind Leitlinien und deren Patientenfassungen extrem hilfreich, auch um verängstigte oder verunsicherte Patienten zu beruhigen.

#### **4.2.5 Wirtschaftlichkeit**

85% der Befragten (n=17) in der Untersuchungsgruppe waren selbstständig niedergelassen und in Einzelpraxen oder MVZ tätig. Dieser hohe Anteil an Interviewpartnern konnte aus erster Hand über die Herausforderungen berichten, welche neben der medizinischen Kompetenz noch aus betriebswirtschaftlicher Sicht von den Ärzten abverlangt wird. Die Allgemeinmediziner tragen dabei nicht nur Verantwortung für ihre Patienten, sondern auch für das Praxispersonal und das eigene Unternehmen. Sie berichteten fast alle, dass die kassenärztliche Abhängigkeit von der KV sich häufig nicht oder nur unzureichend mit den Empfehlungen der Leitlinien deckten.

*„Wenn ich alles streng nach Leitlinien machen würde, bin ich mir sicher, hätte ich ständig einen Regress von der KV.“ (W6136M-A, Zeile 118)*

Dabei käme es häufig zu Gewissenskonflikten, ob man dem jeweiligen Patienten nun die medizinisch optimale oder die wirtschaftlichste Therapie zukommen lässt. Man müsse einerseits den betriebswirtschaftlichen Aspekt abwägen, seine Praxis möglichst profitabel zu führen, andererseits die forensische Komponente nicht außer Acht lassen. W6136M-A äußerte Bedenken, dass eine wirtschaftliche Therapie abseits der Leitlinie nur solange funktioniere, wie es zu keinem Rechtsstreit komme, was den Anwender unausweichlich in eine ethische Haftung nehme. Ein mehrfach genanntes Beispiel war die Behandlung des Diabetes mellitus.

Es sei nach Ansicht der Befragten mittlerweile wissenschaftlich gut belegt, dass neuere Therapeutika zu besseren Therapieerfolgen führen und Folgeerkrankungen sowie stationäre Klinikaufenthalte reduzieren und damit auch Folgekosten für die Krankenversicherungen senken können. Trotzdem bezahle die KV vorwiegend die Behandlung mit Insulinpräparaten, trotz all ihrer Nachteile. In dieser Situation komme der Arzt folglich in die Situation, in welcher er sich für oder gegen eine leitliniengerechte Behandlung entscheiden müsse.

*„Auf Deutsch heißt das, dass ich Maßnahmen am Ende einfach nicht vergütet bekomme, aber in allererster Linie spielt für mich natürlich die richtige Therapie des Patienten eine Rolle und nicht die Wirtschaftlichkeit.“ (M5630EA-A, Zeile 99-100)*

Übereinstimmend nannten alle Befragten, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot bzw. die WANZ-Kriterien der Krankenkassen sich häufig von den Empfehlungen der Fachgesellschaften unterscheiden und eine Deckung der leitliniengerechten Therapiekosten ein großer Fortschritt in der Hausarztmedizin darstellen würde. Die Wirtschaftlichkeit und vor allem die Abrechenbarkeit einer Leitlinie trügen daher bei der Implementierung eine entscheidende Rolle. Mehrere Befragte berichteten von Regressforderungen bis 60.000€ nach einer leitlinienorientierten Patientenbehandlung, die noch Jahre nach der Therapie vom Arzt gefordert wurden. Dabei seien die Differenzen zwischen Empfehlung und Wirtschaftlichkeitsprüfung eklatant und die Frequenz der Überprüfungen der KV hätten zugenommen. Als Bedürfnis der Interviewpartner konnte abgeleitet werden, in Zukunft auf Leitlinien zurückgreifen zu können, die sowohl zweifelsfrei abrechenbar seien, als auch medizinisch die beste Option für den Patienten darstellen würden.

Lediglich ein Hausarzt gab an, dass er dauerhaft unter seinem Budget liege und deshalb nicht auf die Wirtschaftlichkeit einer Leitlinie achten müsse, sondern fast immer die empfohlene Therapie anwende. Eine weitere Ärztin, welche auch diabetologisch tätig ist, setzte auf gute Dokumentation bei leitliniengerechter Therapie. Ihrer Auffassung nach sei es keine Option, Abstriche in der Wirksamkeit oder Verträglichkeit von Medikamenten zu machen, um für ihre Patienten ein optimales Ergebnis zu erzielen. Um budgetneutral zu bleiben, setze sie auf Generika, welche man oft viel günstiger als die Originalpräparate verschreiben könne. Ein anderer Befragter nannte die Möglichkeit, Patienten zur Verordnung von speziellen, teuren Medikamenten zuerst beim Gebietsarzt vorzustellen. Wenn dieser eine saubere Indikation stelle, könne man anschließend ohne Regressbefürchtungen weiterverordnen.

Als positives Beispiel wurden häufig die Leitlinien der DEGAM erwähnt. Die allgemeinmedizinische Fachgesellschaft achte während der Leitlinienentwicklung noch am meisten auf die Wirtschaftlichkeit.

### 4.3 Praxisabläufe

Während der Datenerhebung wurden die Interviewten auf die Auswirkungen von Leitlinienimplementierungen auf den Praxisalltag befragt. Diese Fragen zielten vor allem auf eventuelle Verzögerungen oder Störungen in Praxisabläufen ab, die bei der Neuumsetzung von Leitlinien entstehen können.

#### Eingriff in Praxisroutinen

Die Befragten berichteten übereinstimmend, dass die Umsetzung der Leitlinien in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur den Arzt betreffen. Die Interviewpartner beobachteten dabei keinen wesentlichen Einfluss auf eingespielte Behandlungsabläufe innerhalb des nichtärztlichen Praxisteam. Wie in Kapitel 4.2.2 *Implementierungshürden* beschrieben, ist die Implementierung von Leitlinien zeitaufwendig und müsse vom Anwender vor allem außerhalb der Sprechzeiten recherchiert werden. Dies hätte folglich eher Auswirkungen auf die Freizeit des Arztes als auf den laufenden Praxisbetrieb. Zwei Hausärzte berichteten von sogenannten *Standing Orders*, welche sie für gewisse Krankheitsbilder in ihrer Praxis festgelegt hätten. Würde sich in deren Umsetzung etwas ändern, koste es mit Sicherheit Zeit, alle Mitarbeiter auf die Neuerungen zu schulen. Allerdings habe man anschließend meist lange etwas von dieser Routine, weshalb man auch hier nicht von gravierenden Ablaufstörungen in den Prozeduren reden könne. Einige Ärzte beschrieben einen deutlichen Zeitvorteil nach der Implementierung von leitlinienbasierten Praxisroutinen.

*„(...) klar ist, dass es am Anfang natürlich mal ein bisschen hakt und stockt, aber auf lange Sicht bringt es eher einen Zeitvorteil.“ (W5326M-AI, Zeile 121-122)*

Die Umsetzung neuer Leitlinien sei allerdings auch von der Praxisgröße abhängig. Je mehr Mitarbeiter von den Änderungen betroffen seien, desto komplexer sei die Schulung. Inhaber von kleinen Praxen bemerkten daher oft keine derartigen Auswirkungen. Lediglich ein Arzt, welcher mit mehreren anderen Ärzten ein QM-System betreibt, sprach von Leitlinien, welche bei Einführung genau in SOPs gefasst und im Rahmen des Qualitätsmanagements im Vorfeld geprobt werden müssten. Bei guter Planung führe aber auch dies nicht zu besonderen Verzögerungen im Praxisbetrieb.

#### Herausforderungen und Zeitmanagement

Etwa die Hälfte der Ärzte betonen die Herausforderungen, die mit der Integration von Leitlinien in ihre Praxisabläufe einhergehen. Hierbei wurde insbesondere auf das bereits bestehende hohe Arbeitspensum und die begrenzte Zeit während der Sprechstunden aufmerksam gemacht. Es wird darauf hingewiesen, dass die Umsetzung von Leitlinienarbeit zusätzlichen Aufwand mit sich ziehen kann, der sich auf die allgemeinen Praxisabläufe auswirkt.

Gleichzeitig merkten die Befragten an, dass eine Implementierung von Leitlinien in standardisierte Arbeitsabläufe auf lange Sicht Zeit einsparen kann.

#### „Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen ein.“

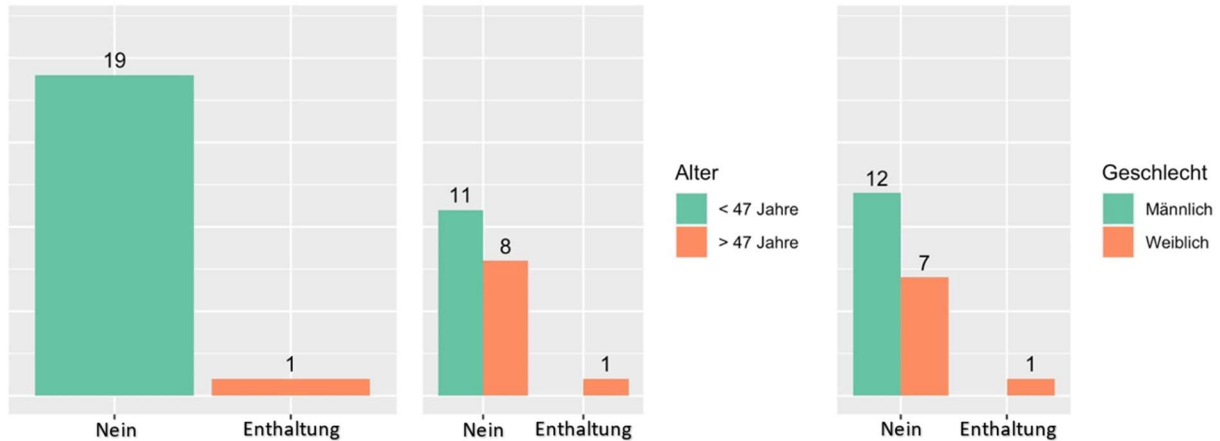


Abbildung 21: „Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe ein“ (n=20)

Auch innerhalb der standardisierten Fragen des Leitfadens spiegelte sich dieses Ergebnis wider. Bis auf die Enthaltung einer Ärztin aus der Altersgruppe oberhalb des Medians von 47 Jahren vertraten alle Ärzte (n=19) die Meinung, dass Leitlinien nicht zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen eingreifen (vgl. Abb. 21).

### 4.3.1 Praxissoftware

In diesem Teil der Befragung wurden die Hausärzte zum digitalen Umgang mit Leitlinien interviewt, wobei der Schwerpunkt auf der Einbindung von Leitlinienempfehlungen in die Praxissoftware lag. Alle Teilnehmer benutzten zum Interviewzeitpunkt eine gebührenpflichtige Praxisverwaltungssoftware.

#### Anbieter

Lediglich einer der interviewten Hausärzte benutzte den Abonnement-Dienstleister *Deximed*, auf welchen er direkt in seiner Praxissoftware Zugriff habe. Vier weitere Ärzte gaben an, *Deximed* in Hintergrund geöffnet zu haben und bei Bedarf nachzuschlagen. Dabei bestehe aber keine Verknüpfung zum Praxisverwaltungsprogramm. Drei Hausärzte nutzten andere kostenpflichtige Anbieter wie *Amboss*, welche jedoch ebenfalls nicht mit der eigenen Software gekoppelt seien. Generell scheint die Option, aktuelle Leitlinien schnell in der Patientenakte aufzurufen, unter Hausärzten eher unbekannt zu sein. Auf Nachfrage standen die Ärzte dieser Möglichkeit sehr offen gegenüber und befürworteten eine Umsetzung. Dabei wünschten sie sich beispielsweise Scores, welche nach Stichwort oder unter Eingabe des ICD10-Codes direkt angezeigt werden würden. Gleiches wurde sich für Therapiealgorithmen oder sog. *Red-Flags* in der Behandlung gewünscht. Ein Hausarzt sprach sich dabei sogar für die Anwendung

von künstlicher Intelligenz bei der Diagnosefindung oder Risikoabschätzung seiner Patienten innerhalb dieser Software aus.

### Umsetzungshürden

Gegen die Neueinführung von leitliniengekoppelter Praxissoftware sprach vor allem, dass nicht alle Softwareentwickler eine solche Verknüpfungsschnittstelle anbieten. Eine Umstellung des gesamten Systems der Praxis auf eine kompatible Lösung sprengte für die Befragten jeden Kosten-Nutzen-Aufwand. Zwei Hausärzte führten die zusätzlichen Kosten an. Sie bemängelten, dass es in den Praxissoftwares Standard sein müsste, aktuelle Leitlinien anzubieten. Die Guidelines der verschiedenen Fachgesellschaften seien kostenfrei im Internet zu beziehen und man sei nicht bereit, zusätzlich zur kostenpflichtigen Software noch ein weiteres Abonnement abzuschließen. Zwei Anwender nutzten in ihrer alltäglichen Arbeit den internetbasierten Anbieter Amboss, welcher allerdings keine Möglichkeit zur Integration der Praxissoftware biete. Weitere zwei Hausärzte gaben an, in naher Zukunft ihre Software umstellen zu wollen und dabei auf die Integration von Leitlinien zu achten.

### **4.3.2 Delegation**

Innerhalb der Datenerhebung wurden die Hausärzte zum Gebrauch von Leitlinien befragt, welche Vorschläge zur Delegation ärztlicher Aufgaben an nichtärztliches Personal machen. Die generelle Nutzung von Delegation hängt dabei maßgeblich mit der Qualifikation des jeweiligen Praxispersonals und den Präferenzen des Behandlers zusammen. Die Mehrzahl der nichtärztlichen Mitarbeiter der Befragten bestand aus medizinischen Fachangestellten. Einige Praxen beschäftigten VERAH/ NÄPa und keine der teilnehmenden Praxen arbeitete mit Physician Assistants (PA).

Die überwiegende Mehrzahl der Befragten machte nach eigenen Angaben Gebrauch von Delegationen an nichtärztliches Personal, konnten aber keine Beispiele für eine derartige Leitlinienempfehlung geben.

*„Auch gerade die Hausbesuche, kleine Tätigkeiten... das machen die (VERAH/ NÄPa) schon. Aber da habe ich jetzt keine Leitlinie im Kopf, die das irgendwie berücksichtigt.“ (W4318G-A, Zeile 113-114)*

### Wunsch nach delegierbaren Leitlinienempfehlungen

Die Hausärzte berichteten, dass es mit besonderem Blick auf die demographische Entwicklung des Patientenklientel kaum möglich sei, effizient zu arbeiten, wenn man ärztliche Aufgaben nicht abgeben würde. Die Notwendigkeit, bestimmte Aufgaben effizient zu delegieren, wird als entscheidend für einen reibungslosen Praxisbetrieb angesehen. Es herrsche aber große Unsicherheit, welche Maßnahmen delegationsfähig seien und welche ausschließlich von einem Arzt durchgeführt werden müssten. In Zukunft wünschen sich die Praxisbetreiber Leitlinien, welche klare, rechtssichere Optionen für die Delegation ärztlicher Aufgaben an nichtärztliches Personal regeln und gaben sich offen für derartige Entwicklungen.

*„Das sollte in Leitlinien, also Handlungsempfehlungen in Zukunft deutlich mehr berücksichtigt werden! Unmöglich alle Punkte in Leitlinien selbst abzuarbeiten. Da müssen einige Teile rechtssicher delegierbar sein!“ (M5733EA-AI, Zeile 186-187)*

Ein Drittel der interviewten Hausärzte sah eine unmittelbare Notwendigkeit für klare Leitlinien, welche Empfehlungen zur Delegation machen. Sie befürworteten, dass Leitlinien generell auch nichtärztliche Mitarbeiter und vor allem neue Berufe wie beispielsweise Physician Assistants ansprechen, damit die Behandlungsqualität auch über die Berufsgruppen hinweg erhalten bleibe. M3910EA-A dachte in diesem Zusammenhang beispielsweise an Diagnosestandards, welche schon bei der Patientenvorstellung mit einem Krankheitsverdacht von den Angestellten abgearbeitet werden würden, noch bevor der erste Arztkontakt zustande komme. Dieses Vorgehen war in der Untersuchungsgruppe zwar bereits in rund einem Viertel der befragten Praxen üblich, konnte von den Interviewpartnern jedoch in keinen Zusammenhang mit einer Leitlinie gebracht werden. Nur ein Arzt brachte das Beispiel der DMP hervor, in welchen Empfehlungen für Aufgabenverteilung an MFA geschildert werden, welche er auch umsetze.

### Delegationshindernisse

Ein Kritikpunkt von mehreren befragten Ärzten war es, dass die medizinische Kompetenz des nichtärztlichen Personals, unabhängig von der Berufsqualifikation, höchst unterschiedlich sei und man somit nicht jede Delegation an jeden Mitarbeitenden abgeben könne. Die Empfehlungen zur Übertragung von ärztlichen Aufgaben müsse daher immer individuell geprüft werden und könne nicht pauschal umgesetzt werden. Des Weiteren sahen einige Hausärzte das Thema generell kritisch und meinten, dass diagnostische und therapeutische Vorgänge im Praxisbetrieb dem Arzt vorbehalten seien.

### 4.3.3 Patienteninformation

Unter diesem Fragenkomplex wurde ermittelt, inwiefern Hausärzte Leitlinien nicht nur für die eigene Orientierung, sondern auch für die Patienteninformation nutzten. Dabei fiel auf, dass die Patientenversionen der Leitlinien bei mehr als der Hälfte der Befragten entweder nicht bekannt war oder nicht angewendet wurde.

#### Beratungssicherheit

In der Anwendergruppe sprachen sich die Ärzte besonders für die Überzeugungsarbeit bei Patienten aus. Es sei von Vorteil, wenn man einem Patienten in verständlicher Form schwarz auf weiß, einen wissenschaftlich erarbeiteten Artikel vorlegen könne, um beispielsweise seine Entscheidung in Bezug auf eine Antibiotikatherapie zu untermauern. Dies stärke die Glaubhaftigkeit des Arztes und seiner Behandlung und beruhige einige skeptische Patienten. Weiter müsse man sich als Arzt keine Gedanken über Richtigkeit und Vollständigkeit seines Informationsmaterials machen. Ein Arzt verwies seine Patienten auf die leitlinienbasierten Informationen auf der *Deximed*-Homepage, welche frei zugänglich und kostenfrei sind. Dort bekomme man patientengerechte Auskünfte für unzählige Vorstellungsanlässe.

Die Häufigkeit der Ausgabe von Informationsmaterial war unter den Befragten sehr unterschiedlich. W4318G-A wog dabei das Informationsbedürfnis ihrer Patienten individuell ab. Bei vielen Patienten gebe sie auch nur einen Link zur weiteren Internetrecherche heraus, ohne den Patienten mit Informationen zu überladen. Andere Patienten wiederum profitieren von physischem Informationsmaterial wie z.B. Ausdrucken.

#### Anwendungshindernisse

60% der interviewten Allgemeinmediziner (n= 12) gaben in der Datenerhebung an, nicht mit Patientenversionen zu arbeiten. Die Gründe dafür reichten von eigener Unkenntnis über das Vorhandensein solcher Zusammenfassungen bis zu wirtschaftlichen Bedenken wegen hoher Kosten der Ausdrücke. Am häufigsten gaben die Ärzte zu bedenken, dass ihre Patienten die ausgegebenen Informationen sowieso nicht lesen würden. Patienteninformation finde in diesen Beispielen entweder im Vorfeld durch eigene Internetrecherche oder während des Arztkontakts durch den Arzt selbst statt.

*„Die Patienten wollen ihre Problemlösung von uns hören, möglichst auf rheinhessisch wenn´s geht. Ich würde den meisten unterstellen, dass die das eh nicht lesen, wenn ich das ausgeben würde.“ (M5022EA-A, Zeile 106-107)*

## Eigene Patienteninformationen

Fast alle Nichtanwender gaben an, eigene Vordrucke für verschiedene Beratungsanlässe zu haben, welche sie mit der Zeit erarbeitet haben und an Patienten ausgeben würden. M5630EA-A gab zu bedenken, dass die Patientenversionen aus Leitlinien über das Ziel hinausschießen würden und zu umfangreich seien. Diese würden sich vorwiegend für die gebietsärztliche Versorgung anbieten und seien weniger für hausärztliche Zwecke geeignet. M4925E-AI argumentierte, dass die Patienteninformation nur persönlich durch den Arzt durchführbar sei, da Patienten ohne medizinische Vorkenntnisse häufig die Tragweite ihrer Erkrankung nicht verstünden. Auch bei der Impfberatung verlasse er sich auf eine individuelle Abwägung mit dem Patienten, wobei die Patientenfassung einer Leitlinie ihm nicht helfen würde.

## **4.4 Leitlinienkenntnis**

### **4.4.1 Quellen**

Ein zentraler Punkt der Untersuchung war es, herauszufinden durch welche Quellen sich die Allgemeinmediziner über Leitlinien informieren und welche Leitlinien überhaupt unter Hausärzten bekannt sind. Neben den offensichtlichen Angeboten, wie Online-Informationen und dem vorgeschriebenen Fortbildungsangebot, war vor allem die Nutzung weiterer Quellen von Interesse. Die Befragten gaben übereinstimmend an, dass sowohl früher als auch heute während des Medizinstudiums kein besonderes Augenmerk auf EbM gelegt werden würde und die meisten Allgemeinmediziner erst während der Facharztausbildung oder danach mit Leitlinien in Kontakt kämen.

Es kann resümiert werden, dass alle befragten Hausärzte sich über das Internet und Präsenz- oder Onlinefortbildungen über Leitlinien informieren bzw. dort von verschiedenen Leitlinien gehört haben. Aufgrund des Befragungszeitraumes der Untersuchung während der Covid19-Pandemie nutzten die Ärzte zur Erreichung der vorgeschriebenen CME-Punkte vorwiegend das Angebot von Online-Fortbildungen oder -kongressen. Dort würde regelmäßig über Leitlinien referiert und das Leitlinienwissen könne so aktualisiert und präsent gehalten werden. Auch die vorgeschriebene Teilnahme an Fortbildungen für DMP-Programme basierte auf evidenter Medizin und sei an Leitlinien geknüpft. 25% der Befragten (n=5) gaben zusätzlich an, sich über Pharmareferenten im Gebiet der Leitlinien zu informieren. Dabei müsse man die Empfehlungen zwar mit den Interessen des jeweiligen Konzerns kritisch abgleichen, bekomme aber insgesamt einen guten Überblick.

Als Nachteil kann dabei angesehen werden, dass es keine Vorgabe zur Themenverteilung in den Jahresfortbildungen gäbe und sich jeder Arzt nach seinen Vorlieben und Interessensschwerpunkten für die jeweiligen Fortbildungen anmelden kann, sodass es unter Umständen zu Minderinformation in gewissen Themenfeldern kommen kann.

Zur regelmäßigen Information in Bezug auf Leitlinien im Alltag und vor allem während des Praxisbetriebes benutzten alle Befragten Angebote aus dem Internet. Dabei zeigte sich, dass die interviewten Hausärzte zwar prinzipiell dem Angebot der DEGAM den Vorzug gaben, jedoch bei spezielleren Fragestellungen gerne auf die jeweilige Fachgesellschaft zurückgriffen. 70% der Interviewten (n=14) gaben an, dass die Homepage der DEGAM eine ihrer ersten Anlaufstellen für die Leitlinienrecherche sei, wenn es um allgemeinmedizinische Beratungsanlässe gehe. Die Mehrzahl der Hausärzte erklärte dabei aber, die gesuchte Leitlinie einfach über eine Suchmaschine ausfindig zu machen und anschließend über die Homepage der betreffenden Fachgesellschaft zu recherchieren.

*„Wenn ich einen konkreten Beratungsanlass habe, dann gebe ich das bei einer Suchmaschine ein und schaue, welche Fachgesellschaft da eine Leitlinie für anbietet. Klar ist das oft die DEGAM, aber manchmal muss man eben auch bei den anderen schauen.“ (M6538E-A, Zeile 72-74)*

20% der Ärzte (n=5) arbeiteten vorwiegend mit der Internetpräsenz der AWMF. 35% der Interviewpartner (n=7) gaben an, Abonnementdienstleister zu verwenden. Dabei handelt es sich unter den Befragten vorwiegend um *Amboss* und *Deximed*. Beide Anbieter stellen gegen eine Gebühr kuratierte Beiträge samt der dazugehörigen Leitlinien zur Verfügung. Die Nutzer ließen die jeweilige Homepage dabei immer im Hintergrund geöffnet, wobei sie während der Sprechzeiten am PC jederzeit Zugriff auf die Informationen hätten. 40% der Befragten (n=8) schätzten gerade für unterwegs die Anwendung von *Apps*. Viele Fachgesellschaften oder Bezahltdienstleister bieten diese Informationsmöglichkeit mittlerweile an, welche gerade von den jüngeren Kollegen gut angenommen werden würden.

Ein weiteres Medium, das von einem Dreiviertel der Befragten als Bezugsquelle für Leitlinien genutzt wird, bildeten Fachzeitschriften ab. Ein Großteil der Leser hatte ein oder mehrere Praxisabonnements abgeschlossen und empfing somit regelmäßige Ausgaben des jeweiligen Journals. Die Ärzte seien es gewohnt, häufig Fachartikel zu lesen und nutzten daher dieses Angebot, um sich unter anderem im Gebiet der Leitlinien auf einem aktuellen Stand zu halten. In den Magazinen der Fachgesellschaften wie *Der Hausarzt*, *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* der DEGAM oder *Der Internist* würden Neuerungen oder Änderungen in Leitlinienempfehlungen vorgestellt und kommentiert und könnten so neben dem Praxisbetrieb oder in der Freizeit bequem durchgelesen werden. Drei Hausärzte gaben an, sich in fachübergreifenden Publikationen wie dem *New England Journal* oder *The Lancet*

fortzubilden. Einzelne Interviewte gaben zudem die Zeitschriften *Das Ärzteblatt*, *Die Diabetologie* und die *Up-to-Date*- Reihe als Quellen an.

35% der Interviewpartner (n=7) sahen verschiedene Newsletter als hilfreiche Möglichkeit an, auf dem neuesten Stand zu bleiben. Sie schöpften dabei aus dem Angebot der verschiedenen Fachgesellschaften, den *Rote-Hand-Briefen* oder beispielsweise dem *Arzneimittel-Telegramm*. Hervorgehoben wurde das Programm der DEGAM *DEGAM-Benefits*, bei welchem Mitglieder via E-Mail über hausärztlich Relevante Neuerungen und Studienergebnisse informiert werden.

Die Frage nach Leitlinien austausch innerhalb von Qualitätszirkeln beantworteten ein Viertel der Befragten positiv. Gerade in der Pandemiezeit seien etablierte Präsenz-Qualitätszirkel häufig ausgeblieben oder würden nicht regelmäßig stattfinden. Andere Hausärzte berichteten, dass es so etwas in ihrer Gegend erst gar nicht gebe.

Lediglich ein befragter Arzt nutzte wissenschaftliche Bibliotheken wie *Cochrane* oder *PubMed*, um sich regelmäßig über Neuerungen in Bezug auf Leitlinien zu informieren.

#### 4.4.2 Bekanntheit

Im folgenden Kapitel wird die Auswertung des Kurzfragebogens über die Bekanntheit und Anwendung aller zum Befragungszeitraum publizierten DEGAM S3- und S2-Leitlinien dargestellt. Die Antwortmöglichkeiten teilten sich in „bekannt“ und „bekannt und bereits angewendet“ auf. Beim Nichtankreuzen einer Antwort wurde selbige mit „unbekannt“ kodiert und in die Auswertung miteinbezogen.

##### Akuter und chronischer Husten

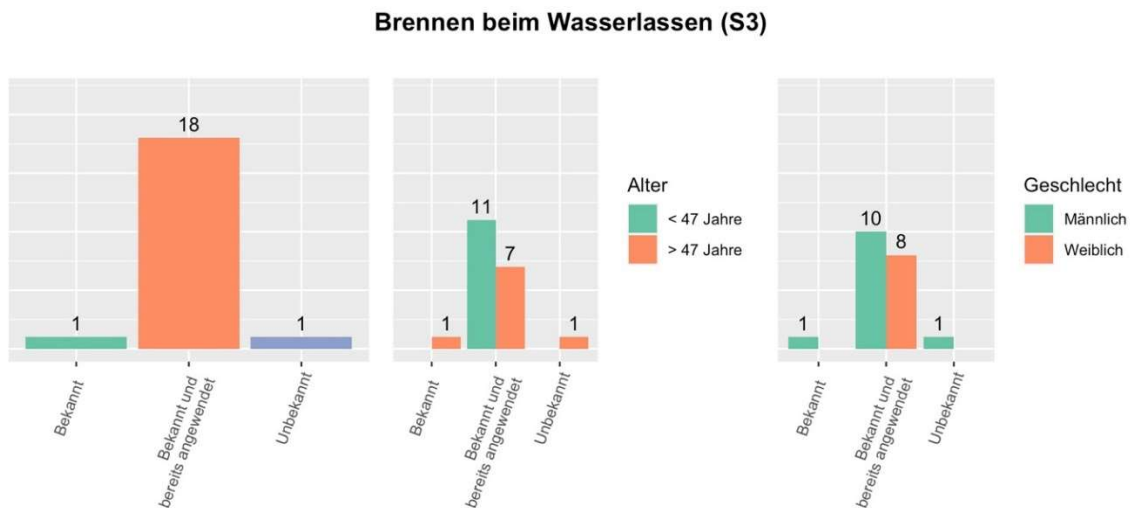
Die Leitlinie „akuter und chronischer Husten“ war unter den Befragten allen bekannt und wurde ebenso von allen bereits angewendet. Die Alters- und Geschlechterverteilung entspricht somit dem Sample (vgl. Abb. 22).



**Abbildung 22:** Bekanntheit der Leitlinie: „Akuter und chronischer Husten“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

## Brennen beim Wasserlassen

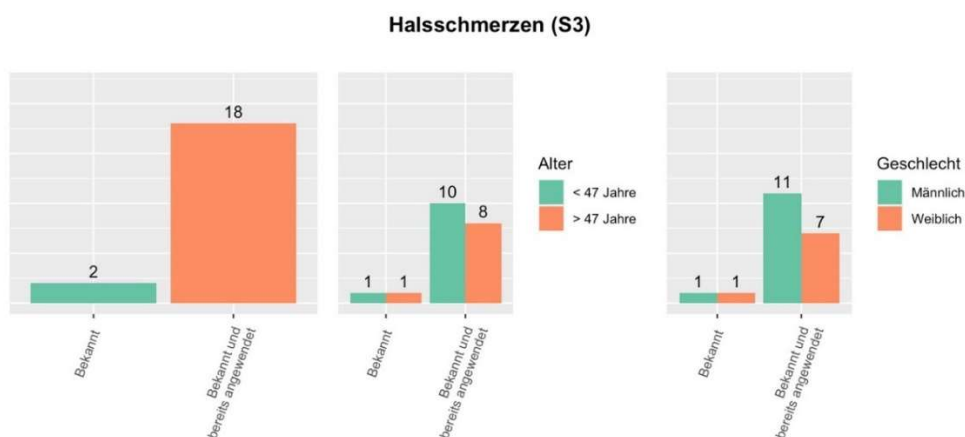
Die Leitlinie „*Brennen beim Wasserlassen*“ war unter den Befragten nahezu allen bekannt und wurde bereits angewendet. Ein männlicher Teilnehmer aus der Alterskategorie oberhalb des Medians von 47 Jahren gab an, die Empfehlung nicht zu kennen und ein männlicher Teilnehmer aus der Alterskategorie oberhalb des Medians kannte die Empfehlung, hatte sie aber bisher nicht angewendet (vgl. Abb. 23).



**Abbildung 23:** Bekanntheit der Leitlinie: „*Brennen beim Wasserlassen*“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

## Halsschmerzen

Die Leitlinie „*Halsschmerzen*“ war allen Befragten bekannt. Die Alters- und Geschlechterverteilung entspricht somit dem Sample. Lediglich eine weibliche Befragte aus der Alterskategorie unterhalb des Medians von 47 Jahren und ein männlicher Befragter aus der Alterskategorie oberhalb des Medians gaben an, die Leitlinie zwar zu kennen, sie aber noch nicht angewendet zu haben (vgl. Abb. 24).



**Abbildung 24:** Bekanntheit der Leitlinie: „*Halsschmerzen*“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

## Brustschmerz

Die Leitlinie „*Brustschmerz*“ war allen Befragten bekannt. Die Alters- und Geschlechterverteilung entspricht somit dem Sample. Lediglich zwei männliche Befragte gaben an, die Leitlinie zwar zu kennen, sie aber noch nicht angewendet zu haben (vgl. Abb. 25).

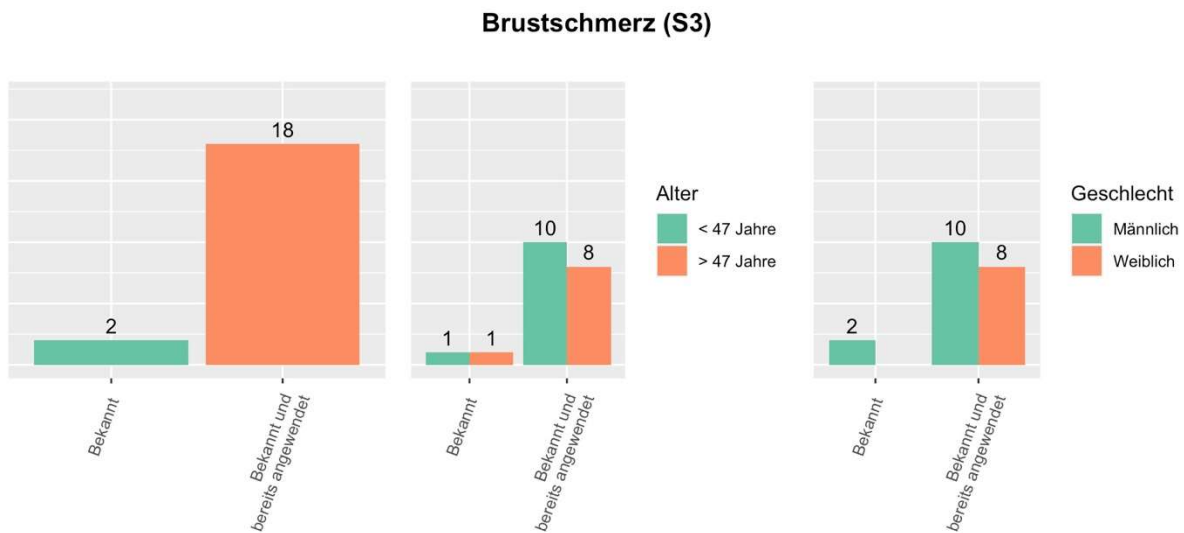


Abbildung 25: Bekanntheit der Leitlinie: „Brustschmerz“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

## Rhinosinusitis

Die Leitlinie „*Rhinosinusitis*“ war allen Befragten bekannt. Die Alters- und Geschlechterverteilung entspricht somit dem Sample. Lediglich zwei männliche Befragte aus der Alterskategorie oberhalb des Medians von 47 Jahren gaben an, die Leitlinie zwar zu kennen, sie aber noch nicht angewendet zu haben (vgl. Abb. 26).

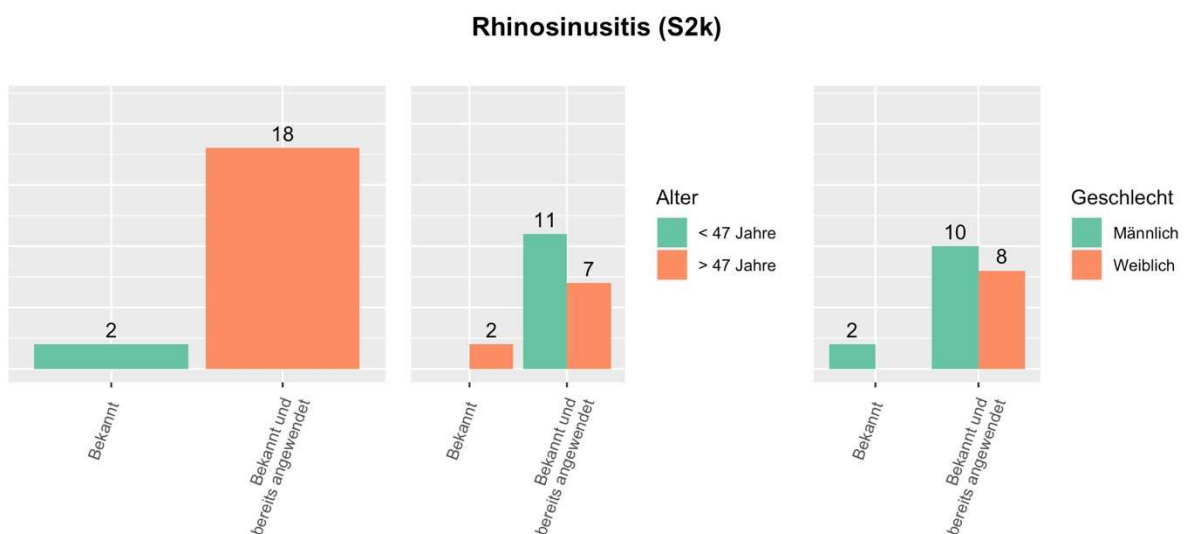


Abbildung 26: Bekanntheit der Leitlinie: „Rhinosinusitis“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

## Ohrenschmerzen

Die Leitlinie „*Ohrenschmerzen*“ war 17 Befragten bekannt und wurde von selbigen bereits angewendet. Ein männlicher Befragter aus der Alterskategorie oberhalb des Medians von 47 Jahren gab an, die Leitlinie zwar zu kennen, sie aber noch nicht angewendet zu haben. Zwei männliche Befragte aus der Alterskategorie oberhalb des Medians von 47 Jahren gaben an, die Leitlinie nicht zu kennen (vgl. Abb. 27).

### Ohrenschmerzen (S2k)

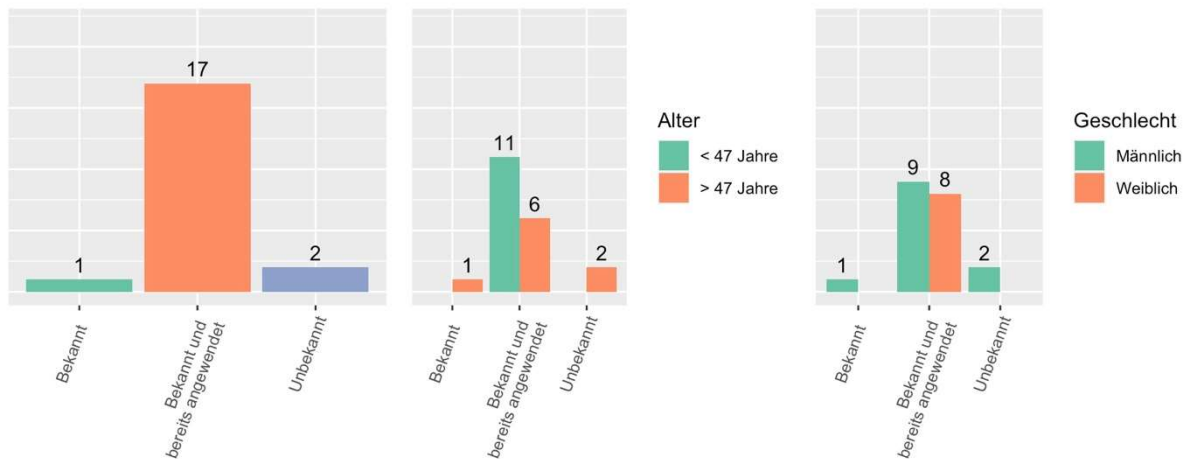


Abbildung 27: Bekanntheit der Leitlinie: „Ohrenschmerzen“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

## Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis

Die Leitlinie „*Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis*“ war 14 Befragten bekannt und wurde von selbigen bereits angewendet. Vier männliche Befragte gaben an, die Leitlinie zu kennen, aber noch nicht angewendet zu haben. Zwei weiteren männlichen Experten oberhalb des Medians von 47 Jahren war die Leitlinie unbekannt (vgl. Abb. 28).

### Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis (S3)

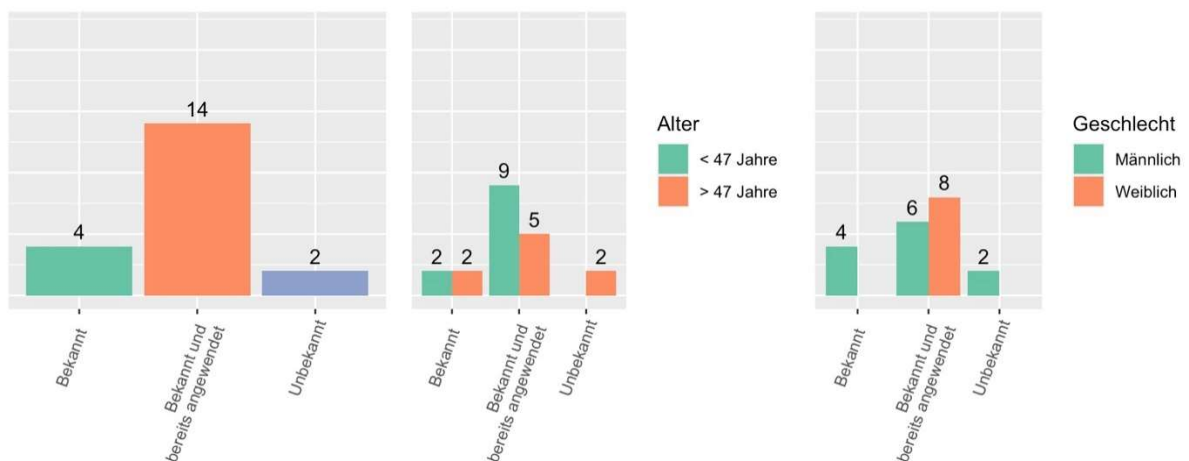
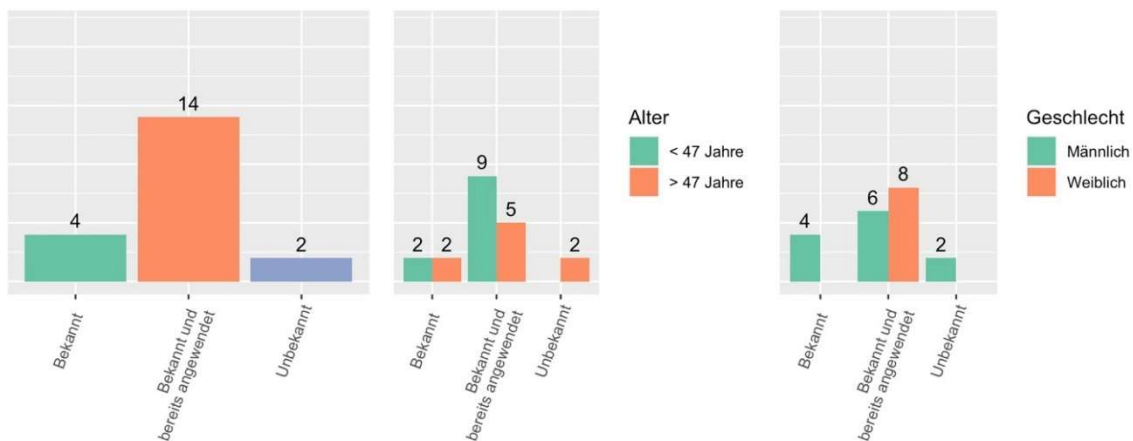


Abbildung 28: Bekanntheit der Leitlinie: „Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

## Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention

Die Leitlinie „*Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention*“ war 14 Befragten bekannt und wurde von selbigen bereits angewendet. Vier männliche Befragte gaben an, die Leitlinie zwar zu kennen, sie aber noch nicht angewendet zu haben. Zwei männliche Befragte aus der Alterskategorie oberhalb des Medians von 47 Jahren war die Leitlinie unbekannt (vgl. Abb. 29).

### Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention (S3)

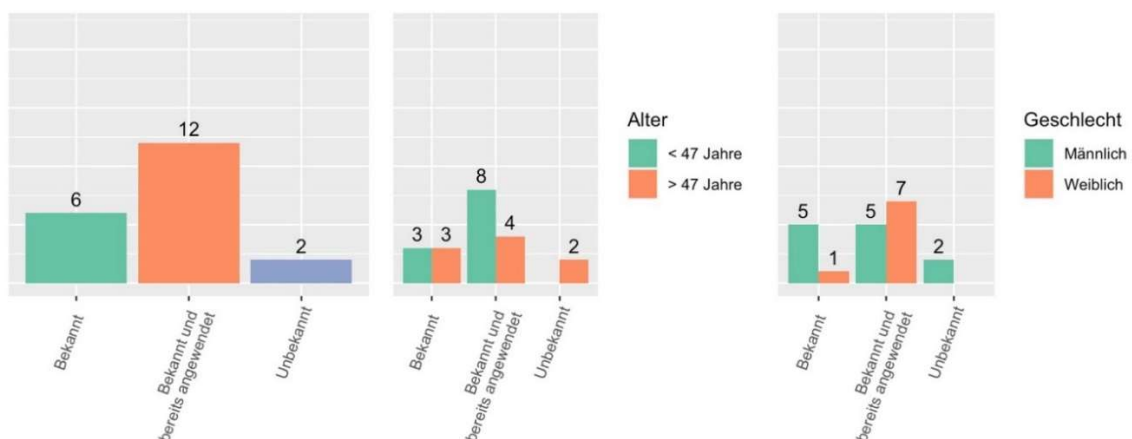


**Abbildung 29:** Bekanntheit der Leitlinie: „*Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention*“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

## Müdigkeit

Die Leitlinie „*Müdigkeit*“ war zwölf Befragten bekannt und wurde von selbigen bereits angewendet. Fünf männliche Befragte und eine weibliche Befragte gaben an, die Leitlinie zwar zu kennen, sie aber noch nicht angewendet zu haben. Zwei männliche Befragte aus der Alterskategorie oberhalb des Medians von 47 Jahren gaben an, die Leitlinie nicht zu kennen (vgl. Abb. 30).

### Müdigkeit (S3)



**Abbildung 30:** Bekanntheit der Leitlinie: „*Müdigkeit*“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

## Schlaganfall

Die Leitlinie „Schlaganfall“ war zehn Befragten bekannt und wurde von selbigen bereits angewendet. Neun Befragte aus allen Alterskategorien (sieben männliche und zwei weibliche Befragte) gaben an, die Leitlinie zwar zu kennen, sie aber noch nicht angewendet zu haben. Ein männlicher Befragter aus der Alterskategorie oberhalb des Medians von 47 Jahren gab an, die Leitlinie nicht zu kennen (vgl. Abb. 31).

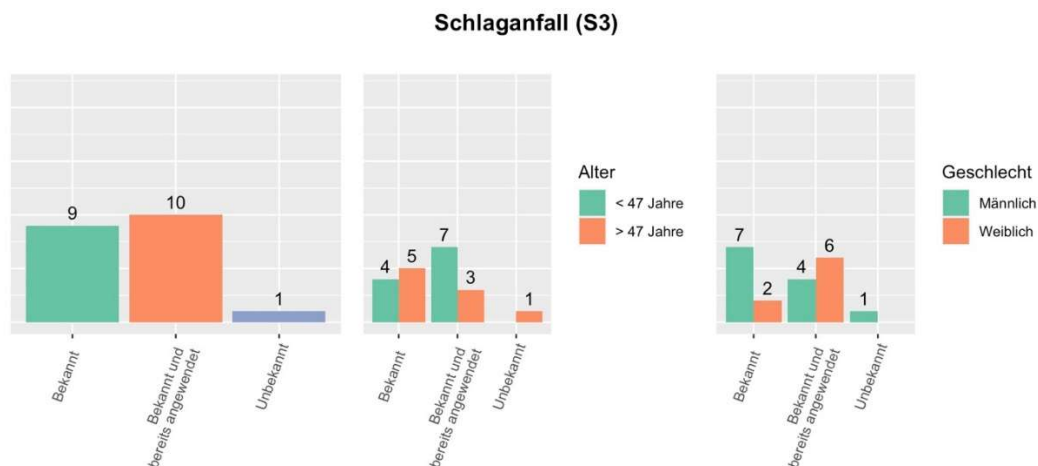


Abbildung 31: Bekanntheit der Leitlinie: „Schlaganfall“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

## Multimedikation

Die Leitlinie „Multimedikation“ war acht Befragten bekannt und wurde von selbigen bereits angewendet. Sechs Befragte, je drei männlich und weiblich gaben an, die Leitlinie zwar zu kennen, sie aber noch nicht angewendet zu haben. Fünf Befragte dieser Gruppe gehörten der Alterskategorie unterhalb des Medians von 47 Jahren an. Sechs Experten, fünf männlich und eine weiblich, alle oberhalb des Medians von 47 Jahren gaben an, die Leitlinie nicht zu kennen (vgl. Abb. 32).

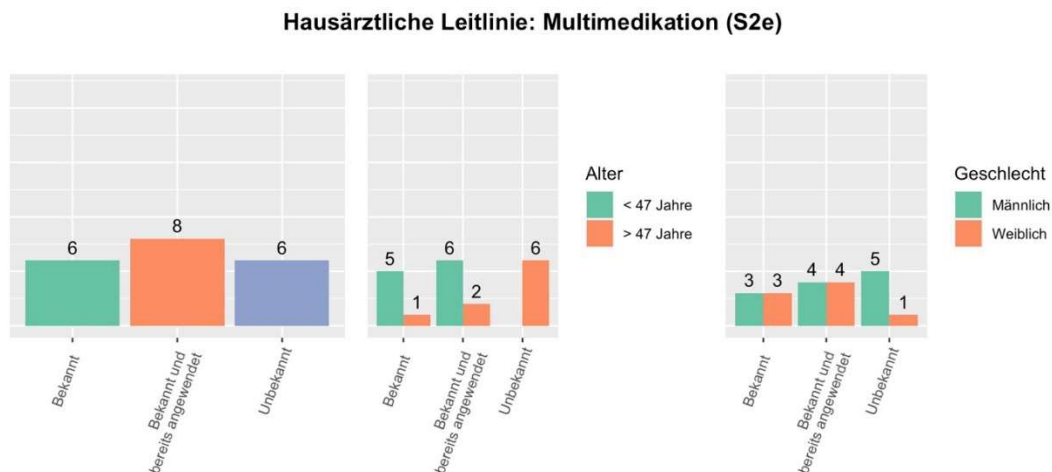
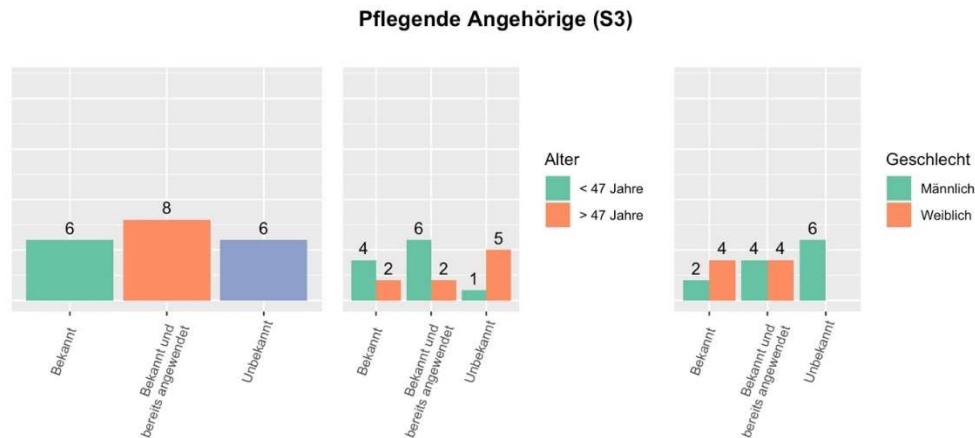


Abbildung 32: „Bekanntheit der Leitlinie: „Multimedikation“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

## Pflegende Angehörige

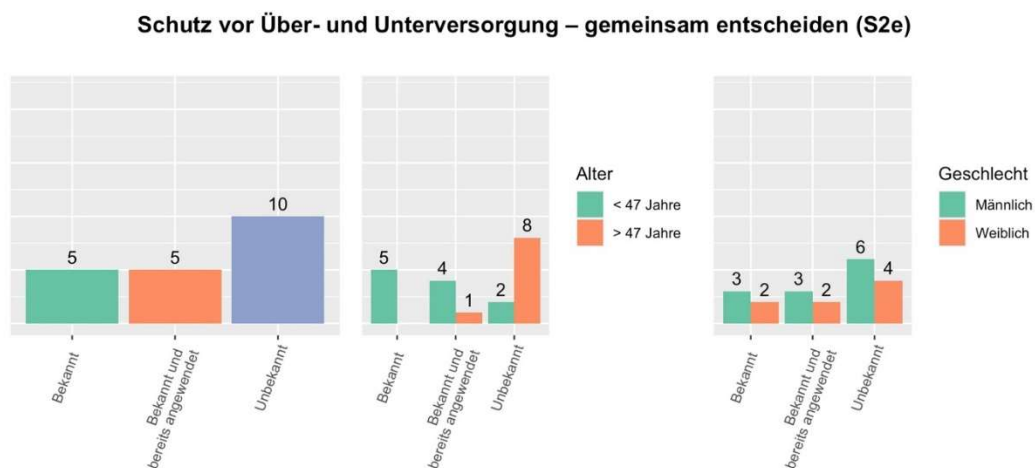
Die Leitlinie „*Pflegende Angehörige*“ war acht Befragten bekannt und wurde von selbigen bereits angewendet. Vier weibliche Befragte und zwei männliche Befragte gaben an, die Leitlinie zwar zu kennen, sie aber noch nicht angewendet zu haben. Fünf männlichen Befragten aus der Alterskategorie oberhalb des Medians von 47 Jahren und einem aus der Alterskategorie unterhalb des Medians war die Leitlinie unbekannt (vgl. Abb. 33).



**Abbildung 33:** Bekanntheit der Leitlinie: „Pflegende Angehörige“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

## Schutz vor Über- und Unterversorgung

Die Leitlinie „*Schutz vor Über- und Unterversorgung*“ war fünf Befragten bekannt und wurde von selbigen bereits angewendet. Vier davon gehörten der Alterskategorie unterhalb des Medians von 47 Jahren an. Fünf Befragte aus den Alterskategorien unterhalb des Medians von 47 Jahren gaben an, die Leitlinie zwar zu kennen, sie aber noch nicht angewendet zu haben. Zehn Befragte, neun davon aus der Alterskategorie oberhalb des Medians von 47, war die Leitlinie unbekannt (vgl. Abb. 34).

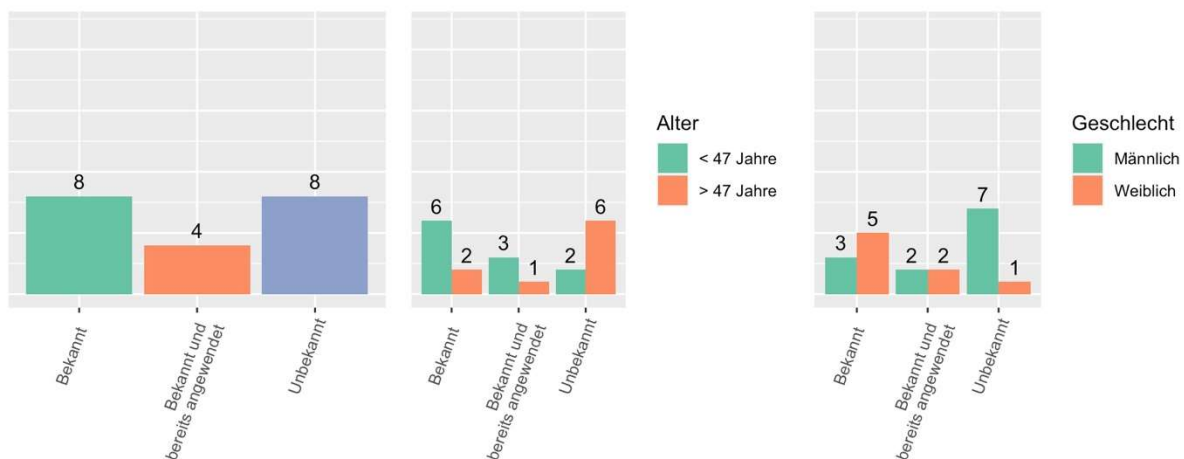


**Abbildung 34:** Bekanntheit der Leitlinie: „Schutz vor Über- und Unterversorgung“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

## Versorgung nicht-dialysepflichtiger Niereninsuffizienz

Die Leitlinie „Versorgung nicht-dialysepflichtiger Niereninsuffizienz“ war vier Befragten bekannt und wurde von selbigen bereits angewendet. Acht Befragte, davon sechs aus der Alterskategorie unterhalb des Medians von 47 Jahren gaben an, die Leitlinie zwar zu kennen, sie aber noch nicht angewendet zu haben. Sieben männlichen Befragten, davon sechs aus der Alterskategorie oberhalb des Medians von 47 Jahren, und einer weiblichen Befragten war die Leitlinie unbekannt (vgl. Abb. 35).

### Versorgung nicht-dialysepflichtiger Niereninsuffizienz (S3)



**Abbildung 35:** Bekanntheit der Leitlinie: „Versorgung nicht-dialysepflichtiger Niereninsuffizienz“ Merkmal: Allgemeine Bekanntheit, Altersverteilung, Geschlechterverteilung (n=20)

### 4.4.3 Aktualisierung

Während der Interviews wurden die Hausärzte dazu befragt, in welchen Intervallen sie ihre Leitlinienkenntnis aktualisieren. In den Antworten ist deutlich geworden, dass die Aktualisierung vorwiegend bedarfsorientiert stattfindet und, außer zu Fortbildungsanlässen, an keine festen Frequenzen gebunden ist. Nahezu alle Befragten gaben an, dass das aktive Aufgreifen und Studieren einer Leitlinie innerhalb eines fließenden Prozesses stattfindet. Das bedeutet, dass Hausärzte sich Leitlinien vorwiegend dann vor Augen führen, wenn sie während eines Fortbildungsangebotes referiert werden oder wenn sich der passende Beratungsanlass in Form eines Patientenersuchen ergibt.

*„Ich setze mich ja nicht gezielt alle drei Wochen hin und arbeite die Leitlinie „Herzinsuffizienz“ durch. Und wenn ich gerade über ein Thema stolpere, dann schlag ich das wie gesagt im Internet nach.“ (W6136M-A, Zeile 104-106)*

Mit Hinblick auf Motive zur eigenen Recherche gaben die Ärzte an, dass man sich vorwiegend nach den eigenen Interessen fortbilde. Die Hausärzte besuchten demnach vorwiegend Fortbildungen, welche einerseits mit CME-Punkten dotiert waren und andererseits das persönliche Interesse des jeweiligen Arztes weckten. Dies habe allerdings den Nachteil, dass gewisse Bereiche mit spezifischen Leitlinien eher außer Acht gelassen würden. Nur ein

Allgemeinmediziner gab an, dass er spätestens einmal im Halbjahr eine Handlungsempfehlung auf Neuerungen untersuche und sich damit immer auf dem aktuellen Stand halte. Es käme dabei sehr auf die Komplexität und die Auftrittshäufigkeit des Beratungsanlasses an. Manche Leitlinien würde man daher im Alltag mehrmals die Woche nachschlagen, andere rufe man nie aktiv auf. W4318G-A gab beispielsweise an, dass sie sich im Grunde nur einmal im Jahr zu Fortbildungen aktiv mit Leitlinien auseinandersetze. Ein weiterer Hausarzt merkte an, dass er vorwiegend von Fachzeitschriften oder der DEGAM-Homepage auf Neuerungen aufmerksam gemacht werde, welche er sich in der Folge dann anschau.

### Fließender Prozess

Generell bestand Einigkeit über die Notwendigkeit, sich kontinuierlich fortzubilden und sich auf dem neuesten Stand zu halten. Dabei setzten sich die befragten Hausärzte vorwiegend anlassbezogen mit Leitlinien auseinander und konnten keine definitive Aktualisierungsfrequenz benennen.

### Alterskorrelation

In der Datenerhebung sprachen gerade jüngere Kollegen das Thema der Alterskorrelation an. Leitlinien seien erst in den letzten zwei Jahrzehnten in das ärztliche Ausbildungscurriculum mit aufgenommen worden, weshalb ältere Kollegen selten gelernt hätten, mit Guidelines zu arbeiten. Zudem sei die jüngere Generation Ärzte affiner zur Digitalisierung eingestellt, was laut Meinung der jüngeren Befragten unabdingbar für eine effiziente Praxisführung sei. Dieser Punkt führe dazu, dass ältere Kollegen auch viel seltener in Kontakt mit Leitlinien und deren Aktualisierungen kämen.

### Informationsmanagement

Mehrere Interviewpartner bemängelten das Informationsmanagement der Fachgesellschaften und dass auf Fortbildungen repetitiv die gleichen Leitlinien präsentiert würden. Man wäre somit allein für seine Aktualität verantwortlich und könne so schnell Empfehlungsänderungen verpassen. Als Beispiel für häufig ändernde Empfehlungen wurde in diesem Zusammenhang die Therapie der rheumatoiden Arthritis genannt, welche man sich sehr regelmäßig vor Augen führen müsse, um nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft zu behandeln. Um einem Mangel an aktuellen Informationen vorzubeugen, wurden unter anderem die Newsletter der Fachgesellschaften empfohlen, in welchen man direkt über Änderungen informiert wird. Etwa ein Drittel der Befragten war an einen Qualitätszirkel angeschlossen und tauschte sich dort regelmäßig mit anderen Kollegen über Handlungsempfehlungen aus.

## **5 Diskussion**

Ziel der Studie war es, ein umfassendes Verständnis der Einstellungen, Erfahrungen und Herausforderungen von Hausärzten im Hinblick auf die Anwendung und Implementierung von medizinischen Leitlinien zu entwickeln und so ein aktuelles Meinungsbild aus Sicht der Leitlinienanwender zu erstellen. Unter Anwendung eines qualitativen Forschungsansatzes konnte u.a. ermittelt werden, welche Einstellungen und Positionen von Hausärzten gegenüber Leitlinien vertreten werden, welchen Einfluss Leitlinien auf die Patientenversorgung haben, welche Anwendungsgebiete bevorzugt genutzt werden und welche Implementierungshürden es zu überwinden gilt. Darüber hinaus konnte eine Eingrenzung der spezifischen Erwartungen vorgenommen werden, die Hausärzte an Leitlinien vor deren Implementierung stellen und es wurden die wahrgenommenen Vor- und Nachteile der Arbeit mit Leitlinien aus der Perspektive der hausärztlichen Praxis genauer beleuchtet. Hausärzte stehen als Schlüsselfiguren der Primärversorgung Leitlinien zwar generell positiv gegenüber, jedoch scheitert die Umsetzung häufig an bestimmten Hindernissen.

### **5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse**

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt und anschließend mit dem bisherigen Stand der Forschung verglichen.

#### **5.1.1 Welche Einstellungen und Positionen vertreten Hausärzte in Bezug auf Leitlinien?**

Den Befragten war gemein, dass alle gegenüber der Anwendung von Leitlinien generell „positiv“ bis „sehr positiv“ eingestellt waren. Die Mehrheit der Befragten gibt an, ihre Arbeit regelmäßig an Leitlinien auszurichten. Etwa die Hälfte arbeitet zumindest indirekt sehr häufig mit Handlungsempfehlungen, was auf eine feste Routine im ärztlichen Alltag vieler Anwender hinweist. Die Anwendung wird als wichtiger Pfeiler in der Patientenversorgung betrachtet, welche eine unerlässliche Orientierungshilfe in unüberschaubaren wissenschaftlichen Zusammenhängen bietet. Alle Befragten erkennen die Bedeutung für die Patientenversorgung an und finden, dass Leitlinien „sehr gut“ oder „eher gut“ dazu beitragen, die Orientierung an evidenzbasierter Medizin zu stärken und aktuelles medizinisches Wissen anzuwenden. Zudem wurde die Entwicklung, dass immer mehr qualitativ hochwertige Leitlinien herausgebracht werden, durchweg als positiv angesehen. Insbesondere Berufseinsteiger profitierten von qualitativ hochwertigen Leitlinien, da sie selbst noch nicht auf einen großen Erfahrungsschatz zurückblicken können. Als besonders positiv wurde die vermeintliche Rechtssicherheit, das Gefühl nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu behandeln sowie die

Patienteninformation beschrieben. Das generelle Meinungsbild der Befragten spiegelt eine steigende Akzeptanz von Leitlinienarbeit wider.

Interessanterweise fühlt sich keiner der befragten Ärzte in seiner Therapiefreiheit durch Leitlinien eingeschränkt. Dies deutet darauf hin, dass Leitlinien in der allgemeinmedizinischen Praxis eher als Richtlinien denn als bindende Vorschriften angesehen werden. Die Befragten sehen die Möglichkeit, Leitlinien stärker in ihren Versorgungsalltag zu integrieren, betonen jedoch gleichzeitig, dass die endgültige Entscheidung über die Therapie beim behandelnden Arzt liegen muss.

Die Interviewten meinen zudem, dass das Arbeiten mit Leitlinien die Berufsausübung nicht verkompliziert, sondern - im Gegenteil - sogar bequemer machen kann und gleichzeitig die Compliance der Patienten erhöht. Gerade jüngere Kollegen sind der Meinung, dass die nächste Generation von Hausärzten die Anwendung von Leitlinien als selbstverständlich betrachtet und diese langfristig in ihren Berufsalltag integrieren werde.

Rückblickend haben Akzeptanz und Bedeutung von Leitlinien in den letzten Jahren zugenommen, was zugleich zur Akademisierung und der damit verbundenen Anerkennung der Allgemeinmedizin in Deutschland beiträgt. Gerade die Struktur und Stabilität in der Entscheidungsfindung fördern eine gleichbleibende Qualität in der Patientenversorgung.

### **5.1.2 Welchen Einfluss haben Leitlinien auf die hausärztliche Patientenversorgung?**

Die Leitlinien werden vorwiegend mit Vorteilen wie einer verbesserten Behandlungsqualität und einer strukturierten Entscheidungsfindung in Verbindung gebracht. Die klare Strukturierung von Diagnose- oder Therapieabläufen, die Orientierung an Evidenz, die Rechtssicherheit, die Ausbildung von Berufsanfängern und die Wirtschaftlichkeit waren die dabei führenden Punkte. 95% der Interviewteilnehmer schätzen die Auswirkungen von Leitlinien auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität von „sehr gut“ bis „eher gut“ ein. Leitlinien führen zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität und können durch Standardprozeduren den hausärztlichen Versorgungsalltag verbessern. Gleichzeitig weisen die Experten aber auf die Notwendigkeit hin, Leitlinien zukünftig flexibler zu gestalten, um sie individuell auf Patientenbedürfnisse anzupassen. Dies weist auf Probleme in der Übertragbarkeit von Leitlinien auf die breite Patientenschaft hin.

Unter den Befragten stimmen alle zu, dass Leitlinien ein strukturiertes Arbeiten in Diagnose und Therapie ermöglichen. Weiter besteht unter den meisten Befragten Einigkeit, dass eine erfolgreich implementierte Leitlinie möglicherweise initial etwas zeitaufwändiger ist, jedoch im Versorgungsalltag für eine Zeitersparnis sorgen kann. Auch im Zusammenhang mit seltenen oder komplexen Beratungsanlässen kann es einen zeitlichen Vorteil bieten, eine komprimierte Zusammenfassung zu konsultieren, als sich aufwändig in Fachliteratur einzulesen.

Die Experten verbinden Leitlinien zudem mehrheitlich mit rechtssicherem Handeln. Allerdings unterscheiden sich hier die Meinungen der befragten Hausärzte. Einerseits halten sie an ihrer ärztlichen Behandlungsfreiheit fest und betonen, dass Leitlinien als rechtlich nicht bindende Hilfsmittel anzusehen sind, andererseits legen die Behandler großen Wert auf erklärende Dokumentation, wenn von der betreffenden Leitlinie abgewichen wurde. Dies deutet auf den Wunsch nach klaren, rechtssicheren Handlungsempfehlungen hin.

Der potentielle Nutzen für die Patienteninformation wird nur von den wenigsten Befragten angenommen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Nutzung von Leitlinien für die Patienteninformation nicht einheitlich ist und von verschiedenen Faktoren, wie persönlichen Präferenzen des Arztes, Kenntnis der Materialien und Einschätzungen zur Patientenakzeptanz, beeinflusst wird.

Die Herausforderungen der kassenärztlichen Abhängigkeit und die Differenzen zwischen Leitlinienempfehlungen und den WANZ-Kriterien der Krankenkassen bzw. der kassenärztlichen Vereinigungen werden als zentraler Punkt in der Diskussion um die Wirtschaftlichkeit von Leitlinien herausgestellt. Die Hausärzte betonen, dass die Optimierung der Patientenversorgung oft im Konflikt mit betriebswirtschaftlichen Aspekten steht [55]. Die Abrechenbarkeit von Leitlinien und die Refinanzierung der leitliniengerechten Therapiekosten wurden als entscheidende Faktoren für ihre Implementierung angesehen. Finanzielle Anreize zur Implementierungsförderung werden jedoch nicht als führende Faktoren genannt.

Weiter tragen die standardisierten Abläufe in Leitlinien zur Ausbildung von Berufsanfängern bei, indem sie klare Antworten auf konkrete Fragestellungen liefern. Dies fördert das Selbstvertrauen junger Ärzte in Diagnostik und Therapie, was letztlich die Behandlungssicherheit für den Patienten auf Dauer erhöht [56].

Zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass die Mehrheit der Interviewten der Meinung ist, dass Leitlinien eine große Unterstützung im Sinne eines „roten Fadens“ in der hausärztlichen Praxis sind, schnelle Hilfe im Versorgungsalltag bieten und damit sowohl zur Patientensicherheit als auch zur forensischen Sicherheit des Behandlers beitragen.

### **5.1.3 Welche Erwartungen stellen Hausärzte an Leitlinien und in welchen Bereichen wenden sie diese an?**

Die mit Abstand meiste Bedeutung wird Kurzfassungen zugeschrieben. Die Befragten geben an, bei steigender Praxisauslastung und bürokratischem Aufwand, keine Zeit für umfassende Recherchen zu haben. Noch besser empfinden die Experten das Vorhandensein von visuellen Entscheidungshilfen, beispielsweise in Form von Flussdiagrammen oder anderen graphischen Auftragsungen. Ohne viel Text lesen zu müssen, kommt man schnell zur gesuchten Antwort.

Die Antworten lassen auf den teils extremen Zeitmangel im allgemeinmedizinischen Alltag bei hoher Patientendichte schließen.

Neben der Relevanz vorhandener Kurzfassungen betonen die Interviewteilnehmer die entsprechende wissenschaftliche Qualität der Leitlinien. In der Regel wird zwar nicht zwingend eine Empfehlung im S3-Standard gefordert, trotzdem achtet man auf eine bestmögliche Evidenzstufe. Niedrig klassifizierte Leitlinien werden vorwiegend dazu genutzt, um Ideen für das weitere Vorgehen abzuleiten.

Die Umsetzbarkeit von Leitlinien im Alltag ist ein weiteres zentrales Thema. Hausärzte fordern die Anpassung von Leitlinien an die Bedürfnisse der allgemeinmedizinischen Praxis. Es stelle sich als einer der Kritikpunkte heraus, dass gerade fachfremde Leitlinien zu spezifisch auf das jeweilige Fachgebiet zugeschnitten sind und sich nicht oder nur schwer auf die Allgemeinmedizin übertragen lassen. Der Wunsch nach praktikablen und praxisrelevanten Leitlinien ist daher unter den Befragten vollumfänglich vertreten. Kritisiert wurde auch die mangelnde Vertretung der Allgemeinmedizin in fachfremden Leitlinienkommissionen und die generelle interdisziplinäre Absprache zwischen Fachgesellschaften.

Zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass wissenschaftlich hochwertige Leitlinien möglichst in Kurzfassungen oder im ‚*Kitteltaschenformat*‘ verfügbar sein sollten. Weiter sollen sie flexibel einen Behandlungsplan umrahmen, in welchem der Anwender individuelle Anpassungsoptionen einfügen kann. Hausärzte erwarten, dass Leitlinien praxisnah und direkt auf die allgemeinmedizinische Versorgung zugeschnitten sind. Dies beinhaltet eine einfache Integration in den täglichen Praxisablauf und die Berücksichtigung der Vielfalt des Patientenkontextes, welches Hausärzte betreuen.

### **Anwendungsbereiche und Erfahrungen**

Das Anwendungsspektrum von Leitlinien reicht von der Diagnostik und Therapie bis zum Patientenmanagement und der Prävention. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass Leitlinien jedoch vorrangig bei komplexen Fällen oder bei seltenen Beratungsanlässen eingesetzt werden. Sie sind besonders hilfreich bei fachübergreifenden Konsultationen und dienen als Unterstützung, um die Komplexität der Fälle zu handhaben. Die Befragten vertreten häufig die Meinung, dass Leitlinien für klar definierte, routinemäßige Beratungsanlässe wie beispielsweise „Halsschmerzen“ weniger notwendig sind. Dem gegenüber stehen fächerübergreifende hausärztliche Tätigkeiten, in welchen komplexe Informationen gebündelt und in einer Diagnose oder Therapie vereint werden müssen. Die Experten empfinden daher solche Leitlinien als besonders hilfreich, gerade wenn es in diesen Gebieten häufig zu Aktualisierungen kommt. Die fortlaufenden Änderungen der Zielwerte in den Empfehlungen

und die damit verbundenen Herausforderungen bei der Umsetzung der Leitlinienempfehlungen in der Praxisrealität werden besonders hervorgehoben.

Etwa drei Viertel der befragten Ärzte nutzen Leitlinien vorrangig für Therapieentscheidungen, wobei ein Bedarf an prägnanten, kurzgefassten Entscheidungsbäumen zur Effizienzsteigerung besteht. In der Diagnostik werden Leitlinien ebenfalls häufig verwendet, insbesondere in Situationen mit Unsicherheit oder bei seltenen Beratungsanlässen. Auch hier wird der Wunsch nach besserer Orientierung innerhalb der Empfehlungen durch klare Entscheidungshilfen deutlich.

Das Patientenmanagement mit Hilfe von Leitlinien wird insgesamt unregelmäßiger beobachtet. Ein Drittel der Hausärzte nutzt Leitlinien hauptsächlich in Form von Disease-Management-Programmen (DMPs) zur langfristigen Patientenüberwachung. Die Anwendung von Leitlinien in der Krankheitsprävention ist weniger verbreitet und wird in der Regel nur in speziellen Fällen wie DMPs eingesetzt. Beispiele zur Delegation ärztlicher Aufgaben an nichtärztliches Personal konnten von keinem Befragten genannt werden.

Ein hervorgehobener Anwendungsbereich von Leitlinien im Praxisalltag ist die Nutzung für Informations- und Aufklärungsgespräche. Gerade misstrauische oder vermeintlich falsch informierte Patienten lassen sich mit einer evidenten Empfehlung besser beraten. Die Leitlinien ermöglichen es Ärzten an dieser Stelle, gemeinsam mit den Patienten Behandlungsoptionen zu besprechen und zu einer einvernehmlichen Entscheidung zu kommen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Hausärzte Leitlinien in vielfältiger Weise nutzen, wobei die Anwendungsbereiche je nach Komplexität des Falles und den individuellen Bedürfnissen des Patienten variieren. Trotz der positiven Einstellung zu Leitlinien als wertvolle Entscheidungshilfen und Orientierung in der Praxis, werden Herausforderungen bei der Umsetzung und Anpassung an die Praxisrealität deutlich.

## **Delegation**

Die Ergebnisse bezüglich der Delegierbarkeit ärztlicher Aufgaben an nichtärztliches Personal in Hausarztpraxen zeigen ein vielschichtiges Bild. Die Mehrheit der Hausärzte nutzt zwar Delegationen von ärztlichen Aufgaben an nichtärztliches Personal, jedoch ohne spezifische Leitlinienempfehlungen, die solche Delegationen unterstützen. Die Befragten berichten von der Durchführung von Hausbesuchen und kleineren Tätigkeiten durch nichtärztliches Praxispersonal, aber können dabei keinen Bezug zu entsprechenden Leitlinien herstellen. Dies zeigt eine Lücke zwischen der praktischen Anwendung und den theoretischen Empfehlungen.

Ein wesentlicher Aspekt, der von den Ärzten hervorgehoben wurde, ist der Wunsch nach klar definierten, rechtssicheren Leitlinien für die Delegation. Angesichts der demografischen Entwicklung und der Notwendigkeit eines effizienten Praxisbetriebs ist diese Forderung verständlich. Die Ärzte betonten, dass es unmöglich ist, alle Aufgaben selbst zu erledigen und dabei kosteneffizient zu arbeiten. Einige Teile der Arbeit sollten rechtlich einwandfrei delegiert werden können. Etwa ein Drittel der interviewten Hausärzte erkennt eine dringende Notwendigkeit für klare Leitlinien, die Empfehlungen zur Delegation beinhalten. Die Vorstellung, dass Leitlinien auch nichtärztliche Mitarbeiter und neue Berufsgruppen wie Physician Assistants einbeziehen sollten, ist verbreitet, um die Behandlungsqualität und die Effizienz von Praxisbetrieben auf einem konsistenten Niveau zu halten.

Ein bedeutendes Hindernis bei der Delegation ist die Varianz in der medizinischen Kompetenz des nichtärztlichen Personals. Die Entscheidung, welche Aufgaben delegiert werden können, hängt stark von der individuellen Qualifikation des Personals ab. Darüber hinaus gibt es Bedenken seitens einiger Hausärzte bezüglich der Delegation diagnostischer und therapeutischer Vorgänge, die sie lieber in ärztlicher Hand sehen möchten.

Diese Ergebnisse unterstreichen das Bedürfnis nach klaren Leitlinien, welche Empfehlungen für die Delegation ärztlicher Aufgaben in der allgemeinmedizinischen Praxis machen. Solche Leitlinien sollten nicht nur die ärztliche Perspektive berücksichtigen, sondern auch die Qualifikationen und Kompetenzen des nichtärztlichen Personals sowie den Aspekt der Rechtskonformität miteinbeziehen.

#### **5.1.4 Welche Herausforderungen zeigen sich bei der Implementierung und Anpassung von Leitlinien?**

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Inhaltsanalyse, dass die Implementierung von Leitlinien in der hausärztlichen Praxis durch eine Vielzahl von Faktoren behindert werden kann. Darunter fallen Zeitmangel, mangelnde Praxistauglichkeit bzw. Praxisrelevanz, wirtschaftliche Unsicherheit und Patientencompliance sowie Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Fachgesellschaften. Die Gesprächspartner kommen häufig auf Kritikpunkte von Leitlinien zu sprechen. Es ist nicht immer möglich, diese starr zu befolgen, da gerade die Allgemeinmedizin ein sehr individualmedizinisches Feld darstellt, in welchem intraindividuelle Therapieanpassungen oft unvermeidlich sind.

Während des durchgetakteten Praxisbetriebes ist es den meisten Befragten nicht möglich, sich mit als umfangreich wahrgenommener Literatur auseinanderzusetzen, um häufig nur eine einzige Information nachzuschlagen. Dabei wurden auch die Langfassungen der Leitlinien aufgezählt. Diese sind für eine tiefergehende Recherche hervorragend geeignet, halten den Anwender bei nichtvorhandensein einer Kurzversion allerdings häufig auf. Im Umkehrschluss

bedeutet das, dass Hausärzte sich außerhalb der Sprechstunden und somit in ihrer Freizeit mit Handlungsempfehlungen auseinandersetzen müssen.

Gleichzeitig fehlen bei krankheitsspezifischen Leitlinien oft die übergeordneten Zusammenhänge, was eine Übertragbarkeit auf das hausärztliche Patientenklientel erschwere. Die befragten Experten kritisieren in diesem Zusammenhang regelmäßig fachfremde Leitlinien, wie z.B. aus den Versorgungsgebieten der Kardiologie oder Diabetologie. Als Negativpunkte nennen viele Teilnehmer die teils widersprüchlichen Aussagen verschiedener Herausgeber, die schlechte Anwendbarkeit bei multimorbiden Patienten sowie eine fragliche Objektivität bzw. Unabhängigkeit des Herausgebers. Des Weiteren machen verschiedene Leitlinien Empfehlungen, die an der Versorgungsrealität vorbeigehen. Einzelne Ärzte bemängeln die Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen verschiedenen Fachgesellschaften, was zu einer schlechten Überschaubarkeit und Auffindbarkeit der Leitlinientexte führe. Eine verbesserte Zusammenarbeit der Fachgesellschaften, insbesondere mit hausärztlichen Vertretern, wird als wünschenswert erachtet.

Außerdem berichten Hausärzte von Defiziten im Informationsmanagement bezüglich der Zugänglichkeit und Verbreitung von Leitlinien. Während in Fortbildungen häufig repetitiv die gleichen Empfehlungen vorgestellt werden, kämen andere gar nicht oder nur selten zur Sprache. Vorschläge zur effektiveren Verbreitung und Implementierung sind beispielsweise zertifizierte Fortbildungen, welche ggf. mit CME-Punkten vergütet werden. Diese müssen vor allem abwechslungsreich und aktuell sein, um den Angesprochenen zu motivieren. Auch die Qualitätszirkelarbeit wird als probates Mittel zur Vorstellung und Repetition von Leitlinien gesehen [8]. Hier gilt es interdisziplinär Anreize zu schaffen, um Medizinern die Anwendung attraktiver zu machen.

Ebenso wird die Wirtschaftlichkeit der Umsetzung von Leitlinien von den Befragten als problematisch empfunden. Die Befürchtung von Regressforderungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) beeinflusst die leitliniengerechte Arbeit negativ. Besonders die Unvereinbarkeit einiger Empfehlungen mit dem kassenärztlichen Abrechnungssystem, wie beispielsweise im Fall teurerer Medikamente, führt zu Unsicherheiten und der Einschätzung, dass Leitlinien ökonomisch akzeptiert und anerkannt werden müssen. Ein sehr regelmäßig genanntes Beispiel, bei welchem es zu Konflikten mit der Abrechenbarkeit kommt, waren neuartige Antidiabetika. Hausärzte monieren, dass sie bei der Anwendung deutlich bessere Langzeitergebnisse erzielen können, aber die Rezeptierung für sie nicht wirtschaftlich sei. Um die Umsetzungsbereitschaft zu erhöhen, müssten sich Leitlinien zukünftig mit den Vorgaben der KV decken.

In der Datenanalyse zeigt sich auch immer wieder großes Misstrauen gegenüber der Unabhängigkeit von Leitlinienempfehlungen. Die Ärzte vermuten nicht das patientenzentrierte Interesse hinter einer Empfehlung, sondern vorwiegend das kommerzielle. Es sollte also aus einer Veröffentlichung klar hervorgehen, wer Autor und Financier ist und ob ein Interessenskonflikt besteht [57]. Die Implementierungsbereitschaft lässt sich folglich durch einen Vertrauenszuwachs fördern, wenn transparent die Ziele, Finanzierung und Interessen der Autoren offengelegt werden und keine unbotmäßige Beeinflussung der Inhalte durch sekundäre Interessen vorliegt [58].

Die zu erwartende Patientencompliance wird als zusätzlicher Einflussfaktor auf die Umsetzung von Leitlinien genannt. Hohe Dosen an neuartigen Substanzen, um in Leitlinien festgeschriebene Zielwerte zu erreichen, könnten bei den Patienten ggf. auf Widerstand stoßen. Die enge Vertrauensbeziehung zwischen Hausärzten und Patienten führt dazu, dass Ärzte die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen ihrer Patienten berücksichtigen müssen, was in Abweichungen von leitliniengerechten Empfehlungen resultiert.

### **Übertragbarkeit und Adhärenz**

Die Ergebnisse zur Übertragbarkeit von Leitlinien in der allgemeinmedizinischen Praxis zeigen ein differenziertes Bild. Die Meinungen der befragten Hausärzte lassen sich grob in zwei Kategorien einteilen: Diejenigen, die eine grundsätzliche Akzeptanz der Leitlinien vertreten, und diejenigen, die eine Notwendigkeit für individuelle Anpassungen sehen.

#### Grundsätzliche Akzeptanz von Leitlinien

Ein kleinerer Teil der befragten Ärzte betrachtet die Übertragbarkeit von Leitlinien als weitgehend problemlos. Diese Ansicht wird insbesondere von Ärzten vertreten, die feststellen, dass gut strukturierte Leitlinien, die auf umfassenden Studiendaten basieren, einfacher auf eine breite Patientenschaft anwendbar sind. Einige sprechen davon, dass sich bei der Mehrheit der Patienten eine 1:1-Umsetzung der Leitlinien erreichen lässt. Dies spiegelt die Ansicht wider, dass Leitlinien als eine Art Leitfaden dienen können, der jedoch nicht die individuelle Beurteilung und ‚*ärztliche Kunst*‘ ausschließt. Die Fähigkeit, innerhalb der Leitlinienvorgaben eine individualmedizinische Behandlung anzubieten, wird als entscheidender Aspekt der ärztlichen Tätigkeit gesehen.

#### Notwendigkeit individueller Anpassungen

Die Mehrheit der Befragten hingegen sieht Leitlinien als ein Hilfsmittel, das eine individuelle Anpassung an den einzelnen Patienten erfordert. Die Befragten unterstreichen die Bedeutung einer sorgfältigen Abwägung individueller Patientenbedürfnisse, die eine pauschale Anwendung von Leitlinien verhindert. Es wird die Wichtigkeit einer patientenzentrierten Herangehensweise betont und postuliert, dass nicht jeder Patient in gleichem Maße von

standardisierten Leitlinien profitiert. Dies gilt insbesondere für multimorbide Patienten und solche unter Polypharmazie, bei denen eine maßgeschneiderte Anpassung der Behandlung unumgänglich ist, um Neben- oder Wechselwirkungen zu vermeiden.

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Akzeptanz und Anwendung von Leitlinien in der Allgemeinmedizin eine Balance zwischen standardisierten Empfehlungen und individueller Patientenversorgung erfordert. Die Fähigkeit und Erfahrung der Ärzte, Leitlinien an die individuelle Situation jedes Patienten anzupassen, ist entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung.

Entgegen der affirmativen Grundeinstellung wird häufig von Leitlinienempfehlung abgewichen oder es kommt zu einer Nichtanwendung. Eine Erklärung könnte sich in den beschriebenen Implementierungshürden finden lassen (siehe Kapitel 4.2.2).

Übereinstimmung fand sich häufig auch in dem Punkt, dass Leitlinien nicht ohne das grundlegende Hinterfragen der empfohlenen Maßnahme umgesetzt werden sollten. Dazu seien allerdings großes medizinisches Fachwissen und Berufserfahrung vonnöten, was es gerade Berufseinsteigern schwer mache.

Ebenso bestand Konsens, dass die Anwendung von Leitlinien ein hohes Maß an medizinischer Expertise zur individuellen Anpassung an den Patienten benötige und in vielen Fällen mit Widersprüchen einhergehe, weshalb man Leitlinien immer mit Einschränkungen betrachten müsse. Einige äußerten Bedenken, dass Leitlinien zu sehr auf Dokumentation und Zertifizierung abzielen würden, ohne sich dabei auf die eigentliche Patientenversorgung zu konzentrieren.

Die vorliegende Studie deutet darauf hin, dass es in der Allgemeinmedizin schwierig ist, gerade fachfremde Leitlinien strikt umzusetzen, da sie oft nicht auf individuelle Unterschiede der Patienten zugeschnitten sind. Die meisten Ärzte nutzen Leitlinien als Entscheidungshilfe und passen sie mit ihrer eigenen Erfahrung an. Jüngere Ärzte haben eine höhere Adhärenz gegenüber Leitlinien als ältere Kollegen, da sie in ihrem Studium und ihrer Weiterbildung meist häufiger damit in Kontakt gekommen sind. Einige erfahrene Ärzte empfinden die Anwendung von Leitlinien als kontraproduktiv und bevorzugen eine pragmatische Medizin. Insgesamt werden Leitlinien als Entscheidungshilfe ohne verbindlichen Charakter empfunden, von denen bei sorgfältiger Dokumentation abgewichen werden kann. DEGAM-Veröffentlichungen wurden dagegen generell als positiver und praxisnäher wahrgenommen.

Ein Hauptgrund für eine unvollständige Adhärenz zu Leitlinien ist der gefühlte Mangel an Anwendbarkeit auf den individuellen Patienten. Hausärzte erleben eine oft langjährige Arzt-Patienten-Bindung und haben somit Einblick auch in nichtmedizinische Aspekte ihrer Klienten. Gerade bei älteren, multimorbiden Patienten behandeln die befragten Ärzte bevorzugt mit

genauerer Abwägung und verlassen sich lieber auf ihre eigene Erfahrung, als auf eine Empfehlung von Leitlinien.

Die Datenanalyse zeigt, dass Ärzte Leitlinien als Basis für eigene, an den Praxisalltag angepasste Behandlungsschemata verwenden. Diese angepassten Algorithmen werden oft als flexibler Rahmen genutzt, der durch persönliche Erfahrung und klinisches Urteilsvermögen ergänzt wird. Dabei kommt es mit der Zeit zu immer individuelleren Therapieregimen, welche vom jeweiligen Anwender fortlaufend angepasst werden. Der Inhalt dieser Umsetzung entspricht dabei nicht zwangsläufig der Ursprungsempfehlung.

Interessant ist der Hinweis auf eine Alterskorrelation in Bezug auf die Leitlinienadhärenz. Jüngere Ärzte neigen aufgrund ihrer aktuelleren und leitlinienfokussierteren Ausbildung zu einer höheren Adhärenz Leitlinien zu befolgen. Im Gegensatz dazu erkennen erfahrene Kollegen Risiken in der starren Leitlinienanwendung, indem sie beispielsweise die individuelle Anpassung an die Patientenbedürfnisse behindert. Außerdem kritisieren sie die Bestrebungen nach unrealistischen Therapiezielen in Bezug auf die Patientencompliance.

#### Leitlinien als Entscheidungshilfen, nicht als Dogma

Die Ergebnisse bestätigen die Ansicht, dass Leitlinien eher als Entscheidungshilfen denn als unumstößliche Vorschriften gesehen werden. Die Befragten heben die Bedeutung der Individualisierung der Behandlung hervor und weisen darauf hin, dass Leitlinien flexibel genug sein sollten, um eine Anpassung an spezifische Patientensituationen zu ermöglichen.

Die Befragten betrachteten den Austausch mit dem jeweiligen Patienten und die anschließende Dokumentation als von großer Bedeutung. Vor- und Nachteile der Behandlungsmöglichkeiten sollten offen kommuniziert und in Abweichungen von der Leitlinie sollte der Patient involviert und informiert werden.

#### **Bekanntheit und Anwendung von DEGAM-Leitlinien**

Im Rahmen der Untersuchung wurde die Bekanntheit und das Anwenderverhalten speziell von DEGAM-Leitlinien im S2-Standard und höher hinterfragt. Dabei standen insbesondere die Informationsquellen, die Bekanntheit und Anwendung verschiedener Leitlinien sowie die Aktualisierung des Leitlinienwissens im Mittelpunkt.

Die Untersuchung zeigt, dass Allgemeinmediziner primär Online-Ressourcen, Präsenz- oder Onlinefortbildungen und spezialisierte Quellen nutzen, um sich über Leitlinien zu informieren. DEGAM-Leitlinien zeigen unter den Allgemeinmedizinern eine größere Beliebtheit. Die hausärztlich tätigen Internisten nutzen vorwiegend die Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften. Zur Recherche wird in der Regel eine Suchmaschine bemüht und nicht die Seite der AWMF oder der jeweiligen Fachgesellschaft direkt aufgerufen. Außerdem werden

gerne Abonnementdienstleister wie *Amboss* oder *Deximed* mit kuratierten Leitlinienbeiträgen genutzt. Ein Dreiviertel der Befragten hat mindestens eine Fachzeitschrift abonniert und bezieht einen Teil des Leitlinienwissens daraus.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse spielt der Untersuchungszeitraum jedoch auch eine Rolle. Die Möglichkeiten für Informationsveranstaltungen waren während des Befragungszeitraums durch die Vorgaben in Zusammenhang mit der Covid19-Pandemie stark eingeschränkt, weswegen die Hausärzte noch stärker als zuvor auf Online-Alternativen zurückgriffen. Dort existiert allerdings kein formalisiertes Curriculum, wodurch divergierende Themenbetonungen innerhalb des Fortbildungsangebots für Hausärzte entstehen. Das führt dazu, dass die Teilnehmer entweder wiederholt mit bestimmten Inhalten konfrontiert oder einige Themen vernachlässigt werden.

Die Analyse der Bekanntheit und Anwendung von DEGAM S3- und S2-Leitlinien verdeutlicht, dass einige Leitlinien von den befragten Hausärzten besser bekannt sind als andere. Die Bekanntheit variiert zwischen den Altersgruppen und Geschlechtern. Weiter scheinen die Leitlinien häufiger Beratungsanlässe wie Husten oder Halsschmerzen allen oder den meisten hausärztlich tätigen Medizinerinnen bekannt zu sein, während Themen wie „Schutz vor über- und Unterversorgung“ oder „nicht dialysepflichtiger Niereninsuffizienz“ deutlich seltener Anwendung finden oder erst gar nicht bekannt sind. Es scheint sehr anwenderabhängig zu sein, über welche Leitlinien sich informiert wird und welche eventuell ausgeblendet werden. Auch scheint die Berufserfahrung mit in das Anwenderverhalten zu spielen. Jüngere Ärzte, die während oder nach dem Studium vermehrt mit EbM in Kontakt kamen, zeigen tendenziell eine höhere Leitlinienadhärenz. Die Einbindung von EbM innerhalb des Medizinstudiums wird als unzureichend wahrgenommen. Ärzte kommen daher häufig erst im Laufe der Facharztweiterbildung oder danach mit Leitlinienarbeit in Kontakt. Diese Einflussgröße bietet einen Ansatz für weitere Untersuchungen.

## **5.2 Ergebnisse anderer Studien**

### Generelle Einstellung

Die generelle Einstellung gegenüber Leitlinien wurde in der Studie als durchweg positiv beschrieben und scheint sich gerade im letzten Jahrzehnt zugunsten der evidenzbasierten Medizin entwickelt zu haben. Die Tatsache, dass Hausärzte direkt oder zumindest indirekt sehr häufig mit Leitlinien arbeiten, spiegelt sich auch in Untersuchungen aus den letzten zehn Jahren wider [11, 36]. Dies deckt sich auch mit jüngeren Untersuchungen, in welchen die Befragten EbM vor allem mit Qualität und Vertrauen verbinden [45] und steht im Gegensatz zu Studien, die Anfang der 2000er Jahre durchgeführt wurden [9, 10]. Diese Entwicklung weist

auf ein Umdenken in der evidenzgestützten Patientenversorgung hin, in welcher die Zuhilfenahme von Leitlinien einen immer größeren Stellenwert annimmt. Die Implementierung von Leitlinien geht mit einer Veränderung einher, die Strukturen, Einstellungen und Verhalten betrifft [59, 60]. Diese Veränderungen erstrecken sich nicht nur auf das unmittelbare Umfeld der täglichen Praxis, sondern erfordern auch eine Anpassung im weiteren Kontext. Die Umsetzung von Leitlinien bringt einen Wandel mit sich, der eine Verschiebung von der bisherigen Vertrauensbasis in Experteneinschätzungen und freies Ermessen zu einer strukturierten Unterstützung und Verlässlichkeit dieser Einschätzungen im Sinne einer wissenschaftlich fundierten Entscheidungsfindung einschließt [61].

Keiner der Befragten verbindet Leitlinienorientierung mit einer Beschneidung der ärztlichen Therapiefreiheit. Dies steht im Widerspruch zu einer aktuellen Befragung, in welcher knapp 60% der befragten Hausärzte der Aussage zustimmten, dass Leitlinien die Therapiefreiheit zu stark einschränken [36].

#### Vor- und Nachteile für die Patientenversorgung

Die Mehrheit der Befragten sind der Meinung, dass Leitlinien die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapie steigern können, in dem diese besser strukturiert werden. Diese Ergebnisse korrelieren u.a. mit einer Befragung aus den Jahren 2019 bis 2020 aus dem Zentrum für Allgemeinmedizin in Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz, in welcher 51% der Befragten Leitlinien mit einem großen Nutzen assoziieren und 57% zustimmen, dass die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien gesteigert wird [36]. Auch eine Befragung unter Hausärzten von Gerlach et.al. aus dem Jahr 2011 zeigt eine breite Zustimmung für DEGAM-Leitlinien, während fachfremde Empfehlungen weniger genutzt werden.

Die befragten Hausärzte verbinden leitlinienorientierte Arbeit mit dem Vorteil, nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu handeln, da die Entscheidungsfindung auf zahlreichen Studien basiert und damit zur Therapiesicherheit beiträgt. Sowohl Behandler als auch Patient profitieren von einem strukturierten Vorgehen, weil der Behandler seine Abläufe evidenzbasiert ausrichten kann und der Patient, da er die Therapie erhält, die zum jeweiligen Zeitpunkt den höchsten Konsens innehat [62]. Diese Ergebnisse finden sich ebenso in der Befragung Berliner Hausärzte im Rahmen einer Dissertationsarbeit von Kunz aus dem Jahr 2005 wieder [9].

Die meisten Experten warnen allerdings auch vor einer sklavischen Umsetzung von Leitlinien. Sie stimmen zwar zu, dass Leitlinien zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen, indem sie eine entscheidende Rolle in der Behandlungssituation einnehmen und die Entscheidungsfindung von Ärzten und Patienten unterstützen, bemängeln aber auch fehlende Flexibilität und einen oft nur mangelhaften Gesamtüberblick. Bereits in einer Arbeit von

Gerlach et. al. (1998) wird beschrieben, dass die Entscheidungsfindung für eine adäquate gesundheitliche Versorgung im individuellen Fall nicht ausschließlich durch Leitlinien bestimmt wird. Sie basiert vielmehr auf einer Triade aus Leitlinienempfehlungen, medizinischen Einzelfallbeurteilungen und Patientenpräferenzen [62]. Die Befragten heben in diesem Kontext mehrheitlich hervor, dass die definitive Entscheidung letztendlich beim behandelnden Arzt liegen muss.

### Rechtssicherheit

Leitlinien werden von den befragten Hausärzten mehrheitlich mit Rechtssicherheit gleichgesetzt. Der Ausdruck „Leitlinie“ manifestiert sich allerdings in keinerlei Hinsicht im gesetzlichen Rahmen, sei es im Bürgerlichen Gesetzbuch oder im Strafgesetzbuch [63, 64]. Daher bietet der Bezug auf Gesetzestexte unmittelbar keine Klärung, ob Leitlinien wirklich rechtlich bindend sind. Die forensische Relevanz medizinischer Leitlinien kann jedoch durch eine Rekapitulation der bisher gesprochenen Urteile erschlossen werden [65]. In diesem Zusammenhang wird sich häufig auf die sogenannte „Sorgfaltspflicht“ des Arztes berufen, welche sich in §276 BGB wiederfindet. Kommt es also zum Rechtsstreit, könnte eine Leitlinie zur Klärung, ob eben jene Sorgfaltspflicht eingehalten wurde, herangezogen werden.

### Erwartungen und Implementierungsvoraussetzungen

Nahezu allen Befragten war das Vorhandensein von Kurzfassungen oder grafischen Darstellungen wichtig, damit Leitlinien schnell und effizient im Praxisalltag umgesetzt werden können. Diese Erwartungshaltung findet sich in mehreren Befragungen von Hausärzten der letzten zwanzig Jahre wieder und scheint eine maßgebliche Voraussetzung zur erfolgreichen Implementierung einer Leitlinie zu sein [10, 11, 36, 45, 66]. Das Vorliegen von Kurzfassungen ermöglicht das Nachschlagen noch innerhalb eines Patientengesprächs oder zwischen den Beratungsanlässen und gibt schnell und dezidiert Auskunft über die Fragestellung [67]. Demnach begegnen Hausärzte schnell umsetzbaren Leitlinien, wie pharmakotherapeutischen Empfehlungen, mit deutlich mehr Akzeptanz als Leitlinien mit hohem kommunikativem Aufwand [68].

Eine weitere hochkategorisierte Erwartung der Befragten an Leitlinien ist die wissenschaftliche Qualität. Vorausgegangene Umfragen unter Hausärzten belegen ebenfalls, dass die Anwender besonderen Wert auf den Ursprung bzw. die publizierende Fachgesellschaft und die wissenschaftliche Qualität der Arbeit legen [11, 36, 45, 66]. Aktualität und größtmöglicher Konsens tragen daher zur Implementierungsbereitschaft maßgeblich bei [69]. Das Konzept der DEGAM-Leitlinienentwicklung sieht beispielsweise immer einen Praxistest vor, welcher die Leitlinie auf ihre Anwendbarkeit überprüft [70]. Stellen Leitlinien sich als nützlich für den

täglichen Gebrauch heraus und bieten symptomorientierte Anwendbarkeit, werden sie für den Anwender attraktiv [66].

Ein Großteil der interviewten Experten berichtet von dem teils extremen Zeitmangel im hausärztlichen Alltag. Sie erwarten folglich eine Arbeitserleichterung von einer Leitlinie und keinen Mehraufwand. Versorgungs- und Behandlungskonzepte müssen effizienter gedacht werden, um eine gleichbleibende medizinische Qualität bei gleichzeitiger wirtschaftlicher Rentabilität zu gewährleisten [11, 35, 36].

Die meisten Befragten unterhalb des Altersmedian von 47 Jahren sind der Meinung, dass das Arbeiten mit evidenzbasierten Leitlinien für zukünftige Generationen als selbstverständlich betrachtet wird. Dazu müssen die Eintrittsschwellen in die evidenzbasierte Medizin gesenkt, Implementierungshindernisse reduziert und Erwartungen an die Empfehlungen erfüllt werden, um die Akzeptanz von leitliniengestütztem Denken in der Allgemeinmedizin zu steigern [35].

### **Implementierungshürden**

Das am häufigsten identifizierte Hindernis für die Implementierung evidenzbasierter Leitlinien in der hausärztlichen Praxis stellt der Zeitmangel dar. Hausärzte stehen regelmäßig aufgrund von Zeit- und Ressourcenknappheit am Rande ihrer Leistungsfähigkeit. Neben der patientenseitigen Erwartungshaltung, sich möglichst intensiv mit ihnen auseinanderzusetzen und beispielsweise Befunde zu erklären, muss der Arzt ein Unternehmen führen und vielzählige außermedizinische Belange beachten [71]. Die Zeitintensivität bzw. der Zeitmangel im Alltag ist auch in vorausgegangenen Untersuchungen als ein großes Hindernis zur Umsetzung von EbM aufgeführt worden [9, 10, 36, 45].

Weiter kritisieren Allgemeinmediziner das unzureichende Informationsmanagement rund um das Thema Leitlinien. Um eine vorhandene Leitlinie erfolgreich zu implementieren, muss sie als Erstes dem Anwender bekannt sein. So beschreiben einige Experten, dass es auf Kongressen oder Fortbildungen häufig um sich wiederholende Empfehlungen gehe und der Anwender unter Umständen bzw. ohne Eigeninitiative erst gar nicht von Innovationen erfahre. Die Teilnehmer betonen, dass Fortbildungen eine wichtige Rolle spielen, um Ärzte mit Leitlinien vertraut zu machen und die Implementierung zu fördern [72].

Die Umsetzung von evidenzbasierten Leitlinien in der hausärztlichen Praxis stößt auch auf wesentliche Herausforderungen bezüglich ihrer Anwendbarkeit und Praxisrelevanz. Zentrale Probleme umfassen die mangelnde Praxistauglichkeit der Leitlinien, die aus der Komplexität und Individualität des allgemeinmedizinischen Patientenkollektivs resultiert. Dies erschwert die Abbildung langjähriger und vielschichtiger Patientenkontakte in standardisierten Handlungsempfehlungen. Gerade die Arbeit in der Allgemeinmedizin hänge sehr von den Erfahrungswerten des jeweiligen Arztes ab [73]. Diverse Veröffentlichungen sprechen sogar

von einer möglichen Patientengefährdung, wenn Leitlinien mit nur einer Erkrankung im Fokus *umfassend* und *gleichberechtigt* auf Patienten angewandt werden, weshalb immer eine individuelle Betrachtung des jeweiligen Patienten notwendig ist [74, 75].

Außerdem bringen viele Befragte die Schwierigkeiten in der Kostendeckung an. Hausärzte sehen sich mit wirtschaftlichen Widersprüchen konfrontiert, wenn es um die Umsetzung von Leitlinien geht: Leitlinienkonforme Behandlungen, insbesondere mit neueren, teureren Medikamenten, können hohe Regressforderungen nach sich ziehen und sind oft nicht mit dem kassenärztlichen Abrechnungssystem vereinbar. Während Leitlinien u.a. ursprünglich dazu gedacht waren, Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprobleme in der Praxis zu bewältigen, machen sie heute häufig Empfehlungen, die dem widersprechen [10].

Diese Situation bremst nicht nur die wissenschaftliche und medizinische Weiterentwicklung des Fachgebiets, sondern führt auch zu einer Diskrepanz zwischen Leitlinienempfehlungen und der Praxisrealität. Dies deckt sich mit einer quantitativen Befragung aus 2013 [11].

Im Verlauf der Befragung stellte sich zudem heraus, dass die erwartete Patient compliance einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Anwendung von Leitlinien hat. Hausärzte berichteten, dass zur Erreichung der in Leitlinien vorgeschlagenen Zielwerte, insbesondere für LDL-Cholesterin bei KHK-Patienten, häufig hohe Dosen an neuartigen Medikamenten erforderlich sind. Patienten, die sich subjektiv wohl fühlen oder bereits mehrere Medikamente einnehmen, neigen dazu, gravierende Änderungen in ihrer Medikation eigenständig abzubrechen oder zu beenden. Dies führt dazu, dass Hausärzte von Leitlinien abweichen, insbesondere wenn sie aufgrund ihrer Kenntnis der Patienten einschätzen, dass die vorgeschlagene Therapie wahrscheinlich nicht umgesetzt wird. Die Erstellung und Bereitstellung zielgruppengerechter, prägnanter Informationsmaterialien könnte die Nutzung von Leitlinien zur Patientenaufklärung verbessern [13, 76].

### **Bekanntheit**

Die Untersuchung ergab, dass Allgemeinmediziner hauptsächlich Online-Ressourcen und Online-Fortbildungen nutzen, um sich über medizinische Leitlinien zu informieren. Hausärzte bevorzugen für allgemeinmedizinische Themen die DEGAM-Webseite, greifen aber für spezifischere Fragestellungen auf die Internetpräsenz der jeweiligen Fachgesellschaften zurück. Abonnementdienste und Fachzeitschriften sind ebenfalls wichtige Informationsquellen. Die Aktualisierung des Leitlinienwissens erfolgt überwiegend bedarfsorientiert und ist nicht an feste Intervalle gebunden, wobei jüngere Ärzte tendenziell häufiger und effektiver mit Leitlinien arbeiten. Grund dafür könnten unzureichende Informationskampagnen oder Schulungen sein [77]. Es besteht ein Bedarf an besserem Informationsmanagement, da die Befragten kritisierten, dass Fortbildungen oft dieselben Leitlinien behandeln und somit neue Entwicklungen übersehen werden könnten. Unabhängig

vom Befragungszeitraum suchen die Ärzte jedoch grundsätzlich nach Informationsquellen, welche am wenigsten kostenintensiv, am besten zugänglich und am einfachsten zu nutzen seien [78]. Die Befragten berichten, dass evidenzorientiertes Arbeiten nur wenig Raum während des Medizinstudiums einnehme. Die stärkere Integration von Leitlinienarbeit in das Studium ist ein wichtiger Punkt, schon frühzeitig in die Umsetzung einzugreifen und angehenden Ärzten evidenzgestütztes Arbeiten näherzubringen [70].

### **Anwendbarkeit und Übertragbarkeit**

Trotz der überwiegend positiven Einstellung, die in der qualitativen Studie gegenüber Leitlinien ausgemacht werden konnten, kommt es regelhaft zu Abweichungen oder Nichtanwendung. In der allgemeinmedizinischen Praxis besteht häufig ein Widerspruch zwischen der kognitiven Beurteilung evidenzbasierter Erkenntnisse und dem tatsächlichen ärztlichen Handeln. Dieses Phänomen wurde bereits in früheren Studien dokumentiert [13]. Die Auseinandersetzung zwischen evidenzgestützter Behandlung und der „guten hausärztlichen Praxis“ ist dabei schon so alt wie die Leitliniendiskussion selbst [79, 80].

Direkte Evidenz wird generiert, wenn Studien bestimmte Behandlungen in den passenden Bevölkerungsgruppen direkt miteinander vergleichen und dabei wichtige Gesundheitsziele der Patienten berücksichtigen. Jedoch kann die so gewonnene Evidenz unter bestimmten Umständen als indirekt klassifiziert werden. Ein primärer Grund hierfür ist die potenzielle Diskrepanz zwischen der Studienpopulation und der Zielgruppe, für die die Intervention konzipiert ist. Diese Form der Indirektheit, häufig unter dem Begriff der „Übertragbarkeit“ diskutiert, spiegelt die Grenzen der Generalisierbarkeit von Leitlinien aufgrund von Unterschieden in den demografischen oder klinischen Charakteristika der Studienteilnehmer im Vergleich zur relevanten Gesamtpopulation wider [81].

In der medizinischen Praxis ist die Adhärenz abhängig von der Etablierung eines gemeinsamen Behandlungsziels, das durch eine gemeinsame Übereinkunft zwischen Arzt und Patient definiert wird. Dies erfordert eine sorgfältige Auslotung der potenziellen Vor- und Nachteile verfügbarer therapeutischer Optionen, speziell im Hinblick auf individuelle Bedürfnisse des Patienten. Die Quantifizierung solcher Bewertungen in Form von standardisierten, möglicherweise sogar rechtlich relevanten Indikatoren, stellt jedoch eine Herausforderung dar, da sie nur schwer messbar sind [82].

Die Ergebnisse der durchgeführten qualitativen Arbeit ergänzen die bestehende Literatur, indem sie aufzeigen, dass vor allem die persönlichen Erfahrungen des Anwenders und die mangelnde individuelle Anwendbarkeit der Leitlinienadhärenz im Wege stehen [67].

### 5.3 Limitationen der Studie

Eine bedeutende Limitation dieser wissenschaftlichen Arbeit stellt die kleine Stichprobe von 20 Personen dar. Die Stichprobe besteht außerdem überwiegend aus sehr kleinen, nach soziodemographischen Merkmalen geteilten Subgruppen von Hausärzten, weswegen die getätigten Aussagen keineswegs repräsentativ für die gesamte Hausarztmedizin sind. Für hausärztlich tätige Mediziner, welche einen abweichenden Ausbildungshintergrund, andere regionale Voraussetzungen oder persönliche Spezialisierungen aufweisen, könnten mit dem gleichen Interviewleitfaden andere Erkenntnisse gewonnen werden.

Vor allem aufgrund der geringen Anzahl befragter Allgemeinmediziner und die Breite der angesprochenen Themen wurden in dieser wissenschaftlichen Arbeit allgemeingültige Aussagen vermieden und sich vermehrt auf Tendenzen fokussiert. Einen Einfluss auf die Ergebnisse kann auch der Zeitraum der Interviewdurchführung haben. Da die Interviews in der Zeit der COVID-19-Pandemie stattgefunden haben, kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich dies auf die Antworten der Interviewpartner ausgewirkt hat. Auch die in diesem Kontext mehrheitlich telefonisch durchgeführten Interviews könnten potenziell zu divergierenden Resultaten geführt haben, verglichen mit persönlich geführten Befragungen.

Durch die Äußerung von persönlichen Meinungen und direkt gerichtete Fragen und Nachfragen der Interviewten während des Laut-Denkens wurde möglicherweise methodisch unsauber gearbeitet und Ergebnisse verzerrt.

Die angewandte Methodik weist ebenfalls Einschränkungen auf. Obwohl die qualitative Inhaltsanalyse ein regelgeleitetes Vorgehen sicherstellt (Mayring, 2015, S. 131), bleibt die Kodierung der Textstellen ein interpretativer Prozess. Daher kann eine vollkommene Objektivität nicht gewährleistet werden.

Aufgrund der Einzelautorenschaft dieser wissenschaftlichen Arbeit wurde keine Interkodier-Reliabilität berechnet. Die Transkripte wurden zwar vom Autor unter Berücksichtigung eines detaillierten Kodierleitfadens in mehreren Durchgängen kodiert, jedoch schließt dies nicht aus, dass eine erneute Kodierung durch eine zweite Person zu unterschiedlichen Ergebnissen führen könnte. Die vollständige Reliabilität ist somit nicht gewährleistet. Im Hinblick auf die Durchführung halbstrukturierter Interviews besteht zudem die Möglichkeit sozial erwünschter Antworten.

## 5.4 Schlussbetrachtung und Ausblick

Die vorliegende Dissertation untersuchte die Einstellungen, Erfahrungen und Erwartungen von Allgemeinmediziner\*innen in Bezug auf hausarztbasierten Leitlinien. Das Ziel bestand in der vertiefenden Erforschung des Selbstverständnisses praktizierender Hausärzte im Hinblick auf evidenzbasierte Leitlinien. Im Zuge dessen sollten förderliche wie hemmende oder hinderliche Faktoren der Leitlinienimplementierung aufgezeigt und die generelle Kenntnis von Leitlinien erfragt werden. Die qualitative Studie hat gezeigt, dass Hausärzte zwar grundsätzlich positiv gegenüber Leitlinien eingestellt sind und diese mit einer Steigerung der Behandlungsqualität in Verbindung bringen, die Umsetzung jedoch oft an praktischen Hindernissen scheitert.

Resümierend lässt sich sagen, dass die generierten Ergebnisse die bereits vorhandene Literatur- und Studienlage ergänzen, indem sie aufzeigen, wie Leitlinien in der Praxis von Allgemeinmediziner\*innen angewendet werden und welche Faktoren ihre Implementierungsbereitschaft und Adhärenz beeinflussen [9, 11, 36, 68]. Es wird deutlich, dass trotz der allgemeinen Anerkennung von Leitlinien als wertvolle Entscheidungshilfen, ihre Anwendung in der hausärztlichen Praxis komplex und von verschiedenen Faktoren abhängig ist.

Die Mehrheit der Befragten richtet ihre Arbeit regelmäßig an Leitlinien aus und betrachtet diese als wichtigen Pfeiler in der Patientenversorgung. Trotz dieser grundsätzlich positiven Einstellung kommt es häufig zu Abweichungen von den Leitlinienempfehlungen. Die Studie zeigt, dass diese Diskrepanz zwischen der kognitiven Beurteilung der Evidenz und dem tatsächlichen ärztlichen Handeln in der hausärztlichen Praxis durch verschiedene Faktoren, wie Implementierungshürden und die Notwendigkeit individueller Patientenanpassungen, bedingt ist.

Ein zentraler Aspekt, der von den Ärzten hervorgehoben wurde, ist der Bedarf an klaren, kurzgefassten, rechtssicheren Leitlinienempfehlungen, auch für die Delegation ärztlicher Aufgaben an nichtärztliches Personal. Die Ergebnisse zeigen, dass die meisten Hausärzte Delegationen nutzen, aber oft keine spezifischen Leitlinienempfehlungen für diese Delegationen kennen. Dies deutet auf eine Lücke zwischen der praktischen Anwendung und den theoretischen Empfehlungen hin.

Darüber hinaus wurde festgestellt, dass Leitlinien in der allgemeinmedizinischen Praxis eher als Richtlinien denn als bindende Vorschriften angesehen werden, Anwender\*innen sich jedoch trotzdem auf den Rechtscharakter der Empfehlung berufen. Die Studie zeigt auch, dass jüngere Ärzte tendenziell eine höhere Leitlinienadhärenz aufweisen als ihre erfahreneren Kollegen, was auf Unterschiede in der Ausbildung und im Umgang mit Leitlinien zurückzuführen ist.

Die Implementierung von Leitlinien in der hausärztlichen Praxis wird durch eine Vielzahl von Faktoren behindert: Darunter fallen Zeitmangel, mangelnde Praxistauglichkeit, wirtschaftliche Unsicherheiten, Patientencompliance und Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Fachgesellschaften. Die vorliegende Studie verdeutlicht, dass es entscheidend ist, Leitlinien an die Bedürfnisse der allgemeinmedizinischen Praxis anzupassen, um ihre Akzeptanz und Anwendbarkeit zu verbessern und damit die Implementierungsbereitschaft zu erhöhen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Leitlinien eine zunehmend wichtige Rolle in der hausärztlichen Praxis spielen und die Qualität der Patientenversorgung verbessern können. Jedoch müssen sie insbesondere im hausärztlichen Praxisalltag genug Flexibilität aufweisen, um eine Anpassung an individuelle Patientenbedürfnisse zu ermöglichen. Weiterhin sollten spezifische Herausforderungen der Allgemeinmedizin und deren Praxisbedingungen in ihrer Entwicklung und Implementierung berücksichtigt werden. Die Ergebnisse dieser Studie tragen dazu bei, das Verständnis für die Anwendung und Herausforderungen von Leitlinien in der allgemeinmedizinischen Praxis zu vertiefen und bieten Ansatzpunkte für zukünftige Forschungen und Entwicklungen in diesem Bereich. In zukünftigen Studien ließe sich untersuchen, wie Anpassungen von Leitlinien in verschiedenen klinischen Kontexten vorgenommen werden können, sodass eine breitere Akzeptanz und Effektivität gewährleistet wird.

## 6 Literaturverzeichnis

1. AWMF. *Definition Leitlinien*. 2019 [cited April, 2020; URL: <https://www.awmf.org/leitlinien.html>.
2. Empfehlung des Ministerkomitees des Europarates. *Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis*. Empfehlung Rec (2001) 13, 2002.
3. DEGAM, D.G.f.A.u.F. *Informationen der Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung*. 2023 [zitiert am 13.02.2024]; URL: <https://www.degam.de/leitlinien>.
4. IQWiG. *Evidenzbasierte Medizin (EbM): Warum arbeitet das IQWiG danach?* 2023 [zitiert am 13.02.2024]; URL: <https://www.iqwig.de/ueber-uns/methoden/evidenzbasierte-medizin/>.
5. Wangler, J. and M. Jansky, *Gesundheits-Apps als Instrumente der Prävention?—Eine Interviewstudie zu Potenzialen für das hausärztliche Setting. Prävention und Gesundheitsförderung*. 2020 Nov. doi: 10.1007/s11553-020-00769-x.
6. Bodenheimer T. The American health care system--the movement for improved quality in health care. *N Engl J Med*. 1999 Feb 11; 340(6): 488-92. doi: 10.1056/NEJM199902113400621.
7. Gerlach, F.M., et al., *Konzept zur Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis*. 1999: DEGAM.
8. Nothacker, M., C. Muche-Borowski, and I.B. Kopp. *20 Jahre ärztliche Leitlinien in Deutschland - was haben sie bewirkt?* *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2014; 108(10): 550-559.
9. Kunz, A. and B. Gusy, *Leitlinien in der Medizin: Anwendung, Einstellungen, Barrieren. Eine Befragung Berliner Hausärzte*. *Das Gesundheitswesen*, 2005; 67(07). VF\_V32. doi: 10.1055/s-2005-920664.
10. Ollenschläger, G., H. Kirchner, and M. Fiene, *Leitlinien in der Medizin—scheitern sie an der praktischen Umsetzung?* *Der Internist*, 2001; 42(4): 473-483. doi: 10.1007/s001080050782
11. Vollmar, H.C., et al., *Einschätzung von Hausärzten zu Leitlinien, Fortbildung und Delegation*. *Z Allg Med*, 2013; 89(1): 23-30. doi: 10.3238/zfa.2013.0023-0030.
12. Abholz, H.-H., *Der Mensch im Mittelpunkt?—Über den gesuchten Weg zwischen ärztlicher Expertise und EbM-Leitlinien*. *Z Allg Med*, 2017; 93(11): 445-9. doi: 10.3238/zfa.2017.0445-0449
13. Wollny, A., M.A. Rieger, and S. Wilm, *Unzureichende Vergütung und die Patienten selbst können die Implementierung von Leitlinien hemmen.: Evaluation der Ulcus cruris venosum-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (DGP) in hausärztlichen und phlebologischen Praxen*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2009; 103(7): 431-437. doi: 10.1016/j.zefq.2009.03.024.
14. Wangler, J. and M. Jansky, *Anderthalb Dekaden Disease-Management-Programme—Eine Bilanz zum Status quo aus hausärztlicher Sicht*. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 2020; 145(06): e32-e40. doi: 10.1055/a-1008-5848
15. Gutsch, J., et al., *[Evidenzbasierte Leitlinien, Anspruch und Wirklichkeit]*. *Forsch Komplementmed*, 2016. 23(2): p. 117-22. doi: 10.1159/000445395.
16. Gesundheit, B.f. *Leitlinien*. 31. Mai 2016 [zitiert am 13.02.2024].; URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/l/leitlinien.html#:~:text=Leitlinien%20sind%20systematisch%20entwickelte%20Handlungsempfehlungen,angemessene%20Behandlung%20einer%20Krankheit%20unterst%C3%BCtzen>.
17. Bollsweiler, E., *Nationale und klinikinterne Leitlinien: Definition und Problemlage*. *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidencebased Medicine*. Stuttgart, Germany: Schattauer, 2003: 493-500.
18. (ÄZQ), Ä.Z.f.Q.i.d.M. *Leitliniengrundlagen*. 2022 [zitiert am 13.02.2024]; URL: <https://www.leitlinien.de/hintergrund/leitliniengrundlagen>.
19. (AWMF-Online), A.d.W.M.F.e.V. *Stufenklassifikation nach Systematik*. 2023; URL: <https://www.awmf.org/regelwerk/stufenklassifikation-nach-systematik>.
20. Helou, A., et al., *[Methodological standards of the evidence-based approach of clinical guidelines development in Germany. Consensus between the scientific community, self-governed bodies and practice]*. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich*, 2000; 94(5): 330-9. PMID: 10939144.
21. Fowkes, F.G. and C.J. Roberts, *Introducing guidelines into clinical practice*. *Eff Health Care*, 1984; 1(6): 313-23. PMID: 10317512.
22. Weisz, G., et al., *The emergence of clinical practice guidelines*. *Milbank Q*, 2007. 85(4): p. 691-727. doi: 10.1111/j.1468-0009.2007.00505.x.
23. Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence based medicine. *BMJ*. 1995 Apr 29;310(6987):1085-6. doi: 10.1136/bmj.310.6987.1085.

24. Gerlach, F.M., et al., Das DEAGM-Konzept. Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 1999. 93(2): p. 111-120.
25. (AWMF-Online), A.d.W.M.F.e.V. *AWMF Leitlinienregister*. 2023 [zitiert am 13.02.2024]; URL:: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/aktuelle-leitlinien>.
26. Familienmedizin, D.G.f.A.u. *DEGAM Leitlinienregister*. 2023 [zitiert am 13.02.2024]; URL:: <https://www.degam.de/degam-leitlinien-379>.
27. Nölling, T., *Es bleibt dabei: Leitlinien sind nicht rechtlich verbindlich*. GMS Mitt AWMF, 2014. doi: 10.3205/awmf000295.
28. Bundesgerichtshof, *Rechtsprechung BGH, 15.04.2014 - VI ZR 382/12*. 2014 [zitiert am 13.02.2024]; URL: [http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=t=bgh&Art=en&nr=67688&pos=0&anz=1](http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=67688&pos=0&anz=1)
29. Bundesärztekammer. *Stellungnahme Wissenschaftlichkeit*. Homepage der Bundesärztekammer 2019 [zitiert am 13.02.2024]; URL:: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/pdf-Ordner/WB/Stellungnahme\\_Wissenschaftlichkeit.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/WB/Stellungnahme_Wissenschaftlichkeit.pdf).
30. Ulsenheimer, K., *Arztstrafrecht in der Praxis*. Karlsruhe: CF Müller GmbH; 2007.
31. Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, Rose P, Balla J, Lasserson D, Scott C, Perera R. Diagnostic strategies used in primary care. *BMJ*. 2009 Apr;338:b946. doi: 10.1136/bmj.b946.
32. Schneider, A., G.-J. Dinant, and J. Szecsenyi, *Zur Notwendigkeit einer abgestuften Diagnostik in der Allgemeinmedizin als Konsequenz des Bayes' schen Theorems*. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich*, 2006; 100(2): 121-127.
33. Donner-Banzhoff N. Umgang mit Unsicherheit in der Allgemeinmedizin [Dealing with uncertainty in general medical practice]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2008;102(1):13-8. German. doi: 10.1016/j.zgesun.2007.12.001.
34. Schmid, R., *Hausärzte im Dilemma - Das Leid mit den Leitlinien*. *Der Allgemeinarzt*, 2016. 38 (8): p. 30.
35. Rabady, S., *Praxisempfehlungen „EbM-Guidelines für Allgemeinmedizin“: Erste Erfahrungen mit Implementierung und Akzeptanz*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2009; 103(1): 27-33. doi: 10.1016/j.zefq.2008.12.020
36. Wangler, J. and M. Jansky, *Leitlinienorientierung von Allgemeinmedizinern - Eine explorative Befragung zu Akzeptanz, Einstellungen und Erfahrungen in Bezug auf hausarztbasierte Leitlinien*. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 2020; 96: 311-316. doi: 10.3238/zfa.2020.0311-0316.
37. Institute of Medicine (US) Committee on Clinical Practice Guidelines. *Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use*. Field MJ, Lohr KN, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 1992. PMID: 25121254.
38. Selbmann, H.-K. and I. Kopp, *Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag*. *Die Psychiatrie*, 2005; 2(1): 33-38.
39. Cabana, M.D., et al., *Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement*. *JAMA*, 1999; 282(15): 1458-1465. doi: 10.1001/jama.282.15.1458
40. West, S. and R. Wicklund, *Einführung in sozialpsychologisches Denken*. Weinheim, Basel: Beltz. 1985.
41. Barosi G. Strategies for dissemination and implementation of guidelines. *Neurol Sci*. 2006 Jun; 27 Suppl 3: 231-4. doi: 10.1007/s10072-006-0624-9.
42. Grol, R. and J. Grimshaw, *Evidence-based implementation of evidence-based medicine*. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 1999; 25(10): 503-513.
43. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003 Oct 11; 362(9391):1225-30. doi: 10.1016/S0140-6736(03)14546-1.
44. Bücken, B., et al., *„Wir machen doch eigentlich alle EbM!“ – Vorstellungen und Haltungen deutscher Hausärzte zu Evidenzbasierter Medizin und Leitlinien im Praxisalltag: Eine qualitative Studie*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2013; 107(6): 410-417.
45. Gläser, J. and G. Laudel, *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Heidelberg: Springer-Verlag; 2010.
46. Schreier, M. *Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: ein wegweiser im dickicht der Begrifflichkeiten*. in *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*. 2014.
47. Mayring, P., *Qualitative Inhaltsanalyse*. 12., überarb. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz; 2015.

48. Helfferich, C., *Die Qualität qualitativer Daten*. Vol. 4. Heidelberg: Springer-Verlag; 2011.
49. Lamnek, S., *Sozialwissenschaftliche Arbeitsmethoden für Mediziner, Soziologen, Psychologen*. 1980: Ed. Medizin.
50. Bogner, A., B. Littig, and W. Menz, *Das Experteninterview*. Heidelberg: Springer-Verlag; 2005.
51. Bohnsack, R., *Rekonstruktive sozialforschung*. Heidelberg: Springer-Verlag; 2003.
52. Lamnek, S., *Qualitative Sozialforschung*. Mit Online-Materialien. Weinheim, Basel: Beltz; 2016.
53. George, A.L., *Quantitative and qualitative approaches to content analysis*. Trends in content analysis, 1959; 7-32.
54. Bachert, C. and K.G. von Strachwitz-Helmstatt, *Zur Diskussion gestellt: Der Arzt und die Spezifische Immuntherapie im Spannungsfeld von Leitlinie, Wirtschaftlichkeit und Medizinrecht*. Allergologie, 2016; 39(8): 381.
55. „Leitlinien mit den individuellen Bedürfnissen des Patienten zusammenbringen“. Deutsche Zeitschrift für Onkologie 2012; 44: 176-177. doi: 10.1055/s-0032-1314728.
56. Follmann, M. *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Neue Leitlinienkompetenz? in Dokumentation und Leitlinienkonkurrenz—die Verschriftlichung der Medizin*. Heidelberg: Springer-Verlag; 2007.
57. Kopp, I.B. and K. Rahn, *Leitlinien in der klinischen Praxis*. Bayerisches Ärzteblatt, 2015; 70: 8-12.
58. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA. 1999 Oct 20;282(15):1458-65. doi: 10.1001/jama.282.15.1458.
59. Philipchalk, R.P., *Invitation to social psychology*. Harcourt Brace College Publishers; 1995.
60. Field, M.J. and K.N. Lohr, *Clinical practice guidelines*. Directions for a new program. The American Journal of Surgery; 1997; Volume 173, Issue 1; 32-34 doi: 10.1016/S0002-9610(96)00378-9.
61. Gerlach, F.M., et al., *Leitlinien in Klinik und Praxis*. Deutsches Ärzteblatt-Arztliche Mitteilungen-Ausgabe A, 1998; 95(17): 1014-1021.
62. Sefrin, P., *Leitlinien und Algorithmen Hilfen oder Grenzen der Notfallmedizin?*. In: Intensivmedizin und Notfallmedizin. 2. Auflage. Heidelberg: Springer-Verlag; 2002: 617-621.
63. Ratzel, R., *Qualitätssicherung, Leitlinien und Recht*. Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Stuttgart, New York: Thieme; 2006.
64. Ratajczak, T. *Leitlinien, Richtlinien und Gesetz Wie Viel Reglementierung verträgt das Arzt-Patienten-Verhältnis? Eine Einführung*. in *Leitlinien, Richtlinien und Gesetz: Wieviel Reglementierung verträgt das Arzt-Patienten-Verhältnis?*. Heidelberg: Springer-Verlag; 2003.
65. Nothacker, M., et al., *Leitlinien–Attraktivität, Implementierung und Evaluation*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2013; 107(2): 164-169.
66. Kranz, J., et al., *Barriers to guideline adherence: identification of barriers to guideline adherence using a survey on the AWMF S3 guideline epidemiology, diagnosis, treatment, and management of uncomplicated bacterial, community-acquired urinary tract infections in adult patients*. Der Urologe, 2019; 58: 1019-1028.
67. Schubert, I., et al., *Gelesen ist noch nicht getan: Hinweise zur Akzeptanz von hausärztlichen Leitlinien. Eine Befragung in Zirkeln der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2009; 103(1): 5-12.
68. Janssen, B., R. Menke, and W. Gaebel, *Qualitätsmanagement, Leitlinien: Entwicklung und Implementierung von Leitlinien*. 2010: Springer.
69. Beyer, M., et al., *Die Aktualisierung des Zehnstuftenplans zur Leitlinienentwicklung der DEGAM*. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 2010; 86(1): 19-25.
70. Fitzner, G., *Gehetzter Arzt: Ursachen und Auswirkungen von Zeitmangel–richtiges Zeitmanagement*, in *Start als Hausarzt: Ganzheitliche Versorgung, Sprechstunde, Kommunikation, Praxisorganisation.*, Heidelberg: Springer-Verlag; 2021: 197-208.
71. Lorenz, W., et al., *Das Leitlinien Manual: Entwicklung und Implementierung von Leitlinien in der Medizin*. ZaeFQ, 95(Suppl 1): 2001: 1-84.
72. Amon, U. and M. Herbst, *Leitlinien, Evidence-Based Medicine und Qualitätszirkel: Entscheidungshilfen zur Optimierung der Praxisqualität*. Qualitätsmanagement in der Arztpraxis: Patientenbindung, Praxisorganisation, Fehlervermeidung; 2000; 115-120.
73. Löffler, C., et al., *Multimorbidität aus Hausarzt-und Patientensicht*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2015; 48(5): 452-456.
74. Boyd, C.M., et al., *Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance*. Jama, 2005; 294(6): 716-724.
75. Steckelberg, A., et al., *Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen*. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2005; 99: 6.

76. Wagner, N., et al., *Leitlinienorientierung deutscher Hausärzte bei der Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie und des Diabetes mellitus*. Sozial-und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine, 2004; 49: 261-268.
77. Hasenbein, U., C.-W. Wallesch, and J. Rübiger, *Ärztliche Compliance mit Leitlinien. Ein Überblick vor dem Hintergrund der Einführung von Disease-Management-Programmen*. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 2003; 8(06): 363-375.
78. Brockmann, S. and D. Borgers, *Die Handlungsrelevanz von Leitlinien in der hausärztlichen Versorgung*. Jahrbuch für kritische Medizin, 2001; 35.
79. Donner-Banzhoff, N., et al., *[Guidelines Clearing House Statement "Hypertension". Summary and recommendations for a rational hypertension guideline in Germany]*. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 2000; 94(5): 341-349.
80. Rasch, A., et al., *GRADE Leitlinien: 8. Einschätzung der Qualität der Evidenz – Indirektheit*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2012; 106(10): 745-753.
81. Nothacker, M.J., *Leitlinienadhärenz – je mehr desto besser?* Der Urologe, 2016; 55(9): 1199-1205.

## 7 Anhang

Im Anhang werden die Befragungsinstrumente, die Einwilligungserklärung, die eidesstattliche Versicherung und die Interviewtranskripte aufgeführt.

### Anhangsverzeichnis

1.	Anhang A – Befragungsinstrumente .....	114
1.1	Fragebogen zum Experteninterview .....	114
1.2	Leitfaden zum Experteninterview .....	116
1.3	Einwilligungserklärung .....	118
1.4	Eidesstattliche Versicherung .....	119
2.	Anhang B – Interviewtranskripte .....	120
2.1	Transkript Interview I - M5630EA-A .....	120
2.2	Transkript Interview II - M6236E-A .....	125
2.3	Transkript Interview III - M368G-A .....	130
2.4	Transkript Interview IV - W5932E-A .....	138
2.5	Transkript Interview V – W4217E-AI .....	146
2.6	Transkript Interview VI – M4925E-AI .....	152
2.7	Transkript Interview VII – W3913M-A .....	159
2.8	Transkript Interview IIX – W346A-A .....	167
2.9	Transkript Interview IX – W4318G-A .....	173
2.10	Transkript Interview X – W5326M-AI .....	179
2.11	Transkript Interview XI – M4520EA-AI .....	185
2.12	Transkript Interview XII – M5834G-AI .....	192
2.13	Transkript Interview XIII – M5733EA-AI .....	198
2.14	Transkript Interview XIV – W4116M-A .....	206
2.15	Transkript Interview XV – W4517EA-A .....	212
2.16	Transkript Interview XVI – M3910EA-A .....	217
2.17	Transkript Interview XVII – M5022EA-A .....	222
2.18	Transkript Interview XVIII – W338A-A .....	227
2.19	Transkript Interview XIX – M4217A-A .....	233
2.20	Transkript Interview XX – M6538E-A .....	237

# 1. Anhang A – Befragungsinstrumente

## 1.1 Fragebogen zum Experteninterview

Geschlecht	<input type="radio"/> Männlich <input type="radio"/> Weiblich <input type="radio"/> Divers
Alter	
Anzahl der Berufsjahre nach Approbation	
Ihre Praxis befindet sich in einer Gemeinde/Stadt mit...	<input type="radio"/> mehr als 100.000 <input type="radio"/> 20.000 bis 100.000 <input type="radio"/> 5.000 bis 20.000 <input type="radio"/> unter 5.000 Einwohnern
Welches Niederlassungsmodell beschreibt Ihre Praxis am besten?	<input type="radio"/> Einzelpraxis (Sie sind der/die einzige Arzt/Ärztin) <input type="radio"/> Einzelpraxis mit angestellten Ärzten <input type="radio"/> Gemeinschaftspraxis <input type="radio"/> Medizinisches Versorgungszentrum <input type="radio"/> Sonstiges
Wie viele Patienten behandelt Ihre Praxis im Quartal?	<input type="radio"/> 500 bis 750 <input type="radio"/> 751 bis 1000 <input type="radio"/> 1001 bis 1500 <input type="radio"/> 1501 bis 2000 <input type="radio"/> mehr als 2000
Wichtigste Weiterbildungsgebiete:	

Leitlinien sollen dazu beitragen, bestimmte Probleme im Gesundheitssystem zu verringern. Wie gut helfen Leitlinien Ihrer Ansicht bzw. Erfahrung nach, um die folgenden Ziele zu erreichen?

	Sehr gut	Eher gut	Weniger gut	Überhaupt nicht
Verstärkte Evidenzorientierung, Anwendung aktuellen medizinischen Wissens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsqualität, Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sicherstellung von Diagnose- und Behandlungsstandards und damit eines einheitlichen Vorgehens von Ärzten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verbesserte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Versorgungsebenen (z.B. Haus- und Fachärzte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kostensenkung im Gesundheitswesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstärkte Berücksichtigung von individuellen Patientenbedürfnissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Für welchen therapeutischen Zweck würden Sie sich die Etablierung einer Leitlinie wünschen?**

-----  
-----

Je nach Symptombereich bzw. Krankheitsbild existieren verschiedene Leitlinien. Hier stehen die von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) bereitgestellten Leitlinien (S2 und S3). Welche davon sind Ihnen bekannt und welche haben Sie bereits angewendet?

	Bekannt	Bekannt und bereits angewendet
Brennen beim Wasserlassen (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflegende Angehörige (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halsschmerzen (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akuter und chronischer Husten (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brustschmerz (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multimorbidität (S3)	<input type="radio"/> D	<input type="radio"/>
Versorgung nicht-dialysepflichtiger Niereninsuffizienz (S3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohrenschmerzen (S2k)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rhinosinusitis (S2k)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhter TSH-Wert in der Hausarztpraxis (S2k)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einsatz neuer Thrombozyten-Aggregationshemmer (S2e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausärztliche Leitlinie: Multimedikation (S2e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden (S2e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schön, dass Sie sich die Zeit genommen haben, an der Datenerhebung zu meinem Dissertationsprojekt teilzunehmen!

Ihre Angaben werden im Folgenden ausgewertet und dienen als nützlicher Baustein, um einen aktuellen Sachstand im Bereich der hausärztlichen Leitlinien aufzuzeigen.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

## 1.2 Leitfaden zum Experteninterview

1. Könnten Sie mir kurz erzählen, was Ihnen als Erstes beim Thema „Leitlinien“ in den Sinn kommt?
2. Wie stehen Sie grundsätzlich zu Leitlinien? Warum?
  - a) Inwiefern bringen Leitlinien aus Ihrer Sicht Vorteile, inwiefern Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?
  - b) Wie groß ist Ihrer Ansicht bzw. Erfahrung nach der Nutzen von Leitlinien für die Patientenversorgung?
3. a) Was würden Sie sagen: Wie häufig kommt es im Praxisalltag vor, dass Sie sich an Leitlinien orientieren bzw. Ihre Arbeit anhand von Leitlinien ausrichten (z.B. Diagnostik, Therapie oder dem Management von Patienten)?  
b) Würden Sie sagen, Ihre Orientierung an Leitlinien hat in den letzten Jahren eher zugenommen oder eher abgenommen? Wie viel zugenommen? Worauf führen Sie dies zurück?
4. In welchen Situationen wenden Sie Leitlinien bevorzugt an bzw. orientieren sich daran oder haben dies in der Vergangenheit bereits getan (Verdachtsfall, Erstdiagnose, Therapie, Verlaufskontrolle, Screening, Notfall, Spezialdiagnosen, Präventionszwecke)?
5. Bei welchen Krankheitsbildern arbeiten Sie (insbesondere) mit Leitlinien (oder haben dies in der Vergangenheit getan)? Weshalb gerade dort?
6. Wenn Sie eine Bilanz ziehen müssten: Wie hat sich Ihrer Erfahrung nach die Anwendung der von Ihnen bislang genutzten Leitlinien insgesamt auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität ausgewirkt? Was war gut, was weniger gut?
7. Wie sind Sie auf die von Ihnen eingesetzten Leitlinien ursprünglich aufmerksam geworden? Von wo haben Sie diese aufgegriffen? (z.B. Fachzeitschriften, Fortbildungen, Lehrbücher/Nachschlagewerke, Qualitätszirkelarbeit, Pharmaunternehmen, Kollegen/innen, Facharztweiterbildung)  
    Wenn Internet: Welche Quelle?  
    In welchen Zeitabständen überprüfen Sie sich auf die Aktualität der Leitlinie?
8. a) Gibt es bestimmte Arten oder Typen von Leitlinien, die Sie bevorzugen? Falls ja, warum?  
b) Geben Sie Leitlinien der DEGAM eher den Vorzug gegenüber Leitlinien anderer Fachgesellschaften? Falls ja, warum?
9. Welche Voraussetzungen oder Eigenschaften muss eine gute Leitlinie erfüllen, damit Sie diese in Ihrer praktischen Tätigkeit aufgreifen/anwenden? (Umsetzbarkeit, Mehrwert für den Behandlungsablauf in puncto Effizienz/ Effektivität/ Wirtschaftlichkeit)
10. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Leitlinien Empfehlungen machen, wie sich ärztliche Aufgaben an Mitglieder des Praxispersonals delegieren lassen? Inwiefern machen Sie davon Gebrauch?
11. Nutzen Sie die Möglichkeit der „Patientenfassung“ von Leitlinien, damit sich Ihre Patienten selbst mit der Thematik auseinandersetzen können? Wenn ja, in welcher Form?

12. Welche Probleme bzw. Herausforderungen nehmen Sie bei der Leitlinienimplementierung in Ihrem Praxisalltag wahr?
- a) Wie häufig ist es vorgekommen, dass Sie aufgrund Ihrer Anwendung von Leitlinien Behinderungen bzw. Komplikationen im Praxisalltag erlebt haben (z.B. Verzögerungen/Schwierigkeiten im Praxisablauf)?
  - b) Inwiefern lassen sich Leitlinien ohne größere Probleme bzw. Komplikationen auf eine Breite der Patientenschaft anwenden? Inwiefern sind stärkere individuelle Anpassungen oder Einschränkungen erforderlich?
13. Ich lese Ihnen nun verschiedene Aussagen vor, und Sie nehmen bitte Stellung dazu, inwiefern diese Aussagen Ihrer Ansicht bzw. Erfahrung nach zutreffen? (Nachfrage: Warum ja, warum nein?)
- a) „Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.“
  - b) „Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie.“
  - c) „Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden.“
  - d) „Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen ein.“
  - e) „Leitlinien ermöglichen ein strukturierteres Vorgehen bei Diagnose und Therapie.“
  - f) „Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.“
  - g) „Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.“
14. Wie informieren Sie sich üblicherweise über Leitlinien? Welche Medien nutzen Sie dafür? (Fortbildungen, Internet [welche Seiten sind hier bekannt? AWMF/ DEGAM/ Leitlinien.de], Zeitschriften)?
15. Was sollte oder müsste Ihrer Meinung nach rund um das Thema ‚Leitlinien für die hausärztliche Praxis‘ verbessert werden? Wo sehen Sie konkreten Handlungsbedarf?
- a) Einmal angenommen, die von Ihnen angegebenen Punkte würden umgesetzt: Wären Sie unter diesen Voraussetzungen bereit, Leitlinien in der Patientenversorgung stärker als bislang anzuwenden bzw. sich daran zu orientieren?
16. Wie könnte man aus Ihrer Sicht die Implementierungsbereitschaft anderer ärztlicher Kollegen in Zukunft erhöhen?

### 1.3 Einwilligungserklärung

## Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

**Forschungsprojekt:** „Einstellungen, Erfahrungen und Erwartungen von Allgemeinmedizinern in Bezug auf hausarztbasierte Leitlinien – Eine explorative Befragung“

**Doktorand und Interviewer:** Cand. med. Rick Rusert

**Betreuer des Dissertationsprojektes:** Univ.-Prof. Dr. med. M. Jansky, Dr. J. Wangler;  
Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz

**Interviewdatum:**

#### Beschreibung des Forschungsprojektes:

Das Interview wird mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann vom Doktoranden des Forschungsprojekts in Schriftform überführt. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, pseudonymisiert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der interviewten Person führen kann.

Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt und für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojektes werden Ihre Kontaktdaten vollständig gelöscht, es sei denn, Sie stimmen einer weiteren Speicherung zur Kontaktmöglichkeit für themenverwandte Forschungsprojekte ausdrücklich zu. Selbstverständlich können Sie einer längeren Speicherung zu jedem Zeitpunkt widersprechen.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis zu einer Aufzeichnung und Niederschrift des Interviewers zurückzuziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des oben genannten Forschungsprojektes an einem Interview teilzunehmen (Zutreffendes bitte ankreuzen).

Ja       Nein

---

Vor- und Nachname in Druckschrift

---

Ort, Datum/ Unterschrift

#### **1.4. Eidesstattliche Versicherung**

Rick Rusert  
Homburger Str. 3  
65719 Hofheim/ Taunus

#### Ehrenwörtliche Erklärung zu meiner Dissertation mit dem Titel

#### **Einstellungen, Erfahrungen und Erwartungen von Allgemeinmedizinern in Bezug auf hausarztbasierte Leitlinien – Eine explorative Befragung**

Ich, Rick Rusert, erkläre hiermit, dass die vorgelegte Dissertation von mir selbstständig, ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel, angefertigt wurde. Alle von mir benutzten Veröffentlichungen, ungedruckten Materialien, sonstige Hilfsmittel sowie Textstellen, die ich wörtlich oder inhaltlich aus gedruckten oder ungedruckten Arbeiten übernommen habe, habe ich als solche gekennzeichnet und mit den erforderlichen bibliographischen Angaben nachgewiesen. Unterstützungsleistungen, die ich von anderen Personen erhalten habe, wurden in der Dissertationsschrift als solche benannt.

Die Dissertation wurde bei keiner anderen Fakultät oder einem anderen Fachbereich vorgelegt, weder im In- noch im Ausland.

Überdies bin ich nicht im Besitz eines anderen Doktorgrades.

Ein bisher erworbener Doktorgrad wurde mir nicht aberkannt.

Ich habe bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet.

Mir ist bekannt, dass die Zulassung zur Promotion zu versagen ist, wenn die Unterlagen unvollständig oder die Angaben unrichtig sind. Ich bin darüber informiert, dass ich zur Führung des Dokortitels erst mit Aushändigung der Promotionsurkunde berechtigt bin.

Hofheim, den 27.03.2023

Rick Rusert

## 2. Anhang B – Interviewtranskripte

### 2.1 Transkript Interview I - M5630EA-A

I= Interviewer

**M5630EA-A**= Arzt

**I:** Guten Tag! Wir beginnen mit der ersten Frage: Was können Sie mir kurz erzählen bzw. was kommt Ihnen als Erstes zum Thema „Leitlinien“ in den Sinn?

**M5630EA-A:** Ja, wie ich das eben (im Vorgespräch) schon sagte, Leitlinien sind eben Hilfsstellungen, wie man jemanden behandeln kann, aber halt nicht in Stein gemeißelt, ja.

**I:** Dann komme ich gerade zur nächsten Frage, die darauf aufbaut: Wie stehen Sie grundsätzlich zu Leitlinien und warum?

**M5630EA-A:** Ich stehe denen schon sehr positiv gegenüber, da ja die Medizin ja immer neue Fortschritte macht und man nicht am Althergebrachten hängen bleiben soll, sondern neue Erkenntnisse mit aufnehmen soll und diese werden eben in Leitlinien relativ kurz und prägnant übergebracht.

**I:** Was würden Sie sagen, inwiefern bringen Leitlinien aus Ihrer Sicht Vorteile, inwiefern Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?

**M5630EA-A:** Also prinzipiell bringen sie nur Vorteile. Nachteile kann ich keine sehen, weil ich bin ja nicht verpflichtet mich daran zu halten. Für mich ist es (Leitlinien) nur etwas, was mir Denkanstöße gibt, wie ich es machen kann.

**I:** Verstehe, also Ihrer Ansicht nach ist der Nutzen für Leitlinien in der Patientenversorgung welcher?

**M5630EA-A:** Es gibt viele Kollegen, gerade Jüngere, die diese moderneren Behandlungsmethoden bevorzugen. Den Nutzen sehe ich schon als groß an. Der Patient profitiert schon, wenn man nicht ausschließlich auf Erfahrungswerte, sondern eben auch auf Evidenz zurückgreift. Es ändert sich in der Medizin so enorm viel und schnell, dass man gerne mal den Überblick verliert. Daher finde ich es absolut keine Schande, wenn man auf Guidelines zurückgreift, warum auch?

**I:** Was würden Sie sagen, wie häufig kommt es in Ihrem Praxisalltag vor, dass Sie sich an Leitlinien orientieren bzw. Ihre Arbeit daran ausrichten?

**M5630EA-A:** Indirekt sehr häufig, weil man seine Behandlungsschemata hat, die aber nicht immer über Leitlinien überprüft werden. Man guckt ja nicht immer wieder rein, was muss ich da machen? Als subsumiert, na ja, bestimmt in einem Drittel der Beratungsanlässe, wo man zumindest eine Leitlinie im Hinterkopf hat, ja.

**I:** Das ist richtig. Ich rede auch von Arbeitsbereichen wie z.B. Patientenmanagement. Kommt das da auch vor?

**M5630EA-A:** Im Patientenmanagement, nein.

**I:** Hauptsächlich in Diagnostik und Therapie?

**M5630EA-A:** Ganz genau. Ich würde schon sagen, dass die therapeutischen Leitlinien überwiegen und dann die diagnostischen folgen. Wobei es da natürlich auch große Überschneidungen gibt. Beim Patientenmanagement fallen mir jetzt nur die DMPs ein.

**I:** Alles klar. Würden Sie sagen, dass die Orientierung an Leitlinien in den letzten Jahren zugenommen hat, gleichgeblieben ist oder sogar abgenommen hat?

**M5630EA-A:** Die (Orientierung) hat ganz klar zugenommen. Ich sehe das an meinen Weiterbildungsassistenten. Wenn die es nicht schon aus dem Studium mitbringen, dann arbeiten die spätestens in ihrer Zeit in der Klinik damit. Das ist heute einfach so. Da kann man unter Umständen auch als alter Hase noch was lernen, weil das früher eben teilweise nicht so vermittelt wurde. Auch die ganzen Fortbildungen etc. Die werden immer leitlinienlastiger, was mir auch zeigt, dass man heute einfach versucht, mehr nach Leitlinien zu arbeiten, ja.

**I:** Zugenommen also. Kann man das ungefähr eingrenzen in Zahlen? Beispielsweise 5 von 10 Patienten?

**M5630EA-A:** Ja, wie gesagt, man kann das nicht genau in Patienten festmachen. Die Leitlinien sind so, dass der Arzt sich die immer mal wieder zu bestimmten Krankheitsbildern anguckt und dann legt er für sich selbst ein Behandlungsschema fest. Das kommt dann mit der Zeit und man schlägt natürlich nicht bei jedem Patienten die Leitlinie auf und arbeitet Schritt für Schritt danach.

**I:** Sehr gut, da kommen wir gleich noch drauf zu sprechen. Leitlinien behandeln ja Themen wie Therapie von Verdachtsfällen, Erstdiagnosen, Verlaufskontrolle oder auch Screening und Spezialdiagnosen zum Beispiel. Gibt es da Situationen, wo sie Leitlinien bevorzugen oder welche, wo sie die gar nicht anwenden?

**M5630EA-A:** Nein. Weder bevorzugen noch ganz ablehnen. Es ist immer individuell.

**I:** Also würden Sie sagen, Sie haben kein Krankheitsbild, bei dem Sie insbesondere auf Leitlinien zurückgreifen, oder kommt eins besonders häufig vor?

**M5630EA-A:** Ja, sagen wir mal für die Diagnosestellung für bestimmte Krankheiten wie rheumatischen Erkrankungen wie der rheumatoiden Arthritis werden natürlich schon die von der rheumatologischen Gesellschaft angebotenen Leitlinien genutzt. Insbesondere bei Spezialdiagnosen um da besonders sicherzugehen, da man die (Leitlinien) nicht alle im Kopf hat.

**I:** Das ist klar. Wenn Sie jetzt eine Bilanz ziehen müssten, wie hat sich Ihrer Erfahrung nach die Anwendung der bislang genutzten Leitlinien auf die Behandlungs- und Versorgungsqualität ausgewirkt?

**M5630EA-A:** Natürlich positiv, wobei man das natürlich differenzieren muss. Also man will zwar immer hören, ja es hat sich verbessert, aber ein anständiger Arzt hat schon immer die Therapie überdacht und hat auch in Lehrbüchern die Dinge dann überprüft. Und nichts anderes ist das jetzt auch mit Leitlinien, dass nur ein paar Leute sich zusammensetzen und meinen, was in einem Konsensuspapier steht sei richtig.

**I:** Wie sind Sie auf die von Ihnen angewandten Leitlinien aufmerksam geworden? Also geht so eine Implementierung über die Facharztweiterbildung, über Fortbildungen oder Zeitschriften bzw. Internet?

**M5630EA-A:** Einmal natürlich Zeitschriften, bspw. *Der Internist* oder *Der Hausarzt*, wo man das halt eben liest und dann suche ich aber bei bestimmten Krankheitsbildern gezielt nach Leitlinien im Internet.

**I:** Sehr gut, ok.

**M5630EA-A:** Und diese dann entweder über die DEGAM und aber auch alle anderen Fachgesellschaften, die für dieses Krankheitsbild Leitlinien anbieten.

**I:** Also eher gezielt auf jeden Patienten oder wie verstehe ich das? Aber da sagen Sie eher, man macht sich für ein Krankheitsbild einmal ein Behandlungsschema und greift dann immer wieder darauf zurück.

**M5630EA-A:** Genau, man baut sich mit der Zeit so ein eigenes Behandlungsschema aus einer Leitlinie, weil die ist ja nicht in Stein gemeißelt, sondern bedarf natürlich immer der individuellen

Abwägung. Ich kann nicht, nur weil es z.B. für Schwindel eine Leitlinie gibt, jeden Schwindelpatienten gleich behandeln. Ich kenne meine Patienten als Hausarzt teilweise schon Jahrzehnte und weiß oft schon ganz früh, wo der Schuh drückt. Das steht aber natürlich so in keiner Leitlinie.

I: Absolut.

**M5630EA-A:** Es heißt ja nicht, dass die Leitlinie, die es vor fünf Jahren gab, dass die jetzt heute immer noch die beste ist.

I: In welchem Abstand würden Sie sagen, dass Sie sich auf die Aktualität der Leitlinie überprüfen?

**M5630EA-A:** Das geht fließend. Z.B. muss ich mich an wechselnden Resistenzlagen der verschiedenen Keime orientieren, wenn es um antibiotische Therapie geht. Das ist teilweise sogar auch regionsspezifisch. Also wo die eine Leitlinie z.B. für Bayern gut ist, ist sie vielleicht in anderen Regionen Deutschlands nicht unbedingt gut. Da muss man sich dann so seine eigene Handlungsanweisung basteln und mit aktuelleren Quellen abgleichen, als sie beispielsweise bei der Leitlinienerstellung hergenommen wurden.

I: Interessanter Punkt, ja. Gibt es da spezielle Typen von Leitlinien, die Sie bevorzugen? Vielleicht auf den Standard bezogen, also auf S3-Standard oder die Ausarbeitungsfom?

**M5630EA-A:** Ja, also sie müssen prinzipiell schon wissenschaftlich belastbar sein. Das wäre mir wichtig. S3-Leitlinien kann man ja gar nicht immer erwarten. Da muss man sich mit dem zufriedengeben, was eben angeboten wird. Aber insgesamt ist im normalen ärztlichen Alltag eine Kurzfassung ganz wichtig. Es bringt mir keine Leitlinie was, wo ich 50 Seiten lesen muss, sondern es muss kurz und prägnant dargelegt werden, wie man sich verhalten kann.

I: Da habe ich gleich noch einen Punkt zu, sehr gut. Wir hatten es ja eben schon kurz umrissen, aber würden Sie sagen, dass Sie DEGAM-Leitlinien eher den Vorzug geben in Ihrem allgemeinen Tagesbetrieb, als anderen Fachgesellschaften?

**M5630EA-A:** Kommt auf die Diagnosen an, aber die (DEGAM) sind als allgemeinmedizinische Fachgesellschaft natürlich für mich weit vorne. Die decken vielen aus dem Tagesgeschäft ab und man muss eigentlich nur für spezielle Anlässe die jeweilige Fachgesellschaft aufsuchen.

I: Ok, was muss eine Leitlinie, oder welche Eigenschaft muss eine Leitlinie erfüllen, damit sie in Ihre praktische Tätigkeit übernommen wird? Also was muss für die Implementierung mitgebracht werden.

**M5630EA-A:** Wie ich eben schon sagte. Sie muss kurz und prägnant sein, dass man schnell nachlesen kann, schnell nachgucken kann, wo ich mich mit meinem Patienten gerade befinde und was als Nächstes empfohlen wird. Niemand hat die Zeit im Tagesgeschäft eine Langversion von so einer Leitlinie zu lesen. Am besten noch, wenn der Patient vor dir sitzt und wartet, nein, nein. Das kann ich machen, wenn ich mich außerhalb der Sprechstunde intensiv mit dem Thema auseinandersetzen will, ja, aber nicht im Praxisbetrieb. Da braucht es Kurzfassungen oder so Entscheidungsbäume, an denen ich mich dann entlanghangeln kann.

I: Welche Rolle spielt da die Wirtschaftlichkeit in der eigentümergeführten Praxis?

**M5630EA-A:** Die Wirtschaftlichkeit spielt immer eine riesige Rolle als Praxisinhaber. Es gibt das sogenannte Wirtschaftlichkeitsgebot der Krankenkassen, das wir einhalten müssen und das überschneidet sich doch schon gelegentlich von den Empfehlungen der Fachgesellschaften. Auf Deutsch heißt das, dass ich Maßnahmen am Ende einfach nicht vergütet bekomme, aber in allererster Linie spielt für mich natürlich die richtige Therapie des Patienten eine Rolle und nicht die Wirtschaftlichkeit. Das macht dann wahrscheinlich ein riesen Thema auf, ja, weil da kommen wir an den Punkt, wo der Arzt mit seinem Gewissen argumentieren muss, was er dem Patienten dann angedeihen lässt. Na ja, ich glaube, wir sind

uns alle einig, dass es für die Patientenversorgung ein riesen Fortschritt wäre, wenn die KVen zumindest das vergüten würden, was wissenschaftlich belegt und damit empfohlen ist, oder?

**I:** Absolut, das ist ein schöner Punkt. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Leitlinien Empfehlungen machen, wie man Aufgaben an Praxispersonal, insbesondere nichtärztliches Praxispersonal delegieren kann?

**M5630EA-A:** Bestimmte Dinge sollen dem Praxisinhaber überlassen bleiben. Ich bin da eher altmodisch wahrscheinlich und mache viel selbst. Da gibt es mit Sicherheit andere Kollegen, die da viel, viel mehr aus der Hand geben. Klar gibt es bei uns in der Praxis auch so Sachen wie Blutentnahmen oder Impfungen, die die MFA machen, aber auf Leitlinien habe ich da ehrlich gesagt noch nie geachtet.

**I:** Und da geht es mir aber auch in Sachen wie Patienteninformation und Aufklärung zum Beispiel. Kann man sowas delegieren?

**M5630EA-A:** Das kann man delegieren. Dafür gibt es ja auch spezielle Schulungsmaterialien. In Kliniken wird ja fast nur damit gearbeitet. Standardisierte Aufklärungsbögen und sowas könnte auch die DEGAM vielleicht auch mal machen. Dass sie vielleicht standardisierte Aufklärungsbögen in die Praxen für Impfungen und alles Mögliche aufnehmen.

**I:** Ok, dann ziehe ich eine verwandte Frage gerade vor. Viele Leitlinien haben nicht nur eine Kurzfassung, sondern auch eine Patienteninformation. Nutzen Sie die, um die Patienten aufzuklären?

**M5630EA-A:** Also die Patientenfassungen benutze ich eigentlich nicht, nein. Da habe ich selbst so Vordrucke, die ich den Leuten bei gewissen Fragen mitgebe, aber eine Leitlinienauskunft habe ich da bisher noch nie benutzt. Ich denke, das ist bei den meisten Anlässen auch übertrieben. Vielleicht macht das bei den Internisten oder so an manchen Stellen mehr Sinn, aber darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht.

**I:** Gut. Welche Probleme und Herausforderungen nehmen Sie bei der Implementierung von Leitlinien im Praxisalltag wahr, also quasi bei der Einführung von neuen Leitlinien?

**M5630EA-A:** Wir kriegen so normalerweise, wenn man sich nicht selbst darum kümmert, keine Informationen über neue Leitlinien. Ich will damit sagen, dass das Informationsmanagement wirklich nicht gut ist, ja.

**I:** Also, man wird gar nicht angesprochen im laufenden Betrieb, was es so Neues gibt?

**M5630EA-A:** Nein, von wem auch? Ich finde, da müsste es heutzutage viel smartere Lösungen geben. Klar gibt es da E-Mail-Newsletter oder sowas, aber das geht bestimmt auch mit der Praxissoftware, die ich ja eh bei jedem Patienten vor mir offen habe. Da könnte man doch sicher Vorschläge einprogrammieren, wenn ich eine gewisse Krankheit codiere, oder?

**I:** Und wenn Sie sagen, Sie führen eine neue Leitlinie ein, kommt es dann zu Verzögerungen in Praxisabläufen? Also dass sowas zeitaufwendiger ist als vorher, oder ist es sogar umgekehrt?

**M5630EA-A:** Ist mir noch nicht aufgefallen. Wenn, dann ist es ja ein Wechsel der Therapie, die man macht, aber ich habe noch keine Leitlinie gesehen, die von heute auf morgen alles komplett umgekrempelt hat.

**I:** Das glaube ich. Wie schnell lässt sich dann eine neue Leitlinie auf eine größere Patientenschaft anwenden? Also nicht nur auf den einzelnen Patienten, sondern auf...

**M5630EA-A:** Na ja, ich sehe das zwiegespalten. Natürlich kann ich mich an den meisten Leitlinien immer gleich entlang arbeiten, aber eine individuelle Anpassung ist eben trotzdem enorm wichtig. Ich habe ja bereits gesagt, dass man als Hausarzt seine Patienten irgendwann so gut kennt, dass Faktoren zum Tragen kommen, die natürlich in keiner Leitlinie berücksichtigt werden. Aber prinzipiell sehe ich jetzt kein größeres Problem in der Übertragbarkeit.

I: Verstehe, es dauert also auch im Praxisalltag, bis man sein Schema gefunden hat. Gut, ich würde noch ein paar Aussagen vorlesen und Sie sagen mir kurz, ob das zutrifft oder nicht. Gerne auch mit einer kurzen Begründung dabei: „Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.“

**M5630EA-A:** Gibt nur ja oder nein?

I: Gerne können Sie es auch ausformulieren.

**M5630EA-A:** Kann man so nicht ganz genau beurteilen. Die Evidenz verbessern... Alteingesessene, gut ausgebildete Ärzte müssen sich nicht unbedingt an Leitlinien halten. Die kriegen mit einer gewissen Blickdiagnosen schon bestimmte Dinge raus, wo andere Lungenfunktion oder andere Diagnostik brauchen.

I: Ok, und würden Sie sagen, ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf Leitlinien?

**M5630EA-A:** Ja! Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen, was aber auch leitlinienunterstützt ist.

I: Finden Sie, Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen ein?

**M5630EA-A:** Nein. Kommt ja darauf an, wie ich sie umsetze.

I: Leitlinien ermöglichen ein strukturiertes Vorgehen bei Diagnose und Therapie?

**M5630EA-A:** Ja!

I: Finden Sie, dass Leitlinien die ärztliche Therapiefreiheit zu stark einschränken?

**M5630EA-A:** Nein.

I: Und finden Sie, dass für die Anwendung von Leitlinien häufig die Zeit fehlt, also dass es aufwändiger ist, mit Leitlinien zu arbeiten, als ohne?

**M5630EA-A:** Ja.

I: Was sollte oder müsste Ihrer Meinung nach rund um das Thema *Leitlinien für die hausärztliche Praxis* verbessert werden? Wo sehen Sie konkreten Handlungsbedarf?

**M5630EA-A:** Ja Leitlinien... was ich gut finden würde, wäre, wenn die Leitlinien mehr oder weniger auf einem laminierten Din-A4-Blatt mit einem Ordner der Ärzteschaft zur Verfügung gestellt werden könnten. Also wo die Leitlinien pharmaunabhängig dargestellt werden könnten. Oder eben, wenn die in die Praxissoftware integriert werden würden. Ja, das wäre gut.

I: Ok und haben Sie ein häufiges Behandlungsspektrum, wo es noch an einer Leitlinie fehlt, also wo Sie sich noch eine geführte Struktur wünschen würden?

**M5630EA-A:** Nö, geht alles gut.

I: Sehr gut, dann kommen wir zur letzten Frage: Was könnte man tun, damit die Implementierungsbereitschaft der ärztlichen Kollegen gesteigert wird? Gerade in Bezug auf neue Leitlinien oder die Einführung von Leitlinien.

**M5630EA-A:** Also, ich finde, das läuft eigentlich ganz gut. Meine jungen Kollegen hier arbeiten noch viel intensiver mit Leitlinien und von daher ist in der nächsten Generation die Leitlinie nicht mehr wegzudenken.

I: Sehr gut.

**M5630EA-A:** Das ist doch ein schönes Schlusswort.

**I:** Ja, das ist ein schönes Schlusswort, vielen herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft!

## 2.2 Transkript Interview II - M6236E-A

I= Interviewer

**M6236E-A** = Arzt

**I:** Guten Tag! Es geht um Einstellungen, Erfahrungen und Erwartungen von Allgemeinmedizinern in Bezug auf hausarztbasierte Leitlinien. Können Sie mir als Erstes kurz erzählen, was Ihnen als Erstes beim Thema „Leitlinien“ in den Sinn kommt?

**M6236E-A:** Das ein Großteil... und da benutze ich nur ein einziges Schlagwort... nämlich das Leitlinien nicht praxisgerecht sind.

**I:** Habe ich das richtig verstanden? Nicht praxisgerecht?

**M6236E-A:** Ja, das haben Sie richtig verstanden.

**I:** Ok, da kommen wir gerne gleich drauf zurück. Wie stehen Sie grundsätzlich zu Leitlinien und warum?

**M6236E-A:** Ich persönlich stehe zu Leitlinien sehr positiv, weil sie Orientierung geben, aber sie müssen halt mit dem allgemeinärztlichen Alltag verträglich sein und da gibt es nun große Probleme in der Anwendbarkeit in der allgemeinärztlichen Praxis.

**I:** Inwiefern würden Sie sagen, bringen Leitlinien aus Ihrer Sicht Vorteile, inwiefern Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?

**M6236E-A:** Also, die Vorteile liegen ja auf der Hand, dass orientiert an standardisierten Vorgaben unter anderem die Therapieregime sauber abgearbeitet werden können. Das ist der große Vorteil, auf den ich auch selber immer in der Ausbildung unserer Studenten hinweise. Und ein Nachteil ist es einfach, dass es vielfach in der allgemeinmedizinischen Praxis Verhaltensweisen gibt, die nicht in Leitlinien zu pressen sind, wo oft Kreativität in Anführungszeichen gefragt ist.

**I:** Haben Sie da ein Beispiel, wo Sie sagen, die Leitlinien passen so gar nicht in das hausärztliche Setting?

**M6236E-A:** Ja, gar nicht habe ich nicht gesagt! Sie müssen immer sehen, dass Leitlinien wissenschaftsorientiert sind, aber in der Praxis häufig ex juvantibus behandelt wird. Man kann folglich oft gar nicht strikt nach einem Leitfaden arbeiten, sondern muss sich eher explorativ herantasten. So etwas bekommt man natürlich nicht in festen Regeln formuliert. Das ist unser großes Problem.

**I:** Ok, würden Sie sagen, dass Sie sich dann an Leitlinien orientieren und sich dann einen eigenen Leitfaden zurecht bauen?

**M6236E-A:** Ja! Ja, genauso ist es. Es gibt viele Beispiele für so eine Vorgehensweise. Genau wie Sie sagen: Man liest eine Leitlinie, manchmal einmal, manchmal mehrmals und setzt sie dann in der Praxis in Kombination mit all seiner Erfahrung um. Das gibt dann natürlich eine Mischung aus Evidenz und Erfahrung. In welchem Semester sind Sie?

**I:** Im 8. Semester.

**M6236E-A:** Dann ist Pharmakologie so ein klassisches Beispiel, dass Sie z.B. bei den Gyrasehemmern einen *Rote-Hand-Brief* bekommen, wegen Aortenaneurysma etc. Rote-Hand-Brief ist sowieso ein eigenes Thema im Thema Leitlinien und dann fällt Ihnen ein großes

Stück aus Ihrem Behandlungsregime bakterieller Infekte raus und dann wird die ein oder andere Krankheit wirklich sehr viel schwieriger zu therapieren sein. Leitliniengerecht und Rote-Hand-Brief- gerecht dürfen Sie einige Gyrasehemmer gar nicht verwenden, trotzdem wird es im alltäglichen Handeln gemacht, auch von den Urologen.

**I:** Da hat ein Kollege von Ihnen mich auch darauf angesprochen, dass viele Leitlinien auch Antibiosen vorschlagen, die gewissen Resistenzlagen in Deutschland unterliegen, die teilweise regionsspezifisch sind.

**M6236E-A:** Ja, klassisches Beispiel. Vielleicht ist Ihnen die Behandlung von Streptokokken-Angina bekannt? Da wissen wir ja heute, dass der Outcome von Patienten mit Antibiose im Vergleich zu ohne Antibiose derselbe ist. Also, Sie brauchen heute keine Streptokokken-Angina antibiotisch zu behandeln. Wenn sie jetzt einen antibiotischen Pfad beschreiten, ist der genauso falsch wie richtig, aber im allgemeinen Sprachgebrauch bei Kindergärten, Grundschulen oder insbesondere sehr aufgebracht Eltern, kommen Sie oftmals um die Antibiose gar nicht herum, obwohl sie sachlich nicht begründet ist.

**I:** Verstehe. Wie oft würden Sie sagen, wie häufig kommt es in Ihrem Praxisalltag vor, dass Sie sich an Leitlinien orientieren oder Ihre Arbeit daran ausrichten.

**M6236E-A:** Also, ich kann das gar nicht in Prozent ausdrücken, aber bei mir persönlich ist der Anteil sehr hoch. Ich gehe schon davon aus, dass ich in über der Hälfte der Fälle zumindest die passende Leitlinie grob im Hinterkopf habe, ja.

**I:** Würden Sie sagen, dass das in den letzten Jahren eher zugenommen hat, gleichgeblieben ist, oder sogar abgenommen hat?

**M6236E-A:** Ich sehe schon, dass das zunimmt, weil immer mehr Unsicherheit in die alltägliche Arbeit reingebracht wird. Auch aus wissenschaftlicher Sicht und nicht nur aus eigener Bewertung. Auch der juristische Druck durch Patienten oder die KV wird immer höher und da ist man eben meist gut beraten, wenn man leitliniengerecht arbeitet. Sehen Sie ja jetzt gerade bei diesem unglücklichen Diskussionspunkt über AstraZeneca. Das kann ich überhaupt nicht verstehen und da bin ich nicht der Einzige. Das ist dann so ein Punkt.

**I:** Also würden Sie von einer zunehmenden rechtlichen Unsicherheit sprechen?

**M6236E-A:** Ja genau, das ist ja der entscheidende Punkt, dass Ihnen am Ende vom Richter gesagt wird, dass es hier klare Leitlinien zur Behandlung des bakteriellen Infektes gibt und da gehören Gyrasehemmer nicht mehr dazu! Das möchte ich dann nicht dem Gutachter erklären müssen, wenn etwas schiefgegangen ist.

**I:** Können Sie Situationen benennen, an denen Sie sich besonders an Leitlinien orientieren? Also beispielsweise Verdachtsfall, Erstdiagnose, Therapie, Verlaufskontrolle, Screening, Notfall, Spezialdiagnosen, Präventionszwecke?

**M6236E-A:** Ein Professor in der Uni hat immer zu mir gesagt, man muss Patienten nicht als Erstes untersuchen, sondern sie erstmal befragen. Die erzählen Dir alles! Die Untersuchung kommt als Zweites und da ist es natürlich so, dass Sie mit dem Problem des Patienten abends nach Hause gehen und dann schon ein Screening machen, unter anderem mit Leitlinien, um dem Thema nahezukommen. Danach kommen die nächsten Schritte. Das geht dann über alles: Diagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle, etc. Ich würde also sagen, dass ich versuche, mich selbst sehr breit aufzustellen, um in möglichst vielen Anwendungsgebieten Leitlinien einzusetzen. Vorausgesetzt natürlich, dass es Sinn macht. Also sowohl für mich, als auch für den Patienten.

**I:** Ok. Haben Sie auch Krankheitsbilder bei denen Sie sich insbesondere an Leitlinien halten. Also Beispiel die rheumatoide Arthritis, die ja sehr komplex zu behandeln ist.

**M6236E-A:** Kann ich Ihnen hunderte Beispiele nennen, aber bleiben wir mal bei der rheumatoiden Arthritis. Ich habe einer Patientin gesagt, sie darf kein Resochin (Chloroquin)

nehmen, obwohl das oft sehr erfolgreich ist, insbesondere im Anfangsstadium, da Resochin zu definitiven, irreversiblen Schäden am Augenhintergrund führt. Ich habe deutlich darauf hingewiesen, dass es in den Leitlinien ganz klar besprochen wird das Resochin. Also sie hat drauf bestanden es weiter zunehmen. Der Rheumatologe hat es weiter verordnet und meine Kollegin hat es weiter verordnet und da sind wir jetzt im Rechtsstreit. Die Patientin, obwohl sie mit meiner Kollegin befreundet ist, zeigt uns wegen Körperverletzung an, weil es einen Behandlungsfehler gegeben habe. Obwohl sie selbst auf das Medikament bestanden hat, obwohl ich es ihr gesagt habe, steht in der Leitlinie halt was anderes. Deshalb wird die Frau am Ende vom Richter recht bekommen. Davon gehe ich aus, weil es halt nicht leitliniengerecht behandelt worden ist und zu einem vorbeschriebenen Schaden geführt hat.

**I:** Verstehe. Wenn Sie jetzt eine Bilanz ziehen müssten: Wie hat sich Ihrer Erfahrung nach die Anwendung der von Ihnen bislang genutzten Leitlinien insgesamt auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität ausgewirkt? Was war gut, was weniger gut?

**M6236E-A:** Ja, das ist schon besser geworden. Das ist ja klar, weil Sie einfach im Wust einer Allgemeinarztpraxis schnell die Orientierung verlieren können. Die können Sie sich mit Leitlinien natürlich geben.

**I:** Ja, richtig. Wie sind Sie denn auf die Leitlinien, die Sie einsetzen, aufmerksam geworden? Also, wo greifen Sie die auf?

**M6236E-A:** Das ist Ihnen ja sicher bekannt, dass wir (als Ärzte) diese Fortbildung mit 50-Punkte-Programm jedes Jahr machen müssen. Da machen Sie dann die Hypertonie zum zweiundachtzigsten Mal, die chronische Lungenerkrankung etc. Das fließt ja alles in die allgemeine Fortbildung mit ein, oder im Selbststudium oder Literaturstudium oder, oder, oder. An jeder Ecke kommt da irgendeine Leitlinie zum Tragen.

**I:** Würden Sie sagen, dass Sie sich die Informationen vorwiegend über Fortbildungen und Fachzeitschriften einholen?

**M6236E-A:** Ja genau. Ich habe über die Praxis mehrere Zeitschriften der Allgemein- und Inneren Medizin abonniert. Da beziehe ich schon viele Informationen raus. Die Fortbildungen wiederholen sich, wie gesagt, sehr oft und das ist wirklich frustran. Da würde ich mir mal etwas zeitgemäßere und vor allem abwechslungsreichere Inhalte wünschen. Den größten Teil seiner Infos bezieht man am ehesten dann aus dem Internet. So auf den einschlägigen Seiten der jeweiligen Fachgesellschaften, ja. DEGAM und AWMF z.B.

**I:** Gut, alles klar. Bevorzugen Sie da irgendeinen Anbieter, bspw. die DEGAM in der Allgemeinmedizin?

**M6236E-A:** Nein. Ich bin von Haus aus Internist und Allgemeinmediziner und lege das sehr breit an. Ich bin auch heißer Anhänger vom heute nicht mehr so modernen Arzneimitteltelegramm und von entsprechenden Veröffentlichungen. Nein, da habe ich keine Bevorzugten.

**I:** Können Sie ungefähr einschätzen, in welchen Zeitabständen Sie sich da auf die Aktualität überprüfen, oder ist das ein fließender Prozess?

**M6236E-A:** Das ist eindeutig ein fließender Prozess.

**I:** Gibt es bestimmte Arten oder Typen von Leitlinien, die Sie bevorzugen? Ich spiele da die Ausarbeitungsform oder den Standard an.

**M6236E-A:** Nein, gar nicht. Wissen Sie, gerade weil Sie rheumatoide Arthritis angesprochen haben, Intervalltherapie etc., da müssen Sie sich, weil das Standard ist in der allgemeinärztlichen Praxis, das Thema immer wieder vorholen, um zu fragen, wo stehen wir denn gerade? Ist es jetzt das MTX oder Cortison oder ist es etwas anderes. Ich glaube, man ist sehr schlecht beraten, wenn Sie sich beraten fühlen. Man muss also immer nachhaken, ist ja klar.

**I:** Aber es ist für Sie anscheinend nicht die Hauptvoraussetzung, ob die Leitlinie S3-Standard hat, oder doch?

**M6236E-A:** Nein, nein, gar nicht. Die Kombination macht es aus.

**I:** Ok. Welche Voraussetzungen oder Eigenschaften muss eine gute Leitlinie erfüllen, damit Sie diese in Ihrer praktischen Tätigkeit aufgreifen bzw. anwenden?

**M6236E-A:** Ja, wie gesagt. Das ist eine Mischung aus verschiedenen Grundlagen und eine gute Leitlinie ist eine, die sich verständlich darstellt. Da haben Sie ja genug Beispiele, dass es Leitlinien gibt, die muss man 25x lesen, damit man sie differenziert versteht. Eine einfache Handhabbarkeit ist wichtig, nicht um es simpel, sondern um es praktikabel zu machen. Die Fortbildung findet ja in Ihrer Freizeit, z.B. am Wochenende statt. Wenn Sie da die Lust an einer unübersichtlichen Leitlinie verlieren, diese sachgerecht aufzuarbeiten, dann hat das auch keinen Zweck dann. Also, es muss praktikabel sein.

**I:** Da bin ich auch schon mehrfach drauf gestoßen. Wie wichtig sind Ihnen da Kurzfassungen?

**M6236E-A:** Wunderbar! Es gibt ja leider nicht viele und v.a. nicht viele Gute, aber natürlich, klar. Sie müssen sich ja den Alltag vorstellen. Die Leute, die Kollegen heute sind sehr müde geworden. Das vergangene Jahr war bekanntermaßen nicht unanstrengend und da hat man dann für lange Recherchen keine Zeit. Und wenn Sie sich dann wirklich wissenschaftlich bilden wollen, was der ein oder andere ja auch macht, ist es sehr, sehr anstrengend.

**I:** Das glaube ich Ihnen! Sie sind ja Praxisinhaber. Wie wichtig ist da die Wirtschaftlichkeit bei Leitlinien?

**M6236E-A:** Das ist das Problem. Da sprechen Sie einen wesentlichen Punkt an. Da bezieht sich auf eine Ihrer ersten Fragen in diesem Gespräch. Wir sind ja durch die Wirtschaftlichkeitsprüfung in ein sehr enges Korsett gebunden. Wir haben in der Praxis gerade eine Regressforderung nach Wirtschaftlichkeitsprüfung von 60.000€ erhalten, nachdem der Patient bei uns leitliniengerecht behandelt wurde. Also der Widerspruch von Leitlinie und Wirtschaftlichkeitsgebot im Prüfwesen ist eklatant.

**I:** Das klafft anscheinend noch an der Stelle.

**M6236E-A:** Das klafft riesenweit auseinander.

**I:** Gut. Wie wichtig ist Ihnen, dass Leitlinien Empfehlungen machen, dass Aufgaben an nichtärztliches Praxispersonal delegiert werden können?

**M6236E-A:** Das ist das nächste sehr spannende Thema, das unter der Überschrift geführt werden muss. *Physician assistant*, also die ganzen Diskussionen die dahin gehen, inwieweit Leistungen überhaupt delegierbar sind. Und natürlich gehört da Praxispersonal dazu und natürlich müssen die auch durch Leitlinien bedienbar sein. Ist ja völlig klar. Die sind ja heute nicht mehr die Abheftmäuse, sondern die sind ja hoch qualifizierte, sehr engagierte Kräfte, die auch zum Teil bewusst in Behandlungsprozesse eingebunden sind.

**I:** Also würden Sie sagen, dass in Leitlinien generell Empfehlungen zu Delegationen an nichtärztliches Personal gemacht werden sollten?

**M6236E-A:** Ja klar, unbedingt!

**I:** Nutzen Sie auch die Möglichkeit von Patientenfassungen? Einige Leitlinien haben ja auch das Angebot der Patientenfassung als einfach erklärte Version. Teilen Sie sowas aus, oder machen Sie da keinen Gebrauch von?

**M6236E-A:** Doch, doch. Bei so Volkskrankheiten wie z.B. der Gicht gibt es schöne Patientenversionen, ja klar.

**I:** Kommen wir nochmal zum Thema *Implementierung*, also wann und wie man überhaupt eine Leitlinie in den Praxisalltag aufnimmt. Welche Probleme bzw. Herausforderungen nehmen Sie bei der Leitlinienimplementierung in Ihrem Praxisalltag wahr?

**M6236E-A:** Ja, die Praxis und der Praxisalltag sind natürlich nicht als Algorithmus darstellbar, sondern da sind die Randbedingungen so vielfältig, dass Sie die Ränder weich machen müssen bzw. die Ränder weich gehalten werden müssen.

**I:** Haben Sie auch den Eindruck, dass das gerade bei Neueinführungen von Leitlinien zu Verzögerungen oder Schwierigkeiten im Praxisalltag kommt?

**M6236E-A:** Das muss zu Schwierigkeiten führen, weil wir sind ja heute, gerade in Bezug auf Covid froh, wenn wir den Alltag überleben. Das hört sich dramatisch an, ist aber so. Und da muss jede Unterstützung handhabbar sein und praktikabel sein und mundgerecht sein. Und was Sie selber sich anlesen wollen und differenzierter betrachten wollen, das ist Ihr Privatvergnügen. Das muss man dann am Wochenende machen.

**I:** Interessanter Punkt. Was würden Sie sagen: Inwiefern lassen sich Leitlinien ohne große Probleme auf die breite Patientenschaft anwenden, also vom individuellen Patienten auf eine Patientengruppe mit gleicher Erkrankung?

**M6236E-A:** Nein, wie ich vorher schon gesagt hatte. Ich schaue mir Leitlinien als Leitfäden an und konstruiere mir ein Behandlungskonzept, welches ich für jeden Patienten anpassen kann. Ich mache da jetzt... also ich weiß selbstverständlich, je nachdem welche Güte eine Leitlinie hat, dass sie schon sehr intensiv wissenschaftlich begleitet wird, aber da ist es jetzt kein Gottesurteil.

**I:** Also würden Sie sagen, es sind sowohl individuelle, also auf größere Anpassungen erforderlich, um Leitlinien anzuwenden?

**M6236E-A:** Ja, ja richtig, genau. Muss halt praktikabel sein.

**I:** Alles klar. Ich würde folgend ein paar Aussagen vorlesen und Sie sagen mir, ob Sie da zustimmen oder nicht. Gerne auch begründet, also keine reinen Ja/Nein-Fragen:

Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.

**M6236E-A:** Ja, klar.

**I:** Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie.

**M6236E-A:** Das hatte ich ja schon 2x beantwortet die Frage. Also klares Jain! Ein Patient ist ja auch nicht leitliniengerecht krank!

**I:** Ja, das stimmt. Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden.

**M6236E-A:** In der Regel ja.

**I:** Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen ein.

**M6236E-A:** Nein.

**I:** Leitlinien ermöglichen ein strukturierteres Vorgehen bei Diagnose und Therapie.

**M6236E-A:** Ja, klar.

**I:** Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.

**M6236E-A:** Nein. Das liegt ja am Anwender. Sie dürfen natürlich nicht, das sagte ich ja vorhin... Man begibt sich da manchmal wohl auf glattes Eis, aber letztendlich bringt Sie da die langjährige Praxiserfahrung weiter.

**I:** Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.

**M6236E-A:** Ja, nein. Die werden ja nicht jeden Tag geändert. Da gibt es z.B. Leitlinien zur Hypertonie, das wissen Sie besser als ich und die wird immer mal angepasst und da werden mal Sachen rausgeholt und bestimmte Medikamente kritisch besprochen.

**I:** Was sollte oder müsste Ihrer Meinung nach rund um das Thema *Leitlinien für die hausärztliche Praxis* verbessert werden? Wo sehen Sie konkreten Handlungsbedarf?

**M6236E-A:** Na gut, das wissen Sie, da ist ja die DEGAM weit vorne. Da sehe ich eigentlich gar keinen konkreten Handlungsbedarf. Aber wie gesagt, ich sehe Leitlinien auch nur als Teil meines Therapiespektrums und das gestalte ich mir selbst. So wie das zurzeit gemacht wird, ist das in Ordnung und die DEGAM ist da ja führend mit verschiedenen Fortbildungen.

**I:** Jetzt haben Sie gesagt, Leitlinien müssten ja generell noch mehr zugeschnitten auf Praxisabläufe sein. Wenn das so umgesetzt würde nach Ihren Ansprüchen, wären Sie da grundsätzlich bereit, sich noch enger an Leitlinien zu binden oder die Patientenversorgung noch stärker daran auszurichten?

**M6236E-A:** Nein. Ich glaube für mich, ich bin ja jetzt nicht mehr so neu und habe nicht mehr lange zu arbeiten. Ich möchte mein System vorhandener Möglichkeiten, das ist für mich persönlich ideal. Das möchte ich nicht verlassen, da brauche ich auch keine bessere Leitlinie, sondern ich brauche die Kombination aus Internet, Leitlinie, Kollegengesprächen, Fortbildung etc.

**I:** Das ist ziemlich genau das, was Ihre Kollegen vor Ihnen mir erzählt haben. Überrascht mich aber auch nicht.

**M6236E-A:** Eben, das ist ja Alltag.

**I:** Wie könnte man aus Ihrer Sicht die Implementierungsbereitschaft anderer ärztlicher Kollegen in Zukunft erhöhen? Es gibt ja doch Kollegen, die sich noch stärker gegen Leitlinien aussprechen oder zumindest weniger anwenden.

**M6236E-A:** Ja, ich beantworte die Frage mal politisch. Wir haben in RLP gute Erfolge für die hausärztlichen Kollegen und Kolleginnen erreicht. Wir machen eine sehr intensive berufspolitische Arbeit. Auch und sehr oft dem Herrn Gerlach (Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH (Frankfurt am Main)) zum Widerspruch, weil da einiges, ich sage mal, zu sehr verarmt ist bei der DEGAM. Sie müssen den Kollegen durch berufspolitische Unterstützung in diesem irrsinnigen Alltag, jetzt gerade bei COVID und der Vorbereitung auf das Impfen durch Hausärzte zur Seite stehen und die Kollegen und Kolleginnen von dem Gedanken oder dem umtriebigen Wesen befreien. Durch diese politische Arbeit könne sie die Kollegen und Kolleginnen an sich ziehen und dann kann man auch in die strukturelle hausärztliche Arbeit investieren. Also ein ganz anderer Ansatz, aber der ist meines Erachtens richtungsweisend. Man muss die Leute erstmal davon überzeugen, dass es sinnvoll ist, im Hausärzteverband zu sein und dass hausärztliche Arbeit in der Gruppe passiert und dann in der Absprache durch Leitlinien bzw. durch Algorithmen sich zu orientieren.

**I:** Ja, das hört sich doch nach einem schönen Schlusswort an! Vielen Dank für Ihre Expertise und die Bereitschaft an meiner Arbeit teilzunehmen!

### 2.3 Transkript Interview III - M368G-A

I= Interviewer

**M368G-A** = Arzt

**I:** Ich begrüße Sie, herzlichen Dank für das Interview! Ich würde gerne als Erstes von Ihnen wissen, was Ihnen als Erstes in den Sinn kommt, wenn Sie an Leitlinien in Ihrem hausärztlichen Alltag denken?

**M368G-A:** Beim Thema Leitlinien kommen mir direkt die DEGAM-Leitlinien in den Sinn. Ich bin Hausarzt und benutze die tatsächlich sehr häufig, vor allem von der Homepage der DEGAM. Was ich gut finde, sind die Kurzfassungen der Leitlinien. Mit denen arbeite ich eigentlich am meisten. Da kommen ja auch immer mehr dazu zu den Beratungsanlässen und ich finde es derzeit unerlässlich, damit zu arbeiten. Ein moderner Hausarzt, finde ich, muss mit Leitlinien umgehen und arbeiten können. Ich benutze ab und zu auch die AWMF-Leitlinien zu etwas komplizierteren Themen, aber eher häufiger die DEGAM-Leitlinien.

**I:** Sehr schön! Sie sprechen da schon viele Themen an, zu denen wir gleich noch kommen. Die zweite Frage erübrigt sich da schon fast: Wie Sie grundsätzlich zu Leitlinien stehen und warum?

**M368G-A:** Ja ich stehe sehr, sehr positiv und aufgeschlossen Leitlinien gegenüber, weil ich einfach finde, dass es wichtige Instrumente in der Allgemeinmedizin sind, aber auch in anderen Fächern, weil man erstens auf juristisch sicherem Boden steht, wenn man sich an Leitlinien hält und man nicht im luftleeren Raum schwebt und sich sicher daran festhalten kann und zweitens, weil man damit sowohl eine gute Therapie und eine gute Diagnostik hinkriegen kann.

**I:** Inwiefern bringen Leitlinien aus Ihrer Sicht da Vorteile oder sogar Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?

**M368G-A:** Vorteile sind z.B., dass ich einen Leitfaden habe, an dem ich mich abarbeiten kann. Auch im Hinblick auf Prüfungen, weil ich weiß, was man lernen muss und woran ich mich halten muss.

Nachteil ist halt manchmal, dass man sich einfach unter Druck gesetzt fühlt, nach dem Motto: Ich muss jetzt an das alles denken, was manchmal ein ganz bisschen am Alltagsgeschäft vorbeigeht. Leitlinien sind ja letztendlich das Nonplusultra. Das schafft man aber meistens nicht 100%ig im Alltagsgeschäft abzubilden. Ich glaube aber, dass das vom Verständnis her richtig ist. Das muss man auch gar nicht und darum geht's auch gar nicht. Viele denken immer so: Mist, die Leitlinie erschlägt mich, ich muss das jetzt alles machen. Darum geht's aber nicht. Das ist einfach ein roter Faden, an dem man sich orientiert, aber manche würden sagen als Nachteil, ich eher nicht, aber das und das muss ich jetzt noch machen und dass einen das manchmal erschlagen kann. Also die Fülle an Aufgaben die man da so zu bewältigen hat.

**I:** Also würden Sie sagen, dass nicht alle Leitlinien komplett im Praxisalltag umzusetzen sind?

**M368G-A:** Richtig, ja.

**I:** Ok, können Sie ungefähr einschätzen, wie häufig es in Ihrem Praxisalltag vorkommt, dass Sie sich an Leitlinien orientieren bzw. Ihre Arbeit daran ausrichten?

**M368G-A:** Das ist schwer zu sagen, da ich mittlerweile viele Leitlinien im Kopf habe und nicht immer wieder nachgucken muss. Ich orientiere mich sehr viel an Leitlinien. Wir haben mittwochs immer eine Fortbildung, in der wir auch viel über Leitlinien sprechen bzw. wo auch neue Leitlinien vorgestellt werden. Ich würde sagen, dass ich, Na ja, wie soll ich das festmachen? Wahrscheinlich täglich 3-4x, bewusst sozusagen, leitliniengetreu entscheide. Ich denke unterbewusst ist es noch viel mehr.

**I:** Ok. Können Sie das differenzieren in Diagnostik, Therapie oder Patientenmanagement? Gibt es da...

**M368G-A:** Vor allem Therapie!

**I:** Die anderen beiden? Kommt das vor, oder eher nicht so häufig?

**M368G-A:** Diagnostik würde ich sagen an zweiter Stelle und Patientenmanagement eher an dritter Stelle.

**I:** Sehr konkret, vielen Dank! Ja, würden Sie sagen, dass die Orientierung an Leitlinien in den letzten Jahren eher zugenommen oder eher abgenommen hat bzw. gleichgeblieben ist?

**M368G-A:** Auf jeden Fall zugenommen. Sieht man alleine schon daran, wie viele Leitlinien bei der DEGAM dazugekommen sind und wie oft die aktualisiert werden. Auch in anderen Fächern, also Leitlinienarbeit hat unheimlich zugenommen und ich finde das auch extrem wichtig für die evidenzbasierte Medizin. Ohne Leitlinien, würde ich sagen, gibt es keine evidenzbasierte Medizin!

**I:** Können Sie das auf irgendwas zurückführen, warum das so zugenommen hat? Sie sagten ja eben z.B., dass es ein immer größer werdendes Angebot gibt?

**M368G-A:** Ja, ich glaube einfach, weil unsere junge Ärzteschaft sich an was festhalten will. Ich sage mal so: Die ältere Hausärzteschaft hat sehr viel aus dem Bauch heraus gemacht, also erfahrungsbasierte Medizin und wir jüngere Hausärzte, wir wollen es konkret wissen. Nicht so larifari Na ja, man könnte das und das mal geben und guckt mal, sondern wir sind wissenschaftlicher. Wir sind auch einfach wissenschaftlicher ausgebildet. Ich bin jetzt 36, also es hat natürlich auch in meiner universitären Ausbildung einen deutlich höheren Stellenwert gehabt, als bei meinen Kollegen, die um die 60 sind und ich glaube, das ist so die Hauptursache, dass wir derzeit eine Akademisierung der Allgemeinmedizin sehen. Wir haben eigentlich fast in jeder Unistadt einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin und das treibt natürlich auch das Leitlinienwesen voran und das ist sehr positiv!

**I:** Das bildet ziemlich genau das ab, was ich bisher aus meinen Interviews heraushören könnte.

**M368G-A:** Ach noch was! Ich habe seit ca. einer Woche einen Zugang zu Deximed. Das ist ein norwegisches Allgemeinmedizin-Lexikon, was vor ein paar Jahren ins Deutsche übersetzt worden ist. Ein Projekt aus der DEGAM und da werden immer die aktuellen Leitlinien eingearbeitet. Nicht nur von der Allgemeinmedizin, sondern auch von anderen Fachgesellschaften und ich habe das tagtäglich an auf dem Laptop. Wenn ich was nicht weiß, dann gucke ich das schnell nach und muss gar nicht mehr auf die DEGAM-Seite gucken, sondern mache das alles über das DEXIMED-Lexikon und das ist so ähnlich wie Amboss, womit man ja eh gewohnt ist zu lernen. Es ist sogar noch ein bisschen besser und da ist immer das aktuelle Leitlinienwissen mit drin und das ist echt super. So arbeiten wir junge Hausärzte eben, da kann ich für viele sprechen!

**I:** Da sprechen Sie ein interessantes Thema an. Da ziehe ich gerade eine Frage vor: Erstmal, wie sind Sie überhaupt auf die Leitlinien aufmerksam geworden, die Sie am häufigsten benutzen bzw. wo haben Sie diese aufgegriffen?

**M368G-A:** Spätestens beim Lernen für die Facharztprüfung, weil es da sehr wichtig ist. Das wird auch in den meisten Facharztprüfungen mittlerweile verlangt, dass man die wichtigsten Leitlinien für die wichtigsten Beratungsanlässe eben draufhat in der Allgemeinmedizin. Also spätestens da ist das ein großer Stellenwert gewesen.

**I:** Nutzen Sie auch Fachzeitschriften, Fortbildungen oder andere Quellen?

**M368G-A:** Ja! Ja, ich nutze die ZFA, also die *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. Da geht es ja auch sehr viel um evidenzbasierte Medizin. Ich nutze *Der Hausarzt* und das *Ärzteblatt*. Das sind so die drei Zeitungen, die ich regelmäßig lese. Zu allen anderen komme ich unregelmäßig.

**I:** Sie haben gesagt, Sie veranstalten mittwochs sowas wie einen Qualitätszirkel, oder was kann ich mir darunter vorstellen?

**M368G-A:** Ja genau! Genau, das ist ein Qualitätszirkel aus unserer Praxis. Wir sind eine Gemeinschaftspraxis mit sieben Ärzten mittlerweile und wir haben jeden Mittwoch einen Qualitätszirkel. Da geht es um evidenzbasierte Medizin. Wir machen viele Fallvorstellungen und gucken was die anderen Kollegen dazu sagen und ob es zu diesen Fragestellungen Leitlinien gibt. Ich habe noch einen zweiten Qualitätszirkel über meinen Verein. Dort haben wir etwa 2-3 Sitzungen pro Quartal und auch da gibt es immer wieder Berührungspunkte zum Thema EbM.

**I:** Besser geht's ja gar nicht. Sie greifen auf meine Fragen schon vorher ein und das ist genau das, was ich wissen wollte! Nochmal kurz auf das Internet zurück: Sie benutzen hauptsächlich das Online-Angebot der DEGAM bzw. Deximed sagten Sie. Gibt es da noch andere Quellen die Sie benutzen?

**M368G-A:** AWMF. Da bin ich aber nur sehr unregelmäßig. Selten, eigentlich nur, wenn es was sehr Spezielles ist, z.B. wenn es um sowas wie Antikoagulation geht, wenn ich wirklich mal eine ganz konkrete, schwierige Fragestellung habe. Das mache ich aber nur ganz selten muss ich sagen.

**I:** Ok, und in welchen Zeitabständen würden Sie sagen überprüfen Sie sich selbst auf die Aktualität der Leitlinie?

**M368G-A:** Das ist schwer zu sagen. Z.B. in dem Deximed sind immer die aktuellsten Leitlinien drin, sodass ich mich da gar nicht überprüfen muss. Wenn ich mich festlegen müsste, würde ich aber so sagen, einmal im halben Jahr spätestens.

**I:** Sehr schön, gibt es spezielle Krankheitsbilder, bei denen sie insbesondere auf Leitlinien zurückgreifen, weil sie vielleicht komplexer zu behandeln sind und weshalb gerade dort?

**M368G-A:** Klar. Bei Antikoagulation. Alles rund um das Thema, weil es mittlerweile sehr komplex geworden ist. Dann ja letztendlich, was immer ein bisschen Schwierigkeiten bereitet, auch wenn es einfach klingt: die Dysurie und Harnwegsinfekt. Weil da auch immer mal wieder die Antibiotika umgestellt werden. Ist letztendlich ein dankbares Thema, aber man muss gucken, dass man aktuell bleibt. Das sind so die Themen, gerade die Antikoagulation, weil wir da recht viele im Hausarztalltag haben. Und Polypharmazie, gerade bei geriatrischen Patienten ist immer schwer zu überblicken.

**M368G-A:** Klar. Ihre Vorgänger haben gerade auch bei Antibiosen angemerkt, dass diese regionalen Resistenzmechanismen unterliegen und man da allein deswegen sich aktuell orientieren muss.

**I:** Klar, genau.

**M368G-A:** Die nächste Frage hatten wir eigentlich schon fast geklärt. Wenn wir es nochmal ein bisschen spezifizieren könnten. Ich werde mal ein paar Schlagworte ein und Sie sagen mir ob das zutrifft, oder ob Sie Leitlinien da gar nicht anwenden. Es geht um Situationen wie Verdachtsfällen, Erstdiagnosen, Therapie-Verlaufskontrollen, Screening, Notfälle, Spezialdiagnosen oder zu Präventionszwecken. Das war jetzt wahrscheinlich viel auf einmal und ich wiederhole mich da gerne noch einmal.

**I:** Ne, da kann ich aber zu allem zustimmen. Manche häufiger, manche seltener, aber das hatten wir ja zuvor besprochen. Zum Thema Prävention fällt mir vor allem die Prostata ein. PSA-Bestimmung z.B., da bin ich immer dankbar, dass es dazu eine Leitlinie gibt und ich eine eindeutige Aussage bekomme. Man muss ja sagen, dass viel in der Medizin schwammig ist, wir machen ja viel aus Erfahrung heraus, aber manchmal kommt man zu einem Punkt, da will ich es konkret wissen und da braucht man einfach mal eine Leitlinie in der Informationen stehen, die ich auch dem Patienten dann so sagen kann. Dann ist man auch juristisch auf der sicheren Seite, also wenn ich das so dokumentiere "gemäß Leitlinie" und es passiert doch mal was, was sehr selten ist, dann kann man es so dokumentieren das

man leitliniengetreu gearbeitet hat. Wenn es dann ein Verfahren gibt, wird sich von juristischer Seite sehr oft an den Leitlinien orientiert. Das ist einfach so.

I: Ok, würde Sie da eher sagen, Sie halten sich da sehr strikt dran oder würden Sie sagen, Sie basteln sich im Laufe des Arbeitsalltages aus einer Leitlinie eine eigene Leitlinie.

**M368G-A:** Sagen wir mal so: Die Leitlinie ist meine Grundlage, aber wie ich vorhin schon gesagt habe, es gibt halt immer mal wieder das reale Leben, was sich in einer Leitlinie nicht abbilden lässt, weil viele Faktoren reinspielen, die man nicht immer vorwegnehmen kann und man dann immer schauen muss, wie man das auf sein Arztleben und das Patientenleben hin runterbricht. Ich würde sagen, ich bastle nicht meine eigene Leitlinie, aber ich versuche es halt so zu kanalisieren, dass es auf den Patienten hin passt. Ich weiß, wann ich abweiche, ich weiß dann aber auch, warum ich abweiche. Ich glaube, es ist wichtig die Leitlinie zu kennen, also den Boden auf dem man steht. Dann weiß man aber auch, wo man abweichen kann und wie man abweicht. Ich weiche also schon häufig mal von Leitlinien ab, aber das ist dann jedes Mal bewusst. Ich glaube, es ist selten bei komplexeren Patienten, dass man sich exakt an die Leitlinien hält. Das alles zusammen wäre, glaube ich, realitätsfern, aber man hat auf jeden Fall den roten Faden in der Hand. Bei einfachen Sachen, wie z.B. Halsschmerz oder Dysurie ist es deutlicher. Da ist es ja ganz klar was man macht. Das sind einfache Beratungsanlässe, aber es gibt halt auch schwierige Beratungsanlässe. Wenn jetzt z.B. ein Patient mit vielen Medikamenten (in der Dauermedikation) zu Ihnen kommt und hat dann vielleicht noch eine Niereninsuffizienz usw. dann wird es natürlich beliebig komplex.

I: Verstehe! Sie haben eben die Evidenz von Leitlinien angesprochen. Gibt es da Arten von Leitlinien, die Sie bevorzugen? Z.B. auf den Standard bezogen? Sagen Sie beispielsweise: Für mich muss eine Leitlinie S3-Standard haben, oder machen Sie da keinen Unterschied?

**M368G-A:** S3 wäre natürlich super, aber das ist natürlich oft nicht zu machen. Je besser, desto besser. Leider gibt es ja oft nur eine Expertenmeinung, aber dann ist das halt so. Wobei ich aber sagen muss: Es ist schwierig zu wissen, auf welcher Grundlage die Leitlinie steht, also ist das jetzt S3 oder nur eine Expertenmeinung. Da müsste ich wirklich nachgucken. Ich glaube, letztendlich ist es für mich egal. Es geht ja darum, dass man so ein bisschen Handwerkszeug für den Alltag in der Hand hat.

I: Genau. Es gibt, glaube ich, zurzeit elf DEGAM-Leitlinien die den S3-Standard erfüllen.

**M368G-A:** Wüsste ich gar nicht.

I: Geben Sie da der DEGAM eher den Vorzug im Gegensatz zu anderen Fachgesellschaften?

**M368G-A:** Ja ja, auf jeden Fall. Weil es ist einfach meine Hausfachgesellschaft mit der ich am meisten zu tun habe und mit der ich mich am meisten identifiziere. Ich bin selbst auch Mitglied in der DEGAM und ich finde es toll, was die da auf die Beine stellen. Auch den Anspruch die Hausarztmedizin wissenschaftlich zu betreiben, unterstütze ich total und finde es auch unglaublich wichtig, um von anderen Fachgesellschaften ernstgenommen zu werden. Die Hausarztmedizin hat in Deutschland immer noch so ein bisschen das Problem, dass man uns Hausärzte belächelt. Nach dem Motto: Das ist ja der Hustendoktor, noch so von früher und je akademischer wir darangehen, umso besser werden wir da wahrgenommen. Also in England und Skandinavien ist das so, dass die Allgemeinmedizin die Königsklasse ist. Da sind wir in Deutschland meilenweit von entfernt. Da haben gerade Leitlinien einen großen Beitrag, dass das besser wird.

I: Gut. Welche Voraussetzungen müssen überhaupt Leitlinien für Sie haben, dass Sie sich entscheiden, diese in Ihren Praxisalltag zu integrieren?

**M368G-A:** Sie müssen auf jeden Fall konkret sein, konkrete Aussagen haben. Sie müssen in jedem Fall Kurzfassungen haben, damit ich diese schnell anwenden kann im Hausarztalltag. So wie es ja meistens ist mit "sollte gemacht werden" oder "sollte nicht gemacht werden",

dass man schnell rauslesen kann, wie ist es jetzt? Und man nicht hundert Stunden nachlesen muss, sondern eine gute Anwendbarkeit hat.

**I:** Sie sind ja selbstständig, sagten Sie. Wie wichtig ist da, gerade in der Anwendung von Leitlinien, der Punkt Effizienz und Wirtschaftlichkeit?

**M368G-A:** Ganz hoch.

**I:** Die Frage könnte ich mir in Zukunft wahrscheinlich sparen, aber das ist ja wahrscheinlich alles nicht immer komplett vereinbar, oder?

**M368G-A:** Ja. Das ist ganz, ganz problematisch! Da haben wir erst letzte Woche im Qualitätszirkel drüber gesprochen. Auf der einen Seite steht die qualitativ gute, evidenzbasierte, durch Leitlinien getragene Medizin. Also so wie ich es machen soll. Auf der anderen Seite steht das, was vom GBA (gemeinsamer Bundesausschuss) und von der KV (kassenärztliche Vereinigung) vorgegeben wird. Das ist dann leider ganz oft so, dass sich das beides beißt und Sie stehen dann als Hausarzt da und sagen: "Das kann nicht sein!". Ich will diesen Patienten jetzt möglichst gut versorgen, z.B. ein Diabetespatient mit KHK, der jetzt nach Leitlinien z.B. auch relativ schnell einen SGLT2-Inhibitor bekommen soll, oder ein Inkretin-Mimetikum, was ganz klar durch Studien und Leitlinien getragen wäre, aber wir würden das nicht bezahlt bekommen. Wenn ich das so machen würde, könnte ich morgen meine Praxis zumachen, weil ich nach ein paar Patienten einen Regress krieg in Höhe von 50.000€ oder so. Und das ist total schade, finde ich. Wir müssen also in Zukunft schauen, wie kriegen wir das hin, dass die KV und der GBA eigentlich auch finanziell uns erlaubt eine Medizin zu machen, wie sie in den Leitlinien drinsteht. Das ist also ein riesen Problem. Wenn ich rein leitliniengetreue Medizin mache, könnte ich wahrscheinlich in einer Woche meine Praxis schließen.

**I:** Das habe ich schon mehrfach gehört, dass die Angst vor Regressansprüchen die Hausärzte zu Abweichungen antreibt.

**M368G-A:** Das ist halt traurig, weil das stoppt alles! Das stoppt die Wissenschaftlichkeit, das stoppt Weiterentwicklung in der Medizin und ich weiß nicht wie man das löst, aber da muss auf jeden Fall dran gearbeitet werden. Das ist also ein ganz, ganz großes Problem! Also das ist eigentlich das, wo ich in der letzten Zeit fast dran verzweifelt bin. Ich denke oft, dass das nicht wahr sein kann, weil ich ganz vielen Fällen braucht der Patient das (Medikament) und ich darf dann manche Medikamente nicht aufschreiben, obwohl es in der Leitlinie so drinsteht.

**I:** Ja, richtig.

**M368G-A:** Ein anderes Thema sind die Statine, als LDL-Spiegel. Kardiologen sagen z.B. in ihren Leitlinien, dass Patienten die mal einen Herzinfarkt hatten, also das man da das LDL so niedrig wie möglich drücken soll, also am besten unter 70. Die DEGAM sieht das da eher ein bisschen lockerer. Man solle auf jeden Fall ein Statin anfangen, aber eigentlich müsste man es dann nicht mehr kontrollieren, wenn er das Statin schon hat und da sieht man wieder den interessanten Punkt, wie sich Leitlinien von unterschiedlichen Fachgesellschaften beißen. Für mich als Hausarzt an der Basis ist das natürlich auch nicht hilfreich, wenn ich da irgendwie vier oder fünf Leitlinien zum gleichen Thema habe und überlegen muss, welche nehme ich denn nun eigentlich?

**I:** Ja da ist man dann selbst am Zug, die Evidenz zu kontrollieren. Schöner Punkt!

**M368G-A:** Ja das ist auch ein schwieriges Feld, finde ich.

**I:** Nehme ich mit auf, interessant. Kommen wir zum nächsten Thema: Wie wichtig ist es Ihnen, dass Leitlinien Empfehlungen machen, wie Sie Aufgaben an nichtärztliches Personal delegieren können?

**M368G-A:** Ganz Wichtig!

I: Machen Sie davon Gebrauch?

**M368G-A:** Ja, wir haben gerade zwei NÄPA und VERAH ausgebildet. Das sind nichtärztliche Praxisassistentinnen in der Praxis, die auch Hausbesuche alleine machen dürfen und es wäre toll, wenn es dafür Leitlinien geben würde! Also wenn man sagt, das und das dürfen die NÄPA's machen und das nicht. Das war jetzt gerade ein Streitpunkt meiner Kollegen, dass die gesagt haben: „Nein, das dürfen die alles nicht machen!“ Das waren aber ältere Kollegen. Wenn es das klare Empfehlungen geben würde, und das können Sie gerne an Ihren Lehrstuhl weitergeben, das wäre toll und dann kann man da auch besser mit arbeiten.

I: Ich habe da gerade das Rundschreiben vom rheinlandpfälzischen Hausärzteverband zur Ausbildung von NÄPA's gelesen. Das ist wirklich interessant.

**M368G-A:** Ganz tolles Feld. Da wäre mal eine Publikation zu fällig. Gibts leider nicht viel zu. Gerade was die Kompetenzen angeht. Das ist halt juristisch nicht ganz einfach. Wenn ich jetzt eine losschicke und die spritzt ein Medikament, dann ist das ja rechtlich nicht wirklich gesichert. Da muss man natürlich aufpassen.

I: Ja, ich komme aus dem Rettungsdienst. Da ist die Rechtslage ja ähnlich, was heilkundliche Maßnahmen angeht.

**M368G-A:** Genau.

I: Aber generell machen Sie da häufig Gebrauch von, dass nichtärztliches Personal Maßnahmen anwenden, die unter Leitlinien geregelt sind?

**M368G-A:** Ja, genau.

I: Ok. Viele Leitlinien bieten ja auch eine Patientenfassung. Machen Sie davon Gebrauch?

**M368G-A:** Das mache ich über das DEXIMED. Also nicht direkt über die Leitlinie. Im Deximed-Lexikon gibt es tatsächlich auch Patienteninformationen, in denen auch die Leitlinien mit eingearbeitet werden. Das ist objektiv und sehr, sehr gut gemacht. Weil es auch von der DEGAM gestützt wird. Ich gebe den Patienten da immer die Internetadresse mit. Da könne sie alles über die Erkrankung nachlesen und müssen es nicht googeln. Aber eine Leitlinie direkt habe ich noch nicht weitergegeben, also da verweise ich immer auf das DEXIMED.

I: Schön, ok. Jetzt würde ich nochmal gerne über das Thema Implementierung sprechen. Das ist ja ein schwieriges Thema, wann sich Ärzte überhaupt dafür entscheiden, Leitlinien in Ihren Praxisalltag zu übernehmen. Gibt es da konkrete Probleme oder Herausforderungen, die Sie da wahrnehmen, was die Leitlinienimplementierung angeht?

**M368G-A:** Ich glaube, man muss einfach gelernt haben damit zu arbeiten. Die ältere Ärzteschaft kann das wahrscheinlich nicht mehr, die haben das nicht gelernt und sind nicht damit aufgewachsen. Ich glaube, mein Jahrgang, jetzt so die jungen Hausärzte, für die ist das ganz selbstverständlich, die implementieren das ganz automatisch. Ich glaube, wenn die Qualitätszirkel das immer wieder thematisieren und das abarbeiten, wird das auf längere Sicht sowieso in den Praxisalltag miteinfließen. Man sollte in der Praxis am besten ein eigenes QM machen und in dem QM sollte Leitlinienarbeit mit drin sein und ich glaube man sollte einfach allen Ärzten, die in einer Praxis arbeiten, einen Zugang für DEXIMED oder AWMF-Leitlinien oder Ähnliches bereitstellen, dass die die einfach abrufen können und wissen, wie sie an Leitlinien drankommen. Daran scheitert es nämlich meistens. Wir haben ja viele Patienten am Tag. Wenn Sie dann erst in einem Buch rumblättern müssen und sich die Leitlinie oder Fachinfo raussuchen müssen, dann macht das derjenige nicht. Deshalb muss man sich überlegen, wie man Leitlinien kondensiert aufarbeitet und da ist für mich DEXIMED eine super Lösung. Oder die Kurzfassungen der Leitlinien zumindest sind da sehr

gut. Es ist mittlerweile so, dass ich gar nicht mehr im Herold o.Ä. nachgucke wie früher, sondern ich gehe direkt auf DEXIMED und gebe das da ein. Ich glaube, dass das die Zukunft ist. Da kann man das dann auch gut implementieren.

**I:** Ja, genau das ist auch meine Erfahrung, die ich aus den letzten Interviews gemacht habe. Auch, dass sich gerade ältere Kollegen beschwerten, dass das überhaupt nirgendwo gebündelt abrufbar ist, aber das ist ja eigentlich nicht der Fall.

**M368G-A:** Amboss hat z.B. auch alle Leitlinien drin. Das sind dann Aussagen von älteren Kollegen, die keine Ahnung davon haben. Entschuldigung, aber das ist dann so. Die haben sich aber auch nie die Mühe gemacht, online zu arbeiten, oder sich zu digitalisieren. Das ist die gleiche Fraktion, die auch die Videosprechstunden boykottieren, aber die werden halt irgendwann mit der Zeit von alleine abtreten. Also, weil die altersbedingt aufhören. Ich sehe da sehr optimistisch in die Zukunft, weil die junge Hausärzteschaft ist da super organisiert. Wir machen alle Videosprechstunden, wir arbeiten alle digital und das wird super werden, da bin ich ganz optimistisch.

**I:** Schön. Haben Sie es jemals erlebt, dass die Einführung einer Leitlinie zu Verzögerungen oder Behinderungen im Praxisablauf geführt hat?

**M368G-A:** Nein, noch nie. Das habe ich bisher noch nie erlebt. Das geht wohl fließend. Oder man macht sich einfach bewusst, dass man da ein bisschen abweicht, aber wenn man das begründen kann, ist das ja ok. Es gibt da immer so ein bisschen den Streitpunkt tatsächlich mit den Cholesterinsenkern bei uns in der Praxis. Die älteren Kollegen sagen, nein das ist Quatsch wir kontrollieren das auf jeden Fall weiter wie der LDL ist und halten sich damit eher an die kardiologischen Leitlinien bei Patienten z.B. nach Infarkt. Ich halte mich da eher an die DEGAM-Leitlinien. Wenn der Patient mit den Statinen in letzter Zeit gut gefahren ist, brauche ich nicht alle sechs Monate das LDL kontrollieren und da gibt es natürlich immer so bisschen Reibereien. Aber das ist eigentlich das einzige Beispiel.

**I:** Können Sie einschätzen, wie Leitlinien sich vom einzelnen Patienten auf eine größere Patientenschaft übertragen lassen, oder ist das sowieso kein Problem?

**M368G-A:** Also eigentlich ist das kein Problem, finde ich.

**I:** Sind da individuelle Anpassungen erforderlich oder könne Sie das dann 1:1 übernehmen?

**M368G-A:** Das ist, was ich vorher meinte, schwierig es eher von einer großen Patientenschaft auf den Einzelnen anzuwenden, weil der Patient eben nicht immer der Standard-Leitlinienpatient ist, weil er irgendwelche anderen komplexen Vorerkrankungen hat, die man einrechnen muss. Also vom einzelnen Patienten auf die große Gruppe ist es eher einfacher hochzuskalieren.

**I:** Dann würde ich Ihnen jetzt ein paar Aussagen vorlesen und Sie sagen mir, ob Sie da zustimmen oder nicht. Sie können das auch gerne begründen, wenn Ihnen etwas zum Thema einfällt!

Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.

**M368G-A:** Ja.

**I:** Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie?

**M368G-A:** Nein.

**I:** Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden?

**M368G-A:** Ja.

**I:** Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe ein?

**M368G-A:** Nein.

**I:** Leitlinien ermöglichen ein strukturiertes Vorgehen bei Diagnose und Therapie?

**M368G-A:** Ja. Auf jeden Fall.

**I:** Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein?

**M368G-A:** Nein. Auf keinen Fall.

**I:** Woran liegt das?

**M368G-A:** Es ist ja dem Anwender geschuldet, wie er eine Leitlinie umsetzt und die Frage ist ja, wie man eine Leitlinie versteht. Wenn man sie als Hilfsinstrument versteht, schränkt sie mich ja nicht ein, sondern ist was Positives.

**I:** Sehr gut. Für die Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag?

**M368G-A:** Ja. Stimmt.

**I:** Was sollte rund um das Thema Leitlinien noch verbessert werden? Sehen Sie irgendwo konkreten Handlungsbedarf?

**M368G-A:** Vielleicht nochmal den Punkt, dass man manche Leitlinien noch konkreter schreibt, damit man sie schneller anwenden kann. Also mehr Effizienz im Zeitdruck. Außerdem müsste man noch einmal alle wichtigen Beratungsanlässe überprüfen, ob es da schon eine Leitlinie zu gibt.

**I:** Einmal angenommen, die von Ihnen genannten Punkte würden 1:1 umgesetzt. Wären Sie unter diesen Voraussetzungen bereit, sich noch stärker an Leitlinien zu orientieren?

**M368G-A:** Ja, zu 100%.

**I:** Hätten Sie noch eine Idee, wie man die Implementierungsbereitschaft anderer ärztlicher Kollegen in Zukunft erhöhen könnte?

**M368G-A:** Vielleicht durch gezielte Veranstaltungen von KV oder Ärzteverbänden, also dass man da noch gezielter Werbung für macht. Oder dass die DEGAM spezielle Schulungen zur Anwendung von Leitlinien veranstaltet, z.B. mit Anwendungsbeispielen in der Praxis. Die werben da viel zu wenig für.

**I:** Ja, das ist doch ein schönes Schlusswort. Ich bedanke mich herzlich für Ihre Expertise und Bereitschaft und wünsche noch einen schönen Tag!

## **2.4 Transkript Interview IV - W5932E-A**

**I=** Interviewer

**W5932E-A** = Arzt

**I:** Guten Tag! Vielen Dank für Ihre Zeit! Können Sie mir als Erstes sagen, was Ihnen bei dem Thema Leitlinien überhaupt in den Sinn kommt?

**W5932E-A:** Was mir als Allererstes einfällt, ist z.B. zuerst, dass es wunderbar ist, wenn man ein Fachgebiet hat wie Kardiologie oder Nephrologie und arbeitet sich dann an Leitlinien entlang. Wenn man aber ein Fachgebiet wie Allgemeinmedizin hat und alles unter einen Hut zu bringen ist, sagen wir mal so, als Summary oder sogar in der Geriatrie, da nutzen mir die Leitlinien nicht viel, weil der Kardiologe und der Nephrologe sich ja teilweise total widersprechen. Wir müssen das pragmatisch versuchen, so zu lösen, dass die Patienten

davon profitieren. Ich werde nicht leitliniengemäß Cholesterin senken bei einer Neunzigjährigen, ja? Das sind Dinge, die sind absolut unsinnig! In den einzelnen Fachgebieten mag das ja in Ordnung sein, aber wir erleben ja was in den Kliniken passiert, wenn die Leute rauskommen und dann der Neunzigjährige 40mg Statin hat, bloß damit sein LDL möglichst niedrig ist. Das sind Dinge, die halte ich für absolut kontraproduktiv. Man muss eine pragmatische Medizin machen. Klar kennen wir die Leitlinien und halten uns, sagen wir mal, da wo es Sinn macht, dran. Also bei den jüngeren Patienten, die z.B. eine koronare Herzkrankheit haben, dann kann man schon schauen, dass man in die Richtung der Leitlinien kommt, aber ich muss schon sagen, wenn man erlebt hat, wie sich z.B. das Thema Leitlinien entwickelt hat, ja? Erst sollte man 115, dann 110, dann 100 unterschreiten. Dann 70 und jetzt reden die über 40. Das geht ja nur noch mit ganz großen Dosen von CSE-Hemmern, ja? Wir wissen zwar um den wissenschaftlichen Vorteil von niedrigem LDL, aber was so ein bisschen in der Praxis bisschen mehr im Vordergrund steht; ich glaube, Sie sagen heute Adhärenz dazu, wir haben früher Compliance gesagt; also das der Patient weiter mitmacht. Und das Wesentliche was ich gelernt habe, also ich aus der Klinik weggegangen bin, wo alle brav das gemacht haben was ich will, weil sie halt auf meine Station irgendwann mal wieder kommen wollten, auf der Inneren, war, dass die Leute in der Praxis auf dem Dorf ganz bestimmt nicht das machen was du willst, wenn es ihnen nicht passt. Das heißt, mir ist jetzt gerade beim Beispiel LDL wichtiger, der ist irgendwo bei 70 und der (Patient) macht da noch irgendwo gut mit, als das ich da jetzt 40 erreiche und der Patient springt mir ab oder behauptet, er nimmt sie, oder was auch immer. Also wir sind ja nicht in einem System wie in der Klinik, wo ein Patient, sagen wir mal, abhängig ist von der Visite vom Professor, sondern die machen ja im Prinzip was sie wollen. Wenn ich was tu, was offensichtlich deren eigenen Interessen widerspricht, dann machen die es nicht. Man kann schon versuchen die mit ins Boot zu nehmen die Patienten. Die Tricks kennen wir aus der Diabetologie. Da ist das immer großes Thema, aber ab den Multimorbiden, die dann zig Erkrankungen haben; wir haben ja Leute, die haben 25 wichtige Diagnosen. Da nutzt mir das dann auch nichts, dass es für einzelne Diagnosen Leitlinien gibt. Da muss ich mich auf mich verlassen.

**I:** Also würden Sie sagen, dass Leitlinien im hausärztlichen Praxisalltag teilweise nicht anwendbar sind?

**W5932E-A:** Das würde ich so formulieren. Wir kennen sie, wir versuchen schon irgendwie in die Richtung zu gehen, aber es ist nicht die Religion vor der man auf die Knie fällt.

**I:** Verstehe. Können Sie irgendwie eingrenzen, inwiefern Leitlinien Vorteile oder sogar Nachteile für die Patientenversorgung an sich bringen?

**W5932E-A:** Ja gut, eine standardisierte Leitlinie, also das war ja auch bei den DMP-Programmen so, dass da so ziemlich alle das Gleiche, zumindest die Mindeststandards erfüllt haben. Das ist schon sinnvoll, dass man versucht sich auf Mindeststandards zu einigen, aber wenn man sieht, Beispiel der Diabetologe, wie ist das gewesen, ja, es wird ja alle paar Jahre angepasst, ist ja auch normal. Das ist ja auch ein System, was immer wieder Anpassung bedarf, aber da war z.B. die deutsche Diabetesgesellschaft mehrfach übers Ziel hinausgeschossen. Erst hieß es alles möglichst niedrig und dann hatten wir Hypos (Hypoglykämien) gehabt und schon hat man es wieder ändern müssen. Und sagen wir mal im hausärztlichen Bereich, das wird Ihr Professor auch nicht anders machen in seiner Praxis, da ist es so, dass wir das so pragmatisch machen müssen, dass die Patienten noch mitspielen. Das ist viel wichtiger jetzt als eine Leitlinie! Ich führe oft (Patienten-) Gespräche, wo ich sage: „Bei Ihnen müsste man mit dem Cholesterin mit dem LDL noch niedriger kommen“. Aber wenn der Patient da nicht mitspielt, dann habe ich da eben gelitten. Und wir haben auch Leute, die spielen bei gar nichts mit. Die kann man ja deswegen jetzt nicht aus der Praxis rauswerfen, sondern da muss man dann auch mit Patienten, die sich an Null halten was die Ernährung angeht, an Null halten was die Bewegungsratschläge angeht und die ihre Tabletten nach dem Zufallsprinzip nehmen oder Insulin so Pi mal Daumen spritzen,

obwohl sie eine Tabelle haben, nach der die es stur machen könnten und nicht mal rechnen müssten, was sie vielleicht auch intellektuell nicht können. Da muss man mit den Unzulänglichkeiten des Homosapiens klarkommen lernen, wo halt auch nicht alle gleich schlau sind und gleich folgsam.

**I:** Haben Sie da den Eindruck, dass es da einen Unterschied zwischen Stadt und ländlicheren Regionen gibt?

**W5932E-A:** Sagen wir mal so. Das kommt ein bisschen auf die Bildung an und auf die Mentalität. Wir haben Patienten, auch auf dem Land hier, ich habe eine Praxis, die bisschen mehr städtisch ist und eine, die richtig ländlich liegt. Da ist ein riesen Unterschied, was wir da alles zu machen haben, obwohl die Praxen keine 4km auseinander liegen. Auf dem Land ist die Praxis halt Anlaufstelle für alles. Vom gebrochenen Sprunggelenk bis hin zum akuten Bauch. In der städtischen Praxis werde ich selten mal traumatologische Patienten sehen, aber halt, weil die im gleichen Haus Chirurgen und Orthopäden haben. Von der Mentalität ist es mehr von der Bildung abhängig was passiert, aber es gibt auch super Gebildete, die im Zeitalter der Romantik gefangen sind, die z.B. Impfungen für unnötig halten und die meinen man könnte es (Krankheiten) weg beten. Einstellungen, wenn man halt alternativ gestrickt ist, dann meint man, man könne es weg beten, das ist dann ja teilweise so eine Art Religion teilweise. Wir haben in der Stadt vielleicht teilweise aufgeklärtere Leute, auf der anderen Seite hat man in der Stadt auch sehr viele, sehr einfach gestrickte Leute, also den Bodensatz der Bevölkerung. Dann kommen da noch die mit Migrationshintergrund. Da sind wenige gut gebildet und gut integriert und mit, sagen wir mal, differenzierter Schulbildung, die dann auch in der Sprechstunde „wunderbar“ an terminliche Absprachen und Vereinbarungen halten. Selbst mit Übersetzer, wo man das Gefühl hat, die wollen gar nicht verstehen, worauf es ankommt. Also wir kämpfen da auf einem viel niedrigerem Niveau, als es uns die Gelehrten in den Universitäten in ihren Elfenbeintürmen meinen.

**I:** Ich möchte nochmal auf das Thema Leitlinien zurückkommen. Können Sie einschätzen, wie oft es in Ihrem Alltag vorkommt, dass sie sich konkret an Leitlinien orientieren?

**W5932E-A:** Ja gut, wir kennen die und wir orientieren uns schon so gut es eben geht. Wir setzen die nicht sklavisch um! Also ich würde sogar so weit gehen und sagen: Wenn ich Leitlinien sklavisch umsetze, dann werde ich multimorbide Patienten schneller ins Jenseits befördern.

**I:** Ok.

**W5932E-A:** Also wir erleben das oft bei unseren Alten, die relativ stabil sind, dass wenn die in die Klinik kommen, dass die dann im Krankenhaus zu eher fragwürdigen Ergebnissen kommen, wenn die dann da ihre Leitlinien durchziehen.

**I:** Na das ist ja mal eine ganz andere Meinung als die, die ich bis jetzt so hören durfte. Generell, haben Sie den Eindruck das, wenn sie mal Leitlinien anwenden, das eher in der Diagnostik, der Therapie oder dem Patientenmanagement anwenden?

**W5932E-A:** Diagnostik, ja. Man hat ja seine Behandlungswege wie man es macht. Wir haben jetzt mehrere angestellte Ärzte und wir gucken, dass wir die dahingehend erziehen, dass sie halt Gefahrensituationen oder wo sie halt aufpassen müssen, erkennen und in der Diagnostik erkennen: Da muss ich vielleicht nochmal einen draufgucken lassen, der das vielleicht schon länger kennt. Wir haben ja in der großen Praxis auch die Möglichkeit miteinander zu reden und die Schwerpunkte liegen bei den einzelnen (Ärzten) jetzt schon ein bisschen unterschiedlich.

**I:** Absolut, ja.

**W5932E-A:** Was jetzt aber auch der Werdegang hergibt. Ich habe lange ein anderes Fachgebiet gemacht, auch Notfallmedizin, bevor ich dann in die Praxis eingestiegen bin. Da habe ich dann einen anderen Hintergrund, als jemand, der zwei Jahre Innere gemacht hat und dann in die Praxis gekommen ist, um da den Rest der Weiterbildung zu machen. Oder halt jemand der aus der Geriatrie kommt. Das ist heutzutage schon diffus, mit welchen Vorkenntnissen die Leute hier ankommen. Ich habe eine reine Internistin, die jetzt Allgemeinmedizin bei mir weitermacht. Die hat in der Klinik Onkologie und Intensiv gemacht und ist hochwissenschaftlich ausgebildet. Wenn ich was wissen will, dann frage ich die und sage: guck mal nach! Dann habe ich ganz schnell eine Antwort. Die Jungen sind auch eher so, dass sie mal eher auf so Apps zurückgreifen, wie sie ja von verschiedenen Fachgesellschaften angeboten werden. Wir Älteren sind da eher so, dass wir uns auf unsere Erfahrung verlassen und im Zweifel reden wir miteinander. Das ist ganz wertvoll in einer Praxis, wo sie nicht nur einen ärztlichen Kopf, sondern mehrere bei uns haben. Da kann man dann auch mal schwierigere Sachen, oder Sachen mit denen man Probleme hat miteinander besprechen kann.

**I:** Ok. Wenn Sie jetzt sich und Ihre Kollegen angucken, habe Sie da den Eindruck, dass die Orientierung an Leitlinien in den letzten Jahren zugenommen, oder sogar abgenommen hat?

**W5932E-A:** Ja, bei den jüngeren wird es mehr denke ich. Die sind in der Uni einfach strenger in diese Richtung erzogen und auch in ihrer klinischen Ausbildung strenger in diese Richtung erzogen, ja. Ich sehe eigentlich meine Aufgabe darin zu sagen: Ja, aber du musst noch an das und das denken! Leitlinien schön und gut, aber wenn ich jetzt streng in ein Fachgebiet gehe... ich kann jetzt mal Nephrologie gegen Kardiologie, ich glaube die Professoren würden sich da die Hirne einschlagen, wenn die da diskutieren miteinander. Und als Diabetologe hat man ja immer mal wieder; also ich bin hausärztlicher Diabetologe und keine Schwerpunktpraxis; da hab ich ja immer mal wieder das Vergnügen, bei den Gastroenterologen auf dem Kongress dabei sitze oder bei den Kardiologen oder bei den Nephrologen, weil die einen einladen. Und dann kriegt man die kleinen Nuancen dieser Fachgebiete mit.

**I:** Wenn Sie trotzdem jetzt mal an Krankheitsbilder denken, die komplexer zu behandeln sind, als Husten, Schnupfen, Heiserkeit, gibt es da welche, bei denen Sie dann doch auf Leitlinien zurückgreifen?

**W5932E-A:** Ja gut, in der Diabetologie gibt es ja schon von der DDG Leitlinien und die sind ja zum Glück ein bisschen altersangepasst, sodass man damit relativ weit gehen kann. Wenn wir an die KHK oder die Herzinsuffizienz denken, dann ist es schon so, dass wir schon versuchen, im Rahmen dessen, was da geplant ist, zu bewegen. Auch was die Zuweisung einer diagnostischen Ebene geht, den Einsatz von teuren, jüngeren Medikamenten geht. Bei solchen Erkrankungen oder ja, es gibt ja auch Empfehlungen, ab welchem Krea man einen Nephrologen hinzuziehen sollte. Das ist natürlich Standard in der Praxis, das ist klar. Aber alles stürzt so ein bisschen in sich zusammen, wenn wir dann in die Häuslichkeit gehen, wenn wir Patienten zuhause besuchen, die eine Din-A4 Seite voll mit wichtigen Diagnosen haben, ja, die teils bettlägerig sind, da kriege ich mehr wie ein Labor, wenn ich denen Blut abnehme, wo ich einen SpO2 bestimme eigentlich nicht. Und die Kliniken sind auch nicht begeistert, wenn sie diese Patienten dann in irgendeinem Stadium für irgendeine Diagnostik bekommen. Die kann ich ja keinem Gebietsarzt mehr vorstellen, weil die da dort mit so nicht, oder kaum transportablen Patienten nicht mehr klarkommen. Und ich kann jetzt mit so einem Heimpatienten der da im Bett liegt, also den kann ich bestenfalls stationär einweisen. Den kann ich nicht brav, sagen wir mal mit der Diagnose X, einmal im Jahr dem Kardiologen oder dem Nephrologen vorstellen, weil die nehmen die nicht. Dann muss ich sie einweisen. Im Moment (Covid-19 Pandemie) sind wir mit Einweisungen so zurückhaltend wie möglich, um die Krankenhäuser nicht zu überlasten, B: Weil die Leute in der Klinik ein erhöhtes Risiko mit dem neuen Spaß Covid-19 anzustecken. Die sind zu Hause so sicher wie in Abrahams Schoß, aber in dem Moment, wenn die in die Klinik kommen, da kommen die sicher mit so

einer Infektion zurück. Und zurzeit verlieren wir ja ungefähr ein Viertel der über 80-jährigen Patienten, die diesen Infekt haben.

**I:** Ja, ich komme selbst aus dem Rettungsdienst und da ist das ja ähnlich. Wenn Sie jetzt eine Bilanz ziehen müssten, wie haben sich da die bis jetzt von Ihnen genutzten Leitlinien auf die Versorgungs- oder Behandlungsqualität Ihrer Patienten ausgewirkt? Ob jetzt gut oder schlecht?

**W5932E-A:** Sie hat sich schon ausgewirkt und eher positiv, weil wir ja doch ein bisschen was im Hinterkopf haben, wo wir uns dran orientieren können. Wovor ich warne, ist das sklavisches Umsetzen und es wird halt schwierig, wenn jemand alles hat (Krankheiten) was Sie sich vorstellen können. Ich sage immer „internistisches Polytrauma“, das können Sie als Rettungsdienstler sicher verstehen.

**I:** Ja ja, richtig.

**W5932E-A:** Also im Prinzip, wo Sie im Prinzip nicht wissen, was soll ich alles machen. Da sich an Leitlinien zu halten, da wird's halt schwierig.

**I:** Über welche Wege informieren Sie sich da? Kommt das eher über Fortbildungen oder Fachzeitschriften, oder...

**W5932E-A:** ...Also, sagen wir mal so: Im Großen und Ganzen Fortbildungen, Kongresse, Qualitätszirkel, es kommen auch immer mal wieder schriftliche Informationen in die Praxis, aber es ist im Moment ja nun mal so ein bisschen einseitig. Also, ich mache sehr viele Konferenzen online. Ich habe bisher noch nicht viele Fortbildungen online gemacht. Ich finde, vielleicht liegt es aber auch an meinem Alter, ich finde das relativ anstrengend, wenn man dann 2-3h eine Fortbildung online macht. Es ist ja so, dass wenn man lokal da ist, dass man dann auch viel besser interagieren kann und das ist ja im Moment relativ eingestellt. Die Weiterbildung bzw. die Fortbildung ist schon ein bisschen leidend unter dieser Situation.

**I:** Absolut, da gebe ich Ihnen recht.

**W5932E-A:** Es gibt ganz viele Angebote. Ich habe erste letzte Woche eins gemacht und ich finde das genauso anstrengend wie unsere Vorstandssitzungen. Das Interagieren ist schwieriger und die Hemmschwelle da reinzuquetschen, weil ja eh alles, was ein bisschen stört das System zum Einsturz bringt. Wir haben ja auch nicht überall die Qualität der Standleitungen wie in Berlin. Teilweise muss man die Kameras ausmachen, damit man sich überhaupt versteht. Die Qualitätszirkel und die Kongresse, also zumindest die Kleinen, ich finde die Mega-Dinger wie die DDG finde ich gar nicht so gut. Die Kleinen, die mal so einen Nachmittag gehen, die finde ich eigentlich am besten. Da kriegt man am ehesten mal neuen Input. Wir unterhalten uns aber auch, also wir haben auch kleine lokale Fortbildungen, die so ähnlich wie ein Qualitätszirkel in relativ kleinem Rahmen sind. Wenn dann eben nur 30 Mann sitzen oder 20 dann ist es natürlich besser sich auszutauschen, als wenn es 300 sind, ja. Das sind die Austausche, die natürlich im Moment deutlich eingeschränkter stattfinden. Aber gut, ich denke, in eins, zwei Jahren haben wir das überstanden. Es darf hat auf Dauer nicht so weitergehen mit den Fortbildungen.

**I:** Ich hoffe es doch! Benutzen Sie auch das Internet als Informationsquelle?

**W5932E-A:** Ja, sagen wir mal so: Ich selten, meine jüngeren Kollegen ja. Also ich bin mittlerweile so, dass ich sage, ich weiß, welche Stärken meine Angestellten haben und dann frage ich diejenigen, die ich in dem Gebiet für fit halte und sage: „guck mal nach!“ Und die gucken dann im Internet nach. Die recherchieren auch bei strittigen Themen, da gab es ja zuletzt Debatten, was diese Covid-Infektionen angeht. Da weiß ich, ich frage A oder B. Das ist aber einfach, weil ich von einer Sache zur andern stolpere und total überlastet bin und

dann froh bin, wenn ich mal jemanden habe, der für mich was nachschaut. Aber die Jungen nutzen das wie gesagt ganz intensiv. Die haben auch Apps von verschiedenen Fachgesellschaften. Das ist schon ganz gut.

**I:** Schön, dass Sie die Fachgesellschaften ansprechen. Haben Sie da irgendeinen Vorzug, wo Sie sich informieren?

**W5932E-A:** Ja sagen wir mal so: Die gehen schon auch auf Seiten der DEGAM und auf kardiologische Gesellschaft, onkologische Gesellschaft, je nachdem was da ist. Die haben jetzt viel beim RKI nachgeschaut auf den entsprechenden Veröffentlichungen. Die KV veröffentlicht ja auch Themen. Da gibt's schon viele Quellen, aber es ist fast unübersichtlich. Sehr viel.

**I:** Gut, wenn Sie jetzt sagen müssten, welche Eigenschaft eine gute Leitlinie erfüllen müsste? Gerade Sie als Praxisbesitzer auf Wirtschaftlichkeit und Effizienz bzw. Effektivität bezogen?

**W5932E-A:** Ja gut, sie muss A einen Sinn machen. B Sie darf bzw. sie muss im niedergelassenen Bereich die finanziellen Richtlinien erfüllen. Wir erleben es sehr oft, dass aus den Kliniken Therapien rauskommen, die angeblich Leitlinien entsprechen, die aber Off-Label sind im ambulanten Bereich. Also wir müssen uns streng an die Indikation halten, sonst haben die Krankenkassen das Recht noch Jahre später dem Arzt bei der KV Regressansprüche zu stellen. Und da gibt es keine Chance zu entrinnen. Wenn Sie ein Medikament geben, für das die Klinik sagt, du sollst es machen, aber es gibt eben nicht die Beipackzettelindikation, dann zahlen Sie das vielleicht fünf oder sechs Jahre später. Das sollte berücksichtigt sein, sonst ist das Ding für uns Niedergelassene Banane.

**I:** Verstehe. Wie wichtig ist es Ihnen, dass von Leitlinien Empfehlungen gemacht werden, wie Sie Handlungsabläufe an nichtärztliches Praxispersonal delegieren?

**W5932E-A:** Also ich finde es interessant, wenn man solche Dinge mal wo nachlesen kann, aber ich glaube, dass jeder Praxisinhaber individuell das für sich gestrickt hat, weil er seine Leute eben am besten kennt. Es gibt ja nicht die MFA und die Wundtherapeutin. Ich habe jetzt Zwei die sind wie Tag und Nacht so unterschiedlich. Also ich kann nicht stur der einen die eine Aufgabe wie der anderen geben, weil die halt unterschiedlich stark sind. Oder ich habe zwei Diabetesassistentinnen und da ist es auch sehr unterschiedlich, was man von denen verlangen kann. Oder auch bei Impfassistentinnen oder Verah und Näpa, das ist was, was uns im ambulanten Sektor die Hausbesuche erleichtern soll. Das ist sehr unterschiedlich, was ich von denen verlangen kann. Eine Ausbildung heißt nicht gleich, dass die alle wie geklont das gleiche Wissen und die gleichen Fähigkeiten haben, sondern ich weiß als Praxisinhaber am besten, wem ich was zutrauen kann und wem nicht. Es ist schön, sowas in Leitlinien zu lesen. Da sieht man mal, wie andere das machen, also so eine Art Benchmarking. Mal gucken, was die anderen so empfehlen, aber der (Herausgeber) kann ja nicht wissen, wie gut meine Leute sind. Ich denke, man kann da nur einen Rahmen vorgeben und es darf auf keinen Fall sein, dass aus diesen Leitlinien Richtlinien werden. Weil dann wird's unangenehm und frustrierend.

**I:** Interessanter Punkt. Jetzt bieten ja viele Leitlinien ja Patientenfassungen an. Machen Sie davon Gebrauch?

**W5932E-A:** Ne, mache ich nicht bis jetzt, ne.

**I:** Ok, wenn Sie jetzt überlegen neue Leitlinien in die Praxis einzuführen, ich spreche also von der Implementierung, fallen Ihnen da spontan Probleme oder Herausforderungen ein?

**W5932E-A:** Ne das kommt immer drauf an. Also ich kriege das noch geregelt, dass mein ärztliches Personal sich schon miteinander abstimmt. Aber es gibt immer individuelle

Unterschiede, die werde ich nicht 100%ig synchronisieren können. Ich muss es auch den Einzelnen in ihrer Einzelverantwortung überlassen. Sind ja approbierte Ärzte und die Fachärzte sollten wissen was sie tun als Fachärzte für Innere- und Allgemeinmedizin. Aber bei den MFA´s wird's dann sicher schwierig. Also ich gebe intern Leitlinien oder auch Richtlinien, wie sie sich in bestimmten Situationen zu verhalten haben raus. Deswegen fände ich es ganz spaßig zu wissen, was man so empfehlen würde. Vielleicht kriege ich noch eine gute Idee, die ich abkupfern kann, aber letztendlich ist es ein ständiger Kampf, wenn Sie dann irgendwann mal 19 nichtärztliche Mitarbeiter haben, dann ist das schon viel Spaß die zu synchronisieren.

**I:** Also würden Sie schon sagen, dass es da bei Neueinführungen zu Behinderungen oder Verzögerungen in Praxisabläufen kommt?

**W5932E-A:** Also es ist mal so, ich muss das anpassen, ja? Und man darf nicht denken, dass man bei nichtärztlichem Personal jetzt irgendwas schriftlich hinlegt und sagt: „mach das“. Es gibt Qualitätsstandards seit Jahren in Praxen und da fragt man sich, ob der der lesen kann klar im Vorteil ist, ja. Man darf nicht denken, man macht eine Leitlinie und danach ist alles anders. Das wird nicht funktionieren.

**I:** Inwiefern lassen sich ihre Handlungsanweisungen, also Leitlinien von einem Patienten auf eine größere Patientenschaft übertragen. Oder ist das immer komplett individuell?

**W5932E-A:** Also die Behandlung ist in der Regel schon sehr individuell, aber es gibt ja gewisse Grundzüge. Also z.B. ein Diabetiker oder ein Hypertoniker, der neu entdeckt wird, der durchläuft bei uns schon ein festgelegtes Procedere, was alles an Diagnostik gemacht wird und wie wir vorgehen. Da ist schon klar, was als erstes Medikament gegeben wird und was als Labor und technischer Diagnostik gemacht wird. Aber in dem Moment, wenn der Patient sagt, dass er nicht so oft wegwill, was macht man dann? Ich schicke jeden neuen Hypertoniker zum Ausschluss einer sekundären Hypertonie u.a. zum Nephrologen. Da gibt es dann Patienten die sagen: „Nein ist mir zu weit, da habe ich keine Lust drauf“. Dafür muss man ja auch ein Konzept haben und das kann dir keine Leitlinie vorgeben.

**I:** Das ist richtig. Gut, ich würde Ihnen noch ein paar Aussagen vorlesen. Dabei handelt es sich nicht zwangsläufig um Ja-/Nein-Fragen, sondern Sie können auch gerne Bezug nehmen. Ich fange einfach mal mit der ersten an: „Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.“

**W5932E-A:** Ja ja.

**I:** „Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie.“

**W5932E-A:** Mittlerweile eher weniger, aber das darf nicht außen vor bleiben. Die eigene Erfahrung, die individuelle Erfahrung des Arztes, gerade in der Familien- und Allgemeinmedizin ist da nicht gerade unerheblich.

**I:** Das glaube ich, ja. „Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden.“

**W5932E-A:** Das ist eher nein.

**I:** „Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen ein.“

**W5932E-A:** Da habe ich eine gespaltene Meinung zu. Einerseits helfen sie teilweise, aber man darf sich halt nicht nur daran orientieren. In dem Moment, wo aus einer Leitlinie eine Richtlinie wird, ist es eine Katastrophe.

**I:** „Leitlinien ermöglichen ein strukturierteres Vorgehen bei Diagnose und Therapie.“

**W5932E-A:** Das sicherlich ja.

**I:** „Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.“

**W5932E-A:** In dem Moment, wo eine Leitlinie zur Richtlinie wird, ja. Würden die mich da einschränken, würde ich es ablehnen und ich glaube, dass da viele nicht mehr mitspielen würden.

**I:** Ansonsten kommt es ja wahrscheinlich auf den Behandler an, wie er die Leitlinie umsetzt, oder?

**W5932E-A:** Dann könnte man es ja auch einen Computer machen lassen. Also wenn man das stur abarbeitet, dann kann das auch irgendein Depp am Computer machen und viel Spaß!

**I:** Verstehe. „Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.“

**W5932E-A:** Das kann man nicht so sagen, nein.

**I:** Gut. Dann kommen wir schon fast zum Ende. Was sollte oder müsste Ihrer Meinung nach rund um das Thema Leitlinien für die hausärztliche Praxis verbessert werden, oder wo sehen Sie sogar konkreten Handlungsbedarf?

**W5932E-A:** Sagen wir mal so: Wir können nicht einfach Leitlinien von den gebietsärztlichen Körperschaften, wie z.B. der kardiologischen Gesellschaft 1:1 übernehmen. Die müssen für das hausärztliche Setup angepasst werden. Das sehe ich auch als Aufgabe der wissenschaftlichen Institute der Allgemeinmedizin und das muss klar sein, dass das immer nur eine Leitlinie und keine Richtlinie sein kann. Also nur eine Hilfe, aber dass es links und rechts davon auch noch einen Weg gibt. Das muss immer klar sein. Ich halte es für gefährlich, wenn das einer stur abarbeitet. Da brauchen Sie dann keinen Arzt, da brauchen Sie dann so einen Halbgebildeten. Da setzen Sie dann so ein Krankenschwesterchen hin und arbeitet einfach ein Computerschema ab und dann sind wir mal gespannt, wie sich die Sterblichkeit bei den multimorbiden Alten entwickelt.

**I:** Aber hätten Sie da eine Idee, wie sich Leitlinien entwickeln müssten, damit sowas eben nicht vorkommt?

**W5932E-A:** Die dürften halt eben nicht stur von den Fachgesellschaften abgekupfert sein, sondern die müssten klarmachen, dass es eine Handlungsempfehlung ist. Und es muss den Entwicklern klar sein, dass sie nicht alle Situationen erfassen können.

**I:** Und dann angepasster auf das hausärztliche Setting, wenn ich das richtig verstanden habe?

**W5932E-A:** Ja, genau. Das ist bei uns sehr kompliziert und das Wichtigste in der Hausarztpraxis ist die Erfahrung des Arztes und die weicht halt nun man dank verschiedener Weiterbildungen, sowie vieler Erfahrungen, gute und negative, sehr voneinander ab. Je nachdem, was der Einzelne erlebt hat. Da müsste man halt Leitlinien machen, die insgesamt näher beieinander sind. Da bin ich ja dann auch wieder dabei. Aber man muss halt berücksichtigen, dass die Patienten alle individuell unterschiedlich sind und es nicht *den* Standardpatienten gibt, der genau nur diese eine Diagnose hat, für den diese Leitlinie geschrieben wurde.

**I:** Einmal angenommen, die von Ihnen angegebenen Punkte würden umgesetzt: Wären Sie unter diesen Voraussetzungen bereit, Leitlinien in der Patientenversorgung stärker als bislang anzuwenden bzw. sich daran zu orientieren?

**W5932E-A:** Das würde mir sympathischer sein, ja.

**I:** Dann komme ich schon zu meiner Abschlussfrage: Wie könnte man aus Ihrer Sicht die Implementierungsbereitschaft anderer ärztlicher Kollegen in Zukunft erhöhen?

**W5932E-A:** Ja, ich glaube, das geht schon fast von alleine, weil die Jungen da sehr drauf gebrieft sind. Die Generation der jetzt 35-45-Jährigen ist da extrem drin verwurzelt. Die Ärzte, die die letzten 5,6,7 Jahre Facharzt geworden sind. Das sehe ich ja in meiner Praxis. Aber denen muss man halt auch den Blick fürs Ganze schärfen. Sie kommen aus der Universität, wo jeder Professor sagt: "Mein Fach ist das Einzige!" Jetzt muss es nur noch in die Köpfe, dass es schon was anderes ist, ob ich Allgemein-/ Familienmedizin mache, oder ob ich jetzt in einer spezialisierten internistischen Abteilung in der Klinik bin. Und die Allgemeinmedizin ist in den Kliniken noch viel zu schwach repräsentiert. Also dieses Komplettbild, das muss man implementieren.

**I:** Ja, dann vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Expertise!

## **2.5 Transkript Interview V – W4217E-AI**

**I=** Interviewer

**W4217E-AI =** Arzt

**I:** Die Aufnahme läuft. Ja, vielen Dank für Ihre Zeit, dass Sie sich für meine Doktorarbeit Zeit genommen haben. Können Sie mir als Erstes kurz erzählen, was Ihnen überhaupt als Erstes beim Thema Leitlinien in den Sinn kommt?

**W4217E-AI:** Ah, es sind offene Fragen, stelle ich fest.

**I:** Das ist die Einstiegsfrage. Es wird konkreter, das verspreche ich!

**W4217E-AI:** Leitlinien, ja Korridor, der beschriften werden kann oder sollte. Ja, Orientierungshilfe auch im klinischen Alltag. Okay, mehr kann ich jetzt gerade so ad hoc nicht sagen.

**I:** Ja, kein Problem. Dann können Sie mir sagen, wie Sie grundsätzlich zu Leitlinien stehen und warum?

**W4217E-AI:** Sicherheitsfaktor in der Patientenversorgung. Evidenzbasierte Medizin. Ja, Facharztstandard.

**I:** Also würden Sie sagen, dass Sie Leitlinien eher positiv gegenüberstehen in Ihrer Arbeit?

**W4217E-AI:** Selbstverständlich ja, klar, ja. Die Sorgen nebst der klinischen Erfahrung für eine evidente Patientenversorgung, gell.

**I:** Und ja, genau darum geht's. Inwiefern bringen Leitlinien aus Ihrer Sicht Vorteile oder sogar Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?

**W4217E-AI:** Ich sehe gerade bei den DEGAM-Leitlinien nur Vorteile und kann da überhaupt keine, keine negativen Dinge erkennen und die sichern unsere tägliche Arbeit ab und sorgen, wie ich schon sagte, für eine evidente Patientenversorgung, gell?

**I:** Also würden Sie sagen, der Nutzen, den Sie aus Leitlinien ziehen, für Ihre Patientenversorgung ist eher groß, oder?

**W4217E-AI:** Er ist groß, ja. In jedem Fall.

**I:** Ok, wie arbeiten Sie mit Leitlinien? Also haben Sie das in Ihrer Praxissoftware integriert oder schlagen Sie das nach? Drucken Sie das aus? Wie gehen Sie daran?

**W4217E-AI:** In die Praxissoftware ist es leider nicht integriert. Noch nicht. Ich hoffe im kommenden Jahr ein neues Praxisverwaltungssystem zu bekommen, mit der Zeit zu gehen. Ansonsten bin ich DEGAM-Mitglied und schaue regelhaft auf die Internetseiten und darauf Fortbildungen vom Hausärzterverband, die ja auch immer wieder die DEGAM- Leitlinien zitieren oder mit in Fortbildung einfließen lassen.

**I:** Okay, dann kriegen Sie als Mitglied ja wahrscheinlich auch den Newsletter oder sowas, nehme ich an. Also, wenn es da Aktualisierungen gibt.

**W4217E-AI:** DEGAM- Benefits auf jeden Fall. Genau. Ja, die sind mittlerweile Verbandszeitschrift. Richtig. Ok.

**I:** Gut, die Frage, wie groß der Nutzen ist, das hatten wir erklärt. Sie sagten, für Sie ist der Nutzen immer groß bis sehr groß. Was würden Sie sagen? Wie häufig kommt es in Ihrem Praxisalltag vor, dass Sie sich an Leitlinien orientieren oder Ihre Arbeit danach ausrichten?

**W4217E-AI:** Wie häufig prozentual gesehen? Muss ich jetzt gerade nachfragen.

**I:** Ja genau. Oder genau auf den Patienten gesehen. Ist das bei jedem Patienten oder nur ganz selten?

**W4217E-AI:** Na ja, das Spannende ist ja wirklich in der Allgemeinmedizin, dass man ein unselektiertes Patientengut versorgt und berät, untersucht und versorgt. Ich versuche da schon Zahlen, Daten, Fakten mit Evidenz zu füllen und nicht mit Bauchgefühl. Die Zeiten des Bauchgeföhls, der Bauchgeföhle oder so sind ganz wichtig, dass man da auch so seine persönliche Kompetenz mit einfließen lässt. Aber ich finde das schon sehr wichtig, dass man sich an den Leitlinien orientiert! Ja also, dass man das in die Verhandlungen mit einfließen lässt. Häufig muss ich sagen, häufig ohne einen klaren Prozentsatz.

**I:** Würden Sie das aufteilen, dass Sie sagen, es kommt häufiger die Diagnostik vor oder in der Therapie oder sogar im dauerhaften Patientenmanagement? Oder ist das eher gleich verteilt?

**W4217E-AI:** Das ist gleich verteilt.

**I:** Okay, würden Sie sagen, dass Ihre Orientierung an Leitlinien in den letzten Jahren eher zugenommen hat oder eher abgenommen hat?

**W4217E-AI:** Na ja Corona bzw. Covid hat komplett das Hausarztsein oder vieles im Alltäglichen durcheinandergekegelt, aber prinzipiell muss ich grundsätzlich sagen, würde ich gerne noch effizienter und leitlinienkonformer meine Patienten versorgen, ja. Es ist doch viel zu häufig so, dass ich z.B. Verordnungskaskaden von meinem Vorgänger ich momentan weiterziehen lassen muss, weil wir einfach die Kraft und die Zeit fehlt. Ich habe eine 80h-Stunden-Woche als Hausarzt würde mich auch nicht erneut wieder niederlassen in der aktuellen Situation.

**I:** Okay, das ist interessant. Aber grundsätzlich höre ich raus, dass das das in den letzten, also nicht nur das letzte Jahr, sondern auch die letzten Jahre wahrscheinlich zugenommen hat. Oder dass man wahrscheinlich im Gegensatz zu früher mehr mit Leitlinien arbeitet, sehe ich das richtig?

**W4217E-AI:** Zu Ihrer Frage kann ich aber sagen, dass ich mich in den letzten Jahren schon mehr mit Leitlinien befasse, als früher noch, ja. Grundsätzlich in der Medizin ja! Die Arbeit mit Checklisten ganz, ganz wichtig. Es ist ja auch so, dass es in den Facharztprüfungen

mittlerweile vorausgesetzt wird und damit eine wichtige Landmarke geworden ist. Und das bekommen wir natürlich auch auf den vielen Weiterbildungsseminaren, die ja zum Glück auch mittlerweile an mehreren Standorten angeboten werden, vermittelt. Daher ist das auch ganz wichtig, dass wir wegkommen davon von dieser Hausfrauenmedizin. Hausarzt ist ein eigenständiger Facharzt und sollte auch wie die fachärztlichen Kollegen leitlinienorientiert mit Herz und Verstand die Menschen versorgen. Was natürlich ja auch noch mit reinkommt, ganz wichtig in der kassenärztlichen Tätigkeit sind die WANZ-Kriterien: wirtschaftlich ausreichend, nützlich und zweckmäßig müssen wir ja verordnen und wir werden auch in der Pandemie wirklich geprüft, noch und nöcher. Ich habe sogar den Eindruck, dass es zugenommen hat, seitdem die Pandemiesituation hier vorliegt. Es kommen halt einfach noch Dinge auch mit rein. Hier wird mit Leitlinien natürlich auch eine gewisse Sicherheit der Patientenversorgung, Therapiesicherheit gewährleistet, aber auch wirtschaftliche Aspekte in den Leitlinien zumindest was die DEGAM angeht. Also, dass wir mit Herz und Verstand, aber auch mit Blick aufs Portmonee unsere Patienten angemessen versorgen und uns nicht auf die Hochglanzprospekte der Pharmaindustrie verlassen. Die haben andere Interessen.

**I:** Ja schön. Dann ziehe ich gerade eine andere Frage vor, die darauf aufbaut. Also welche Voraussetzungen muss für Sie eine Leitlinie erfüllen, damit sie überhaupt praktisch im Praxisalltag umsetzbar ist? Ich spiele an auf einmal die Handhabbarkeit, aber auch Effizienz, Effektivität und Wirtschaftlichkeit.

**W4217E-AI:** Qualität ganz wichtig. Also der Leitlinienprozess der AWMF muss eingehalten werden. Wirtschaftlichkeit ganz, ganz wichtig. Ohne den Blick aufs Wirtschaftliche und Budget geht Kassenarzt sein nicht. Wer das Gegenteil behauptet, lügt in meinen Augen.

**I:** Haben Sie den Eindruck, dass sich das beißt mit evidenzbasierter Medizin oder mit den Leitlinien?

**W4217E-AI:** Partiiell! Also wir haben gerade im Bereich der Antidiabetika, ich sage nur SGLT2-Inhibitoren, GLP1-Analoga, moderne Diabetestherapie. Wir sehen, dass die Menschen gerade Risikogruppen exorbitant, erdrückend, genial von den neuen Substanzen profitieren und das ist leider in den hausärztlichen Leitlinien, auch was die Verbandszeitschriften publizieren, so nicht umgesetzt. Wir haben auch eine große Diskrepanz von verschiedenen Fachgesellschaften der Diabetesbehandlung, die meines Erachtens so nicht haltbar sind von Hausärzteseite und da muss ich tatsächlich auch vom hausärztlichen Therapiealgorithmus abweichen und jetzt nicht gießkannenartig, aber immer wieder einzelne Patienten tatsächlich modern und „state of the art“ behandeln, sonst habe ich ja auch eine haftungsrechtliche Problematik. Was natürlich auch noch mit reinspielt, das muss man ganz klar sagen, gerade bei der Diabetesbehandlung, da muss ich die Arzneimittelrichtlinie noch mit anschauen. Da sind es anderer Fragestellung zu den Leitlinien. Aber das muss auch alles zueinander passen. Ja, und da muss man tatsächlich auch den Nachwuchs schulen. Als angestellter Kassenarzt zahlt es der Chef, wenn man mal über die Stränge schlägt oder eine Fehlverordnung vornimmt. Als eigener Praxisinhaber zahlt man das selbst aus der eigenen Tasche. Das ist nicht zu unterschätzen. Gerade bei den GLP1-Analoga haben wir Quartalstherapiekosten von gut 350 Euro pro Quartal und da kommt das andere doch dabei. Wenn ich nur 185€ Budget pro Patienten in der Altersklasse zur Verfügung habe, merkt man schon, dass das in der Prüfgruppe eng wird.

**I:** Sie sind nicht der Erste, der genau das Beispiel aufgreift. Das habe ich jetzt schon ein paarmal gehört, dass gerade da sich die Zahlen in der Evidenz mit der KV- Abdeckung beißen.

**W4217E-AI:** Das sind andere Welten. Diese Studien in Hochglanzprospekten... Ich kann diese Pharma-Menschen... Die verdienen auch ihr Geld damit, da hängen Arbeitsplätze dran, Familien. Ich habe da vollstes Verständnis dafür. Es bringt uns aber wirklich so als Kassenärzte nicht weiter. Deshalb bin ich schon dankbar für nachhaltige Leitlinie, die auch den Kostendruck mitberücksichtigen.

**I:** Fallen Ihnen denn spezielle Krankheitsbilder ein, bei denen sie besonders auf Leitlinien zurückgreifen. Und wenn ja, weshalb gerade dort?

**W4217E-AI:** Ich freue mich über jede Leitlinie, aber ich würde mir als Hausarzt viel, viel mehr Evidenz wünschen, ja! Das unser Handeln einfach weg von dieser Hausfrauenmedizin kommt. Und das macht es zum einen spannend, aber zum anderen glaube ich, brauchen wir da einfach in den nächsten Jahren viel mehr Zahlen, Daten, Fakten und auch Leitlinien, die uns zwar nicht einengen, aber halt auch Sicherheit in der Behandlung geben. Das wird ja immer komplexer. Die Frage war natürlich: Wo habe ich auf Leitlinien geachtet, ja?

**I:** Haben Sie da welche, die Sie besonders gerne anwenden oder vorwiegend anwenden?

**W4217E-AI:** Ja. Es ist ja schon: Ich habe früher immer die DMP-Programme belächelt. KHK, Diabetes, COPD...es sind ja zum 01.04. noch ein paar mehr hier geworden nach GBA-Beschluss und finde das eigentlich schon sinnvoll, dass man die Menschen strukturiert versorgt, also leitlinienkonform. Da spielen ja verschiedene Leitlinien mit rein und da ist eine große Diskrepanz zu erspüren bei den KHK'lern mit Absenkung der Blutwerte des LDL-Cholesterins auf die niedrigen Zielkorridore, was ja nur mit den neuen Substanzen noch zu erreichen ist. Da wird momentan auch viel diskutiert. Ich versuche es immer individuell mit den Patienten zu besprechen. Aber gerade im Rhein-Main-Gebiet...viele kardiologischen Zentren, große Praxen sind so auf das LDL, also auf die Absenkung fokussiert und PSK9-Inhibitoren werden in den Markt reingedrückt. Das ist erschreckend mit anzusehen.

**I:** Gut, wenn Sie eine Bilanz ziehen müssten: Wie hat sich Ihrer Erfahrung nach die Anwendung der von Ihnen bislang genutzten Leitlinien insgesamt auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität ausgewirkt? Also war etwas besonders gut, oder was war weniger gut?

**W4217E-AI:** Also ich würde sagen, dass wenn ich letztlich Leitlinien benutze, die sich auch positiv auf die Versorgung auswirken.

**I:** Dann drehe ich die Frage doch mal um: Haben Sie den Eindruck, dass, wenn Sie Leitlinien einführen, gerade wenn Sie neue Leitlinien nutzen, dass sich das negativ auf die Praxisabläufe auswirkt? Dass alles beispielsweise länger dauert, oder es ein gesteigerter Dokumentationsaufwand ist? Oder geht das eher fließend?

**W4217E-AI:** Kann ich nicht erkennen. Momentan ist halt alles anders und auf diese Impulse ist es mir auch ganz wichtig nochmal zu setzen. Es ist im Moment eine Informationsdichte in Zeiten von Corona, dass vieles andere einfach liegenbleibt, also gemacht wird wie immer. Und in einer 80h-Woche, da bleibt nicht mehr viel Zeit für Fortbildung.

**I:** Da habe ich gleich nochmal eine Frage zu nach der Aufnahme. Ja gut, Sie haben schon gesagt, dass Sie sich über die Internetseite beispielsweise der AWMF informieren oder über Fortbildung. Haben Sie noch andere Quellen, wo Sie auf Leitlinien zugreifen?

**W4217E-AI:** DEGAM-Benefits, das Blatt der Fachgesellschaft.

**I:** Sind sie da auch in Qualitätszirkel eingebunden?

**W4217E-AI:** Ja, ein hausärztlicher Qualitätszirkel. Leider auch sehr pharmlastig muss man sagen.

**I:** Sind da Referenten mit eingebunden, oder wie kommt das?

**W4217E-AI:** Ja ja, externe Referenten. Leider pharmlastig.

**I:** Ja und können Sie ungefähr einschätzen, in welchen Zeitabständen Sie sich da auf die Aktualität überprüfen? Also ob Sie jetzt regelmäßig schauen, was sich in der Leitlinie geändert hat?

**W4217E-AI:** Die ERC-Leitlinie kann ich revisionistischer beantworten, aber ansonsten gucke ich immer wieder mal quer.

**I:** Also eher ein fließender Prozess?

**W4217E-AI:** Ja, genau.

**I:** Gibt es bestimmte Arten oder Typen von Leitlinien, die Sie bevorzugen? Also muss eine Leitlinie S3-Standard haben, oder sind andere Dinge wichtig?

**W4217E-AI:** Kurzversionen. Langversionen oder Literaturangaben sind meist viel zu viel, um sich neben dem Praxisalltag damit zu beschäftigen. Leider gibt es die nicht immer.

**I:** Ja, das ist... das habe ich auch schon öfters gehört, dass das leider viele Leitlinien gar keine Kurzversion haben.

**W4217E-AI:** Ich finde, wir brauchen das Komprimierte in der Patientenversorgung, um hier an Puls der Zeit zu bleiben. Insofern wäre das sozusagen wichtig zu unterstreichen, dass wir einfach Zusammenfassungen brauchen, also komprimierte Leitlinien, Zusammenfassungen oder auch Webinare im Angebot.

**I:** Machen Sie auch einen Unterschied von der Qualität der Leitlinie. Also sagen Sie mir, ist es besonders wichtig, dass es S3-Standard oder ein S2-Standard ist? Oder ist das nicht Ihr erstes Augenmerk?

**W4217E-AI:** Kommt drauf an, für welche Fragestellung. Was ich auch charmant finde, sind die Patienteninformationen zu Leitlinien, die gibt es auch in der Palliativmedizin, im Palliativkontext oder zur Palliativversorgung.

**I:** Das ist jetzt tatsächlich die nächste Frage gewesen. Sie haben mir schon gesagt, dass Sie, dass sie die Patientenversionen benutzen. Wie benutzen Sie die? Also geben Sie die auf Nachfrage raus oder verweisen Sie dann auf die Homepage, oder wie machen Sie das?

**W4217E-AI:** Beides. Für Palliativversorgung habe ich ausgedruckt im Schrank liegen. Manchmal sende ich die Links per Mail zu.

**I:** Würden Sie sagen, dass Sie DEGAM- Leitlinien da eher den Vorzug gegenüber anderen Fachgesellschaften geben?

**W4217E-AI:** Ja, die DEGAM ist ja der Fachverband meines Wirkens und wie gesagt erster Ansprechpartner.

**I:** Jetzt weiß ich nicht, wie das bei Ihnen in der Praxis läuft: Aber wie wichtig ist es Ihnen, dass Leitlinien Empfehlungen machen, ärztliche Aufgaben an nichtärztliches Praxispersonal zu delegieren. Machen Sie davon Gebrauch? Ich werfe jetzt mal z.B. den Begriff NAEPA in den Raum...

**W4217E-AI:** Habe ich leider keine und ich mache da auch keinen Gebrauch von.

**I:** Aber delegieren Sie ärztliche Aufgaben beispielsweise beim Hausbesuch oder in der Untersuchung oder Diagnostik?

**W4217E-AI:** Ja, selbstverständlich muss man im Praxisalltag delegieren, weil man ansonsten einfach ineffizient arbeiten würde. Da haben wir eingespielte Abläufe, wie wir das in der Praxis machen, aber dass es da Leitlinien geben würde, die das genauer beschreiben, das wüsste ich jetzt nicht.

I: Mal angenommen, Sie überlegen sich, eine neue Leitlinie in Ihr Handeln aufzunehmen, also eine Leitlinie zu implementieren. Nehmen Sie da besondere Probleme oder Herausforderungen wahr, was das hindern könnte?

**W4217E-AI:** Nein, das sind ja nur Korridore, die einem da eröffnet werden. Wie man die dann mit Leben füllt, bleibt einem ja selbst überlassen.

I: Okay, aber besondere Verzögerungen oder Schwierigkeiten im Praxisablauf haben Sie da bisher nicht festgestellt?

**W4217E-AI:** Würde ich jetzt Nein sagen.

I: Sehr gut, so ist es ja auch am besten. Finden Sie, dass sich Leitlinien ohne größere Probleme von dem Einzelnen auf mehrere Patienten, also auf die breite Patientenschaft übertragen lassen? Oder ist das eher alles sehr individuell anpassungspflichtig?

**W4217E-AI:** Das ist ja die ärztliche Kunst, gell? Ja, es geht darum, Menschen individuell zum einen dort abzuholen, wo er steht und dann auch individuell zu therapieren, aber nach Möglichkeit im Korridor, der Leitlinie. Ich sehe da jetzt keinen Widerspruch oder fühle mich dadurch nicht eingeengt.

I: Also würde ich das mal so zusammenfassen, dass sie sagen, sie orientieren sich an Leitlinien und überlegen sich dann, wie sie daraus ihren eigenen Handlungsablauf im Praxisalltag entwickeln können, auf den sie dann immer wieder zurückgreifen können.

**W4217E-AI:** Ja, so kann man es zusammenfassen.

I: Dann würde ich jetzt mal ein paar Aussagen vorlesen und die können Sie mit Ja oder Nein beantworten oder auch gerne ein paar Worte dazu sagen:

Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.

**W4217E-AI:** Ja.

I: Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie.

**W4217E-AI:** Ich bin im Endeffekt dafür verantwortlich...also ja.

I: Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden.

**W4217E-AI:** Finde ich schon, ja.

I: Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe oder -routinen ein.

**W4217E-AI:** Nein.

I: Leitlinien ermöglichen ein strukturiertes Vorgehen bei Diagnose und Therapie.

**W4217E-AI:** Ja.

I: Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.

**W4217E-AI:** Nein.

I: Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.

**W4217E-AI:** Ja, in der aktuellen Situation auf jeden Fall. In der Pandemie sind die Zeitressourcen doch stark begrenzt.

**I:** Auf jeden Fall. Gut, wir haben es gleich geschafft. Was sollte oder müsste Ihrer Meinung nach rund um das Thema Leitlinien für die hausärztliche Praxis noch verbessert werden? Sehen Sie irgendwo konkreten Handlungsbedarf?

**W4217E-AI:** Ja, die Aktualität. Es kam doch immer wieder die Situation, dass die Leitlinien zur Korrektur offen sind und sich dann längere Zeit der Vergangenheit nichts getan hat. Dass Leitliniengruppen sich auseinanderdividiert haben und dann irgendwie nichts mehr passiert ist...

**I:** Ja genau. Ansonsten hatte ich ja noch herausgehört, dass komprimiertes Wissen, also die Kurzfassung und Wirtschaftlichkeit wahrscheinlich ein wichtiger Punkt für Sie ist.

**W4217E-AI:** Das ist absolut richtig. Als Kassenarzt auf jeden Fall.

**I:** Mal angenommen, die von Ihnen gesagten Punkte würden genauso umgesetzt. Wären Sie unter dieser Voraussetzung bereit, sich noch stärker an Leitlinien zu binden oder diese anzuwenden?

**W4217E-AI:** Ja, selbstverständlich.

**I:** Und die letzte Frage: Könnte man aus Ihrer Sicht noch die Implementierungsbereitschaft anderer ärztlicher Kollegen in Zukunft erhöhen und wenn ja, wie? Es gibt ja doch Kollegen, die anders oder viel weniger mit Leitlinien arbeiten. Sehen Sie da konkrete Anreize, was man anbieten müsste?

**W4217E-AI:** Ja, wir haben ja schon die Fortbildungspflicht. Tatsächlich würde ich mir wünschen, auch mal zu den Leitlinien der CME-Bogen zu erhalten. Hängt halt keine Pharmalobby dran, gell? Aber das würde ich mir eigentlich wünschen, dass es auch zu den DEGAM- Leitlinien mal CME-Punkte gäbe.

**I:** Na das hört sich doch nach einem schönen Schlusswort an. Dann bedanke ich mich für Ihre Zeit und Ihre Expertise!

## **2.6 Transkript Interview VI – M4925E-AI**

**I=** Interviewer

**M4925E-AI=** Arzt

**I:** Legen wir los. Können Sie mir kurz erzählen, was Ihnen zum Thema Leitlinien als Erstes in den Sinn kommt? Es ist eine offene Frage, aber es wird gleich konkreter.

**M4925E-AI:** Na ja, als Erstes ist es mal eine wissenschaftliche Sammlung medizinischer Fachgesellschaften.

**I:** Nun, können Sie mir sagen, wie Sie grundsätzlich zu Leitlinien stehen und warum?

**M4925E-AI:** Leitlinien sind für mich eine Orientierung, um kluge Entscheidungen zu treffen. Sie machen ja nichts anderes, als die Datenlage auszuwerten und zusammenzustellen. Natürlich geben Sie mir immer nur den aktuellen Stand zum Zeitpunkt der Erstellung wieder, sodass man natürlich nicht allein sich darauf verlassen kann. Und natürlich gibt es immer mal wieder Fragen, inwieweit da unabhängige Leitlinienerstellung existiert, aber das ist natürlich nicht immer einfach zu hinterblicken.

**I:** Also Sie betrachten es kritisch, stehen Leitlinien aber positiv gegenüber?

**M4925E-AI:** Natürlich.

**I:** Inwiefern bringen denn aus Ihrer Sicht Leitlinien Vorteile oder Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?

**M4925E-AI:** Also es bringt natürlich Vorteile, wenn ich mich daran orientiere, dass ich dann schneller sichere Entscheidungen treffen kann. Ich bin sicherlich in gewissem Maße, wenn ich mich an die Leitlinien halte, rechtlich abgesichert, dass mir keiner Fehlentscheidungen vorwerfen kann. Man muss natürlich sehen, dass manche Leitlinien oder manche Vorgaben sich noch widersprechen. Man hat ja z.B. in der Primärprävention Leitvorgaben im kassenärztlichen System, die sich nicht decken lassen mit Leitlinien aus Fachgesellschaften beispielsweise.

**I:** Da komme ich auf jeden Fall gleich noch drauf! Wie groß ist Ihrer Meinung nach wirklich der Nutzen in der Patientenversorgung?

**M4925E-AI:** Also wenn ich Dinge nicht weiß, dann suche ich nach einer definitiven Antwort und da habe ich jetzt als Nachschlagewerk zum einen die Möglichkeit, über die Fachinformation Arzneimittel zu gehen. Ich habe die Möglichkeit, über die AWMF zu gehen. Ich habe als Nachschlagewerk Amboss installiert und ich habe als Nachschlagewerk, jetzt zum Beispiel in der Diagnostik beim Ultraschall, Bücher online, wo ich was nachschauen kann. Das ist so der Fundus, wahrscheinlich.

**I:** Gibt's auch Nachteile, die Ihnen konkret einfallen. Ich habe da gleich noch ein paar Fragen zu.

**M4925E-AI:** Also konkret: Die Ziele, die wir jetzt in der Cholesterinbehandlung haben, da haben wir einerseits widersprüchliche Standpunkte in den Fachgesellschaften. Das wäre ein Beispiel. Also zwischen Hausärzten und Kardiologen, aber auch zum Beispiel in der Frage vom Prostatakarzinom haben wir auch keine einhellige Meinung, was an Vorsorge sinnvoll ist und was nicht, oder was auch vielleicht auch mehr Schaden anrichtet.

**I:** Was würden Sie sagen? Wie häufig kommt es in Ihrem Praxisalltag vor, dass Sie sich an Leitlinien orientieren oder sogar die ganze Arbeit danach ausrichten?

**M4925E-AI:** Also häufige Fragen, die man hat, sind zum Beispiel jetzt Abklärung von Brustschmerzen oder Hypertonie, Behandlungen oder Impfungen. Ja, da würde ich nicht sagen, dass ich da relevant von den gängigen Empfehlungen abweiche. Bei den Impfungen ist es so, dass ich den Leuten sage, dass sie in der Schweiz größere Intervalle haben bei der FSME-Impfung und das bei einem höheren Risiko. Trotzdem hat sich das als sicheres Vorgehen bewährt und deshalb habe ich keine Schwierigkeiten damit, wenn Patienten sich nur alle zehn Jahre im mittleren Alter impfen lassen und nicht alle fünf.

**I:** Und kann man das quantifizieren? Oder ist das eher fließend?

**M4925E-AI:** Also das kann man, glaube ich, nicht quantifizieren, weil man müsste es ja irgendwie protokollieren. Also das ist fast unmöglich, schon überhaupt immer alle Themen in dem Patientengespräch dann aufs Tablett kommen, sich im Nachhinein noch zu protokollieren, dass einem da nichts durch die Lappen geht. Überall hinter jeder Aussage die man hat, dann praktisch zu gucken, finde ich dafür jetzt eine Aussage in einer Leitlinie oder auch nicht - Das ist unmöglich nachzuschauen.

**I:** Hat die Anwendung von Leitlinien grundsätzlich in den letzten Jahren eher zugenommen, ist das gleichgeblieben oder sogar weniger geworden?

**M4925E-AI:** Ich war lange im Krankenhaus. Man hat letztendlich da seine Vorgaben, die man natürlich auch von Zeit zu Zeit hinterfragen darf, aber man braucht natürlich auch

einfach mal eine klare Entscheidung, wie man welches Problem lösen will und man kann natürlich nicht das Rad bei jedem Patienten neu erfinden. Insofern ist es einfach eine Vereinheitlichung des Vorgehens und man spart schlichtweg Zeit. Aber das jetzt zu quantifizieren, wie viel Prozent der Entscheidungen Bauchgefühl sind und wie viel Prozent da jetzt irgendwie auf eine bestimmte Literaturstelle zurückgehen, das ist, glaube ich, unmöglich.

**I:** Gibt es Situationen, in denen Sie besonders gerne Leitlinien anwenden? Also ich teile das jetzt z.B. einmal auf in Therapie, Diagnostik oder sogar in Patientenmanagement?

**M4925E-AI:** Also im Patientenmanagement glaube ich nicht, dass ich da auf irgendwelchen Leitlinien zurückgreife. Ja, man hat z.B. die üblichen Vorsorgemaßnahmen, die natürlich umgesetzt werden. Auch aus rechtlichen Gründen, dass man den Leuten eine gewisse Impfung empfohlen hat, oder halt auch die Dickdarmkrebsvorsorge. Das zum Thema "Management".

Dann bei Therapieentscheidung klar die Hypertoniebehandlung und Cholesterintherapie. Ich kann damit natürlich auch manche Angstpatienten beruhigen und manchen Ignoranten dann zeigen, dass sie da einfach entweder mit dem Rauchen aufhören müssen oder Cholesterinsenker nehmen müssen, wenn sie nicht in den nächsten zehn Jahren das Risiko von einem Herzinfarkt eingehen wollen.

**I:** Also resümiert findet sich die Leitlinienanwendung wahrscheinlich am häufigsten in der Therapie dann wieder?

**M4925E-AI:** Ja, in der Diagnostik halte ich mich zum Beispiel klar daran, bei welchem Thoraxschmerz man ein Belastungs-EKG macht oder nicht. Da haben wir nur noch ein schmales Fenster. Also wenn das nicht sehr wahrscheinlich eine KHK ist, aber doch nicht ganz unwahrscheinlich, dann darf man es auch machen. Das ist ja von Männern und Frauen getrennt. Dann benutze ich natürlich sehr häufig einen D-Dimer-Test, um eine Thrombose oder Lungenembolie auszuschließen. Das ist sicherlich auch leitliniengerecht. Vielleicht mache ich sogar mehr als ich es eigentlich müsste, weil die Ermittlung von dem tatsächlichen Risiko ja einfach hinten runterfällt. Man hat einfach den Test gemacht und hat damit sich rechtlich abgesichert.

**I:** Fallen Ihnen spontan Krankheitsbilder ein, wo Sie insbesondere auf Leitlinien zurückgreifen? Vielleicht komplexer zu behandelnde Diagnosen?

**M4925E-AI:** Also klar Leute mit einer KHK. Da guckt man halt, dass sie entsprechend ihre Plättchenhemmung haben, dass sie Ihre Cholesterinsenker haben, dass sie ihre Blutdrucktabletten bekommen.

Bei Diabetikern sicherlich gibt es ein Ablaufschema, wo man aber auch nicht sehr viele Möglichkeiten hat zu kombinieren. Da hat man dann halt seine Vorgaben.

**I:** An dieser Stelle kam von einigen Kollegen der Einwand, dass gerade die antidiabetische Therapie wirtschaftlich nicht kostendeckend durchzuführen sei, wenn man leitliniengerecht arbeitet. Sehen Sie das auch so?

**M4925E-AI:** Also ich liege mit meinem Budget etwa ein Viertel unter dem Schnitt, warum auch immer, sodass ich mir da jetzt keinen Kopf machen muss. Man hat Vorgaben für verschiedene Arzneimittelgruppen, da bestimmte Ziele zu erreichen. Meistens habe ich dann doch in vier Gruppen das Ziel nicht erreicht, aber da ich im globalen ja dann doch weit drunter liege, hat es keine Konsequenz für mich. Ich würde jetzt nicht allein nur Insulin wählen, nur damit ich mein Budget halte. Man muss einfach sehen, dass die Leute dann oft eine deutliche Gewichtszunahme haben und man fixiert die dann in ihrem Übergewicht. Das ist schade. Auf der anderen Seite muss man auch sehen, dass die erwünschte

Gewichtsabnahme bei manchen Mitteln selten klappt, aber bei vielen wiederum nicht. Das ist nicht immer so, dass der Erfolg gebucht ist, sondern dass man damit letztendlich die Mitarbeit des Patienten irgendwie versichern kann.

**I:** Die nächste Frage ist dann fast wahrscheinlich ein bisschen rhetorisch, aber wie wichtig ist die Wirtschaftlichkeit in der Anwendung von Leitlinien als Praxisinhaber?

**M4925E-AI:** Also ich sage mal so: Was wirklich Geld kostet, ist Personal und wenn ich jetzt hingehe und ich mache viele Entscheidungen über ein Antibiotikum, entweder ein Urintest oder ich mache ein CRP-Schnelltest, dann kostet das vor allen Dingen Arbeitszeit. Die kriegt man nicht wieder bezahlt. Das ist schon sehr bedauerlich. Bei mir sind es da weniger die Medikamente, da ich da weniger unter Druck bin, aber Personal muss finanziert werden und da weiß ich wirklich nicht, wie man das kostengünstiger machen könnte.

**I:** Okay, gut, dann nochmal ein bisschen auf das globale Thema zurück. Wenn Sie Bilanz ziehen müssten: Inwieweit haben sich Leitlinien positiv oder negativ auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität in der letzten Zeit oder den letzten Jahren auf Ihre Patienten ausgewirkt? Kann man das abschätzen?

**M4925E-AI:** Ich finde die immer niedrigeren Zielwerte für LDL bei der KHK schwer umsetzbar. Es gibt ja auch eine große Zahl Patienten, die keine Medikamente nehmen wollen oder weniger Medikamente nehmen wollen. Im Extremfall finde ich das zum Beispiel bei COPD- Patienten, wo es eigentlich ja auch eine klare Behandlungsstrategie gibt, aber tatsächlich verliert man die immer wieder im Follow-up in den Kontrolluntersuchungen. Da erscheinen sie dann nicht. Das ist bei den COPD- Patienten wirklich ausgeprägt. Bei Diabetikern ist es seltener so. Aber auch da gibt's Leute, die einfach dann mal zwei Jahre nicht erscheinen und plötzlich mit schweren Komplikationen aufschlagen. Da gibt's irgendwie kein Patentmittel.

**I:** Wenn man jetzt neue Empfehlungen umsetzen möchte: Ist das kompliziert, diese in der Praxisroutine einzubauen? Also gibt's da Verzögerungen in eingespielten Praxisabläufen?

**M4925E-AI:** Na ja, also in meinen Praxisabläufen wird es sich selten widerspiegeln. Wenn, dann muss ich das selbst umsetzen.

**I:** Also haben Sie nicht den Eindruck. Okay. Wie sind Sie denn auf die von Ihnen eingesetzten Leitlinien überhaupt aufmerksam geworden? Also, wo beziehen Sie Ihre Informationen überhaupt her?

**M4925E-AI:** Also ich habe seit dem Studium das Arzneitelegramm im Abonnement. Da gibt es natürlich manchmal auch Artikel von Leuten geschrieben sind, die keine praktische Erfahrung haben. Also ich erinnere mich z.B. an einen Artikel über Propofol, als das auf den Markt kam, dass das also völlig überflüssig sei und dass es keine neue, keine besondere Innovation darstellten würde. Jeder, der in der Anästhesie gearbeitet hat, kann da nur drüber schmunzeln. Ich erinnere mich auch an Stellungnahmen zu Lidocain oder Cordarex bei der Reanimation. Man muss damit leben, dass man nicht für jede Entscheidung oder wirklich für jede Situation eine klare Studie, geschweige denn eine Leitlinie hat, die das dann gut beantwortet. Wichtig ist, dass die Leitlinie jemand geschrieben haben muss, der auch tatsächlich über eine praktische Erfahrung verfügt. Was habe ich noch so: AWMF z.B. ist halt schon immer so ein Fundus gewesen, wenn man was Spezielles sucht.

**I:** Benutzen Sie da die Onlineplattform?

**M4925E-AI:** Ja, genau.

**I:** Wie sieht es aus mit Fachzeitschriften, Fortbildungen und Kongressen aus? Erfährt man da Neues oder geht es da eher um andere Sachen?

**M4925E-AI:** Ja, aber es geht auch oft ums Rekapitulieren auf Kongressen. Man hat so seine notfallmedizinischen Fortbildungen, die oft wenig Neues aufbringen.

**I:** Kriegen Sie da auch Anstöße von Pharmaunternehmen oder Ähnlichem?

**M4925E-AI:** Klar habe ich auch schon Fortbildungsveranstaltungen von Pharmafirmen besucht. Klassiker ist, dass Pharmafirmen dann einem beim COPD-Patienten eine 3-fach-Kombination aus LAMA, LABA und ICS empfehlen wollen. Und das mag für kleine Patientengruppen sinnvoll sein, aber auf der anderen Seite weiß man natürlich, dass das die Pneumonierate erhöht. Also das bringt natürlich nur etwas, wenn Leute sehr häufig Exazerbationen haben. Da bei den Pharmazeuten kriegt man natürlich nur eine sehr selektive Information her. Auf der anderen Seite darf man das auch nicht so ganz schlechtreden, weil die suchen sich natürlich Aspekte raus, die im Sinne ihrer Medikamente positiv sind. Trotzdem ist es natürlich irgendwo ein Tippgeber und man kann sich dann ja selber ein Bild machen, wie es wirklich ist. Manchmal hat man einfach spezielle Patienten und da kann man überlegen ist das Eine oder das Andere besser.

**I:** Schöner Punkt: Wie wichtig sind Ihnen denn da der Standard der Leitlinie? Also muss das jetzt eine S3-Leitlinie sein oder reicht da auch eine Expertenmeinung?

**M4925E-AI:** Na ja, man nimmt was man hat. Wenn ich jetzt eine S3-Leitlinie habe, dann werde ich mich nicht an irgendjemanden dranhängen, der meinte, er weiß es jetzt unbedingt besser. Natürlich, wenn jemand da sein Leben damit verbracht hat, irgendeine Sache zu erforschen und er sieht dann bestimmte Aspekte in der Leitlinie anders, dann kann man sich das ja sehr wohl anhören. Aber letztendlich hat man ja im Alltag nicht viel Zeit und braucht oft schnelle Entscheidungen. Oft ist es so, dass ich an einem freien Nachmittag oder so Dingen nachgehe, zu denen man im Alltag nicht kommt. Dann sucht man einfach danach und guckt mal, wo man seine Antwort findet. Aber das ist jetzt nicht festgelegt auf einen S3-Standard. Natürlich nehme ich auch die anderen Leitlinien zur Kenntnis.

**I:** Sie haben mir gesagt, dass sie Amboss benutzen. Haben Sie auch irgendwas in die Praxissoftware integriert, wo Sie ein Nachschlagewerk hätten?

**M4925E-AI:** Ich hatte mal ein Impfprogramm, aber das hat sich nicht wirklich bewährt und um bei Impfungen den Überblick zu behalten habe ich mein eigenes System entwickelt und protokolliere entsprechend die Impfungen mit Jahreszahlen. Was auch zum Beispiel auffällt, ist, dass man in seiner Praxissoftware Interaktionen von Arzneimitteln angezeigt bekommt, was aber oft von bedingtem Nutzen ist. Da wird dann bspw. eine Interaktion von Novalgin und ASS angezeigt. Es ist für die Praxis dann aber ohne Relevanz, weil ich jetzt z.B. bei einem Gefäßpatienten sowieso nichts anderes außer Metamizol als Nichtopioid aufschreiben kann.

**I:** Können Sie ungefähr einschätzen, in welchen Zeitabständen man sich da selber auf neue Empfehlungen kontrolliert oder ist das eher so im laufenden Prozess?

**M4925E-AI:** Also man hat wirklich ja immer wieder den Eindruck, das ist jetzt mal wieder so ein Themengebiet, da muss ich mich wieder mal mit befassen. Dann guckt man halt was so an Fortbildung angeboten wird und guckt, dass man da seine Baustellen abarbeiten kann. So könnte man es formulieren. Das macht man so nebenbei und zu keinem festen Zeitpunkt würde ich sagen.

**I:** Kann man das zeitlich ungefähr eingrenzen? Ist das einmal im Monat, im Jahr, oder wie kann ich mir das vorstellen?

**M4925E-AI:** Also man muss ja eine Fortbildung besuchen. COPD, Asthma, Diabetes, KHK usw. und dann guckt man, was es da an Fortbildung gibt, was man halt irgendwie pragmatisch besuchen kann. Fertig.

**I:** Wenn Sie sich jetzt über neue Leitlinien informieren, geben Sie da der DEGAM als Fachgesellschaft für die Allgemeinmedizin den Vorzug oder ist Ihnen das weniger wichtig?

**M4925E-AI:** Also die DEGAM-Leitlinien sind natürlich gut, weil sie sehr pragmatisch sind und weil sie den Behandler absichern, weniger zu tun, als manche Fachgesellschaft fordert. Z.B. beim Thoraxschmerz, dass man da nicht zwingend ein D-Dimer machen müsste. Es fällt mir schwer, wenn man selber mal in der Familie jemanden hatte mit einer Lungenembolie. Da ist man einfach nicht mehr ganz neutral und macht dann tendenziell mehr. Aber ich habe bis jetzt in den fünf Jahren einen Patienten gehabt, mit einer Lungenembolie und der hatte keinen Thoraxschmerz und keine Luftnot gehabt. Der hatte lediglich seine CPAP-Maske nicht mehr getragen. Da muss man erstmal drauf kommen.

**I:** Was muss generell eine gute Leitlinie erfüllen, damit sie sich dafür entscheiden, diese umzusetzen?

**M4925E-AI:** Ich glaube, Leitlinien zu erstellen ist ein enormer Kraftakt für die Beteiligten. Und ich glaube, man hat da keine Vorstellung dran, was da für eine Zeit drinsteckt. Deshalb darf man sich, glaube ich, nicht zu viel einbilden, wenn man nicht wirklich im Detail, in dem Thema drinsteckt. Generell sollte sie aber schnell verständlich und umsetzbar sein, weil man einfach wenig Zeit im Alltag hat sich damit auseinanderzusetzen.

**I:** Würden Sie sagen, es muss schon einen Mehrwert für die Behandlungsabläufe in der Praxis geben?

**M4925E-AI:** Ja, ich beschäftige mich nur mit Leitlinien von Krankheitsbildern, die ich auch selbst in der Praxis behandle. Da interessiere ich mich jetzt nicht für die Behandlung von Mamma-Karzinom.

**I:** Jetzt haben Sie ja vorhin gesagt, dass Sie als Arzt auch wenig Zeit haben, sich zu informieren. Wie wichtig sind Ihnen da Kurzfassungen? Greifen Sie auf Kurzfassungen zurück?

**M4925E-AI:** Also, wenn ich eine spezielle Frage habe, gucke ich tatsächlich in die Langfassung rein, weil ich dann die komplette Stellungnahme dazu haben möchte. Da brauche ich ja nicht die ganze Leitlinie, die dann vielleicht bei der AWMF manchmal 170 Seiten hat, sondern da gehe ich halt mit meiner Suchfunktion über den Text und suche mir die einzelnen Textstellen raus und lese das, was ich da wissen will.

**I:** Also Sie benutzen auch die Langversion. Gut, okay. Das hört sich ja schon nach einem enormen Rechercheaufwand an für den einzelnen Patienten. Wie einfach oder wie schwer ist es, eine Leitlinie von einem Patienten auf eine größere Patientenschaft zu übertragen? Oder ist das immer individuell?

**M4925E-AI:** Also ich glaube, bei den meisten wird man das eins zu eins umsetzen können. Ich habe halt auch Patienten, da kommt es unter Anwendung von Leitlinien trotzdem zu Ereignissen. Das sind gewisse Einzelfälle, wo man sich dann auch mit dem Kardiologen oder anderen Bereichsärzten beratschlagen muss und da gibt es halt manchmal auch Menschen, wo es kein Patentrezept gibt.

**I:** Ich habe noch eine Frage. Ich komme ja auch aus einem ärztlichen Assistenzberuf. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Leitlinien Empfehlungen für die Delegation an nichtärztliches Praxispersonal machen? Oder nutzen Sie das gar nicht?

**M4925E-AI:** Bei meinen Mitarbeitern ist das nicht sehr ausgeprägt, dass sie jetzt hier irgendwie Entscheidungen abnehmen wollen. Mittlerweile wissen sicher meine Mitarbeiter, wenn jemand kommt mit Brustschmerzen oder Luftnot, dass dann schon bevor ich den Patienten gesehen habe, vielleicht ein EKG geschrieben ist. Wir haben zum Beispiel die

Vereinbarung, dass wenn jemand kurzatmig ist oder eine Sprechdyspnoe am Telefon hat, dass der durchgestellt werden muss. Aber da fällt mir auch keine Leitlinie ein, die das untermauert.

**I:** Okay, viele Leitlinien, auch gerade von der DEGAM, bieten ja Patientenfassungen an. Benutzen Sie das, oder eher nicht?

**M4925E-AI:** Nein. Ich habe ein breites Patientenspektrum vom Analphabeten bis zum Professor. Jeder will bei der eigenen Gesundheit beim Hausarzt mitreden. Einverstanden. Aber die meisten unterschätzen dann doch die Tragweite. Und gerade z.B. bei der Dickdarmkrebsvorsorge oder bei der Impfberatung, da braucht es eine sehr individuelle Beratung und halt auch teilweise Überzeugungsarbeit. Da hilft mir die Patientenfassung in den meisten Fällen nichts. Das liest keiner.

**I:** Also Sie würden auch nicht sagen, dass sie z.B. einen Link zur Informationsbeschaffung verschicken oder sonst irgendwas.

**M4925E-AI:** Also manchmal mache ich das natürlich, wenn Leute kritisch sind z.B. Wenn beispielsweise Leute fragen, warum dieses oder jenes Medikament nicht mehr auf Kasse geht, dann gebe ich denen entsprechend den Text dann mit. Mache ich aber selten. Natürlich hat man ja auch Leute mit einer medizinischen Vorbildung. Da verschicke ich je nach Fragestellung schon mal die ein oder andere Literaturstelle.

**I:** Okay, ich würde zum Ende noch ein paar Aussagen vorlesen. Ja oder nein ist okay. Sie können auch gerne Stellung zum Thema nehmen:

Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.

**M4925E-AI:** Ja.

**I:** Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie.

**M4925E-AI:** Nein.

**I:** Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden.

**M4925E-AI:** Kann man offenlassen.

**I:** Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe oder -routinen ein.

**M4925E-AI:** Nein.

**I:** Leitlinien ermöglichen ein strukturiertes Vorgehen bei Diagnosen und Therapien.

**M4925E-AI:** Ja.

**I:** Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.

**M4925E-AI:** Hier liegt es ja am Anwender. Also eher nein.

**I:** Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.

**M4925E-AI:** Nein.

**I:** Gut, was sollte oder müsste Ihrer Meinung nach rund um das Thema Leitlinien noch für die hausärztliche Praxis verbessert werden? Sehen Sie irgendwo konkreten Handlungsbedarf? Vielleicht zum Thema Umsetzbarkeit oder Wirtschaftlichkeit.

**M4925E-AI:** Na klar, man kann natürlich schon sagen, dass einige Leitlinien, gerade so kardiologische nicht kostendeckend umzusetzen sind. Da kriegt man letztendlich nicht den Aufwand wieder rein, was Labor oder Aufklärungsarbeit angeht etc. Da müsste man auf Kassenseite halt noch einiges optimieren.

**I:** Jetzt habe ich ja vorhin schon mal gesagt, dass viele Kollegen gehemmt sind, Leitlinien in den Praxisalltag zu implementieren, aus welchen Gründen auch immer. Können Sie sich vorstellen, was dazu führen könnte, dass mehr ärztliche Kollegen da Zukunft Leitlinien umsetzen? Müsste man da gewisse Anreize schaffen?

**M4925E-AI:** Also Anreize, klar. Wenn ich zum Beispiel für den Hausbesuch bzw. eine häusliche Blutabnahme durch eine meiner Mitarbeiterinnen 8 Euro honoriert bekomme und die ist dafür eine halbe Stunde unterwegs, dann kann das natürlich nicht die Betriebskosten widerspiegeln. Alles was arbeitsintensiv ist, müsste natürlich eigentlich refinanziert werden. Ich sehe gar nicht so sehr das Problem durch die Leitlinien, sondern ich sehe tatsächlich mehr das Problem, dass in Arzt- bzw. Entlassungsbriefen Dinge vorgeschlagen werden, die eben nicht leitliniengerecht sind. Das wiederum dem Patienten klarzumachen, dass das jetzt gar nicht dem Stand der Dinge entspricht, obwohl er gerade aus der Uniklinik entlassen wurde... Das ist viel schwieriger. Wie gesagt, es kostet viel Zeit, solche Zähne zu ziehen.

**I:** Alles klar! Von meiner Seite aus vielen Dank für die Expertise. Danke auch für die Zeit!

## 2.7 Transkript Interview VII – W3913M-A

I= Interviewer

**W3913M-A** = Arzt

**I:** So die Aufnahme läuft, dann begrüße ich Sie herzlich. Können Sie mir als Erstes mal erzählen, was Ihnen überhaupt beim Thema Leitlinien in den Sinn kommt? Ist eine offene Frage, es wird gleich konkreter!

**W3913M-A:** Da kommt mir in den Sinn, dass es oft an der Versorgungsrealität vorbeigeht, aber in der Theorie sozusagen eine gute Möglichkeit ist, Dinge nachzulesen. Also gerade in der Allgemeinmedizin ist ja so ein Problem, dass man eben nicht spezialisiert ist. Das heißt, man hat sozusagen den aktuellen „State of the Art“ natürlich nicht immer so im Kopf und muss das mal nachlesen. Dafür nutze ich Leitlinien und sehr oft ist es dann doch tatsächlich so, dass es mit der Versorgungsrealität dann daran doch ein bisschen vorbeigeht. Also dass man dann irgendwo einen Kompromiss finden muss zwischen dem, was die Leitlinie sagt und was sozusagen in der Theorie der Behandlungsstandard ist und dem, was praktisch sozusagen für den jeweiligen Patienten machbar ist.

**I:** Schöner Punkt, da kommen wir auch gleich noch mehr drauf. Können Sie aber erst einmal ganz grundsätzlich sagen, wie Sie zu Leitlinien stehen und warum?

**W3913M-A:** Also grundsätzlich finde ich das extrem wichtig, dass wir Leitlinien haben in den verschiedenen Bereichen der Medizin. Und es ist tatsächlich so, dass es bestimmte Bereiche gibt, wie z.B. ich nenne jetzt mal ein Beispiel: Kardiologie. Da sind Leitlinien sicherlich leichter umzusetzen als in anderen Bereichen, wie z.B. in meinem Bereich, der Diabetologie. Ja, weil natürlich ist es einfacher einen Zielwert für LDL- Cholesterin festzulegen. Da hat man relativ gute Studien, hat hohe Fallzahlen, hat viel Erfahrung. Aber wenn man jetzt z.B. so in den präventiven Bereich geht, oder auch in die Diabetesbehandlung, dann ist es natürlich so, dass wenn ich das Gesamtrisiko des Patienten reduzieren will, brauche ich eben einen relativ breiten Überblick. Ich muss wissen, wie viel bewegt er sich, wie ist die

Familienanamnese. Ich muss wissen, wie ist die Ernährungsanamnese und so weiter. Da hilft mir keine Leitlinie. Da brauche ich vor allem ein sehr gutes Gefühl dafür, um dann unterm Strich zu entscheiden, senke ich das LDL auf 50, reicht 70, oder reicht vielleicht 110? Also, das wäre einfach mal so ein Beispiel.

**I:** Inwiefern bringen aus Ihrer Sicht Leitlinien überhaupt Vorteile oder vielleicht sogar Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?

**W3913M-A:** Wo ich z.B. sehr oft nachlese, sind tatsächlich kardiologischen Leitlinien. Wenn jetzt z.B. neuer Standard Beispiel Vorhofflimmern so, da hat sich jetzt öfter mal was geändert in letzter Zeit, dann lese ich das einfach nach. Da gibt's eine Pocket Leitlinie. Also, die ist relativ kurz. Da weiß ich, das kann ich relativ schnell überblicken und damit arbeite ich. Dann z.B. bei der Behandlung von Harnwegsinfekten ändert sich immer mal wieder was. Da gucke ich dann nach, welche Antibiose ist gerade empfohlen oder wie ist der Standard für Schwangere oder beim Mann. Nachteile sehe ich da eigentlich keine. Ich habe mir so zur Angewohnheit gemacht, wenn ich mich nicht an die Leitlinie halte, dass ich das dann mit den Patienten sehr offen bespreche. Ich sage dem Patienten dann, dass ich hier von der Leitlinie abweiche und dass das mein Grund ist und ob er damit einverstanden ist. Anschließend dokumentiere ich das so. Insofern sehe ich eigentlich keine Nachteile. Also wenn, dann nur Vorteile. Ich nutze es halt nicht immer, also nicht in allen Bereichen. Aber einen konkreten Nachteil wüsste ich jetzt nicht.

**I:** Okay, als wie groß sehen Sie den Nutzen von Leitlinien für ihre Patientenversorgung? Sie sagten ja, dass Sie sie regelmäßig benutzen?

**W3913M-A:** In Prozent, wie oft ich sozusagen anwende?

**I:** Können Sie mir auch gerne sagen! Bei wie viel Prozent der Patienten kommt es vor, dass Sie auf Leitlinien zurückgreifen?

**W3913M-A:** Also ich würde schon sagen, vielleicht so 20% wo ich aktiv nachgucke. Ich meine, man hat ja so seine Lieblingsthemen. Da ist man natürlich besonders gut informiert, da liest man auch viel und dann hat man so die Themen leitliniengerecht im Kopf. Die Kardiologie ist jetzt nicht so mein Steckenpferd. Da habe ich mich noch nie gerne mit beschäftigt. Aber da gibt's halt immer auch neue Sachen und die muss man dann aktiv nachschlagen oder rufe einen Kollegen an. Also unbewusst orientiere ich mich wahrscheinlich in den meisten Fällen an Leitlinien.

**I:** Ist wahrscheinlich auch schwer zu quantifizieren.

**W3913M-A:** Ja, es kann also sein, dass ich sozusagen hier ein paar Mal hintereinander Patienten habe, die eher so ungewöhnliche Erkrankungsbilder haben. Dann gucke ich vielleicht häufiger rein und dann ist wieder wochenlang nichts. Aber es ist ein wesentlicher Bestandteil meiner Therapie. Würde ich schon sagen.

**I:** Vielleicht kann man es ja an der Stelle ein bisschen aufsplitten. Haben Sie den Eindruck, dass Sie Leitlinien eher bei der Therapie oder eher bei der Diagnostik oder sogar im Patientenmanagement verwenden?

**W3913M-A:** Also definitiv eher bei der Therapie.

**I:** Bei den anderen beiden eher weniger oder eher gar nicht?

**W3913M-A:** Eher gar nicht. Also zur Diagnostik ja, also höchstens mal was Labordiagnostik angeht, dass ich mal eine Leitlinie konsultiere, welche Laborwerte z.B. empfohlen werden. Aber da nutze ich eigentlich auch eher andere Foren, also gar nicht unbedingt eine Leitlinie. Es gibt z.B. ein Portal, das nennt sich Laborlexikon. Kennen Sie das?

I: Nee, das sagt mir nichts.

**W3913M-A:** Das wird ständig aktualisiert. Jetzt kann ich natürlich mir die Leitlinie der rheumatologischen Fachgesellschaft raussuchen, aber da bin ich vorneweg eine halbe Stunde mit beschäftigt. Da gucke ich doch lieber ins Laborlexikon und klicke auf R wie Rheuma und dann habe ich das komplette Spektrum aller Antikörper und kann da wirklich genau auswählen. Aber das ist natürlich nicht bei allen Nachschlagewerken so. Man braucht eine Idee davon, was man sucht und dann ist man natürlich auch schneller. Bei einer Leitlinie muss ich mir Zeit nehmen, um mich auf einem speziellen Themengebiet auf den neuesten Stand zu bringen. Da ist für mich nichts zum schnellen Nachblättern. Für gezielte Fragestellungen sind die Leitlinien meistens nicht geeignet, weil sie viel zu umfangreich bzw. zu umständlich geschrieben sind.

I: Nutzen Sie da eher die Kurzfassung oder benötigen Sie den Volltext bei Ihren Fragestellungen?

**W3913M-A:** Nein, ich benutze eher die Kurzfassungen in aller Regel.

I: Generell würden Sie sagen, dass die Orientierung an Leitlinien in den letzten Jahren eher zugenommen hat oder sogar abgenommen hat, vielleicht?

**W3913M-A:** Also das kann ich wirklich schlecht beurteilen. Ich komme ja aus dem stationären Bereich. Da habe ich den Eindruck gehabt, dass die Leitlinien einen größeren Stellenwert gehabt haben. Da haben wir uns auch an Leitlinien immer mehr orientiert. Aber ich habe so den Eindruck, in der allgemeinmedizinischen Versorgung ist es vielleicht tatsächlich so, dass dort weniger Energie aufgewendet wird. Ich kann das nicht belegen, aber auf Veranstaltungen, Fortbildung etc. spielen Leitlinien irgendwie eine untergeordnete Rolle. Ich habe auch nicht das Gefühl, dass da jetzt von den Fachgesellschaften große Energie aufgewendet wird, daran irgendetwas zu verändern.

I: Ja, ein interessanter Punkt. Gibt es denn Krankheitsbilder, die Ihnen spontan in den Sinn kommen, wo Sie sich besonders gerne auf Leitlinien berufen oder welche, wo sie es vielleicht gar nicht machen?

**W3913M-A:** Eine gute Leitlinie ist wie gesagt z.B. die Leitlinie zur Behandlung von Harnwegsinfekten oder die kardiologischen Leitlinien sind gut. Da gibt's dann auch nochmal... es ist ja auch nochmal alles unterschieden. Auch über die paVK-Leitlinie war ich sehr positiv überrascht.

I: Aber ich höre ja schon raus, dass sie sie nicht zwingend an AWMF-Leitlinie gebunden sind, sondern sich auch vorwiegend bei anderen Fachgesellschaften umschauchen.

**W3913M-A:** Ja, also in der Diabetologie z.B. orientiere ich mich ganz klar an dem, was die deutsche Diabetesgesellschaft sagt. Das wird auch immer aktualisiert.

I: Können sie es vielleicht quantifizieren? Würden Sie eher auf DEGAM- Leitlinien zurückgreifen, also als Vertreter Ihrer eigenen Fachgesellschaft? Oder schauen Sie eher auf andere Fachgesellschaften.

**W3913M-A:** Also ich gucke eigentlich zuerst bei den jeweiligen Fachgesellschaften, die zu meiner Fragestellung passen.

I: Sind die spezieller oder genauer als die von der DEGAM?

**W3913M-A:** Die benutze ich überhaupt nicht. Aber das liegt auch daran, dass ich ja nicht aus der Allgemeinmedizin eigentlich so klassisch komme. Es ist einfach, glaube ich, so ein bisschen Gewohnheit.

I: Haben Sie in Ihrer Praxissoftware irgendwas integriert, wo Sie auf Leitlinien oder andere Nachschlagewerke zurückgreifen können?

**W3913M-A:** Nein.

I: Nee, also Sie machen das alles im Internet, oder wie kann ich mir das vorstellen?

**W3913M-A:** Ja genau.

I: Ja, wenn Sie jetzt bilanzieren müssten: Wie hat sich Ihrer Erfahrung nach die Anwendung der von Ihnen bislang genutzten Leitlinien insgesamt auf die Versorgungs- oder Behandlungsqualität ausgewirkt? Also was war gut, was war weniger gut?

**W3913M-A:** Na ja, gut ist schon, dass man natürlich bei Unsicherheit nicht so aus dem Bauch heraus irgendwie agiert, sondern dass man wirklich weiß, man orientiert sich sozusagen an dem Stand der Wissenschaft. Das beruhigt mich dann immer auch auf einer rechtlichen Ebene. Also, man hat dann die aktuellen Erkenntnisse schon irgendwie berücksichtigt. Also das ist schon wichtig. Es ist tatsächlich immer so ein bisschen eine Frage der Zeit, aber es gibt mir definitiv ein gutes Gefühl. Ich lege das dann immer auf die Seite und bearbeite das nach Feierabend nochmal nach. Wenn ich irgendwo das Gefühl habe, sozusagen schwimme ich so ein bisschen, da bin ich mir nicht sicher. Da ist es schon sehr gut. Also das ist schon wichtig und wirkt sich damit halt auch positiv auf meine Behandlungsqualität aus, denke ich.

I: Wie oft würden Sie sagen, dass Sie sich selbst auf Aktualität der Leitlinien überprüfen? Oder ist das eher ein fließender Prozess?

**W3913M-A:** Na ja, das ist ein fließender Prozess. Aber ich gucke jetzt übrigens gerade, wo Sie sagen tatsächlich mal in die DEGAM- Leitlinien und ich muss sagen, die sind ganz gut aufgearbeitet. Ansonsten sagte ich ja, dass ich bei spezifischen Fragestellungen auch manchmal mehrmals die Woche in eine Leitlinie schaue, aber manchmal auch gar nicht. Dann gibts da halt auch noch die Fortbildungen, wo man mal das Aktuellste zu hören bekommt.

I: Es gibt mittlerweile relativ neue, auch 11 Stück auf S3-Standard.

**W3913M-A:** Ich bin ganz überrascht. Also tatsächlich gut. Ist ein guter Hinweis. Da habe ich jetzt auch etwas gelernt.

I: Ja. Wie sind Sie überhaupt auf die von Ihnen genutzten Leitlinien aufmerksam geworden? Also nutzen Sie eher Fachzeitschriften oder Fortbildungen oder ganz was anderes?

**W3913M-A:** Also in erster Linie tatsächlich Fachzeitschriften. Bis zum letzten Jahr sehr viel Fortbildung. Ich bin jemand, der sehr gerne auf Fortbildung fährt, weil das einfach immer dann so komprimiert ist. Da nimmt man sich lieber mal die Zeit für ein Wochenende oder auch mal für drei, vier Tage und hat es dann komprimiert, als irgendwie so zwischendurch einen Nachmittag. Das ist mit meinem privaten Leben irgendwie immer schlecht zu vereinbaren. Und genau Leitlinien: Also ich würde mich jetzt nicht zu Hause hinsetzen und würde mir nicht anlassbezogen irgendwie eine Leitlinie angucken, sondern es ist tatsächlich so, dass das ein fließender Prozess aus der Praxis heraus ist. Also wenn sich da Fragen stellen, wo ich mir nicht sicher bin, dann gucke ich nach, was es an aktuellen Leitlinien gibt.

I: Okay. Und Sie sagten ja, dass Sie beispielsweise Nachschlagewerke, ob jetzt onlinebasiert oder physisch nutzen. Sind Sie zudem in Qualitätszirkel eingebunden, in denen Sie sich austauschen?

**W3913M-A:** Auf jeden Fall, ja. Also ein hausärztlicher Qualitätszirkel und ein diabetologischer Qualitätszirkel.

I: Ah ja, okay.

**W3913M-A:** Das liegt im Moment coronabedingt natürlich alles ein bisschen brach.

I: Das geht leider allen so. Das Argument höre ich auch oft, dass leider Onlinefortbildungen nicht das ersetzen, was eine richtige Fortbildung vor Ort oder einen Austausch zu bieten hat. Wie wichtig sind in diesem Zusammenhang Pharmaunternehmen oder die Informationen, die von Pharmaunternehmen kommen?

**W3913M-A:** Ja, das ist eine gute Frage. Also man muss natürlich fairerweise sagen, was das Angebot von Fortbildung angeht sind für mich persönlich die Angebote der Pharmaindustrie da fast unersetzlich. Also wenn ich da nicht auch immer wieder mal eine solche Fortbildung besuchen würde, wäre das Angebot ganz schön dünn. Da muss man dann natürlich immer ein bisschen abwägen, aber da sind doch die meisten Veranstaltungen so aus meiner Erfahrung eigentlich sehr produktneutral. Da geht es um Inhalte. Ich meine, unterm Strich geht es immer um Verkauf, aber was die Veranstaltungen angeht, ist es für mich definitiv ein Angebot, was ich gerne annehme.

I: Okay, wenn Sie jetzt auf die Leitlinien schauen, geben Sie bestimmten Leitlinientypen den Vorzug? Muss es für Sie beispielsweise eine Leitlinie auf S3-Standard sein, oder reicht auch eine Expertenmeinung?

**W3913M-A:** Da achte ich dann schon drauf, dass das auch der möglichst der höchste Standard ist, was die Empfehlung angeht. Wenn ich mir schon die Mühe mache, mich da einzulesen, dann muss das auch fundiert sein.

I: Welche Voraussetzungen muss dann überhaupt eine Leitlinie haben, damit Sie sich dafür entscheiden, diese mit in Ihre praktische Tätigkeit aufzunehmen?

**W3913M-A:** Na ja, sie muss übersichtlich sein. Was eben wirklich oft ein Problem ist, wenn sehr viel sozusagen allgemeine Einleitung ist und wenn die Strukturierung der Leitlinie nicht so ist, dass ich schnell zu dem Punkt komme. Sie muss übersichtlich sein. Am besten getrennt nach Therapie, Diagnostik und allgemeinem Teil. Es ist z.B. so bei manchen Leitlinien, dass man die oft nicht gut findet. Wenn man gerade online sucht, dann hat man alles Mögliche an Informationen, aber bis man zur Leitlinie kommt, hat man ewig Zeit vergeudet.

I: Also, Sie würden sich da einen komprimierteren Zugriff wünschen?

**W3913M-A:** Genau.

I: Ok, wie wichtig ist Ihnen als niedergelassene Ärztin die Wirtschaftlichkeit? Das ist wahrscheinlich eine rhetorische Frage.

**W3913M-A:** Also ganz ehrlich, ich orientiere mich relativ wenig an wirtschaftlichen Kriterien. Das ist bei uns ein großes Thema in der Diabetologie. Also da mache ich z.B. sehr viel sehr teure Therapie, weil sie definitiv die bessere Therapie ist und weil sie die beste Studienlage hat. Aber da braucht man schon auch ein bisschen Mut. Da weiß ich, dass viele meiner Kollegen da sehr viel mehr Angst haben als ich. Ich bin aber auch noch nie in der Situation eines Regresses gewesen und bin ja auch selber erst seit einigen Jahren selbstständig. Jetzt erst im vierten Jahr. Also ich hatte ja bisher sozusagen so ein bisschen noch den Welpenschutz. Da mein Gesamtbudget immer gut ist, hoffe ich einfach, dass ich im Zweifelsfall durch gute Dokumentation und durch Orientierung eben wirklich an aktuellen Studienergebnissen mich damit auch durchsetzen kann argumentativ. Aber wenn es anders

kommt, dann wird man sehen. Ich nutze natürlich fast ausschließlich Generika bzw. überwiegend Generika. Aber ich würde niemals Abstriche machen, was die Wirksamkeit angeht oder die Verträglichkeit zugunsten von wirtschaftlichen Kriterien.

**I:** Also verstehe ich Sie da richtig, dass sich die Daten- bzw. Studienlage zu bestimmten Themen mit der Wirtschaftlichkeit in der Praxis beißt?

**W3913M-A:** Absolut, die aktuellen Empfehlungen beißen sich mit der Wirtschaftlichkeit. In der Diabetologie ist es so extrem, dass sozusagen die Praxen hier in meinem Umfeld, alteingesessene diabetologische Schwerpunktpraxen, machen im Grunde überwiegend Insulintherapie. Es wird gut bezahlt. Die Schulungen werden sehr viel besser bezahlt für insulinbehandelte Diabetiker und die Medikamente sind natürlich günstiger. Das heißt, sie belasten weniger ihr Budget und sie werden deutlich besser bezahlt. Unterm Strich kommen aber sehr viel kränkere Patienten dabei raus, weil die alle ohne Ende zunehmen. Ich mache es so, wie die Empfehlungen der Deutschen Diabetesgesellschaft auch sind, nämlich primär bei Übergewicht und Diabetes, oder kardiovaskulären Risiko und Diabetes, immer erst mal diese neueren Medikamente einzusetzen.

**I:** SGLT2-Inhibitoren?

**W3913M-A:** GLP1-Analoga und SGLT2-Hemmer, genau. Ich habe jetzt mehrere Patienten, die vom Insulin weg sind. Das ist unter dem Strich ein riesen Benefit für die. Im Ganzen produzieren die viel weniger Kosten auch in der Zukunft und sind viel gesündere Patienten. Ich habe davon eigentlich nichts, also außer einem glücklichen Patienten, was auch viel wert ist. Aber im Grunde verdiene ich sehr wenig mit der Diabetologie. Ich kann eigentlich die Diabetesberaterin nur bezahlen, wenn ich sehr viele Schulungen anbiete.

**I:** Also wäre es wünschenswert, wenn die KV da Anpassungen an die aktuelle Empfehlung macht, oder?

**W3913M-A:** Unbedingt! Aber das ist ja ein sehr langes Problem. Da können wir jetzt lange drüber diskutieren.

**I:** Jetzt haben Sie eben gesagt, Sie haben auch eine Assistentin, die Schulung für Sie macht. Sie haben ja mit Sicherheit auch weiteres Praxispersonal. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Leitlinien eine Empfehlung machen, wie sie ärztliche Tätigkeiten an nichtärztliches Personal delegieren können? Oder machen sie davon keinen Gebrauch?

**W3913M-A:** Das spielt für mich irgendwie keine Rolle.

**I:** Nutzen Sie da NÄPa oder VERAHs?

**W3913M-A:** Nee, nutze ich nicht, aber werden wir in Zukunft tun. Ach so, das meinen Sie, okay. Ich mache das im Moment noch nicht. Dafür sind wir einfach noch zu jung. Dafür müsste ich halt meine eine Arzthelferin, die hier sozusagen hauptsächlich die Hauptarbeit macht, ja dafür auch eine Zeit lang sozusagen freistellen und das können wir im Moment einfach noch nicht abbilden.

**I:** Jetzt bieten ja verschiedene Leitlinien auch eine Patientenfassung an. Machen Sie davon Gebrauch?

**W3913M-A:** Nein.

**I:** Haben Sie da eine andere Vorgehensweise?

**W3913M-A:** Da müsste man sicherlich auch nochmal ein bisschen gucken, was es so sonst noch gibt. Also ich habe immer für die vielen Anlässe, die immer wieder sich wiederholen, also zum Beispiel Rückenprobleme. Da habe ich Informationsmaterial für die Patienten und

Übungsanleitungen. Dann habe ich dieselben Sachen für z.B. Erektionsstörungen und Harnwegsinfekte natürlich. Der ganze Bereich Adipositas usw. Ich gebe den Leuten relativ viel mit. Vor allem viel Verantwortung, selber was zu tun. Aber Leitlinien habe ich da noch nie benutzt, ist aber ein guter Hinweis.

**I:** Wenn Sie jetzt an eine Implementierung von einer neuen Leitlinie denken, wie Sie das umsetzen würden: Sehen Sie da konkrete Probleme oder Herausforderungen im Praxisalltag oder kommt es da sogar zu Verzögerungen im Praxisalltag, wenn Sie was Neues einführen möchten?

**W3913M-A:** Na ja, Verzögerungen am Praxisalltag nicht. Für mich ist es natürlich immer erst mal ein Mehraufwand. Also das sind Dinge, die mache ich dann am Wochenende, ja.

**I:** Also würden Sie sagen, dass es eher am Behandler hängen bleibt und sich nicht besonders auf Praxisabläufe auswirkt?

**W3913M-A:** Ja, aber das wird schon gut verteilt. Aber ich habe z.B. gerade für meine Praxis ein Behandlungskonzept für Adipositas entwickelt. Das bleibt natürlich an mir hängen und ich muss meinen Mitarbeitern dann erklären, wie wir das in Zukunft umsetzen. Erst wenn es jedem irgendwie klar ist, wie es laufen kann, dann machen alle anderen das dann auch. Das kommt halt nicht jeden Tag vor und wenn man es mal etabliert hat, dann behält mal das ja auch eine Weile.

**I:** Und können Sie einschätzen: Inwiefern lassen sich Leitlinien ohne größere Probleme bzw. Komplikationen auf eine Breite der Patientenschaft anwenden? Inwiefern sind stärkere individuelle Anpassungen oder Einschränkungen erforderlich?

**W3913M-A:** Also es geht immer um Versuch und Irrtum. Nur wenn irgendwas gut funktioniert, dann macht man es auch öfter und wird selbst natürlich auch immer besser darin. Ich sehe da also jetzt kein so riesen Problem, aber individuell anpassen muss mal halt logischerweise immer. Ich denke da an die älteren Patienten mit Polymedikation zum Beispiel. Die kann ich natürlich nicht genauso abfertigen wie den zwanzigjährigen Sportler. Aber ein anderes Beispiel: Wenn mein Patient mit einem lagerunsabhängigen Drehschwindel kommt, dann kann ich dem zum Beispiel eine Anleitung zeigen oder mitgeben, wie er das mit Lagerungsmaneuvern in den Griff bekommt. Jetzt geht der Heim und kommt deshalb nie wieder. Der hat eine gewisse Sicherheit, wie er damit umgehen muss und ich spare mir einen Hausbesuch. Wenn etwas so gut klappt, dann mache ich das natürlich immer wieder.

**I:** Ich würde Ihnen noch ein paar Aussagen vorlesen. Sie können mit Ja oder Nein antworten oder können auch gerne was dazu sagen. Also, das sind keine reinen Ja/ Nein- Fragen.

Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.

**W3913M-A:** Die Effizienz würde ich eher verneinen.

**I:** Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen, als auf eine Leitlinie.

**W3913M-A:** Im Zweifelsfall ja

**I:** Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden.

**W3913M-A:** Nein, das stimmt nicht.

**I:** Woran machen Sie das fest?

**W3913M-A:** Es stimmt einfach nicht. Man muss sich schon durcharbeiten und man muss Zeit aufwenden.

I: Ok, Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe oder -routinen ein.

**W3913M-A:** Nein.

I: Eine Leitlinie ermöglicht ein strukturiertes Vorgehen bei Diagnose und Therapie.

**W3913M-A:** Ja

I: Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.

**W3913M-A:** Das liegt wahrscheinlich am Anwender, wie er es umsetzt, oder? Genau in dem Sinne ist es ja keine Pflicht, als eher ein Hilfsmittel.

I: Okay, für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.

**W3913M-A:** Ja, das ist wohl wahr. Man muss sich die Zeit dafür nehmen.

I: Okay. Was sollte oder müsste Ihrer Meinung nach noch rund um das Thema Leitlinien für die Hausarztpraxis verbessert werden? Sehen Sie irgendwo konkreten Handlungsbedarf?

**W3913M-A:** Also was wirklich gut wäre, ist z.B. das was wir gerade machen. Anlassbezogen zu gucken: Was gibt's denn da überhaupt? Ich gucke jetzt gerade unter anderem, was z.B. die DEGAM jetzt so macht. Bisher hatte ich halt wenig bis gar keine Berührungspunkte mit der DEGAM. Ich bin zwar im Hausärzterverband, wo ich mich informiere und der auch mich informiert, aber es gibt jetzt keine Stelle, an der die DEGAM an mich herantritt. Und da glaube ich, könnte man eine Verbesserung erreichen, wenn man von deren Seite mehr Veranstaltungen zum Thema Leitlinien anbieten würde. Ich fände auch mehrtägige Seminare gut, wo vielleicht sogar Kinderbetreuung angeboten wird. Also wo man geballt viele Informationen zu so wichtigen Themen bekommt. Und wenn man Ärzten zudem noch Punkte für die Veranstaltung anbietet, glaube ich, dass das großen Andrang findet. Aber so im Alltag gibt's dazu wenig Berührung.

I: Also Sie würden sich da eine bessere Informationspolitik wünschen, richtig?

**W3913M-A:** Eigentlich ist es das. Da gibt es einen Mangel an Angeboten und Informationen. Mir geht es nicht darum, dass mir das die Pharmaindustrie bezahlt. Das Geld habe ich, um auf einen Kongress o.ä. zu fahren. Aber die Fachgesellschaften und natürlich auch die KV müssten halt was dazu anbieten! Also ich meine, was die KV anbietet an Fortbildungen, das ist wirklich lächerlich. Es sind jedes Jahr dieselben Kurse: Notfallmedizin, Strahlenschutz, sowas in der Art. Das braucht kein Mensch. Jeder überblättert die Seite im Ärzteblatt und ich glaube, da könnte man viel tun.

I: Das ist ein schöner Punkt. Also, Sie würden sich eine andere Innovationspolitik und vielleicht eine Sammlung der Werke in einer App oder zumindest einem Nachschlagewerk wünschen, wo gebündelt auch die Infos von anderen Fachgesellschaften abgebildet werden?

**W3913M-A:** Das wäre super.

I: Das nehme ich so mit auf. Jetzt mal angenommen, die von Ihnen angegebenen Punkte würden so umgesetzt. Wären Sie unter diesen Voraussetzungen auch bereit, Leitlinien noch stärker in Ihre Patientenversorgung mit einzubinden?

**W3913M-A:** Auf jeden Fall. Also ich wäre auch durchaus bereit, z.B. an Leitlinien mitzuarbeiten. Für mich ist es unglaublich spannend, auch an solchen Prozessen mitzuwirken und klar auch diese umzusetzen. Wenn man das Gefühl hat, da ist irgendwas wirklich Gutes, was gut funktioniert, dann trägt man das natürlich auch gerne weiter.

I: Schön. Wie könnte man da aus Ihrer Sicht noch die Implementierungsbereitschaft bei Kollegen erhöhen in der Zukunft?

**W3913M-A:** Also ich glaube tatsächlich, das geht nur vor Ort über Qualitätszirkel. Ich würde viel mehr Fortbildung machen, wo man wirklich auch die Möglichkeit hat, ins Gespräch zu kommen. Das Grundproblem, dass die Vernetzung gerade auch zwischen Fachärzten und Hausärzten oft nicht besonders gut ist. Interdisziplinäre Zusammenkünfte, am besten noch mit Psychotherapeuten, wäre eine wunderbare Lösung. Die Frage ist halt immer: Wer soll es machen? Wer kümmert sich drum? Daran scheitert es immer in der Umsetzung. Aber das wäre sicherlich etwas, was sehr effektiv ist. Es muss halt auch spannend sein und wenn man dann noch CME-Punkte vergibt, bekommt man auch die Faulen.

I: Das hört sich für mich nach einem schönen Schlusswort an. Ich bedanke mich herzlich für Ihre Zeit und Ihre Expertise!

## 2.8 Transkript Interview IIX – W346A-A

I= Interviewer

**W346A-A** = Arzt

I: Dann nochmal Guten Tag! Schön, dass Sie sich Zeit genommen haben. Können Sie mir kurz als Einstieg erzählen, was Ihnen zuerst in den Sinn kommt, wenn Sie an Leitlinien denken? Die Fragen werden gleich konkreter werden, keine Angst!

**W346A-A:** Eigentlich oft erstmal, dass in Leitlinien zu viel steht und die meisten ein bisschen unübersichtlich sind. Da bin ich immer froh, dass es Amboss gibt und froh, dass es die Kurzfassungen gibt. Ja, das ist so das, was mir als Erstes einfällt.

I: Ich habe gerade letzte Woche eine E-Mail bekommen, dass Amboss hier jetzt so ziemlich alle Leitlinien integriert hat. Aber vorweg: Wie stehen Sie grundsätzlich zu Leitlinien und warum?

**W346A-A:** Ich finde Leitlinien grundsätzlich schon gut und wichtig. Ich habe mir zum Teil zu Beginn meiner ambulanten Tätigkeit das selbst alles rausgesucht. Es war meistens dann tatsächlich so, wie es in den Leitlinien stand. Sie machen das Leben einfacher und man hat klare Vorgaben, wie man Dinge angeht. Ja und das ist ja in dem Beruf einfach wichtig, dass man klare Linien hat. Von daher finde ich das grundsätzlich gut. Ich finde sie aber halt oft sehr kompliziert.

I: Inwiefern bringen Leitlinien aus Ihrer Sicht denn Vorteile oder sogar Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?

**W346A-A:** Reden Sie da eher von den DEGAM- Leitlinien, oder?

I: Genau, hauptsächlich geht es mir um die DEGAM- Leitlinien. Allerdings können Sie sich auch gerne auf andere Fachgesellschaften beziehen, wenn Sie da konkrete Beispiele haben.

**W346A-A:** Nein, ich arbeite eher mit den DEGAM. Also ich meine, da werden ja verschiedene Fälle abgerufen in den Leitlinien, gerade in den DEGAM-Leitlinien, die auch tatsächlich so in der Praxis vorkommen. Wenn man jetzt diese Leitlinie Schwindel nimmt z.B. Da werden ja unheimlich viele Möglichkeiten des Schwindels abgerufen und welche Diagnostik man bei welcher Art von Schwindel nimmt. Es gibt einfach unheimliche Klarheit und Sicherheit in dem, was man tut. Gerade als Anfänger auch. Also von daher finde ich die schon gut. Gerade auch die Kurzfassungen dort lassen sich gut integrieren im Alltag. Kann

man auch schnell mal nachgucken. Fand ich jetzt irgendwie sehr hilfreich. Übrigens auch für die Prüfungsvorbereitung zum Facharzt.

**I:** Sehen Sie auch Nachteile in der Patientenversorgung?

**W346A-A:** Nachteile durch die Leitlinien... Ich habe die nie als so bindend erlebt, dass ich aufgrund einer Leitlinie anders handeln würde, wenn ich es für richtig halte. In dem Fall, wenn man einen anderen Weg sieht, könnte das natürlich in Bezug auf eine Haftung dann schwierig sein. Wo man sich gegen die Leitlinien entscheidet, weil man einen triftigen Grund hat, ist es ja so, dass man angreifbar wird dadurch. Das ist vielleicht ein Nachteil.

**I:** Okay, aber ansonsten bringen Sie ja wahrscheinlich eher Rechtssicherheit, oder?

**W346A-A:** Ja, ich denke schon.

**I:** Also würden Sie zusammenfassend sagen, dass Ihrer Ansicht nach der Nutzen für die Patientenversorgung groß ist, oder?

**W346A-A:** Ja, ich habe davon profitiert.

**I:** Was würden Sie sagen? Wie häufig kommt es in Ihrem Praxisalltag vor, dass Sie sich an Leitlinien orientieren oder Ihre Arbeit daran ausrichten?

**W346A-A:** Täglich. Das kommt jetzt natürlich darauf an, wie viele Patienten man hat, aber fast 80 Prozent der Patienten bestimmt. Das sind natürlich oft Fälle, die Leitlinien als Hintergrund haben. Die muss ich ja dann nicht jedes Mal aufrufen, sondern die hat man dann so integriert.

**I:** Kommt das eher in der Diagnostik oder in der Therapie oder sogar im Patientenmanagement vor, wo sie häufiger auf Leitlinien zurückgreifen?

**W346A-A:** In der Diagnostik und Therapie, gerade bei der Antibiotikatherapie. Ja, also auf jeden Fall auch da.

**I:** Also eher ausgewogen. Hat das aus Ihrer Sicht in den letzten Jahren zugenommen, dass Sie und Ihre Kollegen sich an Leitlinien orientieren oder ist es gleichgeblieben?

**W346A-A:** Das ist jetzt eine gute Frage, weil ich ja gerade auch erst meine Facharztprüfung gemacht habe und erst seit drei Jahren ungefähr in der Praxis bin. Da habe ich dann nicht so wirklich einen Vergleich. Für mich war das schon von Anfang an relativ präsent. Wenn ich das aber vergleiche mit meinem Arbeitgeber, der einer der Fachärzte war, die nicht diese heutige Ausbildung zum Allgemeinmediziner hatte, dann sehe ich doch klar, dass wir heutzutage deutlich leitlinienorientierter arbeiten. Studium und Weiterbildung sind heute doch mehr darauf ausgerichtet, würde ich so sehen.

**I:** Das ist so ziemlich genau das, was viele ihrer Kollegen auch gesagt haben. Dass die jüngeren Kollegen ja schon in der Uni darauf getrimmt werden, dass man wissenschaftlicher arbeitet und recherchiert.

**W346A-A:** Ja ich finde, dass die neu ausgebildeten Allgemeinmediziner extrem gut sind. Auch internistisch sehr, sehr gut. Trotzdem haben die alteingesessenen Ärzte ja ihre Erfahrungen und auch da ein großes Wissen und Können. Ja, es ist anders.

**I:** Erfahrung ist nur durch mehr Erfahrung zu ersetzen, oder wie war das?

**W346A-A:** Ja, genau.

**I:** In welchen Situationen denken Sie konkret an Leitlinien oder orientieren sich vor allen Dingen daran? Haben Sie da irgendwas Konkretes im Kopf?

**W346A-A:** Besonders bei Notfallsituationen. Auf jeden Fall. Ich glaube, die hat man so wirklich integriert. Also da geben Sie große Sicherheit, finde ich. Und ansonsten eigentlich bei der medikamentösen Therapie hauptsächlich. Wenn ich da an den Harnwegsinfekt denke, brennen beim Wasserlassen, diese klassische Leitlinie.

**I:** Genau darauf wollte ich hinaus. Bei welchen Krankheitsbildern benutzen Sie oft Leitlinien?

**W346A-A:** Genau. Ja, z.B. das akute Koronarsyndrom, oder bei der Gicht. Oder auch noch die Lungenentzündung letztendlich. Also gerade diese akuten Fälle hauptsächlich glaube ich, da ist es wirklich sehr wichtig. Und auch bei so komplexen Bildern wie jetzt z.B. was ich gesagt habe, dieser Schwindel, das kann ja von harmlos bis schwer alles sein. Ich finde die wirklich sehr gut für die Unterscheidung. Bei welcher Kopflage tritt der Schwindel auf und auf was deutet das eher hin? Also, das fand ich schon wirklich spannend.

**I:** Ja, das ist ein schöner Punkt. Wenn Sie jetzt eine Bilanz ziehen müssten: Haben sich die von Ihnen eingesetzten Leitlinien insgesamt auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität ausgewirkt? Wie haben die sich ausgewirkt? Was war gut? Was war weniger gut?

**W346A-A:** Ich finde, die haben mir unheimlich Klarheit gegeben. Einfach auch eine Sicherheit, dass das was ich so mache, auch das ist, was vorgegeben ist. Und damit hat man so im Alltag einfach ein Gefühl Sicherheit und Vertrauen.

**I:** Okay. Wie sind Sie denn auf die Leitlinien, die Sie so benutzen, ursprünglich aufmerksam geworden? Sie sprachen ja z.B. die Facharztprüfung an. Informieren Sie sich über andere Medien? Zeitschriften z.B. oder wie machen Sie das?

**W346A-A:** Ehrlich gesagt kam ich gerade zu den DEGAM- Leitlinien sehr spät. Das hat mich im Nachhinein auch geärgert. Jetzt sind wir bei dem Punkt: Mein alter weiterbildender Chef war eben einer dieser Ärzte, die nicht mit Leitlinien gearbeitet haben. Er ist ein guter Arzt gewesen, der mir sehr viel beigebracht hat, aber eben keine Leitlinien. Und dann habe ich mir das Ganze selbst erarbeitet, was sehr mühsam war. Mein neuer Chef war da ganz anders. Der hat mich gefragt: "DEGAM-Leitlinien kennst du ja, oder?". Da habe ich erst gemerkt, wie viel leichter ich es mir die ganze Zeit hätte machen können. Ich glaube, dass ich da auch nicht die Einzige bin. Da wird es viele geben, die vielleicht wissen, dass es Leitlinien gibt, aber nicht damit arbeiten. Und viele wissen nicht, dass die so gut sind.

**I:** Ich habe das Gleiche gerade von einer anderen Kollegin gehört. Die wusste auch nicht, dass es da eine Seite gibt, die die Leitlinien gut zusammenfasst. Kommt die DEGAM da nicht auf die Ärzte zu, oder warum sind die Leitlinien so häufig unbekannt?

**W346A-A:** Also ich war ja vorher auch lange Jahre in der Klinik und da nutzt man die DEGAM- Leitlinien gar nicht. Die sind ja mehr was für den hausärztlichen Gebrauch. Im Krankenhaus hat man ja andere Arbeitsanweisungen oder andere Leitlinien und die haben sich aber eben dadurch, dass es internistische bzw. klinische Leitlinien waren nicht so gut umsetzen lassen auf die Tätigkeit in der Praxis. Und ich war sehr unbedarft, als ich in die Praxis reinkam. Also, da hat mich niemand informiert. Da fehlt es schon an Kommunikation, gerade zu den jungen Ärzten oder zu denen, die gerade in die Niederlassung einsteigen.

**I:** Verstehe. Wie haben Sie es denn sonst gemacht? Also über welche Quellen?

**W346A-A:** Wie gesagt, mein neuer Chef, das war dann ein Arzt, der eben die Facharztausbildung durchlaufen hat. Und der hat mir dann die Seite gezeigt. Ich habe ihm das damals nicht gesagt, dass ich das so nicht kannte. Aber dann, ab da wurde es dann ja

leichter, okay. Ab dann habe ich mich auch bei Newslettern und Fachzeitschriften umgehört, oder halt direkt bei der Fachgesellschaft nachguckt.

I: Also würden Sie sagen, dass Sie sich vorwiegend über das Internet informieren, oder sind sie auch an irgendwelche Qualitätszirkeln angeschlossen mit Ihrer Praxis, oder?

**W346A-A:** Ja, sicher.

I: Schön. Jetzt sagten Sie, dass Sie sich bei der DEGAM informieren. Beziehen Sie auch Informationen von anderen Fachgesellschaften?

**W346A-A:** Also ehrlich gesagt gucke ich ansonsten viel bei Amboss rein. Das hat sich so bewährt. Das ist einfach so klar strukturiert und mit einem Suchwort hat man die Therapie und die Leitlinien natürlich komplett vor sich. Natürlich verlässt man sich dort auf ein Programm, aber das hat sich eigentlich immer mit dem gedeckt, was ich gelernt habe. Von daher nutze ich das am ehesten. Das macht das Leben sehr viel leichter. Ich habe das früher nicht gehabt und nutze das seit einem Jahr und das ist gut für die Prüfungsvorbereitung und für die Arbeit.

I: Können Sie ungefähr einschätzen, in welchen Zeitabständen Sie sich da selber auch auf die Aktualität prüfen? Oder können Sie das so nicht sagen?

**W346A-A:** Schwer zu sagen, weil ich erst vor drei Wochen meine Facharztprüfung gemacht habe. Von daher, glaube ich, bin ich jetzt zurzeit schon relativ aktuell, was das angeht. Ich würde gerne jährlich so einen Refresherkurs machen. Bei Leitlinien gucke ich halt immer mal rein, wenn ich eine konkrete Fragestellung habe. Die gängigen, also die, die man oft benutzt, kennt man ja irgendwann auswendig. Wenn es da was Neues gibt, bekommt man das aber mit.

I: Wunderbar. Gibt es bestimmte Arten oder Typen von Leitlinien, die Sie bevorzugen und wenn ja, warum? Also ist es Ihnen da z.B. wichtig, dass die einen S3-Standard haben, oder schauen Sie da auf andere Kriterien?

**W346A-A:** Kann ich gar nicht so viel zu sagen, aber eine Leitlinie ist besser als keine Leitlinie. Die nutze ich trotzdem, aber versichere mich dann vielleicht nochmal beim Gebietsarzt, ob das so richtig ist.

I: Also wäre für Sie auch eine Expertenmeinung in Ordnung?

**W346A-A:** Ja. Immer mit der nötigen Vorsicht natürlich.

I: Welche Voraussetzungen muss denn eine Leitlinie erfüllen, damit sie diese in ihre praktische Tätigkeit mit aufnehmen?

**W346A-A:** Na ja, dadurch, dass wir alle relativ wenig Zeit haben, muss sie für mich schnell zu finden und klar strukturiert sein. Von daher auch schnell die Diagnostik und Therapie zeigen. Das finde ich bei diesen langen Leitlinien oft echt schwierig. Gerade wenn der Patient vor einem sitzt und man eigentlich nur schnell was nachlesen will, dann findet man das nicht direkt. Das wirkt dann unprofessionell. Also für mich wichtig sind komprimierte Kurzfassungen, gute Sichtbarkeit von Diagnostik und Therapie und schnelle Abrufbarkeit. So Flussdiagramme oder halt Schaubilder generell sind da hilfreich.

I: Also können man es in Effizienz und Effektivität zusammenfassen?

**W346A-A:** Ja, genau.

I: Wie wichtig ist da die Wirtschaftlichkeit?

**W346A-A:** Sie meinen in Bezug auf die Diagnostik?

**I:** Genau und auf das gesamte Praxismanagement bzw. die Therapie bezogen.

**W346A-A:** Also soweit ich das mitgekriegt habe, macht die DEGAM das doch schon. Und ja, ich glaube, dass das schon insgesamt wichtig ist. Wenn ich darüber nachdenke, wie sehr die Praxisinhaber die angestellten Ärzte dann auch dazu anhalten, das zu berücksichtigen, dann scheint das wichtig zu sein. Und wenn ich jetzt auch anfangs mir selbst Zahlen anzugucken, ist das wahrscheinlich schon ein sehr wichtiger Punkt.

**I:** Ja gut. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Leitlinien Empfehlungen machen, ärztliche Aufgaben an nichtärztliches Praxispersonal zu delegieren. Ich denke da also an NÄPa und VERAH, oder auch generell an MFA.

**W346A-A:** Das ist eine gute Frage. Ich weiß nicht so genau, wie da die Rechtssicherheit ist, wenn man Dinge delegiert. Deshalb, wenn das da steht, dass man das machen kann oder sollte, gibt's natürlich auch wieder die Rechtssicherheit dahinter. Dann ist das natürlich eine gute Sache. Ja doch, finde ich wahrscheinlich vorteilhaft. Okay, aber da fehlt mir jetzt vielleicht die Erfahrung.

**I:** Jetzt gibt's ja Leitlinien, die eine Patientenfassung anbieten. Machen Sie davon Gebrauch oder haben Sie es bisher noch nicht bzw. anders gemacht?

**W346A-A:** Habe ich mir noch nie durchgelesen. Also nein, ich mache keinen Gebrauch davon.

**I:** Wenn Sie jetzt an die Implementierung von einer neuen Leitlinie denken: Welche Probleme oder Herausforderungen können Sie da im Praxisalltag wahrnehmen? Kommt es da z.B. zu Störungen oder Verzögerungen in eingespielten Praxisabläufen?

**W346A-A:** Ich habe zwar kein konkretes Beispiel im Kopf, aber ich weiß, dass es das öfter gibt. Also es ist ja jetzt nichts, was nicht vorkommt, oder selten wäre. Da muss man als Arzt mit leben. Natürlich muss ich den Angestellten Neuerungen erstmal erklären, aber zu größeren Verzögerungen kommt es da eigentlich nicht. Es liegt da eher an mir selbst, wie lange ich da brauche um mich einzuarbeiten. Außerdem das, was ich eben schon gesagt hatte: Da muss man auch ein Auge auf die Zahlen und die Wirtschaftlichkeit haben.

**I:** Verstehe. Inwiefern lassen sich Leitlinien denn ohne größere Probleme von einem einzelnen Patienten auf eine breite Patientenschaft übertragen? Oder haben Sie den Eindruck, dass das eher immer eine individuelle Anpassung ist?

**W346A-A:** Also ich glaube, ich betrachte keinen Patienten immer nur nach Leitlinie, sondern auch immer individuell. Und dann ziehe ich die Leitlinie hinzu. Also so würde ich das eher sehen. Einfach alle Patienten immer nur nach einer Leitlinie zu behandeln das geht halt nicht. Übertragen klappt in der Regel aber schon gut. Also wenn ich mal die Routine zu einer Leitlinie gefunden habe, dann lässt die sich schon auf die meisten Leute anwenden.

**I:** Gut. Okay, dann lese ich Ihnen jetzt noch ein paar Aussagen vor. Prinzipiell sind das Ja-/Nein- Fragen, Sie können aber gerne Bezug drauf nehmen:

Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.

**W346A-A:** Ja

**I:** Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen, als auf eine Leitlinie.

**W346A-A:** Schwierig. Sowohl als auch. Also ich finde beides wichtig.

I: Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden.

**W346A-A:** Ich denke im hausärztlichen Bereich schon, ja.

I: Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und Routinen ein.

**W346A-A:** Nein, das liegt ja wie gesagt eher am Arzt selbst.

I: Leitlinien ermöglichen ein strukturiertes Vorgehen in Diagnose und Therapie.

**W346A-A:** Ja

I: Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.

**W346A-A:** Nein

I: Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.

**W346A-A:** Nein, wenn die mal in die Arbeitsabläufe übernommen wurden, geht es meistens sogar schneller.

I: Was sollte oder müsste Ihrer Meinung nach rund um das Thema Leitlinien für die hausärztliche Praxis noch verbessert werden? Sehen Sie einen konkreten Handlungsbedarf?

**W346A-A:** Mir fällt gerade nicht wirklich was ein, aber die Kommunikation ist halt ein Problem. Da müssten die Fachgesellschaften oder die KVen doch noch stärker auf die Hausärzte zukommen und da Werbung für machen.

I: Gibt es denn Punkte bei Leitlinien, was sie daran hindern würde, diese umzusetzen? Also gibt es Sachen, wo sie sagen: da möchte ich von der Leitlinie absehen?

**W346A-A:** Also ich habe die nie als so bindend gesehen, dass ich mir da so Gedanken drüber mache, nein.

I: Sind sie ja auch nicht. Würden Sie resümierend sagen, dass Sie sich eine Leitlinie anschauen und mit der Zeit Ihre eigene Leitlinie draus zusammensetzen?

**W346A-A:** Ich habe das eigentlich so erlebt, dass ich mir meine eigenen Routinen gebaut habe und dann froh war, dass die sich mit der Lehrmeinung gedeckt haben. Also, das Leitlinien untermauert haben, was ich in der Praxis so mache.

I: Wunderbar. Wenn Sie jetzt über Ihre Kollegen nachdenken: Es gibt ja viele ärztliche Kollegen, die sich nicht so an Leitlinien halten oder einfach nicht damit arbeiten. Wie könnte man aus Ihrer Sicht noch die Implementierungsbereitschaft anderer Kollegen in Zukunft erhöhen?

**W346A-A:** Bei den Alteingesessenen halte ich das für schwierig, weil ich glaube, da ist einfach die jahrelange Erfahrung und die eigene Handlungsweise so schon ausgeprägt, dass die das nicht mehr ändern. Ich denke aber, es ist ein ganz guter Weg, das so zu machen über die Weiterbildung. Die Jungen kommen da zwangsläufig durch ihr Studium und die Facharztausbildung nicht drumherum und beim Rest spricht es sich herum.

I: Also haben sie umgedreht den Eindruck, dass es bei den Jüngeren fast automatisch passiert ist.

**W346A-A:** Glaube ich schon. Es ist einfach durch die Weiterbildung zum Facharzt und durch die Prüfung lernt man die ja auch nochmal durch die Zeit. Das hat mir so viel Sicherheit

gegeben. Das fand ich wirklich gut, dass die auch so aktiv abgefragt werden. Also, von daher glaube ich, dass das den meisten anderen auch so geht.

I: Vielen Dank für Ihre Zeit. Das wars von meiner Seite aus. War sehr aufschlussreich!

## 2.9 Transkript Interview IX – W4318G-A

I= Interviewer

**W4318G-A** = Arzt

I: Dann starten wir mit der ersten Frage: Könnten Sie mir kurz erzählen, was Ihnen als Erstes beim Thema „Leitlinien“ in den Sinn kommt?

**W4318G-A:** Na ja, ich denke da an strukturiertes Arbeiten. Mich beruhigt sowas ungemein, wenn ich weiß, dass es da zu einer Behandlung schon eine evidenzbasierte Meinung gibt und ich mich daran halten kann.

I: Wie stehen Sie grundsätzlich zu Leitlinien und warum?

**W4318G-A:** Ich finde es gut, dass es Leitlinien gibt, also dass man immer mal nachlesen kann, was aktuell einfach empfohlen wird. Dementsprechend schätze ich, dass meine Antwort gut lautet, also positiv.

I: Aus ihrer Sicht: Inwiefern bringen die Leitlinien Vorteile oder sogar Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?

**W4318G-A:** Also ich denke Vorteile insofern, dass man sich daran halten kann und dann auch den Patienten recht optimal versorgt hat. Nachteile sehe ich eher nicht so für den Patienten. Das sind dann eher Nachteile für den Arzt. Gerade, dass das alles sehr aufwändig ist und man keine Zeit dafür hat und dass es nicht immer ins Budget passt. Ja, da muss man halt manches anders machen, als es eine Leitlinie empfiehlt.

I: Schöner Punkt, komme ich gleich noch drauf. Aber generell: Wie groß würden Sie den Nutzen einschätzen, in Ihrer Patientenversorgung?

**W4318G-A:** Also ich sehe den schon hoch an. In Prozent kann ich das jetzt auch nicht so genau ausdrücken, aber auf jeden Fall ist es ein guter Nutzen. Ich denke, wenn jeder sich an Leitlinien halten würde oder im Zweifel einfach nachschaut, wäre die Patientenversorgung sicherlich noch besser, als wenn alle sagen, dass es ihnen egal wäre. Also von daher sehe ich da schon einen großen Nutzen für die Patienten.

I: Okay, können Sie das irgendwie quantifizieren, wie häufig das bei Ihnen vorkommt, dass Sie sich an Leitlinien orientieren?

**W4318G-A:** Ich denke, ich habe die eher Hinterkopf und das fließt dann in die tägliche Arbeit mit ein. So prozentual ist das jetzt ganz schwierig zu sagen, aber bestimmt bei über der Hälfte.

I: Okay. Haben Sie den Eindruck, dass das in den letzten Jahren eher zugenommen hat oder abgenommen hat oder hat es sich jetzt eher nicht verändert?

**W4318G-A:** Das ist ziemlich wechselhaft. Es kommt auch immer so ein bisschen auf das Fortbildungsangebot an. Jetzt gerade habe ich ganz viele Onlinefortbildungen besucht, da kriegt man ja dann auch so aktuelle Leitlinien mit und dann ist es einfach mal wieder präsenter. Ja und manchmal ist es auch mal wieder weiter weg. Ich habe aber auch zu einer Zeit studiert, da war das Thema Leitlinien eigentlich gar nicht so groß in der Uni. Da komme

ich mehr so durch die Fortbildung zu meinen Informationen. Ich glaube, dass das heute anders ist, auch in der Facharztweiterbildung.

**I:** Ja, da kann ich gerade einsteigen. Wie informieren Sie sich denn überhaupt zum Thema Leitlinien? Wo sind Ihre Hauptquellen, wo Sie Ihre Leitlinien finden?

**W4318G-A:** Also ich gucke eigentlich immer im Internet, dass ich dann über die jeweilige Fachgesellschaft mir die Leitlinien raussuche.

**I:** Würden Sie sagen, dass Sie da der DEGAM als Fachgesellschaft für die Allgemeinmedizin den Vorzug geben oder ist das quer verteilt?

**W4318G-A:** Nicht unbedingt. Bei der DEGAM gucke ich schon viel rein, aber ich gucke dann auch mal was im kardiologischen Fachbereich nach oder je nach Fortbildung sind es ja auch verschiedene Fachbereiche, die da gerade Fortbildung anbieten. Und dann gibts ja auch Krankheitsbilder, die die DEGAM-Leitlinien jetzt nicht komplett abbilden, bspw. von der Urologie oder so. Da gebe ich der DEGAM vielleicht den Vorzug, aber schaue mich schon bei den anderen um.

**I:** Gibt es denn Situationen, die Ihnen einfallen, wo Sie sich besonders oder bevorzugt an den Leitlinien orientieren? Also beispielsweise im Verdachtsfall, der Erstdiagnose, Therapie oder Screening?

**W4318G-A:** Dann würde ich am ehesten die Therapie als wichtigsten Faktor sehen.

**I:** Also noch vor der Diagnose?

**W4318G-A:** Natürlich gehört die Diagnose ja auch dazu. Die muss man ja erstmal stellen. Aber ich denke, da hat man halt auch mit der Zeit auch so sein Handwerk und seine Arbeitsweise, wie man eben zu einer Diagnose kommt und da ist nicht immer unbedingt die Leitlinie das Allerwichtigste.

**I:** Jetzt haben Sie eben schon z.B. die Zystitis angesprochen. Fallen Ihnen außerdem noch konkrete Krankheitsbilder ein, wo sie sich besonders gerne an Leitlinien halten und warum gerade dort?

**W4318G-A:** Nein, fällt mir jetzt eigentlich nicht so direkt was ein. Nein, könnte ich jetzt nicht sagen, dass ich da Krankheitsbilder habe, wo ich sage, da gehe ich immer nach Leitlinie.

**I:** Wenn Sie jetzt eine Bilanz ziehen müssten: Wie hat sich Ihrer Erfahrung nach die Anwendung von den bislang genutzten Leitlinien insgesamt auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität ausgewirkt? Also in der Praxis?

**W4318G-A:** Bei uns in der Praxis? Ich hoffe gut. Man kann ja auch nicht immer unbedingt sehen: "War das jetzt sinnvoll oder gut, was ich gemacht habe?" Man bekommt ja auch nicht immer ein direktes Feedback von den Patienten. Als Hausarzt bekommt man das ja schon noch oft mit, dass die Patienten natürlich wiederkommen und sagen, dass etwas gut geklappt hat. Bei den Fachärzten ist es ja noch viel schwieriger, denke ich. Die sehen den Patienten unter Umständen ja nur einmal und denken sich, dass der Patient gut behandelt ist. Ich kann das jetzt auch nicht nur nach den Leitlinien sehen, aber ich denke, die Behandlungsqualität ist sich schon verbessert durch die Umsetzung von Leitlinien, ja.

**I:** Ja, verstehe. Nochmal ganz kurz auf Ihre Quellen: Haben Sie auch Fachzeitschriften abonniert? Oder informieren Sie sich lieber über Fortbildungen, Qualitätszirkel etc.?

**W4318G-A:** Gut, Fortbildung mache ich eigentlich so querebeet. Durch Covid z.Z. eigentlich nur noch Onlinefortbildungen. Dann gucke ich mir viel dieses Streamed-Up an oder diese CME... da gibt's ja ganz viele verschiedene. Da kann ich jetzt auch gar nicht so viel zu

sagen. Da geht's natürlich auch viel um das Punktesammeln, muss man auch sagen. Dann machen wir ja jedes Jahr die DMP-Fortbildungen, was Diabetes, KHK, Asthma und COPD angeht. Da geht's natürlich auch dann oft um die Leitlinien. Ja, gerade auch beim Diabetes finde ich es manchmal auch schwierig, sich da die Leitlinien wirklich zu orientieren, weil das oftmals das Budget sprengt.

**I:** Das Beispiel höre ich tatsächlich relativ häufig, gerade was GLP1-Analoga oder SGLT2-Inhibitoren angeht.

**W4318G-A:** Die Empfehlung ist ja inzwischen wirklich schon bei bestimmten Patienten mit Metformin plus einem GLP1-Analoga reinzugehen in der Erstmedikation. Das macht man in der Regel nicht, es sei denn, der erste HbA1c ist wirklich extrem hoch. Aber ich sage mal so: Bei der ersten Diagnose mit einem leicht erhöhten HbA1c würde ich das jetzt persönlich nicht machen. Da kriegt man von der KV wirklich relativ schnell ein Regressschreiben, das ist halt so. Leider. Das ist halt schade, aber so ist es halt. Da muss man als Hausarzt auch immer so ein bisschen gucken, wo liegt man da im Budget und guckt sich auch die Patienten an. Wie ist da auch einer bereit mitzumachen in der Therapie? Oder weiß man von vornherein, dass der die Tabletten drei Tage nimmt und dann liegen die sowieso in der Schublade. Da muss man immer auch ganz individuell gucken, wen hat man vor sich und was hat man für ein Ziel. Die Leitlinie ist immer schön, dass es sowas gibt, aber man muss natürlich auch immer gucken: Funktioniert es mit den einzelnen Patienten, die man auch so vor sich hat?

**I:** Das heißt, wenn Sie nun eine Leitlinie umsetzen wollen, achten Sie auch darauf, dass diese Empfehlungen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit macht?

**W4318G-A:** Immer, leider. Es ist schade, dass wir das machen müssen, aber im Grunde genommen mache ich das schon sehr häufig. Es gibt auch Sachen, wo ich das nicht mache. Das sind Dinge, wo ich sage: Das ist jetzt so entscheidend, dass man das gar nicht anders vertreten kann. Bspw. Medikamente nach Klinikaufenthalt, Stent oder und so weiter. Da guckt man schon, dass man natürlich optimal die Patienten nach Leitlinien behandelt, dass man nicht sagt: Na ja, die Medikamente sind mir zu teuer zu verordnen, da machen wir jetzt mal was Einfacheres draus. Das ist klar. Aber sonst muss man schon bei den meisten Sachen gucken, wie das halt in das Budget passt und wie auch die Wirtschaftlichkeit ist. Es ist ja auch ganz klar vorgegeben. Der Kassenarzt muss ganz klar auch wirtschaftlich arbeiten, sonst kriegt er Probleme von der KV. Wir bekommen einmal im Quartal die Informationen, welchen Hauptwirkstoff man bei was verordnen sollte. Das gefällt mir nicht so, aber es ist eben die Realität.

**I:** Das glaube ich. Können Sie ungefähr einschätzen, in welchen Abständen Sie sich auf die Aktualität von Leitlinien überprüfen? Sie sagten ja, Sie besuchen regelmäßig Fortbildungen.

**W4318G-A:** Also im Grunde genommen wirklich durch Fortbildung, also jährlich. Wenn ich da mal was mitbekomme, dass sich irgendwas geändert hat, bspw. durch Newsletter, dann suche ich mir die Leitlinie nochmal speziell heraus und gucke das nach. Aber da kann ich jetzt auch nicht sagen, dass ich das jetzt alle Vierteljahr mache oder so. Wirklich. Eher so nach Fortbildung und Interesse, dass ich dann immer auch mal nachschaue.

**I:** Okay. Dann haben wir gerade schon die Wirtschaftlichkeit angesprochen. Was muss denn eine gute Leitlinie erfüllen, dass Sie sie in Ihre praktische Tätigkeit aufnehmen?

**W4318G-A:** Gut, es muss halt verordnungsfähig sein. Also es müssen Sachen sein, wo auch wirklich ganz klar ist, dass das über die Kassenärztliche Vereinigung oder die Krankenkassen auch vergütet wird. Und dann dürfen natürlich auch die Therapiekosten nicht ins Unendliche gehen. Ja, das ist eigentlich der Punkt.

**I:** Gibt's da, wenn Sie in Ihre Praxis schauen, auch ab und zu Probleme in Abläufen, die sich zeigen, wenn man neue Leitlinien einführt? Oder bleibt das eher allein am Arzt hängen?

**W4318G-A:** Das ist bei uns eigentlich mehr direkt an die Ärzte gekoppelt. Also unsere Helferinnen bekommen schon Anweisungen, auf was die zu achten haben und auf was man in Zukunft achten muss, aber die eigentliche Umsetzung ist, denke ich, hauptsächlich meine Aufgabe.

**I:** Aber den Eindruck, dass bei der Implementierung von Leitlinien ganze Praxisabläufe umgestellt werden müssen, haben Sie nicht, oder?

**W4318G-A:** Nee, nee, das habe ich nicht.

**I:** Okay, jetzt haben Sie ja gerade schon das nichtärztliche Assistenzpersonal angesprochen. Benutzen Sie die Leitlinien auch, um ärztliche Aufgaben an nichtärztliches Personal zu delegieren?

**W4318G-A:** Nee, tatsächlich nicht. Also zumindest fällt mir da jetzt nichts zu ein, was man auf eine Leitlinie beziehen kann.

**I:** Arbeiten Sie bspw. mit VERAH oder Näpa?

**W4318G-A:** Ja gut, das haben wir auch. Wir haben eine Näpa fertig ausgebildet und eine noch gerade in Ausbildung. Also wir haben schon zwei Näpas und ich sehe auch, dass wir da viel delegieren. Auch gerade die Hausbesuche, kleine Tätigkeiten... das machen die schon. Aber da habe ich jetzt keine Leitlinie im Kopf, die das irgendwie berücksichtigt.

**I:** Okay, jetzt gibt es ja auch Leitlinien, die so etwas wie eine Patientenfassung anbieten. Gerade die DEGAM bietet da ja einige an. Machen sie davon Gebrauch?

**W4318G-A:** Ja klar, das benutze ich jetzt nicht bei jedem Patienten, aber man merkt ja schnell, wie hoch das Informationsbedürfnis von so manchen Leuten ist. Da gebe ich dann gerne Verweise auf die Leitlinie und muss mir selbst keine Gedanken mehr über die Richtigkeit oder Vollständigkeit machen. Natürlich muss man sich als Arzt dann auch genau daran halten, sonst verliert man natürlich schnell das Vertrauen.

**I:** Sehen sie irgendwelche Probleme oder Herausforderungen, konkret bei der Leitlinienimplementierung? Oder ist es schon mal vorkommen, dass es darauf zu Behinderungen Praxisalltag kommt?

**W4318G-A:** Da fällt mir jetzt direkt so nichts ein. Ich mein, es wird sowieso alles schwieriger. Muss man sagen: Es ist sehr bürokratisch. Es wird ja immer alles mehr und der Zeitaufwand macht dann schlussendlich Sachen unmöglich. Also gerade jetzt auch mit Impfen etc. Problematisch ist immer der riesen Zeitaufwand mit dem Dokumentieren. Ich bin jetzt elf Jahre hier niedergelassen und es wird eigentlich immer mehr dementsprechend. Ich könnte jetzt nicht sagen, dass es durch eine Leitlinie irgendwelche Umständlichkeiten mehr gibt. Es wird einfach prinzipiell immer mehr. Ich mache mir da gar keinen Kopf drüber. Es ist, als stünden immer mehr Sachen da, an die man einfach denken muss. Zusätzlich ist das dann noch für jeden Patienten unterschiedlich.

**I:** Also verstehe ich richtig: Sie haben auch den Eindruck, dass sich Handlungsempfehlungen mit denen mit Praxisabläufen beißen oder mit der Realität beißen?

**W4318G-A:** Nee, also ich meine, wie gesagt, das liegt immer an der Umsetzung vom Arzt. Ich würde sagen, nein, das beißt sich eigentlich nicht. Außer in puncto Wirtschaftlichkeit vielleicht und natürlich vielleicht auch manchmal die Zeit, die fehlt. Aber im Grunde genommen so die Abläufe, die sollte es jetzt nicht behindern.

**I:** Inwiefern lassen sich Leitlinien ohne größere Probleme oder Komplikationen auf eine breite Patientenschaft anwenden? Also von einem auf quasi die große Patientenschaft geschlossen. Oder sind da stärkere individuelle Anpassungen jeweils nötig?

**W4318G-A:** Na ja gut, ich denke, an der Mehrzahl der Patienten kann man eine Leitlinie schon anwenden, auf jeden Fall. Dann gibt es natürlich immer wieder mal Einzelfälle bei denen man individuell anders entscheiden muss, aber ich würde schon sagen, dass man das auf einen Großteil der Patienten so anwenden kann.

**I:** Ich habe bei diesem Beispiel gerade die Multimorbidität im Kopf. Sehen Sie es als ein größeres Problem, Leitlinien anzuwenden, wenn Patienten viele relevante Diagnosen gleichzeitig haben?

**W4318G-A:** Das ist eine gute Frage. Multimorbidität ist immer schwierig. Es ist klar, dass verkompliziert alles und man muss natürlich auch viele Sachen im Auge haben, auch bei sehr alten Menschen, denke ich. Das ist man halt nicht immer ganz leitliniengerecht. Gerade was die wirklich sehr hochbetagten geriatrischen Patienten angeht. Gut, da gibt es ja auch Leitlinien. Aber da muss man halt auch einfach gucken, dass man da vielleicht auch mal die eine oder andere Empfehlung eben nicht so weitergibt.

**I:** Na gut, ich würde Ihnen noch ein paar Aussagen vorlesen. Prinzipiell Ja/ Nein- Fragen. Sie können aber auch gerne Stellung dazu nehmen und etwas dazu sagen.

Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.

**W4318G-A:** Würde ich jetzt mit Ja beantworten.

**I:** Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie.

**W4318G-A:** Sowohl als auch.

**I:** Leitlinien lassen sich in Regel einfach und unkompliziert anwenden.

**W4318G-A:** Im Grunde genommen ja. Man muss sie halt aber in dem Moment auch komplett im Kopf haben, das ist klar.

**I:** Das stimmt. Finden Sie, Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen ein?

**W4318G-A:** Nee, das würde ich nicht sagen. Nein.

**I:** Leitlinien ermöglichen ein strukturiertes Vorgehen bei Diagnose und Therapie.

**W4318G-A:** Ja.

**I:** Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.

**W4318G-A:** Nee, das liegt dann am Behandler, wie er es umsetzt. Ich denke, man kann sich ja als Arzt sowieso nicht verhalten wie man möchte. Man muss sich ja an irgendwas halten. Und dementsprechend würde ich da auch sagen Nein.

**I:** Für die Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.

**W4318G-A:** Das stimmt. Ja.

**I:** Okay, die nächste Frage hatten wir eigentlich schon geklärt: Wie informieren Sie sich üblicherweise über Leitlinien? Welche Medien nutzen Sie dafür? Sie sagten auch noch, Sie schauen im Internet nach Leitlinien. Welche Quellen benutzen Sie da?

**W4318G-A:** Ja, die Seite der jeweiligen Fachgesellschaft. Das ist am einfachsten.

**I:** Haben Sie irgendetwas auch über Ihre Praxissoftware integriert, wo Sie was nachschlagen können?

**W4318G-A:** Nein, leider nicht. Bisher nicht, aber da sind wir dran. Wahrscheinlich wird es sowas wie Deximed werden.

**I:** Okay, was sollte Ihrer Meinung nach noch rund um das Thema Leitlinien für die Hausarztpraxis verbessert werden? Also sehen Sie irgendwo konkreten Handlungsbedarf? Oder fällt Ihnen zum Beispiel sogar eine Leitlinie ein, die es noch nicht gibt, die Sie gerne hätten?

**W4318G-A:** Nee, ich glaube, da fällt mir jetzt keine ein. Aber wie kann man das sagen? Man bräuchte aktuellste Informationen, wenn sich mal was ändert oder dazukommt. Am besten wäre da vielleicht ein Portal oder Ähnliches, welches einen dann immer auf dem aktuellen Stand hält. Vielleicht gibt's das ja auch und ich weiß es nur nicht. Man müsste da also in seinem Arbeitsalltag die Meldung bekommen: Achtung, hier haben wir jetzt mal wieder in der Leitlinie etwas verändert.

**I:** Also fachgesellschaftsübergreifend, ja?

**W4318G-A:** Ja, genau.

**I:** Schöner Punkt. So oder so ähnlich habe ich das schon ein paar Mal gehört. Das würde ich so aufnehmen.

**W4318G-A:** Man kann ja gar nicht alles im Blick haben. Na klar. Mir geht's schon oft so, dass ich denke: Oh, das hat sich ja wirklich jetzt hier auch geändert. Und man hat dann halt zu wenig Informationen. Permanent auf Fortbildungen gehen geht halt auch nicht. Das ist wahrscheinlich die Herausforderung als niedergelassener Arzt, alles immer im Blick zu haben.

**I:** Jetzt mal angenommen, die Leitlinien würden in Zukunft noch konkreter auf den realen Praxisalltag zugeschnitten werden. Wären Sie unter den Voraussetzungen bereit, Leitlinien noch stärker anzuwenden oder mehr in Ihrer Arbeit umzusetzen?

**W4318G-A:** Ja. Wäre ich immer bereit für. Man muss halt, wie gesagt, auch die Zeit haben, das alles ja im Blick zu behalten.

**I:** Wie wichtig sind da Kurzfassungen von Leitlinien für Sie?

**W4318G-A:** Sehr wichtig.

**I:** Also nutzen Sie diese auch oft?

**W4318G-A:** Ja, ja, das ist schon gut. Am besten so im DIN-A4-Format für die Tasche oder so. Da kann man dann mal schnell reingucken und hat wieder alles parat. Wenig Text, den kann man in die Langfassung packen. Und so Flussdiagramme für z.B. Behandlungsschemata sind immer Goldwert.

**I:** Ja, das sehe ich ähnlich wie Sie. Wie könnte man denn aus Ihrer Sicht die Implementierungsbereitschaft Ihrer ärztlichen Kollegen in Zukunft noch erhöhen? Also muss man das anders monetarisieren oder muss man andere Anreize schaffen?

**W4318G-A:** Schwierig. Vielleicht einfach mehr Informationen, die man noch an die Allgemeinärzte weiterleitet, dass es wirklich sinnvoll ist, weil das vielleicht auch Praxisvorgänge erleichtert. Ich glaube, da gibt's in meinen Augen einfach zu wenig

Informationen drüber. Und wenn ich das so sagen darf: Alles was Punkte gibt, ist schon ein großer Anreiz für Kollegen. Das könnte man ja kombinieren.

I: Das ist doch ein schönes Resümee. Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Expertise!

## 2.10 Transkript Interview X – W5326M-AI

I= Interviewer

**W5326M-AI** = Arzt

I: Vielen Dank für Ihre Zeit. Erstmal eine lockere Einstiegsfrage. Keine Angst, es wird konkreter. Können Sie mir kurz erzählen, was Ihnen als Erstes beim Thema Leitlinien in den Sinn kommt?

**W5326M-AI:** Es ist sehr wichtig. Immer wieder greife ich gerne darauf zurück, wenn ich bei irgendwas unschlüssig bin. Ja, es ist schon ein wichtiger Punkt in der hausärztlichen Praxis, ja.

I: Wie stehen Sie denn grundsätzlich zu Leitlinien und warum?

**W5326M-AI:** Grundsätzlich positiv. Teilweise natürlich auch nicht, weil das manchmal auch nicht wirklich konform ist mit dem, was Krankenkassen und Regressforderungen oder der KV übereinkommt. Das ist manchmal ein bisschen schwierig. Aber grundsätzlich halte es schon für sehr sinnvoll, weil man doch in Kürze auf was zurückgreifen kann, wenn man sich einfach in der Therapie bisschen unschlüssig ist, wie es weitergeht.

I: Schöner Punkt. Da kommen wir auch gleich nochmal drauf. Erst mal: inwiefern bringen Leitlinien aus Ihrer Sicht Vorteile oder sogar Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?

**W5326M-AI:** Also Vorteile, weil man doch immer wieder belegen kann, dass die Therapie, wie man sie durchführt, auch wirklich belegt ist, leitlinienkonform ist und somit auch begründbar ist. Wenn Krankenkassen z.B. sagen, das ist nicht korrekt oder es ist zu teuer oder was auch immer, dann kann man die halt auf die Leitlinien verweisen. Wirtschaftlichkeit natürlich immer mitbedacht. Der Vorteil, dass man irgendwo was schwarz auf weiß hat, wo man das einfach mit einbringen kann. Nachteil sehe ich, dass Leitlinien halt auch wirklich Medikamente empfehlen, die klar in die Wirtschaftlichkeitsprüfung fallen. Ganz klar.

I: Ja, okay. Kann man das quantifizieren, wie groß Ihrer Ansicht nach der Nutzen für die Patientenversorgung ist? Also würden Sie sagen groß, neutral, oder eher klein?

**W5326M-AI:** Grundsätzlich eher groß. Irgendwo versucht man ja noch so sein eigener Herr zu sein und das auch möglichst zu bleiben. Da ist die Leitlinie teilweise jetzt nicht so relevant. Aber da es ja immer ein Bonus zur Behandlung ist, muss ich den Nutzen ja positiv bewerten. Klar gehört da zum Berufsbild aber mehr dazu, als Leitlinien lesen zu können.

I: Okay. Was würden Sie sagen? Wie häufig kommt es in Ihrem Praxisalltag vor, dass Sie sich an Leitlinien orientieren oder Ihre Arbeit daran ausrichten?

**W5326M-AI:** Pauschal lässt sich das schwer sagen. Es kommt immer wieder mal vor. Die meisten Sachen hat man halt im Hinterkopf und ruft die unbewusst ab. Grob gesagt gucke ich vielleicht so einmal im Monat konkret was in einer Leitlinie nach. Ab und zu halt.

I: Das heißt, sie orientieren sich öfters an Leitlinien, rufen die aber nicht immer aktiv auf?

**W5326M-AI:** Ja, so kann man das sagen. Man weiß ungefähr so, was die Lehrmeinung ist und dann hat man irgendwann mit der Zeit seine eigenen Routinen.

**I:** Würden Sie sagen, dass das eher in der Diagnostik vorkommt oder eher in der Therapie oder sogar im Patientenmanagement, dass Sie sich an Leitlinien orientieren?

**W5326M-AI:** Eher in der Therapie. Welches Medikament wird da empfohlen, oder welche Antibiose oder sowas. Da geht es ja ein Stückweit auch um Rechtssicherheit. Natürlich befreit mich das nicht vor rechtlichen Konsequenzen, wenn etwas schief läuft, aber selbstverständlich schaut sich jeder Gutachter zuerst mal den „State-of-the-Art“ an und das sind eben in der Regel die Leitlinien.

**I:** Sehr schöner Punkt! Kann man sagen, dass die Orientierung an Leitlinien einerseits bei Ihnen, andererseits vielleicht bei Ihren Kollegen in den letzten Jahren eher zugenommen hat oder abgenommen hat?

**W5326M-AI:** Ja, ich denke schon, dass die ziemlich zugenommen hat. Die jungen Kollegen bringen da schon viel aus der Uni oder der Weiterbildung mit, weil es einfach zeitgemäß ist. Die sind das eher gewohnt, so zu arbeiten, als die Älteren halt.

**I:** Und worauf führen Sie das zurück?

**W5326M-AI:** Generell?

**I:** Ja.

**W5326M-AI:** Wirtschaftlichkeitsprüfungen! Spielen leider eine große Rolle im Tagesgeschäft. Aber im Ernst: Ich habe ja schon gesagt, dass die Jungen das gewohnt sind und die Alten sehen halt langsam auch, dass es sinnvoll ist so zu arbeiten.

**I:** Gibt's da konkrete Situationen, die Ihnen einfallen, wo Sie sich bevorzugt an Leitlinien orientieren? Beispielsweise für Erstdiagnose, Verlaufskontrolle, Screening, Notfälle oder Spezialdiagnosen? Trifft da irgendwas von zu?

**W5326M-AI:** Eher so Diagnose und Therapie. Den Rest jetzt nicht so, nein.

**I:** Wenn Sie das jetzt bilanzieren müssten, hat sich da Ihrer Erfahrung nach die Anwendung von Ihren Leitlinien auf die Versorgungs- oder Behandlungsqualität ausgewirkt?

**W5326M-AI:** Also ich glaube schon, dass ich weitgehend leitlinienkonform therapiere und wenn man halt gesehen hat, dass das nicht in die richtige Richtung geht, dann schlägt man eben auch einmal eine Therapie ein, die nicht unbedingt mit der Leitlinie konform geht, weil man hat nun mal mit Menschen zu tun. Ja, aber prinzipiell denke ich schon, dass Leitlinien mir und meinen Patienten weniger Nachteile als Vorteile bringen.

**I:** Also schätzen Sie die Auswirkungen eher positiv ein?

**W5326M-AI:** Ja, schon.

**I:** Wo liegt denn meistens das Problem, wenn man Leitlinien nicht anwenden kann? Sind das die multimorbiden Patienten?

**W5326M-AI:** Ja, genau. Die sind es meistens oder Compliancestörungen. Da gibt es Patienten, die können oder wollen einfach nicht mitarbeiten. Sei es demenzbedingt oder was auch immer. Da muss man sich dann halt Alternativen überlegen.

**I:** Ja, okay. Also das heißt, dass man nicht von dem Standardpatienten auf die breite Patientenschaft jede Leitlinie eins zu eins übertragen kann?

**W5326M-AI:** Richtig, genau.

**I:** Okay, dann kommen wir kurz darauf, wie sie überhaupt auf die Leitlinien, die Sie benutzen, aufmerksam geworden sind. Also wie informieren Sie sich oder wo haben Sie die ursprünglich mal her?

**W5326M-AI:** Internet, viele Fortbildungen, wo immer wieder auf den Leitlinien darauf rumgeritten wird. Und dann irgendwann behält man sich die Quellen im Internet.

**I:** Ja ist sowas auch Teil der Facharztweiterbildung oder wird das Thema da eher nicht so behandelt?

**W5326M-AI:** Doch, doch, ist genauso mit drin.

**I:** Okay. Beim Internet? Welche Quelle wäre das dann?

**W5326M-AI:** DEGAM ganz viel und halt die Seiten der jeweiligen Fachgesellschaften. AWMF z.B. wäre schön, wenn das einfach alles komprimiert irgendwo wäre.

**I:** Und kann man das irgendwie abschätzen, in welchen Abständen man sich selber auf die Aktualität überprüft? Oder ist das eher ein fließender Prozess?

**W5326M-AI:** Das ist eher fließend. Ist halt auch schwierig, weil man hat ja auch die Fortbildungspflicht. Wenn man gerade viel mit den ganzen DMP macht, dann kriegt man ja eigentlich sämtliche Hauptleitlinien immer wieder aktualisiert vorgebracht. Also von daher ist da, glaube ich, die Aktualisierung über die Fortbildung definitiv gegeben. Und halt noch von Pharmareferenten. Ja, das kann man auch so sagen, dass die immer wieder auch auf die neuen Leitlinien einen aufmerksam machen. Na ja, und dann schaut man darauf dann doch ab und zu noch mal eine Leitlinie nach, wenn man die vorher vielleicht nicht mitgekriegt hat.

**I:** Haben sie da auch irgendwas in die Praxissoftware angekoppelt? Z.B. ein Nachschlagewerk?

**W5326M-AI:** Ich jetzt nicht, nein.

**I:** Sind Sie an einen Qualitätszirkel angeschlossen?

**W5326M-AI:** Ja, okay, da wird auch immer mal über Leitlinien gesprochen.

**I:** Gibt es denn bestimmte Arten oder Typen von Leitlinien, die Sie bevorzugen? Bspw.: Eine Leitlinie muss für mich S3-Standard haben. Falls ja, warum?

**W5326M-AI:** Nee, eigentlich gucke ich da nicht nach, nein.

**I:** Jetzt haben Sie eben schon gesagt, dass Sie das ja bei der DEGAM als Vertreter der Allgemeinmedizin sich informieren bzw. bei der AWMF. Geben Sie den Leitlinien der DEGAM eher den Vorzug gegenüber anderen Fachgesellschaften?

**W5326M-AI:** Ich habe da keine Priorisierung. Nein.

**I:** Was muss denn überhaupt eine Leitlinie erfüllen, damit Sie sagen: Das nehme ich in meine praktische Tätigkeit mit auf? Jetzt können wir zum Beispiel über die Wirtschaftlichkeit reden.

**W5326M-AI:** Genau. Also zum einen mag ich nicht extrem viel lesen müssen. Ich mag es kurz und knapp. Schöne Zusammenfassung, übersichtlich und dann letzten Endes natürlich auch noch in den Praxisalltag wirtschaftlich integrierbar. Das ist mir wichtig.

I: Also auch Effizienz und Effektivität, die da für Sie eine große Rolle spielen?

**W5326M-AI:** Ja.

I: Haben Sie den Eindruck, dass sich da die Empfehlungen mit dem alltäglichen Praxisgeschäft oder eben der Wirtschaftlichkeit beißen?

**W5326M-AI:** Ja, leider immer wieder.

I: Wo macht sich das besonders bemerkbar? Also, jetzt haben Sie eben schon das Diabetesmanagement angesprochen.

**W5326M-AI:** Ja genau, bei SGLT2-Inhibitoren oder GLP1-Analoga z.B. Sonst fällt mir grad nix ein.

I: Ich weiß ja nicht, wie und ob sie das nutzen. Ist es Ihnen wichtig, dass Leitlinien Empfehlungen machen, wie man ärztliche Aufgaben an nichtärztliches Personal delegieren kann? Oder machen Sie davon keinen Gebrauch?

**W5326M-AI:** Mache ich keinen Gebrauch von. Also ich denke, dass das, was für mich delegierbar ist, muss ich sowieso tun, um irgendwie den Praxisalltag aufrechtzuerhalten. Das liegt ja an mir, wie ich mein Personal ausbilde und wem ich was geben kann und vertraue. Das mache ich jetzt aber nicht nach irgendwelchen Leitlinien.

I: Also da greifen Sie in dem Punkt nicht auf eine Leitlinie zurück?

**W5326M-AI:** Nee.

I: Dann haben sie eben gesagt, dass Ihnen Kurzfassungen wichtig sind. Jetzt bieten ja auch verschiedene Leitlinien, gerade von der DEGAM Patientenfassungen an. Machen Sie davon Gebrauch?

**W5326M-AI:** Ja, mache ich.

I: Das heißt, die werden dann ausgedruckt und ausgegeben, oder wie kann ich mir das vorstellen?

**W5326M-AI:** Ja genau, ja.

I: Jetzt kommen nochmal zu den Problemen bei der Implementierung: Sehen Sie da konkrete Probleme oder Herausforderungen, wenn Sie an die Leitlinienimplementierung denken? Also, wenn Sie etwas neu in Ihren Arbeitsalltag übernehmen wollen?

**W5326M-AI:** Eigentlich nicht. Manchmal gestaltet sich das natürlich ein bisschen schwieriger, auch gerade so eingefahrene Abläufe. Das dann umzusetzen oder zu verändern, kostet manchmal ein bisschen Zeit, aber wenn ich davon überzeugt bin, dann kriegen wir das auch alles hin in der Praxis. Die meisten Leitlinien geben mir ja eher Handlungen vor und sind weniger apparativ, ja. Daher muss ich die vorwiegend im Kopf umsetzen.

I: Ist es da schon vorgekommen, dass es aufgrund der Anwendung von Leitlinien zu Behinderungen oder Komplikationen im Praxisalltag kommt, also dass es dann Verzögerungen mit sich bringt?

**W5326M-AI:** Nein, nein, also im auf längere Sicht gesehen. Nein, klar ist, dass es am Anfang natürlich mal ein bisschen hakt und stockt, aber auf lange Sicht bringt es eher einen Zeitvorteil.

**I:** Also kann ich mir das so vorstellen, dass die Umsetzung am Ende hauptsächlich am Arzt selber hängenbleibt und der sich dann damit organisieren muss?

**W5326M-AI:** Genau.

**I:** Okay. Inwiefern lassen sich Leitlinien denn ohne größere Probleme von einem einzelnen Patienten auf eine breite Patientenschaft übertragen? Oder haben Sie den Eindruck, dass das eher immer eine individuelle Anpassung ist?

**W5326M-AI:** Also ich sage jetzt mal, die Basis funktioniert eigentlich überall. Im Großen und Ganzen funktioniert das schon, also die Umsetzung auf alle Patienten. Aber ja, trotzdem darf man das Individuelle nicht vergessen, dass das halt auch immer mal wieder nicht funktioniert mit den Leitlinien. Im Großen und Ganzen passt das eigentlich schon, aber Anpassungen sind halt immer wieder erforderlich. Gerade bei den ganz Alten, die einen zweiseitigen Medikamentenplan haben. Und wenn man als Arzt ein bisschen mitdenkt, kommt man auch immer zu dem Punkt, ob das dem jeweiligen Patienten überhaupt einen Vorteil verschafft.

**I:** Also quasi eine Risiko-Nutzen-Abwägung?

**W5326M-AI:** Ja genau. Ein Überlebensvorteil, Beispiel LDL jetzt ja, von zehn Jahren oder so, macht der bei dem 85-jährigen so viel Sinn, dass ich den extrem mit Statinen abdecke? Ich frage meine Patienten dann auch immer, was sie überhaupt wollen.

**I:** Und dann baut man sich aus den gängigen Leitlinien mit der Zeit seine eigenen Arbeitsabläufe oder wie machen Sie das?

**W5326M-AI:** Ja, so kann man das auf jeden Fall sagen. Das ist eigentlich so ein Entlanghangeln an der Leitlinie. So kann man es vielleicht sagen. Also genau umgesetzt kriegt man die so nicht, aber mit so kleinen Abzweigungen nach rechts und links geht es meistens ganz gut.

**I:** Ich würde noch ein paar Aussagen vorlesen. Das sind prinzipiell Ja/- Nein Fragen, aber da können Sie gerne einfach auch Stellung zu nehmen, falls Ihnen da etwas zu einfällt. Die erste Frage ist:

Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.

**W5326M-AI:** Ja

**I:** Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie.

**W5326M-AI:** Nein, kann man so auch nicht sagen.

**I:** Leitlinien lassen Sie in der Regel einfach und unkompliziert anwenden.

**W5326M-AI:** Nein.

**I:** Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen ein.

**W5326M-AI:** Nein, das stimmt nicht.

**I:** Leitlinien ermöglichen ein strukturiertes Vorgehen bei Diagnose und Therapie.

**W5326M-AI:** Ja.

**I:** Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.

**W5326M-AI:** Da bin ich mir noch unsicher. Also Jein. Das liegt ja wahrscheinlich am Behandler selbst, wie stark er sich da einschränken lässt.

**I:** Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.

**W5326M-AI:** Nein.

**I:** Das heißt also, die Zeit nimmt man sich einfach?

**W5326M-AI:** Also für mich ist das eigentlich so: Natürlich hat man die Leitlinie im Hintergrund und aus vielen Gründen sollte man sich ja an die Leitlinien halten oder sich daran halt entlanghangeln. Aber wenn ich mein eigenes Vorgehen darauf aufbaue, dann behindert das auch nicht meine Arbeit. Die Zeit, die ich dafür aufbringen muss, lege ich ja nicht in die Sprechstunde. Die brauche ich ja während der Fortbildungen oder halt in meiner Freizeit. Dann ist das ja mein individuelles Vorgehen eigentlich immer so an einer Leitlinie entlang.

**I:** Wie Sie sich üblicherweise über Leitlinien informieren, habe ich ja schon gefragt. Hier haben Sie auch Zeitschriften abonniert, wo Sie auf sowas zugreifen können?

**W5326M-AI:** Ja, ja, gewissermaßen.

**I:** Welche wären das?

**W5326M-AI:** Über den Springer-Verlag. Da kommen ja auch regelmäßig Newsletter rein, die das Thema auch immer wieder abfragen und immer wieder neu einbringen.

**I:** Was sollte oder müsste ihrer Meinung nach denn rund um das Thema Leitlinien für die hausärztliche Praxis noch verbessert werden? Oder sehen Sie vielleicht irgendwo sogar konkreten Handlungsbedarf?

**W5326M-AI:** Ich glaube, da ist es wirklich das Riesenthema Wirtschaftlichkeit. Es wäre super, wenn das einfach mal damit integriert werden würde. Ja, dass das wirklich auch umsetzbar ist und man es auch mit den Krankenkassen abgerechnet bekommt. Ich möchte in der Praxis gerne handeln können, ohne sich immer wieder rechtfertigen zu müssen.

**I:** Okay, und wie wichtig ist es Ihnen, dass man irgendwo komprimiert auf Leitlinien zugreifen könnte? Würde Ihnen das die Arbeit leichter machen?

**W5326M-AI:** Es wäre schön. Einfach mal so ein Klick und da sind dann alle Dinge, die man braucht.

**I:** Mal angenommen, die von Ihnen angegebenen Punkte würden so umgesetzt werden. Wären Sie unter der Voraussetzung bereit, Leitlinien noch stärker in die Patientenversorgung mit zu übernehmen?

**W5326M-AI:** Durchaus ja.

**I:** Und jetzt gibt es ja wahrscheinlich auch in Ihrem Umfeld Kollegen, die nicht so viel mit Leitlinien arbeiten oder nichts davon halten. Wie könnte man da noch die Bereitschaft der Kollegen erhöhen, Leitlinien umzusetzen? Ist das nur eine Geldfrage oder was ist das?

**W5326M-AI:** Das weiß ich nicht. Ich kenne ja die Beweggründe nicht, warum meine Kollegen das nicht machen.

**I:** Okay, und jetzt aus Ihrer Sicht was? Was müsste man noch tun?

**W5326M-AI:** Wirtschaftlichkeit erhöhen und Zugriff vereinfachen. Eventuell von den Fachgesellschaften noch intensivere Fortbildungsangebote zur Arbeit mit Leitlinien, ja.

I: Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Expertise!

## 2.11 Transkript Interview XI – M4520EA-AI

I= Interviewer

**M4520EA-AI** = Arzt

I: Vielen Dank für die Zeit. Die erste Frage ist noch ein bisschen schwammig, aber es wird konkreter. Was kommt Ihnen als Erstes beim Thema Leitlinien in der Praxis in den Sinn?

**M4520EA-AI:** Struktur, Stabilität, Entscheidungssicherheit.

I: Wie stehen Sie denn grundsätzlich zu Leitlinien und warum?

**M4520EA-AI:** Das ist sehr hilfreich, dass man nicht rein aus dem Bauchgefühl agiert, sondern eine Handreichung hat, damit eine gleichbleibende Qualität für die Patienten hinten rauskommt.

I: Also stehen Sie Leitlinien grundsätzlich positiv gegenüber?

**M4520EA-AI:** Ja

I: Inwiefern bringenden Leitlinien aus Ihrer Sicht Vorteile oder manchmal sogar Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?

**M4520EA-AI:** Nachteile können natürlich sein, dass man, wenn man sich akribisch daran hält, dann doch eben dieses berühmte Bauchgefühl hinten runterfällt. Z.B. wenn der Patient laut Leitlinie einen niedrigen Wells-Score hat und ich ihn damit heimschicke, dass er vielleicht am Ende doch eine Lungenembolie haben könnte. Da könnte es eben, wenn man sich nur an Leitlinien hält, falsch laufen. Ansonsten hat man aber natürlich die Abläufe in der Praxis strukturiert und gerade das medizinische Assistenzpersonal hat dann auch eine Handreichung, wie wir es machen. Also beispielsweise der Harnwegsinfekt: Brennen beim Wasserlassen heißt Handlungsoption erläutern, antibiotische Behandlung anbieten, aber nicht primär.

I: Und wie groß ist da Ihrer Ansicht nach der Nutzen für die Patientenversorgung?

**M4520EA-AI:** Den würde ich schon als ganz ordentlich einschätzen.

I: Alles klar. Was würden Sie sagen? Wie häufig kommt es in Ihrem Praxisalltag vor, dass sie sich an Leitlinien orientieren oder Ihre Arbeit danach ausrichten?

**M4520EA-AI:** Das schwer einzuschätzen, wahrscheinlich, wenn man es absolut kontrolliert, vielleicht sogar weniger als gedacht. Also, weil man die vielleicht gar nicht so merkt und verinnerlicht hat. Ich gehe ja nicht jedes Mal eine Checkliste durch, so wie in der Luftfahrt. Ich habe die im Hinterkopf und arbeite danach, ohne bewusst daran zu denken. Aber ich denke schon, dass es etwa 40 bis 50 Prozent sein müssten.

I: Ist das eher auf die Diagnostik oder die Therapie oder sogar im Patientenmanagement aufgeteilt?

**M4520EA-AI:** Also verschiedene Aspekte: Bspw. der PSA-Wert. Da gibt's ja auch eine Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Die sieht den PSA-Wert kritisch.

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie sagt, er ist aber super. Die Amerikaner sagen wiederum, der ist absolut nicht sinnvoll. Da ist so eine Leitlinie ganz sinnvoll, dass man den Patienten das erläutert in Form Konsens und kann quasi neutral beraten.

**I:** Da gehe gleich nochmal genauer drauf ein, aber haben Sie eher den Eindruck, dass die Orientierung an Leitlinien in den letzten Jahren zugenommen hat oder eher abgenommen hat?

**M4520EA-AI:** Ich finde, dass es eher zugenommen hat und ich glaube, es wird im Studium auch relativ ordentlich und strukturiert vermittelt. Früher gab es die Leitlinien ja natürlich nicht so und das wird mittlerweile, glaube ich, schon ganz gut angenommen.

**I:** Glauben Sie, dass sich das im Alter widerspiegelt?

**M4520EA-AI:** Würde ich so sagen, ja. Die Jüngeren werden ganz klar schon in ihrer Ausbildung daran gewöhnt. Ältere stecken da doch leider oft noch in alten Mustern fest.

**I:** Okay. Gibt es Situationen, wo Sie bevorzugt auf Leitlinien zurückgreifen oder sich gezielt daran orientieren?

**M4520EA-AI:** Also Standardsituationen sind ja eigentlich implementiert. Da denkt man jetzt nicht über Leitlinien nach. Wenn man jetzt aber irgendwelchen Befunden gegenübersteht, wo man sich nicht so sicher ist, dann kann man nochmal nachschauen und gucken: Was gibt's denn da Aktuelles? Das mache ich durchaus. Dass ich erstmal schaue: Gibt's denn dazu eine Leitlinie? Beispielsweise das maligne Melanom. Da fällt mir spontan eine metastasierte Patientin ein. Da kann man dann gucken, was da empfohlen ist. Welche Empfehlung ist gesichert? Da kann man dann schön bei der AWMF gucken: Wie sind die Dermatologie-Leitlinien dazu?

**I:** Also greifen Sie eher bei selteneren Spezialdiagnosen expliziter auf Leitlinien zurück?

**M4520EA-AI:** Genau. Also eher sowas. Die Standards sind eigentlich im Kopf, die hat man ja jeden Tag präsent.

**I:** Aber gibt's auch Krankheitsbilder, also konkrete Krankheitsbilder, wo sie besonders oft auf Leitlinien zurückgreifen?

**M4520EA-AI:** Also klassischerweise die Harnwegsinfektionen, die Pneumonie, die Leitlinie zur rationalen Antibiotikatherapie z.B. Dann gibt es ja Leitlinien zur Überdiagnostik "Choosing Wisely". Da gibt's ja auch Bestrebungen, dass man versucht, Patienten nicht iatrogen zu fixieren auf Krankheiten. Wir haben da als Mediziner sehr viele psychosomatische Bilder vor uns sitzen und die haben eine Sorge und dann wollen die Laborwerte. Aber hinter dieser Anforderung steht eigentlich noch etwas ganz anderes. Da verweise ich immer gerne auf die betreffende Leitlinie, weil ich mich damit selbst entlaste.

**I:** Ja, ist richtig. Und wenn Sie jetzt Bilanz ziehen müssten. Wie hat sich die Anwendung von Leitlinien bisher auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität Ihrer Patienten ausgewirkt?

**M4520EA-AI:** Bei mir in meiner Praxis, also was meine Entscheidungen betrifft, sicherlich positiv. Natürlich gibt es Leitlinien mit mehr oder weniger Effekt, aber bei den meisten sehe ich schon einen deutlichen Benefit in der Patientenversorgung. Das für andere Kollegen zu sagen ist schwierig, weil es kommt eben darauf an, wie sehr halten die Kollegen sich an den Leitlinien. Beispiel: Die nationale Versorgungsleitlinie "Asthma" wurde jetzt geändert. War ich auch ganz erstaunt, als ich das gehört habe. Jetzt gibt's gar kein Salbutamol mehr eigentlich, sondern es gibt da immer ein SABA und ein LABA plus Kortikosteroid. Weil man sagt bei Asthma: Wenn der Beschwerden hat, dann hat er in jedem Fall auch eine anaphylaktische Reaktion und kriegt immer einen Kortisonstoß drauf. Das ist ja doch ein deutlicher Wechsel.

Und wenn man das nicht referiert bekommt, würde einem das ja nicht mitgeteilt. Und wenn da einer nicht nachliest, dann behandelt er halt wie vor 20 Jahren das Asthma.

I: Das heißt, Ihnen fehlt es an Informationspolitik, was Leitlinien betrifft?

**M4520EA-AI:** Auf jeden Fall. Das liegt schon sehr am Ehrgeiz eines jeden, wie sehr man sich in seiner Freizeit damit beschäftigt.

I: Sie sind also gezwungen, sich nach Ihren regulären Öffnungszeiten noch mit Leitlinien auseinanderzusetzen, weil Ihnen sonst die Zeit dafür fehlt?

**M4520EA-AI:** Ja, in der Sprechstunde kann ich das nicht machen. Ansonsten bekommt man einiges halt bei den Fortbildungen vorgebetet. Das sind aber leider häufig immer die gleichen Sachen. Deshalb muss man sich zwangsläufig in seiner Freizeit damit beschäftigen. Das ist mühselig und natürlich bezahlt das einem keiner.

I: Ein schöner Punkt. Kann man da einschätzen, in welchem Zeitintervall man sich selber auf die Aktualität überprüft?

**M4520EA-AI:** Also ich beziehe meine Informationen ausschließlich aus selbst gekauften Quellen. Pharmavertreter dürfen hier nicht in die Praxis kommen. Bedeutet für mich, ich kriege das Arzneimitteltelegramm, was neutrale Informationen allgemein zu den Medikamenten gibt. Dann mache ich jährlich die Schulung für DMP. Das ist ja so eine Zwangsmaßnahme. Das ist aber oftmals auch erfrischend. Oftmals ändert sich nichts. Manchmal jetzt aktuell eben doch. Das heißt im Umkehrschluss, dass man sich über viele Sachen jährlich informiert bzw. aktualisiert. Andere Sachen schlägt man bei Bedarf nach.

I: Auf welchem Weg sind Sie überhaupt auf die Leitlinien aufmerksam geworden, die Sie so benutzen? Kommt das aus der Facharztausbildung oder Fortbildungen, Qualitätszirkel oder...?

**M4520EA-AI:** Ich bin ja Mitglied in der DEGAM und darüber kommt man auch sehr schön auf die Seite der Leitlinien und kriegt auch Informationen bzw. kriegt man eigentlich immer neue Informationen weiter aufbereitet.

I: Also hauptsächlich übers Internet?

**M4520EA-AI:** Genau. Ich würde schon sagen, dass man in den allermeisten Fällen im Internet nachschaut, um sich eine Leitlinie vor Augen zu führen. Alles andere ist einfach zu aufwändig und im Internet kann ich zusätzlich die Suchfunktion benutzen, um z.B. direkt zu einer Textpassage zu navigieren. Schneller geht's eben nicht.

I: Geben Sie da der DEGAM als Vertreter für die Allgemeinmedizin den Vorzug, oder eher anderen Fachgesellschaften?

**M4520EA-AI:** Ja, klar bevorzuge ich die DEGAM- Leitlinien, weil die DEGAM ist mir da deutlich näher an der sinnvollen Patientenversorgung mit gesundem Menschenverstand, als die internistischen Fachgesellschaften. Die internistischen Leitlinien gucken mehr auf die Werte, die allgemeinmedizinischen mehr auf den Patienten. Das kann man am Diabetes-Beispiel sehr schön durchdeklinieren. Ich habe in meiner Praxis einen Facharzt für Innere Medizin, der gerade die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner macht. Das ist natürlich top. Aber der überlegt, wenn der HbA1c angestiegen ist, von 6,5 auf 6,9, ob er Sitagliptin dazu gibt. Ich winke da höchstens mit dem Finger und sage: "Bisschen aufs Gewicht achten, mehr Sport, mehr Bewegung und schon gar keine neue Tablette!" Also immer neue Tabletten aufschreiben, halte ich für nicht so zielführend. Die haben naturgemäß ihre Spezialisierungen und vor allem breite Scheuklappen auf.

**I:** Ich habe jetzt schon ein paarmal gehört, dass gerade auch die Leitlinien der Fachgesellschaften, die sehr spezifisch arbeiten, in der Allgemeinarztpraxis gar nicht umsetzbar sind, weil sie vielleicht nicht kostendeckend sind oder weil es wirtschaftlich ein Problem ist. Wie sieht es da aus?

**M4520EA-AI:** Das kommt in jedem Fall noch dazu. Es geht da auch um das Budget. Das heißt, es muss ja irgendwie auch nutzbringend sein. Das heißt, Leitlinien müssen zeigen, dass es eine Konsequenz hat und wenn es eben keine Konsequenz hat, ist es für mich und den Patienten uninteressant. Wenn ich dauernd auf irgendwelche Zuckerwertschwankungen reagiere und der Patient davon keine positiven Outcomeparameter hat, also bspw. einen Myokardinfarkt oder Ähnliches bekommt, dann ist es ja absolut egal wie der Zucker davor war.

**I:** So ist es. Gibt's denn besondere Arten von Leitlinien oder Typen von Leitlinien, die Sie bevorzugen? Also muss eine Leitlinie bspw. S3-Standard erfüllen oder ist Ihnen das weniger wichtig?

**M4520EA-AI:** Das ist natürlich bis zum bestimmten Punkt schwierig. Klar gibt es diese Goldstandards, die S3- Leitlinien. Die sind sicherlich schön, aber ich gucke da eigentlich nicht unbedingt drauf, sondern ich schaue erst mal, ob es überhaupt eine gibt. Lässt sich das umsetzen? Deckt das sich mit meinen Informationen aus dem Studium? Und dann kann man gucken, ob das das umsetzt.

**I:** Wunderbar. Was muss denn eine gute Leitlinie erfüllen, dass sie sagen: Die nehme ich in meinen Praxisalltag auf?

**M4520EA-AI:** Die muss einfach und strukturiert sein. Das habe ich bei manchen Dingen an Leitlinien schon oft gesehen, dass manches viel zu detailliert immer noch ist. Es muss wirklich ein einfacher Entscheidungsbaum sein, dass man sagt: "Okay, der Patient hat das und das. Wie machen wir weiter?" Je detaillierter es ist, desto mehr muss man das aufdröseln, desto mehr verliert die natürlich auch den Impact. Also, es muss relativ simpel sein. Keep it simpel wäre das Motto. Man muss relativ schnell zum Punkt kommen, aber wenn man auf das Beispiel Lungenembolie zurückkommt, da kann man doch anhand Leitlinien mit diesen Scores, wenn man sich unsicher ist, klinisch sicher nochmal was dazuschreiben. Und da stabilisiert sich das ein bisschen.

**I:** Also sagen Sie einmal Wirtschaftlichkeit ist Ihnen wichtig und Kurzfassungen?

**M4520EA-AI:** Genau. Kurzfassungen am besten mit Flussdiagrammen oder halt Entscheidungsbäumen, da würde ich zustimmen.

**I:** Alles klar. Kommt es bei der Implementierung von Leitlinien zu Verzögerungen oder Komplikationen in Praxisabläufen, die vielleicht vorher eingespielt waren oder sind?

**M4520EA-AI:** Das ist in jedem Fall schwierig, weil wenn wir Änderungen einführen, dann muss ich das umsetzen und das ist noch nicht bei den Mitarbeitern angekommen. Das heißt, tatsächlich muss man Veränderungen in Leitlinien, die relevant sind, auch den Mitarbeitern weitergeben, weil die natürlich wissen, was der Doktor sagt, wann wo was drankommt. Fazit: Man muss gut kommunizieren, aber zu besonderen Einschränkungen führt das in der Regel nicht.

**I:** Wie wichtig ist es Ihnen, dass Leitlinien Empfehlungen machen, wie Sie ärztliche Aufgaben an nichtärztliches Personal delegieren können?

**M4520EA-AI:** Das wäre in jedem Fall hilfreich, wenn man das nochmal definiert. Ich denke, da kann man das Feld deutlich größer fassen, also noch viel mehr rausholen. Ich weiß gar nicht, ob es überhaupt Leitlinien gibt, die sowas machen. Die Mitarbeiter sind komplex

ausgebildet und nur um drei Tropfen Blut abzunehmen oder um dann Rezepte auszudrucken oder reine Verwaltungsarbeit zu machen, ist eine MFA für mich zu schade. Die könnte für mich kleine Wunden selbstständig behandeln und so weiter. Und nur bei Problemen könnte die den Arzt fragen. Also Verbandssprechstunde wäre klassisch, Fäden entfernen oder, oder, oder. Und wenn man sowas nochmal schriftlich hat, dass die Fachgesellschaft sagt das ist die Ausbildung. Das können die. Das kann man gut delegieren. Das gibt nun mal Sicherheit. Fände ich also super.

**I:** Setzen Sie auch Verah oder Naepa ein?

**M4520EA-AI:** Habe ich hier eine. Genau die kann aber nicht so frei arbeiten, weil die bräuchte eigentlich dann einen Ersatz in der Praxis. Das Problem ist ja, dass die die Zusatzqualifikation hat, aber gar nicht die Freiheit, diesen Aufgaben nachzugehen. Und die Räumlichkeiten geben es bei mir auch nicht her. Wenn man mehr Räumlichkeiten hätte, dann könnte die tatsächlich ein eigenes Sprechzimmer haben und macht da jeden Tag ihre Sprechstunde. Also es ist sicher ein sinnvolles Konzept und dadurch wäre der Arzt ja effizienter, weil die quasi alles vorfiltern könnte. Blutdruck messen muss auch nicht der Doktor selber. Klar wollen die Patienten immer zu ihrem Arzt des Vertrauens. Das ist eine ganz andere Sache.

**I:** Ich komme ja selber aus einem ärztlichen Hilfsberuf und man kann schon viel abgeben. Es gibt ja verschiedene Fachgesellschaften, die Leitlinien mit Patientenfassung anbieten, gerade die DEGAM macht das z.B. bei manchen Leitlinien. Machen Sie davon Gebrauch? Also ausdrucken oder weiterleiten?

**M4520EA-AI:** Nein, ich habe hier so Infozettel erarbeitet. Das heißt, für die banalen Erkältungsinfekte oder Magen-Darm-Infekte, da kriegen die einen Zettel mit auf dem draufsteht, was die machen müssen. Es ist tatsächlich erstaunlich, wie wenig manche Leute wissen, wie eine Erkältung sich anfühlt und da ist es definiert. Beim Harnwegsinfekt könnte man es eventuell auch noch machen, dass die das lesen und gucken. Aber das habe ich bis jetzt nicht implementiert.

**I:** Jetzt kommen wir nochmal mal kurz auf die Implementierung. Also wenn Sie überlegen, dass Sie eine neue Leitlinie in Ihrer Praxisabläufe übernehmen möchten: Sehen Sie dort Probleme oder Herausforderung konkret?

**M4520EA-AI:** Das Hauptproblem ist wirklich die Zeitfrage, weil ich gar keine Zeit für anständige Fortbildung haben. Da müsste man wirklich Mittwochvormittag zumachen, müsste die Leitlinie vorstellen, sagen, was sich neu geändert hat. Wir haben das bisher so gemacht. Ich möchte das jetzt so machen und dann muss man die Leitlinie am besten noch ins Qualitätsmanagement überführen, damit sich jeder angucken kann wie es geht. Und das ist einfach alles zu aufwendig.

**I:** Das glaube ich ja. Inwiefern lassen sich denn Leitlinien ohne größere Probleme von einem einzelnen Patienten auf eine größere Patientenschaft übertragen? Oder andersherum: Ist bei jedem Patienten eine größere individuelle Anpassung notwendig?

**M4520EA-AI:** Nein, also da glaube ich, wenn die gut gefasst und übersichtlich sind, dann kann man das relativ rasch auf den einzelnen Patienten herunterbrechen. Das ist natürlich immer noch ein Individuum und man muss den Patienten immer nochmal angucken. Passt das? Das ist eigentlich auch wie im Rettungsdienst. Wenn die Sättigung 94 oder 81 ist, muss man gucken, ob er im Gesicht blau oder rosa ist. Dann muss man gucken, wo liegt das Problem? Und die Leitlinie entbindet einen ja nicht weiterzudenken. In der Luftfahrt ist das schöne Analogon "fly the aircraft first". Dann wird navigiert und dann wird rumgefunkt. Das heißt, man darf seinen gesunden Menschenverstand auch mit Leitlinie nicht ausschalten.

I: Ich höre an der Stelle oft, dass manche Leitlinien schwer auf multimorbide Patienten anzuwenden sind, weil man halt eine unheimliche Komplexität an wichtigen Diagnosen hat und dass es da dann irgendwann unübersichtlich wird. Sehen Sie da auch ein Problem, oder?

**M4520EA-AI:** Ja, das ist total schwierig. Wenn einer jetzt, sage ich mal, fünf Diagnosen hat und jede Fachdisziplin glaubt, seine Diagnose priorisiert zu behandeln, dann wird es sehr schnell unübersichtlich. Alleine wegen der Zahl der Medikamente und auch die Leitlinien, die sich dann irgendwann miteinander widersprechen. Das ist in der Tat schwierig.

I: Also da müsste man in Zukunft daran arbeiten, dass man Leitlinien interdisziplinär abstimmt, oder?

**M4520EA-AI:** Also es gibt eine Leitlinie *Multimedikation*, die ist relativ unübersichtlich, weil es eben so schwierig ist. Aber ich denke, das muss man dann mit dem Patienten individuell besprechen und das sagte die Leitlinie auch. Was ist sein führendes Problem? Und da guckt man, was er behandelt wird. Wenn der Patient 80 Jahre alt ist und keinen Benefit davon hat, dann können wir z.B. Fettsenker weglassen.

I: Ich würde noch ein paar Aussagen vorlesen. Das sind prinzipiell Ja/- Nein Fragen, aber da können Sie gerne einfach auch Stellung zu nehmen, falls Ihnen da etwas zu einfällt. Die erste Frage ist:

Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.

**M4520EA-AI:** Ja

I: Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen, als auf eine Leitlinie.

**M4520EA-AI:** Nein. Sklavisch würde ich das nicht trennen.

I: Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden.

**M4520EA-AI:** Meist.

I: Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und Routinen ein.

**M4520EA-AI:** Vielleicht zurecht?

I: Aber das ist dann dem Arzt überlassen, wie er es umsetzt oder wie verstehe ich das?

**M4520EA-AI:** Genau das ist die Interpretationsfrage. Aber wenn man sagt, das ist zu stark, dann muss man seine Praxisabläufe überprüfen, würde ich sagen.

I: Ja, das ist eigentlich ein schöner Denkanstoß.

**M4520EA-AI:** Das muss es ja eigentlich sein. Das nervt mich so. Da muss man seine Praxisabläufe überprüfen.

I: Leitlinien ermöglichen ein strukturiertes Vorgehen bei Diagnose und Therapie.

**M4520EA-AI:** Ja

I: Leitlinien engen die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.

**M4520EA-AI:** Selten, aber gelegentlich schon. Es ist halt eine Leitlinie. Man muss begründen, wenn man davon abweicht, kann man aber ja manchmal.

I: Für die Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.

**M4520EA-AI:** Nein, das kriegt man hin.

**I:** Ich möchte nochmal ganz kurz auf die Informationsquellen zurückkommen. Wie informieren Sie sich üblicherweise über Leitlinien? Fortbildung? Sind Sie an Qualitätszirkel angeschlossen? Oder wie machen Sie das?

**M4520EA-AI:** Da gibt's eine ganze schicke Sache. Mein Arztinformationssystem hat die Möglichkeit, zum Beispiel über Deximed nachzuschauen.

**I:** Das wäre meine nächste Frage gewesen, ob Sie etwas in Ihre Praxissoftware integriert haben?

**M4520EA-AI:** Ja, das ist eine ganz tolle Sache. Ich suche mir hier irgendein Patienten raus und kann aus der Akte Deximed öffnen. Dann bin ich direkt bei dem Thema, was da aktuell ist. Da muss man z.B. Husten eingeben und dann habe ich direkt die Patienteninformationen. Das ist auch sehr schön, finde ich ganz gut strukturiert und man kann direkt auf die aktuellsten Leitlinien zugreifen und das geht dann relativ schnell.

**I:** Was sollte denn oder was müsste Ihrer Meinung nach noch rund um das Thema Leitlinien in der Hausarztpraxis verbessert werden? Sehen Sie konkreten Handlungsbedarf?

**M4520EA-AI:** Ich glaube, man muss die hausärztliche Sicht mehr anbringen. Das Problem, wir haben in der Hausarztmedizin sehr viele Softskills oder weiche Faktoren. Ich bin jetzt seit sieben Jahren in der Praxis und man kennt nach dieser Zeit seine Patienten und kennt die Familienkonstellationen. Und wenn jemand mit Bauchschmerzen kommt, dann würde man nach Leitlinie da anfangen ihn zu untersuchen und zu überlegen, welche Untersuchungen ich machen will. Wenn ich den Patienten aber kenne und weiß, der hat immer wieder Bauchschmerzen, dann kann ich ja erstmal fragen, ob das vielleicht doch wieder die psychosomatische Belastung ist oder wie es z.B. dem Vater geht. Da kann ich mir manches sparen. Das Gleiche beim Hausbesuch. Du kommst rein und siehst sofort, ob die Lage hier im Griff ist, oder ob der Boden klebt und alles durcheinander ist. Diese Informationen lassen sich schwer in Worte, also in Leitlinien fassen, sind aber in der Praxis eben als weiche Faktoren extrem wichtig. Das widerspricht so ein bisschen den Leitlinien. Bei Notfällen lässt sich das ganz klar einfacher machen, dass man nichts übersieht. Aber eine Hausarztpraxis lässt sich nicht gut abbilden in der Leitlinie. Wie man also die Erfahrungen aus einem jahrelangen gemeinsamen Lebensweg mit Patienten in eine Leitlinie packen kann, weiß ich auch nicht.

**I:** Also könnten wir das zusammenfassen, dass man die Leitlinie als Grundstruktur im Hinterkopf hat und davon ausgehend dann individuell anpasst?

**M4520EA-AI:** Genau da kann man das anpassen. Genauso ist es.

**I:** Wenn Sie überlegen, dass viele Kollegen wenig oder nicht mit Leitlinien arbeiten. Was müsste Ihrer Meinung nach getan werden, um die Implementierungsbereitschaft noch zu erhöhen? Also ist das ein Problem der Monetarisierung, oder der Umsetzbarkeit?

**M4520EA-AI:** Also ich glaube tatsächlich, man muss die Zeit haben, sich in Ruhe damit zu beschäftigen. Am Ende scheitert es am Geld, denn für die private Zeit, die ich dafür aufbringen muss, kriegt man kein Geld. Hier in der Hausarztmedizin ist ja Masse statt Klasse das Problem und wenn man da quasi Zeit bezahlt bekäme für Fortbildung, dann glaube ich, würden ganz viele Kollegen sich freudig damit beschäftigen und die Qualität erhöhen.

**I:** Das hört sich nach einem schönen Schlusswort an. Ich bin durch, wenn Sie keine Ergänzung mehr zum Thema haben, bedanke ich mich herzlichst für Ihre Zeit und Expertise!

## 2.12 Transkript Interview XII – M5834G-AI

I= Interviewer

**M5834G-AI** = Arzt

**I:** Es fängt ganz allgemein an. Aber keine Angst, ich werde schnell konkreter. Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Könnten Sie mir zu Anfang kurz erzählen, was Ihnen zuerst beim Thema Leitlinien in den Sinn kommt?

**M5834G-AI:** Das ist wirklich eine sehr allgemeine Frage. Nun gut, beim Thema Leitlinien kommt mir eben in den Sinn, dass sie sozusagen, wie der Name schon sagt, einem einen gewissen Leitfaden als Entscheidungshilfe mit auf den Weg gibt, also meine Arbeit unterstützen soll. Auf der anderen Seite kommt mir in den Sinn, dass man halt so in freier Wildbahn dann doch merkt, dass es Themen gibt, an denen man sich stringent an Leitlinien entlang arbeiten kann, aber es gibt halt eben auch viele Themen, die in der realen Welt so komplex sind, dass eine Leitlinie sie gar nicht abbilden kann.

**I:** Okay, da gehe ich gleich noch ganz konkret drauf ein. Aber erstmal: Wie stehen Sie denn grundsätzlich zu Leitlinien und warum?

**M5834G-AI:** Ich würde sagen, grundsätzlich schon positiv. Auch wenn ich Sie wahrscheinlich viel zu wenig verwende, wie wahrscheinlich die meisten Kollegen.

**I:** Inwiefern bringt da die Leitlinien Vorteile oder sogar Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?

**M5834G-AI:** Also Sie bringen Vorteile da. Leider ist die Realität nie so, dass man sich vornimmt, man guckt jetzt in eine Leitlinie und dann arbeitet man die strikt durch. Das geht leider nicht so einfach, aber prinzipiell hat man die gängigen Versorgungsansätze schon im Hinterkopf und versucht sich daran entlangzuhangeln. Sie halten sich ja die Leitlinie sozusagen ein bisschen im Kopf. Und entsprechend halten Sie sich nie so ganz hundertprozentig dran, weil sie eben nie alles hundertprozentig im Kopf haben. Damit stellt sich auch immer die Frage, welchen Stand sie eigentlich im Kopf haben und ob der noch der Aktuellste ist. Ob man vielleicht nicht schon eine Version zurückhängt sozusagen. In akuten Situationen, wo man entscheiden muss, da sind die natürlich hilfreich. Wenn eine Leitlinie jetzt zu zwanghaft wird, also einen verbindlicheren Charakter hätte, dann ist es unter Umständen hinderlich. Aber das ist ja eigentlich nie der Fall. Hinderlich wird es, wenn man an die Abrechnung am Ende des Quartals denkt.

**I:** Ja, also würden Sie sogar sagen, dass man sich quasi an einer Leitlinie orientiert und dann seine eigene Leitlinie daraus im Laufe der Zeit bildet? Also im Sinne von Arbeitsroutinen oder wie verstehe ich das?

**M5834G-AI:** Letztlich ist es natürlich so. Man lebt viel von seiner Erfahrung und muss die natürlich immer mit einbeziehen. Man ist ständig in einer Fortbildung und dabei spielen natürlich Leitlinien eine große Rolle. Da kriegt man dann auch am ehesten die Neuerungen mit. Aber es ist nicht so, dass ich jedes Mal, wenn ich mit dem Patienten spreche, währenddessen in einer Leitlinie nachschlage. Man muss die also ein bisschen verinnerlicht haben und seine Erfahrung mit einbauen und natürlich den gesunden Menschenverstand.

**I:** Sehr gut. Können Sie ungefähr einschätzen, wie groß da der Nutzen für die Patientenversorgung ist? Kann man das quantifizieren?

**M5834G-AI:** Ist schwer zu quantifizieren. Für mich ist es mehr etwas Unterbewusstes. Also ich kümmere mich um Leitlinien in dem Sinne, dass ich mich eben im Rahmen der Fortbildung damit beschäftige, was da neue Ideen sind. Dann ändert man auch mal seine Wege und Pläne und Ideen. Ja, da gibt es ja alle möglichen Beispiele. Da ändert sich ja

wirklich oft was und entsprechend passt man natürlich auch seine Beratung dem, was man dann in der Fortbildung lernt an. Aber es ist eigentlich selten so, dass man im Patientengespräch die Leitlinie auspacken würde. Es gibt ja die Möglichkeiten über den PC so etwas zu integrieren, aber das muss ich gestehen, mache ich eigentlich auch wenig. Wenn ist es eher die Situation, dass man sich bei der Nacharbeit nach der Sprechstunde noch mal genau zu dem Thema orientiert.

**I:** Ja dann würde ich die Frage gerade vorziehen. Sie sagten ja, dass Sie sich hauptsächlich über Fortbildungen oder über den PC informieren. Was sind da Ihre Quellen, oder haben Sie das in die Praxissoftware sogar integriert?

**M5834G-AI:** Also ich bin sozusagen über den wissenschaftlichen Zenit hinaus, dass ich früher z.B. das *New England Journal* oder sowas gelesen habe. Das habe ich bis vor einigen Jahren regelmäßig gemacht, aber das ist einfach jetzt für den Alltag nichts mehr. Jetzt sind es hauptsächlich die Fortbildungen, die man macht. *Den Internisten* lese ich regelmäßig und noch ein paar andere Zeitschriften. Dann natürlich verschiedene Onlinefortbildungen. Ich mache relativ gerne mal so einmal im Jahr irgendeinen Refresher-Kurs oder fahre zum Internistenkongress oder derartiges. Das ist mir immer so das Angenehmste. Ich gehe dann am liebsten eine ganze Woche in Klausur und wenn man das regelmäßig macht, denke ich, ist das effektiv und ausreichend. Ich muss zugeben, dass ich diese angebotenen Abendfortbildungen nur dann wahrnehme, wenn es wirklich ein interessantes Thema ist. Ich kann mich schlecht aufraffen, wenn ich um 19Uhr aus der Praxis komme und dann da noch zwei Stunden einem Thema widmen muss, dass ich schon hundertmal gehört habe. Da merke ich, da kriege ich dann relativ wenig mit. Also zusammenfassend: Fortbildungen, auch gerne mal eine Abendfortbildung, Zeitschriften und gezielte Suche im Internet, das sind eigentlich meine Quellen.

**I:** Was würden Sie sagen: Wie häufig kommt so im Praxisalltag vor, dass Sie sich an Leitlinien orientieren oder sogar Ihre Arbeit daran ausrichten?

**M5834G-AI:** Das kann ich nicht in eine Zahl fassen. Weil ich kann jetzt sagen, dass ich es immer mache, weil irgendwo ist es ja immer mit drin. Bei jeder Entscheidung orientiere ich mich natürlich an dem, was ich kenne, was ich sozusagen an Fortbildungen gemacht habe und was ich da auch an Leitlinien mitbekommen habe. Die Male, wo ich wirklich sozusagen nochmal eine Leitlinie vorgeholt habe und draufgeguckt habe, das ist eigentlich sehr selten im Praxisbetrieb. Aber wie gesagt, ich schätze den Anteil schon als ziemlich hoch ein.

**I:** Vielleicht kann ich andersherum fragen: Können Sie einsortieren, wo Sie die Leitlinie brauchen? Also wenden Sie die häufig in Fragen von Diagnostik an oder in der Therapie oder sogar in Patientenmanagement?

**M5834G-AI:** Sowohl Diagnostik als auch Therapie, ja. Da liegt schon der Schwerpunkt. Patientenmanagement für mich eher weniger.

**I:** Würden Sie sagen, dass die Orientierung an Leitlinien bei Ihnen, als auch vielleicht bei Ihren Kollegen in den letzten Jahren zugenommen hat, oder eventuell sogar abgenommen hat?

**M5834G-AI:** Also ganz klar würde ich sagen, dass es zugenommen hat. In dem Sinne, dass es halt mehr und mehr propagiert wird. Wenn ich meine älteren Kollegen anschau, die werden wahrscheinlich sagen, dass sie das in ihrem Leben nicht so gemacht haben. Aber das ist eher so eine Empfindungssache. Letztlich ist es für mich ein fließender Übergang. Unsere Weiterbildungsassistenten haben das meistens schon ganz anders verinnerlicht. Für die ist das ganz normal damit zu arbeiten, weil man es wahrscheinlich in Uni und Klinik nur so lernt. Also dass sich an Leitlinien entlangearbeitet wird im eigentlichen Sinne. Gerade immer dann, wenn man wirklich ganz akut schnelle Dinge regeln muss.

**I:** Haben Sie da zufällig konkret gerade Leitlinien im Kopf, an die Sie denken, die Sie vielleicht besonders häufig verwenden oder wo Sie sich gerne darauf stützen?

**M5834G-AI:** Das orientiert sich an dem, was halt häufig vorkommt: Diabetes, angiologische Dinge. Also nichts konkret in dem Sinne. Da ich die ja, wie gesagt, selten aktiv aufrufe, fällt mir da jetzt auch wenig zu ein. Wenn ich mich in ein Thema einarbeiten will, also umfassend, dann verwende ich den Herold oder Up-to-Date. Das ist für mich wirklich richtig gewählt, allerdings geht das immer sehr tief. Das schaffen Sie ja meistens nicht.

**I:** Okay. Ja, super. Das ist genau das, was ich fragen wollte. Sind Sie auch in der Praxis irgendwie an einem Qualitätszirkel angeschlossen?

**M5834G-AI:** Ja und nein. Eigentlich eher nein. Es gab hier einen, bei dem war ich auch mal, aber im Moment ist das eigentlich ziemlich eingeschlafen. Leider.

**I:** Dann würde ich gerade mal ein bisschen auf die Leitlinien an sich zu sprechen kommen. Sie sagten ja, sie schauen zum Beispiel bei Up-To- Date im Internet nach. Jetzt bieten ja die verschiedenen Fachgesellschaften auf ihrer jeweiligen Internetpräsenz die Leitlinien themensortiert an. Beispielsweise die DEGAM in der Allgemeinmedizin oder die AWMF. Geben Sie bei Ihrer Recherche da einer Fachgesellschaft den Vorzug, oder schauen Sie eher nach dem Krankheitsbild und welche Fachgesellschaft eine Leitlinie dazu anbietet?

**M5834G-AI:** Ja, im Zweifelsfalle schaue ich ja, wenn ich ein Krankheitsbild habe, die dazu passende Leitlinien bei den Fachgesellschaften nach. Es gibt ja alle möglichen Apps dazu, die habe ich natürlich auch. Da gibt es verschiedene Themen, die man dann nutzen kann. Aber wie gesagt, eigentlich auch nicht wirklich ganz intensiv, sondern dann eher im Rahmen der Fortbildungen, die man sonst so macht.

**I:** Okay, also geben Sie jetzt keiner speziellen Fachgesellschaft den Vorzug, was die Ausarbeitung von Leitlinien angeht?

**M5834G-AI:** Klar, das sind ja meistens dann die jeweiligen Fachgesellschaften, die die entsprechende Leitlinie ausarbeiten. Also in dem Sinne gebe ich denen dann schon den Vorzug. Aber ich schaue jetzt nicht nur bei einer einzigen Fachgesellschaft nach.

**I:** Schauen Sie da auch auf einen gewissen Standard, der für Sie wichtig ist? Also sagen Sie: Ich arbeite nur mit S3- Leitlinien, oder reicht Ihnen auch eine Expertenmeinung?

**M5834G-AI:** Ja, das wird ja immer mit dabei genannt und letztlich nimmt man es halt entsprechend auf. Natürlich ist mir eine Leitlinie, deren Daten wirklich klarer Konsens sind, in einer breiten Form dann wichtiger als eine Leitlinie mit schwächerer Informationslage. Aber ich meine auch umgekehrt sind Expertenmeinungen natürlich dann auch bei Themen, wo man wirklich sonst relativ wenig findet natürlich auch Orientierungspunkte, die man immer nutzen kann.

**I:** Dann nimmt man, was man kriegen kann?

**M5834G-AI:** Sozusagen, ja.

**I:** Können Sie einschätzen, in welchen Zeitabständen sie sich selber auf Aktualität in Bezug auf Leitlinien überprüfen, oder ist das ein fließender Prozess?

**M5834G-AI:** Das ist ein fließender Prozess, würde ich sagen.

**I:** Okay, gibt es denn spezielle Eigenschaften, die für Sie eine Leitlinie erfüllen muss, damit Sie sich bewusst dafür entscheiden, die in Ihre praktische Tätigkeit mit aufzunehmen oder die anzuwenden?

**I:** Na ja, je mehr, je klarer, je stringenter sie ist und ich dann aus dem Gesagten die Dinge in meinen Alltag integrieren kann, desto besser ist es natürlich für mich als Anwender. Das gefragte Thema muss in der Leitlinie wirklich klar umrissen und für einen auch als handelbare Leitlinie formuliert sein. Das lässt sich natürlich leichter dann in den Alltag integrieren, als wenn das irgendwas ist, wo ich dann eigentlich erst 20 Kriterien überprüfen muss, um dann mir zu überlegen, wo das hingeht.

**I:** Okay, also ist Umsetzbarkeit und Praktikabilität für Sie wichtig?

**M5834G-AI:** Ja klar. Natürlich nutze ich nicht automatisch Leitlinien nicht, die das nicht erfüllen, aber ich sage mal so: In den Alltag integriert man natürlich eher die Dinge, die wirklich relativ klar strukturiert sind. Klare Umsetzbarkeit ist da der Punkt.

**I:** Ja, Sie haben ja vorhin schon mal kurz angerissen, wie sehr es da teilweise um Wirtschaftlichkeit geht. Wo hängt es da, oder wo kommt es da zu Überschneidungen mit der Wirklichkeit bezüglich Wirtschaftlichkeit?

**M5834G-AI:** Ja, also das mache ich wahrscheinlich eher zu wenig. Zumindest nach der Meinung meiner Kollegen in der Praxis. Man kommt nicht drum herum, es zum Teil mit zu integrieren. Zum Teil sind das ja auch Dinge, die einem wirklich aufgezwungen werden durch die einen oder anderen Vertragsdinge, die die verschiedenen Sachen regeln. So was machen wir relativ wenig. Aber natürlich muss man auch ein wenig darüber nachdenken, was man alles machen muss. Man kann es natürlich nicht umgehen, dass man ein bisschen an die Wirtschaftlichkeit denken muss. Ich mache das wahrscheinlich zu wenig.

**I:** Aber würden Sie generell sagen, dass das, was Leitlinien empfehlen, sich mit der Umsetzbarkeit im Praxisalltag beißt? Oder spielt das eher eine untergeordnete Rolle?

**M5834G-AI:** Also in dem Bereich, wo ich sie einsetze oder wo ich sie sozusagen im Hinterkopf habe, nicht würde ich sagen. Eigentlich nicht.

**I:** Dann sagten Sie vorhin auch, dass viele Leitlinien in der Langfassung angeboten werden und Sie sich doch gerne tief einlesen. Wie wichtig ist es für Sie, dass Leitlinien auch in Kurzfassung angeboten werden?

**M5834G-AI:** Doch schon wichtig. Wobei das eigentlich in der Art, wie ich nutze, wahrscheinlich schwer zu sagen ist. Wenn man darüber nachdenkt, wünscht man sich natürlich immer die Kurzfassung, die einen prägnant und schnell ans Ziel bringt. Auf der anderen Seite, in der Art wie ich es einsetze, also eigentlich mehr im Rahmen der Fortbildung, nutze ich dann eigentlich mehr die umfangreicheren Varianten und lese da nach. Also letztlich muss man es verinnerlicht haben und dann wendet man an und muss versuchen, da so ein bisschen auf dem Stand zu bleiben.

**I:** Okay, verstehe. Jetzt gibt's auch einige Leitlinien, die als Patientenversion angeboten werden. Machen Sie davon Gebrauch, dass Sie das irgendwie ausdrucken und an Ihre Patienten geben, oder machen Sie es eher nicht?

**M5834G-AI:** Muss ich gestehen, so gut wie nicht bisher. Ok, es ist ein Punkt, wo wir mal mehr darüber nachdenken müssen, weil ich das eigentlich ziemlich gut finde.

**I:** Okay, dann komme ich noch mal kurz auf Praxisabläufe. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Leitlinien Empfehlungen machen, wie Sie ärztliche Aufgaben an Mitglieder Ihres Praxispersonals delegieren können? Also quasi ärztliche Aufgaben an nichtärztliches Personal delegieren? Machen Sie davon überhaupt Gebrauch?

**M5834G-AI:** Mache ich keinen Gebrauch von würde ich mal sagen: Zumindest so gut wie nicht. Ich bin in einer Gemeinschaftspraxis mit vier Chefs plus zwei bis drei Assistenten.

Sowas hat immer Vorteile, aber auch Nachteile. Ein Nachteil ist sicherlich, dass es dann besonders schwierig ist, sowas umzusetzen, weil das ja nur funktioniert, wenn sich alle daran halten und je mehr Leute beteiligt sind, desto schwieriger ist die Umsetzung.

**I:** Okay, wenn Sie jetzt an die Einführung von neuen Leitlinien denken oder von Leitlinien zum Beispiel diese bisher nicht genutzt haben: Wo nehmen Sie da Herausforderungen oder Schwierigkeiten im Praxisalltag bei der Implementierung wahr? Also, wenn Sie jetzt überlegen, dass Sie neue Leitlinie in Ihrem Praxisalltag umsetzen möchten?

**M5834G-AI:** Also wie gesagt, ich nutze das wahrscheinlich mehr für meine eigene Arbeit, insofern, dass ich das nur alleine umsetze und es da kein Konzept für die ganze Praxis gibt. Mir fällt dabei auf, dass man das eigentlich mehr allgemein machen müsste. Machen wir in unserer Praxis bisher, muss man zugeben, weniger. Aber wir haben auch für manche Sachen praktisch intern halt unsere Leitlinien. Das gibt schon auch, dass wir bestimmte Abläufe dann natürlich geplant haben. Das funktioniert halt umso besser, je stringenter und klarer sich das umsetzen lässt. Weil wie gesagt, je mehr daran beteiligt sind, je größer die Praxis ist, umso schwieriger ist es dann allgemeingültig umzusetzen.

**I:** Das war auch das, was ich bisher bei den meisten Gesprächen herausgehört habe, nämlich dass die Umsetzung eigentlich nur am Behandler selbst liegt.

**M5834G-AI:** Ja genau. Und dass die Absprache halt mit mehreren Kollegen in einer Praxis manchmal schwierig ist.

**I:** Also würden Sie auch nicht jetzt sagen, dass es bei der Anwendung von Leitlinien irgendwie zu Behinderungen oder Komplikationen im Praxisalltag kommt? Das stellen Sie jetzt nicht fest?

**M5834G-AI:** Nein.

**I:** Inwiefern lassen sich denn Leitlinien ohne größere Probleme von dem Einzelnen auf die breite Patientenschaft anwenden oder umgekehrt? Oder sagen Sie, dass das immer eine individuelle Anpassung ist?

**M5834G-AI:** Letztlich ist die Entscheidung, die ich nach Leitlinien treffe, immer eine individuelle Situation auf einen konkreten Fall.

**I:** Ja genau, das lassen wir einfach so stehen. Ich würde noch ein paar Aussagen vorlesen, die können Sie mit Ja oder Nein beantworten. Da können Sie aber auch gerne was dazu sagen. Also keine geschlossene Frage.

Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis?

**M5834G-AI:** Sie können dies tun und im optimalen Fall tun Sie dies auch. Also eher ja.

**I:** Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie.

**M5834G-AI:** Würde ich wahrscheinlich bejahen, aber mein Vorgehen beruht ja meistens auf dem Wissen einer Leitlinie. Also, wenn man die verinnerlicht hat und mit Erfahrungen kombiniert, ist die Entscheidung wahrscheinlich valider als die Leitlinie alleine.

**I:** Würden Sie sagen, Leitlinien lassen Sie sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden?

**M5834G-AI:** Es gibt Leitlinien, die sich sehr gut und sehr stringent und klar durchführen lassen. Es gibt aber auch andere, die total kompliziert sind und eigentlich nur was für Schwerpunktanwendungen sind. In den meisten Fällen der hausärztlichen Leitlinien würde ich aber schon zustimmen, ja.

I: Okay, Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe oder -routinen ein?

**M5834G-AI:** Da es im Moment wirklich an mir liegt, wie ich sie einsetze, eigentlich nicht. Das mache ich sozusagen schlichtweg nicht.

I: Leitlinien ermöglichen ein strukturiertes Vorgehen bei Diagnose und Therapie.

**M5834G-AI:** Ja.

I: Alles klar. Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.

**M5834G-AI:** Nicht gezwungenermaßen, eigentlich ja nicht. Wir sind ja nicht gezwungen, Leitlinien umzusetzen. Insofern würde ich sagen, eher nein. Ich weiß, was damit gemeint ist, aber das steckt ja auch wieder ein bisschen bei einem selber.

I: Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.

**M5834G-AI:** Ja, das ist tatsächlich so. Also außer denen, die ich verinnerlicht habe. Da ist dann natürlich wirklich der Übergang fließend. Ist das dann meine Meinung, meine Ausbildung, nach der ich vorgehe, oder eine Leitlinie. Wenn Leitlinien immer komplexer werden, wird es auch immer schwieriger, sie anzuwenden.

I: Ich würde es bei Ihnen umformulieren und sagen: Es fehlt wahrscheinlich häufig die Zeit für die Fortbildung in Bezug auf Leitlinie, ist das so richtig?

**M5834G-AI:** Ja, genau.

I: Ja gut, wir haben es gleich schon geschafft. Die nächste Frage hatten Sie schon eigentlich beantwortet. Was soll oder müsste Ihrer Meinung nach noch rund um das Thema Leitlinien für die hausärztliche Praxis verbessert werden? Oder sehen Sie sogar einen konkreten Handlungsbedarf?

**M5834G-AI:** Na ja, wenn man was man mit Leitlinien erreichen will, dann wäre es natürlich das Optimale, wenn ich quasi eine Praxissoftware hätte, wo solche Sachen relativ zügig mit drin sind. Umgekehrt wäre das etwas, wo dann die Gefahr besteht, dass man dadurch die Zügel auch die mal aus der Hand gibt und aufhört, selber nachzudenken.

I: Stimmt. Jetzt mal angenommen, die verschiedenen Punkte mit der Verbesserung würden umgesetzt oder könnten umgesetzt werden. Wären Sie in Zukunft bereit, sich noch stärker an Leitlinien zu binden und diese anzuwenden?

**M5834G-AI:** Ich denke, ich wäre jemand, der dann tatsächlich auch sagen würde: Okay, ich hab da die Möglichkeit, ganz schnell mit zwei Klicks mal zu gucken, was sagt denn die Leitlinie? Ich wäre da sicherlich niemand, der dem immer hundertprozentig folgt, weil ich individuell gerade in dem konkreten Fall arbeite und die Realität ist immer etwas differenzierter. Auf der anderen Seite können Leitlinien durchaus Hilfestellungen geben.

I: Okay, wie könnte man denn aus Ihrer Sicht noch die Implementierungsbereitschaft anderer ärztlicher Kollegen in Zukunft erhöhen? Ist das eine Frage der Umsetzbarkeit, der Monetarisierung oder was fällt Ihnen da ein?

**M5834G-AI:** Also letztlich das, was wir schon gesagt haben. Wenn etwas bereits handelbar und umsetzbar sein kann, denke ich, steigt die Bereitschaft, sowas da anzuwenden. Je komplexer das dann ist, wo es mehr Zeit kostet, als es einem einbringt, wird die Bereitschaft geringer sein.

I: Das hört sich doch nach einem schönen Schlusswort an. Ich bedanke mich für Ihre Zeit und Expertise!

## 2.13 Transkript Interview XIII – M5733EA-AI

I= Interviewer

A= Arzt

I: Können Sie mir kurz erzählen, was Ihnen als Erstes beim Thema Leitlinien überhaupt in den Sinn kommt?

**M5733EA-AI:** Ja, das Erste ist, dass im hausärztlichen Bereich, wenn man Leitlinien umsetzen möchte, man eigentlich kaum die Möglichkeit hat, aus dem einfachen Grund, dass das allumfassend umzusetzen gar nicht möglich ist. Das heißt, Leitlinien sind sicherlich eine gute Geschichte, kann auch noch Orientierungshilfe sein, aber aus meiner Sicht haben wir aktuell eigentlich nicht zu viele Leitlinien, sondern zu umfassende Leitlinien.

I: Das heißt, wie stehen Sie grundsätzlich zu Leitlinien?

**M5733EA-AI:** Leitlinien sind gut, gar keine Frage. Leitlinien sind eben ja die Zusammenfassung der Evidenz. Allerdings gerade je länger man im hausärztlichen Bereich tätig ist, was ja das gesamte Spektrum mehr oder minder umfasst, sieht man, dass neben der Evidenz eben auch eine gewisse Eminenz gefragt ist. Und wahrscheinlich ist in Bezug auf die Behandlung der Patienten die Essenz aus Beidem ideal, weil sich die Patienten nie zu 100 Prozent in Leitlinien wiederfinden. Also ich finde das richtig gut, aber man muss es dann immer auf den Patienten auch zuschneiden.

I: Da komme ich gleich noch expliziter drauf zu sprechen. Ist ein guter Punkt. Inwiefern bringen Leitlinien aus Ihrer Sicht Vorteile für die hausärztliche Patienten Versorgung, oder Nachteile?

**M5733EA-AI:** Leitlinien haben insofern Vorteile, dass es so etwas wie Standing Orders sind, an dem man ja wie an einem Entscheidungsbaum sich entlanghangeln kann, um richtige Rückschlüsse zu ziehen. Die Medizin wird eigentlich immer mannigfaltiger und deshalb finde ich Leitlinien schon sehr hilfreich.

I: Jetzt haben Sie ja gesagt, es ist teilweise schwierig im Alltag umzusetzen. Kann man es irgendwie abschätzen, wie häufig das im Praxisalltag vorkommt, dass Sie sich an Leitlinien orientieren oder ihre Arbeit daran ausrichten?

**M5733EA-AI:** Ich würde schon sagen, dass der Großteil der täglichen Arbeit das umfasst, was Leitlinien beinhalten. Das heißt aber nicht, dass man Leitlinien alle gelesen haben muss, sondern viele Dinge, die in Leitlinien stehen sind ja traditioniert. Das, was dann eigentlich interessant ist, ist das, was man dann tatsächlich braucht. Die Schwerpunkte, an denen man arbeitet oder in denen man arbeitet, wo man sich dann die Entwicklung anschaut. Was ein großer Vorteil sein kann ist, wenn ich Dingen begegne, die mir nicht so vertraut sind. Um also nochmal ganz kurz den Überblick gezeigt zu bekommen.

I: Kann man das einschätzen, ob es häufiger in der Diagnostik vorkommt, oder ist das eher in der Therapie oder sogar im Patientenmanagement, dass Sie sich an Leitlinien orientieren?

**M5733EA-AI:** 35 Ich glaube am häufigsten in der Therapie. Die Diagnostik an sich entwickelt sich nicht so rasant wie die Therapie.

I: Würden Sie sagen, dass das in den letzten Jahren eher zugenommen hat, dass Sie oder Ihre Kollegen sich an Leitlinien orientieren? Oder stagniert das, oder nimmt das sogar ab?

**M5733EA-AI:** Nein, es nimmt deutlich zu, muss man ganz klar sagen. Das Problem ist ja, jedes Fach hat seine eigenen Leitlinien und verliert dann so ein bisschen den Bezug zum Gesamtbild, also dem individuellen Patienten. Wobei man sich eigentlich an den Dingen orientiert, die häufig sind.

**I:** Also würden Sie sagen, dass da ein Problem entsteht, dass es keine gesammelten Werke gibt oder dass das zu unübersichtlich ist?

**M5733EA-AI:** Exakt. Genau das ist eigentlich das Problem. Die Dinge müssten deutlich mehr zusammengefasst werden. Das heißt Behandlungspfade, z.B. aus der Diabetologie, wo es um sozialmedizinische oder verkehrstaugliche Begutachtung geht und sich das Werk dann über 80 Seiten erstreckt, das wird sich keine Kollegin, kein Kollege in Gänze anschauen. Das heißt, das was ich eigentlich brauche sind Behandlungspfade, die kurz und prägnant sind. Die Sachen werden immer vielschichtiger. Die Zeit wird immer knapper. Weil wir sehr viel Zeit gezwungenermaßen auch mit Dokumentation und anderen Dingen verbringen müssen. Und wir brauchen mehr Prägnanz da drin.

**I:** Also würden Sie sagen, Sie bevorzugen Leitlinien, die in Kurzfassung angeboten werden?

**M5733EA-AI:** Exakt, das ist so. Es gibt ja meistens diese Kurzfassung, die nicht unbedingt für die Spezialisten, sondern auch für den hausärztlichen Bereich sind. Das ist so das Einzige, was wirklich auch noch gelesen werden kann, weil in extenso geht's eh nicht. Das wäre viel zu viel. Da verliert man kompletten Überblick.

**I:** Fallen Ihnen da spontan Krankheitsbilder ein, wo sie sich besonders gerne an Leitlinien orientieren oder es in der Vergangenheit schon getan haben?

**M5733EA-AI:** Ja, aus eigener Betroffenheit natürlich der Bereich der Diabetologie. Das heißt bei den großen chronischen Erkrankungen macht es schon Sinn, wenn man sich so grob auch mal mit Leitlinien auseinandergesetzt hat. Die ganzen Kolibrikrankungen (seltene Erkrankungen) für die es auch Leitlinien gibt, da haben wir gar keine Zeit dazu. Ja, aber auch so alltägliche Dinge wie Behandlung von Harnwegsinfekten ist sicherlich eine ganz sinnvolle Geschichte, weil es ja einfach häufig im Arbeitsalltag auftaucht.

**I:** Okay, jetzt ziehe ich die Frage gerade mal vor, weil ich das Beispiel mit der Diabetologie schon öfter gehört habe. Haben Sie denn den Eindruck, dass sich gerade Leitlinien in der Diabetologie oder gerade im hausärztlichen Setting mit der Wirtschaftlichkeit beißen könnte?

**M5733EA-AI:** Ich glaube schon, dass diese Leitlinien wirklich evidenzbasiert sind. Wenn man sich die Literatur dazu anschaut, da wird häufig das zitiert, was eben auch in der Cochrain Library zu finden ist, diesbezüglich als die Standardstimmen. Wie die dann umgesetzt werden, bleibt einem selbst überlassen. Letztendlich ist das was die Krankenkassen von uns fordern, das Notwendige und zweckmäßig Ausreichende. Ist ja nicht zwingend das wie man Patienten behandeln sollte. Das ist eigentlich auch aus meiner Sicht ein Trugschluss, dem die Krankenkassen erliegen. Medikamente, die vielleicht auch ein bisschen teurer sind, verhindern teure stationäre Aufenthalte und das findet sich durchaus auch in Leitlinien wieder. Gerade wenn man an die Rezeptierung von GLP1-Analoga oder SGLT2-Inhibitoren im Hinblick auf die Behandlung von Herzinsuffizienz denkt, sieht man, dass etwas teurere Medikamente längerfristig extrem teure stationäre Aufenthalte vermeiden. Da haben wir die Daten, die man auch nicht mehr diskutieren kann, weil sie eindeutig sind. Da könnten Krankenkassen eigentlich Geld sparen, wenn wir diese Medikamente dementsprechend einsetzen, aber gefordert wird dennoch die kurzfristig günstigere Therapie. Also ja, das was in Leitlinien vorgeschlagen wird, ist mit Nichten immer das, was wir im Praxisalltag immer umsetzen können.

I: Wenn Sie jetzt mal Bilanz ziehen müssten: Wie hat sich Ihrer Erfahrung nach die Anwendung von den bisher genutzten Leitlinien insgesamt auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität Ihrer Patienten ausgewirkt? Gab es da was, was besonders gut war oder was weniger gut war? Oder kann man das nicht quantifizieren?

**M5733EA-AI:** Doch, das kann man schon sagen. Also Leitlinien führen eigentlich immer zu mehr Behandlungssicherheit. Leitlinien richten sich an alle Behandler, sind eigentlich national und international anerkannte Richtlinien. Mit dem Begriff Richtlinien muss man vorsichtig sein, weil wie gesagt, mit der Verbindlichkeit ist es immer so eine Geschichte. Und das, was ich am Anfang sagte: da kommen immer zwei Dinge zusammen, nämlich Eminenz und Evidenz. Zum Einen was in der Leitlinie drinsteht, was sicherlich eine gute Basis hat, gar keine Frage. Aber die Patientin oder den Patienten, den ich vor mir habe und letztendlich auch die Verantwortung gegenüber einer Krankenkasse, dass ich mit deren Ressourcen ein Stückweit hauswirtschaften muss, das steht auf einem anderen Blatt. Das macht die Dinge nicht unbedingt einfacher, aber ist ein gangbarer Weg.

I: Das heißt, letztendlich kommt es auf den Behandler an, wie er eine Leitlinie umsetzt.

**M5733EA-AI:** Vollkommen klar. Genauso ist es. Es sind immer Empfehlungen. Es sind absolut immer Empfehlungen. Was man auch wissen muss, dass die Leitlinien eben von Fachgesellschaften geschrieben werden, die dann auch wieder diese Informationen aus nationalen oder internationalen Studien generieren. Und schon da sieht man zum Teil schon Abweichungen. Das sind also keine absoluten Wahrheiten, aber es zeigt Behandlungsempfehlungen auf, über die es sich durchaus mal darüber nachzudenken lohnt, die ich aber nicht in jedem Fall anwenden muss.

I: Das heißt, man könnte so zusammenfassend sagen, dass man die groben Inhalte der Leitlinien nutzt, um sich mit der Zeit eigene Behandlungsalgorithmen aufzubauen?

**M5733EA-AI:** Exakt so ist das. Dazu ein Beispiel: Die Geschichte der Harnwegsinfekte. Früher wurde sehr häufig da Ciprofloxacin in der 100 Milligramm Dosierung eingesetzt. Das ist im Moment komplett raus, obwohl die Behandlungserfolge relativ gut waren. Ja, das Präparat kann ein paar Nebenwirkungen haben, nur wenn man selber nicht die Erfahrung gemacht hat, obwohl man es hundertfach eingesetzt hat, also ich habe bisher keine einzige Sehnenruptur da gesehen, da muss man schon dran zweifeln. Wenn das, was dort drinsteht, nicht mehr den gewünschten Erfolg bringt, muss ich hellhörig werden, aber doch nicht, wenn meine Behandlung einwandfrei funktioniert, nur weil eine Leitlinienkommission das sagt. Und ich glaube auch, dass es wichtig ist, dass Behandler irgendwo die Möglichkeit haben, für sich zu differenzieren. Das bringt nicht nur mir was, sondern das bringt auch meinem Patienten. Es muss dem Arzt ja freigestellt sein, dass er sagt: Erfahrungswerte sind Andere, aber ich passe sie dementsprechend an.

I: Okay, wie sind sie denn eigentlich auf die Leitlinien, die Sie benutzen, ursprünglich aufmerksam geworden? Wo beziehen Sie da Ihre Informationen her? Eher aus Zeitschriften, Fortbildungen oder anderen Medien?

**M5733EA-AI:** Exakt. Das sind meistens Fortbildungen. Natürlich werden Leitlinien primär in Fachzeitschriften veröffentlicht. Aber da ist einfach der Markt dermaßen unübersichtlich, dass es relativ schwierig ist. Aber gerade die DMP-Programme, und das sind ja die großen Programme, die die Chroniker erfassen, sehen ja dementsprechend auch Fortbildung vor. In diesen Fortbildungen, das finde ich auch ganz wichtig, werden immer die aktuellen Leitlinien vorgestellt. Das heißt, in relativ kurzer Zeit bekomme ich die Essentials dort präsentiert und kann das mit dem, was ich jetzt aktuell mache, relativ zügig abgleichen und bleibt damit eigentlich auf dem aktuellen Stand.

**I:** Haben Sie da auch irgendwas in die Praxissoftware integriert, oder nutzen Sie da irgendwas anderes? Beispielsweise Internetquellen während des Praxisbetriebs, oder Ähnliches?

**M5733EA-AI:** Wenn mich etwas besonders interessiert natürlich das Internet. Nochmal etwas in die Praxissoftware zu integrieren, da bleibt überhaupt kein Zeitspielraum. Im Regelfall sieht eben die Behandlungsrealität vor, dass wir immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit behandeln müssen, sodass im normalen Praxisbetrieb für solche Dinge relativ wenig Zeit bleibt. Also wenn es spezielle Fragestellungen sind, dann geht es eigentlich nur in den Pausen bzw. außerhalb der normalen Arbeitszeit.

**I:** Okay, sind Sie da auch irgendwie mit der Praxis einem Qualitätszirkel angeschlossen?

**M5733EA-AI:** Natürlich. Also ohne das geht es absolut nicht. Das halte ich auch für richtig und wichtig, weil sich die Dinge in der Medizin doch relativ zügig ändern, auch in den Fachgebieten zügig ändern und halbwegs auf dem Stand zu bleiben ist eben schwierig. Da macht es absolut Sinn, sich dementsprechend auch weiterzubilden.

**I:** Sehr schön. Jetzt sagten Sie eben Sie schauen ab und zu mal im Internet nach. Welche Seiten benutzen Sie dann hauptsächlich? Die jeweiligen Fachgesellschaften oder wo informieren Sie sich?

**M5733EA-AI:** Ja, die jeweilige Fachgesellschaft ist immer ganz interessant. PubMed wenn einen etwas in größerem, tiefergreifenden Rahmen mal interessiert. Für Vorträge, die man selber halt die Cochrain Library. Das ist einfach die Basis des Ganzen und da findet man eigentlich die aktuellen Sachen immer sofort.

**I:** Können Sie da ungefähr abschätzen, in welchen Zeitabständen Sie sich selber auf die Aktivität überprüfen? Ist das eher ein fließender Prozess?

**M5733EA-AI:** Das ist ein fließender Prozess. Das, was gerade gebraucht wird. Also für die eigenen Vorträge natürlich das, was gerade eben referiert werden soll. Da wird eben nochmal nachgeguckt, damit es wirklich auch „State of the Art“ ist. Bei den anderen Dingen eben im schnelleren Zugriff PubMed oder eben die Seiten der Fachgesellschaften, weil es tiefergreifend vom Zeitrahmen überhaupt nicht möglich ist.

**I:** Benutzen sie auch, gerade in der allgemeinärztlichen Tätigkeit, die Leitlinien der DEGAM?

**M5733EA-AI:** Auch mal mit speziellen Fragestellungen, auch das ist ja nun eine Fachgesellschaft, gar keine Frage, mit einer unserer Arbeitsschwerpunkte. Die benutze ich auch bei speziellen Fragestellungen oder wenn Unsicherheiten da sind. Das ist keine Frage.

**I:** Gibt es denn bestimmte Typen oder Arten von Leitlinien die Sie bevorzugen? Also muss die einen gewissen Standard haben, dass Sie die umsetzen möchten?

**M5733EA-AI:** Also alles, was von Fachgesellschaften kommt, darf man erstmal voraussetzen, dass das wirklich sehr gut recherchiert worden ist. Das sieht man in den kompletten Veröffentlichungen, wenn man einmal ins Literaturverzeichnis geht. Da ist im Regelfall auch immer die internationale Literatur mit aufgeführt. Was wichtig ist, wenn man mit Leitlinien arbeitet, dass man mal guckt, wie es mit der Überarbeitung aussieht. Da gibt es Fachgesellschaften, die sind da relativ zügig. Es gibt allerdings auch andere Fachgesellschaften, da sollten die Leitlinien vor fünf, sechs Jahren überarbeitet worden sein, sind es aber nicht. Ich lege also mehr Wert auf die Aktualität, als unbedingt auf den Evidenzgrad. Wenn man sich dann mal so ein bisschen weiter umschaute, da sind dann die internationalen, europäischen oder weltweiten Fachgesellschaften deutlich weiter als die deutschen. Da macht es dann auch mal Sinn, da rein zu gucken. Ein typisches Beispiel eben auch bei den Diabetologen ist, dass man mal eben guckt, was die American Diabetes

Asociacion oder auch die amerikanischen Endokrinologen bezüglich Diabetes sagen. Das ist ein klassisches Beispiel. Bei den Endokrinologen in Amerika ist die Typ2 Leitlinie in insgesamt 80 Seiten abgefasst. Wir haben für die Hauptleitlinie, also nur für die Behandlung Typ 2 Diabetes, aktuell so um die 250 Seiten. Und da sieht man schon, dass man Dinge durchaus verdichten und vereinfachen kann. Man kann das vereinfachen, indem man einfach solche Entscheidungsbäume vorstellt, die dann einfach schneller zu überblicken sind und dann auch schneller in der Praxis zu einem guten Ergebnis führen.

**I:** Also bemängeln Sie unter anderem zu umfassende Leitlinien im Deutschen und würden sich in Zukunft kompaktere bzw. prägnantere Ausführungen wünschen?

**M5733EA-AI:** Exakt. Es bleibt gar nicht die Zeit, sich um die Langfassungen zu kümmern. Gerade wenn ich etwas Fachfremdes nachschlagen will. Da muss ich mich ja gar nicht perfekt auskennen, weil das nur für die jeweiligen Fachärzte interessant ist. Da muss ich zu einer bestimmten Fragestellung einfach und unkompliziert eine schnelle Antwort finden. Ich denke, da ist die Allgemeinmedizin so ein Ausnahmefach, weil sie eben so fachübergreifend arbeitet und oft auf fachfremde Leitlinien angewiesen ist.

**I:** Gibt es denn sonst Voraussetzungen, die Sie an Leitlinien richten, dass Sie sie in Ihre praktische Tätigkeit übernehmen würden? Also ich spiele da jetzt z.B. auf Umsetzbarkeit, Praxisabläufe, Effizienz, Effektivität oder Wirtschaftlichkeit an.

**M5733EA-AI:** Für mich wichtig ist die Aktualität. Das ist immer das, was ganz vorne ansteht. Leitlinien, die irgendwo 10 Jahre alt sind, halte ich nicht mehr für verbindlich, weil einfach der Fortschritt in der Medizin, auch in den einzelnen Fächern viel, viel schneller ist. Also es muss eine gewisse Aktualität da sein, sonst bringt mir das relativ wenig. Und mich interessiert natürlich die Fragestellung, die uns tagtäglich beschäftigen. Also vor allem Krankheitsbilder, die ich oft therapieren muss. Das ist also letztendlich Einstellung der Hypertonie. Was hat sich da getan? Das ist Tagesgeschäft. Letztendlich irgendwelche rheumatologischen Sachen, die ich dann sowieso an den fachärztlichen Kollegen abgebe, da interessiert mich die Leitlinie deutlich weniger. Wenn eine Leitlinie natürlich die Effizienz oder Effektivität meiner Praxis positiv beeinflusst, würde ich das dankend annehmen, habe ich aber bisher noch nicht beobachtet.

**I:** Ich würde trotzdem nochmal auf den Punkt Wirtschaftlichkeit eingehen wollen. Also dass da beispielsweise, wie wir eben schon mal angesprochen hatten, Medikamente empfohlen werden, bei denen sich anschließend die Abrechnung als schwierig gestaltet. Kommt das auch vor?

**M5733EA-AI:** Ja, das ist natürlich ein Punkt, gar keine Frage. Aber das sind ja immer Leitlinien von Fachgesellschaften. Und gerade bei den Medikamenten, wo es richtig teuer ist, muss ich sagen, kommt es auf den Schwerpunkt der Praxis an. Also wir sind ja auch schwerpunktmäßig diabetologisch unterwegs. GLP1-Analoga oder SGLT2 laufen bei uns sozusagen wie geschnitten Brot, wenn die Indikation dazu stimmt. Wenn ich jetzt einen Patienten habe mit einem speziellen bronchiopulmonalen Problem, wo das Medikament relativ teuer ist, dann halten wir es bei uns in der Gemeinschaftspraxis so, dass der Patient beim Facharzt vorgestellt wird. Wenn der Facharzt dementsprechend das empfiehlt, also die Indikation sauber stellt, ja, dann werden wir das auch weiter verordnen. Weil eins muss auch Krankenkassen klar sein: Dass man das gesamte Feld der Medizin nicht mehr annähernd in der Komplexität und auch in der Entwicklung übersehen kann. Und da erwarte ich auch von meinen fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen, dass sie dementsprechend Unterstützung leisten und ich dann auch unterstützen kann, indem ich das, was sie empfehlen, wenn es sauber begründet ist, auch ohne Probleme weiterrezeptieren kann. Und da habe ich auch bisher noch keinen Regress für erhalten.

I: Ich weiß nicht, ob Sie da Gebrauch von machen, aber wenn doch: Wie wichtig ist es Ihnen, dass Leitlinien Empfehlungen machen, dass Sie ärztliche Aufgaben an nichtärztliches Praxispersonal delegieren können?

**M5733EA-AI:** Geht gar nicht anders. Eine absolut zwingende Geschichte. Man muss die demografische Entwicklung ansehen. Das heißt, wir haben mittlerweile an die 70% von weiblichen Medizinerinnen im Beruf, die effektiv noch 70-75% der Arbeitszeit leisten können. Sie wissen, dass wir nicht mehr an Mediziner ausbilden in diesem Land. Also das ist irgendwo gedeckelt. Ich sehe, dass sich die Fachrichtungen immer weiter aufspalten. Das heißt letztendlich, wir haben effektiv ein Ärztemangel auf der einen Seite. Auf der anderen Seite, wenn man sich die demografische Altersentwicklung ansieht, nimmt die Bevölkerung zu. Auch mit der Problematik, dass eben so ein Fach wie die Geriatrie immer stärker gewichtet wird. Und das macht riesige Probleme, die wir im ärztlichen Bereich gar nicht mehr abdecken können. Das heißt, ohne unsere NÄPas und VERAHs, die uns damit unterstützen, wäre ein effektiver Praxisbetrieb nicht mehr möglich. Das heißt, da sind ja zentrale Dinge, die mit abgearbeitet werden müssen, wie Check- Up Untersuchungen. Diese Gesundheitsuntersuchungen halte ich absolut für wichtig, aber die sind vom ärztlichen Personal neben dem Hauptgeschäft ja gar nicht mehr zu leisten. Nochmal zu Beispiel Diabetes. Wenn Blutzuckerwerte grenzwertig sind oder darüber sind, dass man dann weitere Schritte delegieren können muss, ist ja klar. Da wissen unsere Angestellten direkt, was sie zu machen haben. Einen oGTT, den werde ich nicht durchführen. Das wird eine Mitarbeiterin machen. Die Betreuung der Hausbesuche, die immer mehr werden, das können wir gar nicht leisten. Der Einsatz von Multimedia, von internetbasierten Dingen, wie Videokonferenz mit Altenheimen, um nicht für jede Hautveränderungen, für jede Rötungen rausfahren zu müssen. Ohne das geht es jetzt schon nicht und wird perspektivisch immer weniger gehen. Das heißt, wir sind auf bestausgebildete Mitarbeiterinnen und eine funktionierende Kommunikation in Verbindung mit Internet absolut angewiesen. Das sollte in Leitlinien, also Handlungsempfehlung in Zukunft deutlich mehr berücksichtigt werden! Unmöglich alle Punkte in Leitlinien selbst abzuarbeiten. Da müssen einige Teile rechtssicher delegierbar sein!

I: Sehr schöner Punkt. Ich glaube das der Begriff NÄPa und VERAH für viele niedergelassene Kollegen ein Fremdwort sein könnte.

**M5733EA-AI:** Aber das ist doch die entscheidende Geschichte, die wir jetzt aus Corona lernen können! Es z.B. auch hier um Patientenschulungen, also eine ureigenste Präsenzggeschichte, wo man jetzt überlegt: Geht denn das nicht auch Online? Und eine der Erfahrungen ist: Ja, das geht. Aber nur für spezielle Patientengruppen und nicht für jeden. Aber das ist doch eine ganz, ganz wichtige Erkenntnis, weil es uns ein Stück weit im Alltag entlastet. Konferenzen mit anderen Fachkollegen oder mit Patienten, wo der Patient bei mir oder beim Kollegen sitzt und wir das dann mit dem Patienten zusammen besprechen können. Das wird die Zukunft sein, da bin ich absolut sicher. Weil wie gesagt, die zeitlichen Ressourcen werden knapper. Wir müssen über solche Dinge nachdenken. Das heißt aber ganz klar auch, dass wir immer mehr Fachkompetenz auch im Bereich des nichtärztlichen Personals brauchen.

I: Sehr schön! Jetzt gibt es ja Leitlinien, die auch in einer Patientenfassung angeboten werden. Also Informationen für Patienten zum selber lesen. Machen Sie davon auch Gebrauch?

**M5733EA-AI:** Bisher nicht, weil die Patienten eigentlich, die es interessiert, automatisch schon diese Internetrecherchen gemacht haben. Leider, und das wäre wirklich eine Überlegung, die man auch nochmal haben müsste, natürlich sich Quellen ansehen, die eine gewisse epische Breite haben. Das einzudampfen auf das wesentliche Problem nimmt auch viel Zeit in Anspruch. Deshalb, also das ist sicherlich ein guter und wichtiger Hinweis, den man verfolgen sollte, dass wir aktiv Patienten auch Dinge anbieten, laienverständlich, die

dann seine Entscheidung, uns aufzusuchen oder eben auch nicht nochmal vereinfachen können.

**I:** Dann würde ich immer gerne auf Probleme zu sprechen kommen, die Sie bei der Implementierung von Leitlinien wahrnehmen. Also kommt es vor, wenn Sie sich dafür entscheiden, Leitlinien in den Praxisalltag einzubinden, dass es zu Behinderungen oder Komplikationen im Praxisalltag kommt, die bisher eingespielt waren?

**M5733EA-AI:** Nein, das eher weniger, weil wir arbeiten qualitätsgesichert über ein Qualitätsmanagement. Das heißt, bevor eine Leitlinie irgendwie umgesetzt wird, dann wird es dementsprechend QM- mäßig gefasst. Dann werden diese Abläufe durchdacht, werden geprobt und werden dann implementiert. Das führt natürlich im Rahmen des PDCA - Prozesses schon dazu, dass man nochmal Dinge schärfen muss, aber im Regelfall läuft das relativ unproblematisch, wenn es von vornherein vernünftig geplant ist.

**I:** Jetzt hatten Sie ja ganz eingangs mal gesagt, dass sich der einzelne Patient in einer Leitlinie unter Umständen gar nicht wiederfinden lässt. Inwiefern lässt sich denn eine Leitlinie ohne größere Probleme von einem Einzelnen auf eine breite Patientenschaft übertragen oder umgekehrt?

**M5733EA-AI:** Das muss man vielleicht ein bisschen differenzieren. Eine Leitlinie ist für mich immer eine Basis. Und wir nehmen jetzt mal die Leitlinie Hypertonie und da steht da etwas von Blutdruckeinstellungen drin, was halt jahrzehntelang Bestand gehabt hat. Bis dann diese skandinavische Studie gezeigt hat, dass wir ältere Patienten anders behandeln müssen. Es tut mir leid, aber das haben die praktizierenden Hausärzte schon vorher gewusst. Man kann keinen Patienten, der hochbetagt ist über 80 ist mit einem Blutdruck von 120 zu 80 optimal einstellen. Der braucht höhere Werte aufgrund der verlorenen Elastizität der Gefäße. Das wussten wir vorher und wir haben es dementsprechend adaptiert. Für das Gros der Masse ist es trotzdem richtig. Und das ist das, was ich sage, dass wir versuchen müssen, die Evidenz mit der Eminenz irgendwo übereinander zu bringen und das Beste aus beiden Welten für den Patienten zu formulieren. Und meine feste Überzeugung ist, dass er davon am meisten profitiert. Das ist ganz klar auch davon abhängig, wie viel Eminenz denn auch vorhanden ist. Das heißt, je länger man Patienten behandelt, je mehr Patientenbilder oder - verläufe man gesehen hat, umso kongruenter läuft das eigentlich nebeneinander. Umso größer ist der Benefit für die Patienten. Oder andersrum: Mit einem Kochbuch kann ich zwar Suppe kochen, aber das eigentliche Würzen, damit richtig gut schmeckt und individuell gut schmeckt, das muss der Einzelne noch selber machen. Das steht in keiner Leitlinie drin.

**I:** Also kann ich das so zusammenfassen, dass sie sagen, dass gerade in der Allgemeinmedizin, wo man wohl am ehesten interdisziplinär arbeitet, es schwieriger ist, Leitlinien umzusetzen als in den Fachdisziplinen selber?

**M5733EA-AI:** Auf alle Fälle! Das kann man eben nicht mit der Gießkanne über jeden Patienten schütten. Da sind ganz viele Dinge zu bedenken und auch zu überlegen. Und das steht eben nicht in der Leitlinie. Das ist genau das, was wir machen müssen. Wir müssen es patientenzentriert dementsprechend abstimmen, dann wird's richtig gut.

**I:** Ja okay. Also man kann es nicht 1:1 umsetzen, sondern muss es immer individuell anpassen. Ich würde Ihnen ein paar Aussagen vorlesen. Da können Sie sich gerne zu äußern. Es sind also prinzipiell Ja/ Nein fragen, aber Sie können auch gerne etwas zu sagen.

Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.

**M5733EA-AI:** Auf alle Fälle.

**I:** Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie.

**M5733EA-AI:** Teilweise. Da hatten wir ja schon besprochen. Es ist immer die Kombination aus beidem.

I: Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden.

**M5733EA-AI:** Nicht immer. Das hängt doch sehr von der Leitlinie und v.a. von dem Verfasser ab.

I: Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen ein.

**M5733EA-AI:** Das halte ich für falsch.

I: Leitlinien ermöglichen ein strukturiertes Vorgehen bei Diagnose und Therapie.

**M5733EA-AI:** Richtig.

I: Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.

**M5733EA-AI:** Das halte ich für falsch. Das ist eine individuelle Geschichte.

I: Das liegt dann am Behandler selber?

**M5733EA-AI:** Exakt. Nochmal, das ist die Grundlage. Eine Grundlage engt mich nie ein, aber ich muss anpassen können.

I: Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit und Praxisalltag.

**M5733EA-AI:** Das ist teils richtig, ja.

I: Die nächste Frage hatten wir im Groben schon geklärt. Es ging um die Fachgesellschaften. Was sollte denn, oder müsste Ihrer Meinung nach rund um das Thema Leitlinien für die hausärztliche Praxis noch verbessert werden? Sehen Sie im konkreten Handlungsbedarf?

**M5733EA-AI:** Ich sehe momentan zu wenig Zusammenfassung der Leitlinien in einem Organ. Das heißt, jede Fachgesellschaft macht dann nochmal was Eigenes. Wohl mit dem Wissen, dass Hausärzte ja wirklich doch große Teile der Medizin überblicken müssen. Da fehlt mir so ein Zusammenschreiben von Leitlinien unter einem Dach. Also das man mal hingeht, die wichtigen Leitlinien wirklich in prägnanter Form zusammenfasst, wo wir alle Zugriff darauf hätten. Ich muss jedes Mal zuerst suchen, welche Fachgesellschaft etwas zu meiner Fragestellung schreibt. Dann haben die ihre eigenen Seiten. Also ein Leitlinienregister, was das noch ein bisschen besser zusammenfasst, glaube ich, wäre absolut von Nutzen.

I: Alle Seiten, die sowas Ähnliches zumindest anbieten, sind Bezahlseiten. Ich glaube eine kostenlose Übersicht gibt es da nicht.

**M5733EA-AI:** Genauso ist es. Gibt es die NVL, also die nationalen Versorgungsleitlinien wo ich ab und zu mal schaue. Aber ich erwarte da einfach mehr Struktur und ich erwarte da auch mehr Überblick und ich erwarte da auch mehr Zusammenarbeit der Fachgesellschaften untereinander. Fehlt mir eigentlich da komplett. Es gibt so einzelne Diabetologen, die versuchen jetzt schon, weil es Schnittstellen gibt, ein bisschen was mit den Kardiologen zu machen, sich ein bisschen mit dem mit den Nephrologen abzugleichen, aber das sind die Ausnahmen. Ich erwarte da auch ein bisschen mehr Absprache untereinander, damit das, was drinsteht, auch realistischerweise umgesetzt werden kann. Weil daran hakt es auch.

I: Okay, jetzt einmal angenommen, die von ihm angegebenen Punkte würden so umgesetzt werden. Wären Sie unter den Voraussetzungen bereit, Leitlinien noch stärker in den Alltag in der Praxis einzubinden?

**M5733EA-AI:** Wenn das machbar ist, auf alle Fälle.

**I:** Und die letzte Frage: Wie könnte man noch die Implementierungsbereitschaft anderer ärztlicher Kollegen erhöhen? Ist das eine rein nur durch Monetarisierung machbar? Oder liegt es an etwas anderem?

**M5733EA-AI:** Ich glaube, dass die Schnittstellen, wie ich es gerade schon angesprochen habe, nicht wirklich gut sind. Das heißt, die Hausärzte haben zwar für die großen Krankheitsgruppen ihre Leitlinien, aber wir müssen uns ja auch ganz häufig an die Leitlinien anderer Fachgesellschaften halten. Und da kommt nämlich die andere Geschichte zum Tragen, dass selbst die Mitglieder dieser Fachgesellschaften nicht immer zu diesen Leitlinien zwingend stehen. Da müsste mehr Konsens her und da müsste mehr Diskussion her. Hier und da müsste mehr Austausch in einer Region her. Nicht zwingend flächendeckend, darum geht es gar nicht. Das können gar nicht nutzen, wenn irgendetwas für Deutschland gilt, aber in meiner Region überhaupt nicht umsetzbar ist, weil nicht genug Fachärzte da sind. Das ist Quatsch.

**I:** Gut, das hört sich doch nach einem schönen Schlusswort an. Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Expertise!

## 2.14 Transkript Interview XIV – W4116M-A

I= Interviewer

**W4116M-A=** Arzt

**I:** Guten Tag. Vielen Dank schon mal für die Zeit, die Sie sich da genommen haben. Ich fange ganz allgemein an und werde dann immer spezieller. Die Fragen sollen auch keinen überprüfenden Charakter haben, sondern einfach ihre Einstellung zum Thema aufzeigen.

**M6135E-A:** Ich bin gespannt.

**I:** Können Sie mir sagen, was Ihnen ganz allgemein zum Thema Leitlinien einfällt?

**M6135E-A:** Eine Richtschnur sozusagen, also durch Zusammenarbeit von Fachleuten, die unabhängig sein sollten. Ich bin mir da nicht immer ganz sicher, wie unabhängig diese Leitlinien sind, aber im Großen und Ganzen geben sie meistens den Stand der Dinge ja wieder. Die meisten beziehen sich halt meistens auf ein einzelnes Krankheitsbild. Da gibt es nur ganz wenige Leitlinien, die vielleicht mal so übergreifend für andere Krankheitsbilder gemacht sind. Aber genau das wäre eben sinnvoll in der Allgemeinmedizin. Macht natürlich manchmal Probleme bei der Anzahl der Medikamente, die aus manchen Kliniken kommen. Ja, wenn die leitlinientreuen Kollegen die Leitlinien befolgen wollen und am Ende sich vollkommen widersprechende Anordnungen rausgeben, dann müssen wir Hausärzte dann irgendwie mal sehen, dass da irgendwie mal wieder mit gesundem Menschenverstand herangegangen wird und man so paar Sachen wieder aus der Anordnung streicht! Es geht hier doch darum, dass wir den Gesamtüberblick über die Patientengeschichte behalten und der Behandelte bei der Behandlung auch noch mitspielt und nicht auf halber Strecke aussteigt. Compliance ist da das Stichwort. Wenn man glaubt, dass die Patienten alles machen, was der Doktor sagt, dann ist man aber auf dem Holzweg! Also ja, ich meine, dass das mit den Leitlinien grundsätzlich was Gutes ist, das ist klar. Das ist eine gute Sache. Man kann natürlich bei einem kurzen Blick in eine Zusammenfassung den aktuellen Stand der Wissenschaft nachlesen, ja. Das ist natürlich manchmal ein bisschen lästig, dass von verschiedenen Gesellschaften die Krankheitsbilder unterschiedlich behandelt werden oder sich halt widersprechen. Dann bin ich da vielleicht altmodisch und halte mich da mehr raus und verlasse mich auf meine Erfahrung.

**I:** Also, wie würden Sie sagen, stehen Sie Leitlinien grundsätzlich gegenüber?

**M6135E-A:** Grundsätzlich ist eine gute, spannende Sache. Die Informationen, die Statistik, die ist komprimiert, ja, sagen wir mal irgendwie auch legalisiert oder wie man das nennen will. Ja, hat schon eine gewisse Orientierungsfunktion als Arzt.

**I:** Was meinen Sie damit, wenn Sie sagen, es wird legalisiert?

**M6135E-A:** Also vor allem die Rechtssicherheit, ja. Also, dass ich da Rechtssicherheit bekomme. Wenn man allerdings nur eine Krankheit nach der Leitlinie behandelt und wenn ich da kompletten Schwachsinn mache, weil ich eben die anderen Krankheitsbilder außer Acht lasse, dann bleibt das weiterhin ein Behandlungsfehler, auch wenn in der Leitlinie drinsteht, wie man es machen soll. Verstehen Sie, was ich meine? Ja, man braucht eben als Hausarzt den Gesamtüberblick und Erfahrung. Erfahrung ist durch nichts zu ersetzen.

**I:** Und sie sagten, das ist ein Problem gerade bei multimorbiden Patienten?

**M6135E-A:** Ja, da wird dann oft übermediziert. Und ich bin da von der alten Schule. Natürlich gehört eine gewisse ärztliche Erfahrung dazu, sozusagen auch mal Dinge wegzulassen. Und ich denke, dass man gerade bei geriatrischen Patienten nicht mehr als fünf Medikamente verordnen sollte. Seltsamerweise gerade aus der Geriatrie kommen die meisten Patienten mit einer langen Liste an Medikamenten zurück in meine Praxis.

**I:** Was würden Sie sagen: Inwieweit bringen Leitlinien denn Vorteile, oder Nachteile für die Patientenversorgung im hausärztlichen Bereich?

**M6135E-A:** Das große Problem ist: Wir müssen Entscheidungen treffen und 80% aller Kollegen haben davor Angst! Den Vorteil sehe ich, dass es dann vielleicht auch ein bisschen mehr das Gefühl von Rechtssicherheit und überhaupt Orientierung und Sicherheit gibt. Andererseits haben die natürlich auch den Nachteil, das sind immer so riesen Dinger. Und ich kann mir das gar nicht alles anlesen, gerade als Allgemeinarzt. Da habe ich gar keine Zeit für. Und ich sage mal sozusagen in der Waagerechten, also in der Breite erfassen wir Hausärzte ja alles. In der Tiefe kann das immer nur der jeweilige Facharzt wissen und für diese Ärzte sind die Leitlinien meiner Meinung auch gemacht. Die riesige diagnostische Breite, die so ein Hausarzt abdecken muss, ist bei uns natürlich auch verbunden mit etlichen Leitlinien. Ein paar wenige können das gar nicht abdecken.

**I:** Jetzt gibt es ja auch verschiedene Leitlinien, die in Kurzfassungen bieten. Wie arbeiten Sie mit diesem Angebot?

**M6135E-A:** Das ist auf jeden Fall eine gute Sache, nur die Verfügbarkeit sehe ich als Problem. Die müssen schnell verfügbar und vor allem übersichtlich sein und da gibt es meiner Meinung nach zu wenige von. Ich meine, als Allgemeinmediziner wird man mit Sachen plötzlich konfrontiert, mit denen man vorher nie was zu tun hatte. Da machen Leitlinien das schon einfacher, wenn ich da nachschauen kann, wie man an so eine Problematik rangeht, ja.

**I:** Was würden Sie sagen: Wie häufig kommt es im Praxisalltag vor, dass Sie sich an Leitlinien orientieren bzw. Ihre Arbeit anhand von Leitlinien ausrichten?

**M6135E-A:** Jeden Tag im Prinzip. So standardisierte Abläufe sind doch die Grundlage meines Handelns? Was unterscheidet die Leitlinien von dem medizinischen Wissen? Nichts. Die Leitlinie gibt ja vielleicht die neuesten Moden in der Therapie an und stellt dann fest, dass alles andere davor schlecht war. In manchen Leitlinien werden Sachen empfohlen, die waren vor fünf Jahren noch strengstens verboten. Ja, ein halbes Jahr später ist es dann wieder verboten.

**I:** Und das heißt, Sie entwickeln dann mit der Zeit ein eigenes Behandlungsschema für gewisse Krankheitsbilder?

**M6135E-A:** Wissen Sie, ja, ich überblicke mein Teilgebiet in der Medizin jetzt schon eine ganze Weile. Ich meine, seit 94 habe ich die Praxis, das ist ja schon ein paar Jährchen her. Davor habe ich auch schon in der Klinik gearbeitet und Facharzt gemacht und so. Habe so manches

erlebt. Ich habe noch gelernt, in der Pharmakologie der Professor hat irgendwie gesagt, bei Herzinsuffizienz gib niemals einen Betablocker! Damit bringt man die Leute um. Heute ist das Standardmedikation sogar. Und deswegen ist die Leitlinie natürlich auch immer nur der neueste aktuelle Stand der Moden. Man guckt halt immer mal wieder rein und kombiniert das mit seiner praktischen Erfahrung und dann kann man gewisse Sachen immer mehr oder weniger ähnlich behandeln. Also ja, man entwickelt mit der Zeit so seine eigene Leitlinie.

**I:** Wenn Sie jetzt mal zurückdenken: In welchen Situationen wenden Sie Leitlinien bevorzugt an bzw. orientieren sich daran oder haben dies in der Vergangenheit bereits getan? Also z.B. bei Verdachtsfällen, Erstdiagnose, Therapie, Verlaufskontrolle, Screening, Notfall, Spezialdiagnosen, Präventionszwecke?

**M6135E-A:** Na ja gut, sagen wir mal, bei der Diagnostik ist das schon oft mal ein wertvoller Hinweis. Na ja, so kann ich mal schnell mal gucken. Was guckt man da alles? Und ja, da ist das schon ganz gut. Und bei der Diagnostik kann man ja nichts falsch machen. Bei der Therapie schade ich dem Patienten unter Umständen. Da muss ich halt sehen, dass ich einfach den Wirkmechanismus von den Medikamenten vielleicht mal verinnerliche und gucke, was kann das bei denen, bei denen, bei denen bewirken, die alle irgendwie miteinander agieren. Da muss man schon ein bisschen den Metablick haben. Muss ich dem Neunzigjährigen wirklich das LDL auf 70 und niedriger drücken? Das wäre dann zum Beispiel ein Punkt, wo ich die Leitlinien in der Verlaufskontrolle anwende, ja. Aber am meisten sicher in der Therapie an sich.

**I:** Hat die Orientierung an Leitlinien in den letzten Jahren zugenommen oder eher abgenommen oder können Sie da keinen Unterschied erkennen?

**M6135E-A:** Die hat immens zugenommen. Als ich studiert hatte, gab es irgendwie noch gar nicht wirklich so richtige Leitlinien. Erst im Rahmen von diesem ganzen QM-Bestreben. QM ist grundsätzlich eine gute Sache. Ist ja gar nichts dagegen zu sagen. Aber ich habe manchmal den Eindruck, dass sowas übertrieben wird. Da geht es darum, die Zertifizierung irgendwie schnell zu kriegen, die jetzt verlangt werden. Und es geht nicht um die Qualität der Patientenversorgung, sondern es geht auf die Qualität der dokumentierten Qualität. Das ist das Entscheidende. Dokumentation ist wichtig.

**I:** Bei welchen Krankheitsbildern arbeiten Sie insbesondere mit? Weshalb gerade dort?

**M6135E-A:** Verschiedene. Kann ich gar nicht so genau sagen.

**I:** Wenn Sie eine Bilanz ziehen müssten: Wie hat sich Ihrer Erfahrung nach die Anwendung der von Ihnen bislang genutzten Leitlinien insgesamt auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität ausgewirkt? Was war gut, was weniger gut?

**M6135E-A:** Ja, Auswirkungen sind deutlich zu spüren, 100%ig ja. Die Versorgung der Patienten im Vergleich zu vor so 20 Jahren ist allerdings insgesamt schlechter geworden, praktisch. Das ist jetzt nicht nur in den Leitlinien geschuldet. Ich meine, es haben natürlich auch viele Aspekte mit der Ökonomisierung der Krankenhäuser und Arztpraxen zu tun. Und dass da immer weniger Personal und vor allem Kapital ist und sozusagen die drei Leute, die noch arbeiten, eigentlich nur noch mit der Dokumentation beschäftigt sind. Und ich kann vor lauter Dokumentation mich viel weniger mit den Patienten unterhalten und rausfinden, was wirklich los ist. Die Qualität der eigentlichen Behandlung hat sich, glaube ich, kaum verändert. Ich wüsste jetzt nicht, dass es meinen Blutdruckpatienten heute besser geht als vor 20 Jahren.

**I:** Wie sind Sie auf die von Ihnen eingesetzten Leitlinien ursprünglich aufmerksam geworden? Von wo haben Sie diese aufgegriffen?

**M6135E-A:** Also ich habe die aus Fachzeitschriften und Fortbildungen. Da gibt's doch im Internet auch diese Leitliniensammlung bei der DEGAM, oder eben auch bei den ganzen anderen Gesellschaften. Ich glaube aber, da sind viele schon ziemlich veraltet. Dann gibt es ja noch diese nationalen Leitlinien. Da würde ich mich dann eher daran orientieren. Aber wie

gesagt, bei den Fachgesellschaften auf der Seite wird man meistens fündig. Man hat die ja nicht jetzt alle ausgedruckt vorliegen, sondern guckt im Internet, wenn man sie braucht, ja.

Im Einzelfall wird man dann mit gewissen exotischen Sachen konfrontiert. Da ist man dann gut beraten, wenn man sich auf die betreffende Leitlinie beruft.

**I:** Kann man das irgendwie beurteilen: In welchen Zeitabständen überprüfen Sie sich auf die Aktualität der Leitlinie?

**M6135E-A:** Ich würde sagen, ich meine, es ist ja so, man wird hier überschüttet mit Zeitschriften, die man ja ab und an durchblättert. Da kommt einem immer mal wieder sowas vor die Augen und dann liest man das eben. Ich setze mich ja nicht gezielt alle drei Wochen hin und arbeite die Leitlinie „Herzinsuffizienz“ durch. Und wenn ich gerade über ein Thema stolpere, dann schlage ich das, wie gesagt, im Internet nach.

Es gibt Fortbildungen da wo wir unsere Punkte oder so erreichen müssen. Da wird man ja auch aufmerksam gemacht auf so Themen. Also es ist nicht so, dass man gezielt sagt: „ich muss jetzt mal wieder diese Leitlinien studieren oder so“. Da muss ich das natürlich machen.

**I:** Gibt es bestimmte Arten oder Typen von Leitlinien, die Sie bevorzugen? Falls ja, warum?

**M6135E-A:** Kurzfassungen, ja.

**I:** Und achten Sie auch auf den wissenschaftlichen Standard?

**M6135E-A:** Nicht wirklich, aber generell schenkt man einer Leitlinie, die halt zum Beispiel in mehreren Fachgesellschaften Konsens findet mehr Vertrauen, als einer einzelnen Expertenmeinung. Wissen Sie, was ich meine? Und außerdem muss ich die halt eben auch anwenden können in meiner Praxis.

**I:** Ja, also Umsetzbarkeit. Wie sieht es aus mit dem wirtschaftlichen Faktor? Also gibt's Leitlinien, die Sachen empfehlen, die quasi im normalen Tagesablauf nicht umsetzbar sind, weil es die wirtschaftlichen Aspekte verbietet?

**M6135E-A:** Wenn Sie alles streng nach Leitlinien machen würden, bin ich mir sicher, hätte ich ständig einen Regress von der KV.

**I:** Weil man den Leuten zu teure Medikamente verordnet?

**M6135E-A:** Weil man einfach sein Budget überschreitet, ja. Das ist tatsächlich so und da habe ich bei vielen Kollegen die Erfahrung gemacht, dass die Leitlinie null und nichtig ist, wenn es um die Kohle geht. Wenn es dann aber wiederum um einen Rechtsfall geht und ein Patient dich verklagt, dann guckt der Richter natürlich, wie man es richtig hätte machen müssen und das steht in der Leitlinie. Also du wirst bestraft, wenn du es machst, aber du wirst auch bestraft, wenn du es nicht machst. Also du machst es immer falsch in irgendeiner Weise, wenn du es zusammenfassen müsstest.

**I:** Welche Voraussetzungen oder Eigenschaften muss eine gute Leitlinie erfüllen, damit Sie diese in Ihrer praktischen Tätigkeit anwenden?

**M6135E-A:** Also man muss schon sagen, dass da... ja, die DEGAM-Leitlinien sind mehr praxisorientierter als die Fachgesellschaftsleitlinien. Und das ist so ein Punkt, der mir wichtig ist, ja. Also die muss ich, ohne groß zu überlegen, umsetzen können. In diesen Fachgesellschaften, denen geht es mehr um so akademisch wichtige Sachen, um so Kolibris. Da muss man sich als Hausarzt dann mal überlegen: Bringt mich das überhaupt weiter? Wir Hausärzte werden ja nicht nur mit dieser Wissens- und Informationsflut überschüttet, wir werden ja auch mit einer unglaublichen Verwaltungsflut überschwemmt. Wenn eine Leitlinie mir das den Tag einfacher macht, dann finde ich das natürlich gut. Also sind mir eben einfache Lesbarkeit und geringer Umfang immer schon sympathischer, als eine 200-seitige Langfassung, ja.

Und dennoch, jeder Patient erzählt seine Krankheit anders. Na ja, jetzt wollen wir es mal ganz abgesehen vom Umfang... also auch inhaltlich ist sowas schwer zu erstellen.

**I:** Wie wichtig ist es Ihnen, dass Leitlinien Empfehlungen machen, wie sich ärztliche Aufgaben an Mitglieder des Praxispersonals delegieren lassen? Inwiefern machen Sie davon Gebrauch?

**M6135E-A:** Also logisch delegiere ich Aufgaben. Bei DMPs zum Beispiel machen meine Arzthelferinnen ganz viel. Da steht dann ja quasi in der Leitlinie drin, was die machen müssen, aber sonst fällt mir dazu nichts ein.

**I:** Nutzen Sie die Möglichkeit der „Patientenfassung“ von Leitlinien, damit sich Ihre Patienten selbst mit der Thematik auseinandersetzen können? Wenn ja, in welcher Form?

**M6135E-A:** Bin ich ein Verlag? Wenn ich die ausdrücke und an jeden Patienten ausgeben würde, da würde ich ja arm bei werden! Für sowas bekomme ich nicht ein Groschen dafür.

**I:** Welche Probleme bzw. Herausforderungen nehmen Sie bei der Leitlinienimplementierung in Ihrem Praxisalltag wahr?

**M6135E-A:** Nein, so dramatisch sehe ich das jetzt nicht. Betrifft ja auch hauptsächlich mich selbst. Klar tut man sich immer mal schwer, wenn man seine Gewohnheiten ändert, aber mehr auch nicht.

**I:** Das heißt, es bleibt am Arzt selbst hängen?

**M6135E-A:** Das kann man so sagen, dass es allein am Arzt hängen bleibt, ja. Wenn ich meine, dass wir in Zukunft in den Abläufen was anders machen, dann muss ich das meinen Mitarbeitern kommunizieren. Machen wir das jetzt noch dazu? Ja, irgendwie. Das erscheint mir auch ganz sinnvoll. Aber so draufschaffen, im Sinne von aneignen, das muss ich in meiner Freizeit selbst. Ich finde, das ist auch gut so. Ich meine, unser Hauptprozess ist es, die Spreu vom Weizen zu trennen und unter Umständen gar nicht so speziell in die Tiefe zu gehen. Dafür jage ich die Patienten dann durch die Maschinerie von Fachärzten, wenn ich das genau wissen will.

**I:** Ich lese Ihnen nun verschiedene Aussagen vor, und Sie nehmen bitte Stellung dazu, inwiefern diese Aussagen Ihrer Ansicht bzw. Erfahrung nach zutreffen:

„Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.“

**M6135E-A:** Die Effizienz ergibt sich meiner Meinung nach aus meinen Möglichkeiten und Fähigkeiten, ja. Also liegt es an mir und nicht an der Leitlinie.

**I:** Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als Leitlinien.

**M6135E-A:** Nein, das kann ich jetzt eigentlich nicht so sagen. Das ist also eine gute Zusammenfassung und da kann man sich schon viel rausnehmen, was sinnvoll ist. Es ist wie immer die Kombination aus Beidem.

**I:** Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden.

**M6135E-A:** Wie soll ich sagen. Ich mein, wenn ich die Leitlinien lese, dann hole ich mir da so eine gewisse Essenz raus. Die lassen sich so anwenden. Also ich ziehe mir das raus, was ich anwenden kann. Dann ist es natürlich auch einfach und unkompliziert.

**I:** Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen ein.

**M6135E-A:** Also ich meine für gewisse Umsetzungen, also von der Leitlinie, ja. Da braucht es ja entsprechendes Gerät und Personal. Wenn ich das alles habe in meiner Praxis, dann kann ich das natürlich umsetzen und dann habe ich da mit der Zeit auch meine Routinen oder Abläufe, sage ich mal. Aber nein, wirklich eingreifen tut eine Leitlinie da nicht. Warum denn auch. Ich muss gucken, dass der Laden läuft.

**I:** Leitlinien ermöglichen ein strukturierteres Vorgehen bei Diagnose und Therapie.

**M6135E-A:** Ja, absolut dienen Leitlinien dazu, strukturiert zu arbeiten. Die einzige Einschränkung ist Folgende: Wenn einer unstrukturiert ist, also generell, dann wird der auch mit Leitlinien unstrukturiert sein, will ich mal sagen. Aber ich könnte es mir natürlich dann mit dem Wissen aus so einer Leitlinie irgendwie vielleicht strukturiert machen.

**I:** Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.

**M6135E-A:** Nein, auf keinen Fall. Da geht es immer noch um Empfehlungen und nicht um Gesetze. Na ja, gut, ich sage mal so: Also wenn das die ganze Medizin ist, dann sind vielleicht so 10% evidenzbasiert, ja, 90% ist nicht evidenzbasiert. Also, wenn man sich mit Naturheilverfahren z.B. gut auskennt, ja. Da gibt es ja alle möglichen Verfahren. Viele davon sind absolut gut und sinnvoll und so weiter. Und das wird ja aber nicht erwähnt, oder? Also in keiner Leitlinie. Es gibt durchaus andere Wege, die genau zum gleichen Ziel führen. Es ist immer die Frage, um was es geht.

**I:** Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.

**M6135E-A:** Wenn ich die Leitlinien vollständig erfüllen wollte, so wie sie geht, ja, dann schon. Man guckt sich entweder Bruchstücke, die einen gerade interessieren kurz an, während ein Patient vor Ihnen sitzt und wartet oder man liest die Leitlinie eben genau. Letzteres passiert aber komplett in Ihrer Freizeit, weil während der Sprechstundenzeiten haben Sie da sicher keine Zeit für.

**I:** Gibt's was, was Ihnen noch so einfällt, was Ihrer Meinung nach rund um das Thema Leitlinien im hausärztlichen Setting noch dringend verbessert werden müsste, oder wo Sie konkreten Handlungsbedarf sehen?

**M6135E-A:** Also bei vielen Leitlinien hat man oft den Eindruck, dass da irgendwelche Professoren sich treffen und klar, irgendwie weltfremd oder praxisfremd Forschungsergebnisse zusammenfassen. Ich finde, die Leitlinien müssten viel eher der Praxis zugewendet sein als irgendwelchen Professoren oder der Pharmaindustrie. Die Praktiker, die unten an der Front stehen und die wirkliche Welt sehen, also die wirkliche Welt, die haben dann damit umzugehen und da geht irgendwie die Praxisnähe verloren. Ich meine, Sie müssen ja auch überlegen, wer das überhaupt bezahlt. Ich meine, man muss natürlich sagen, das wäre gut, wenn man das was in der Leitlinie steht, so umsetzen könnte, aber dann muss ich auch die Zeit und die Kostenübernahme dafür bekommen! Aber ich muss mich in Wirklichkeit die ganze Zeit fragen: zahlt das die Krankenkasse überhaupt? Das ist nämlich kein Thema in den Leitlinien. Außerdem finde ich die Interdisziplinarität, also das, was die Allgemeinmedizin ausmacht, das geht komplett verloren in den Leitlinien. Also damit auch der Bezug zur Realität, ja.

**I:** Einmal angenommen, die von Ihnen angegebenen Punkte würden umgesetzt: Wären Sie unter diesen Voraussetzungen bereit, Leitlinien in der Patientenversorgung stärker als bislang anzuwenden bzw. sich daran zu orientieren?

**M6135E-A:** Ja, sicher, klar. Ich würde mich nicht davon abhängig machen, aber alles, was mir das Leben vereinfacht, ja, da wäre ich doch blöd, das nicht anzunehmen, verstehen Sie?

**I:** Wie könnte man aus Ihrer Sicht die Implementierungsbereitschaft anderer ärztlicher Kollegen in Zukunft erhöhen?

**M6135E-A:** Also wir kriegen ja hier fast nichts bezahlt, ja. Also eine Pauschale, ob der Patient einmal kommt oder ob der 50x kommt. Eine ordentliche Vergütung ist natürlich ein Anreiz gewisse Sachen umzusetzen. Ich meine, wenn ich eine hohe Qualität will, dann muss ich auch Anreize schaffen, sonst bleibt natürlich alles so, wie es ist. Alle wollen sie nichts bezahlen. Aber ja. Aber wir sollten das Äußerste leisten.

**I:** Ich bedanke mich recht herzlich für Ihre Zeit und Ihre Expertise, vielen Dank!

## 2.15 Transkript Interview XV – W4517EA-A

I= Interviewer

**W4517EA-A** = Arzt

**I:** Dank schon mal für Ihre Zeit. Was können Sie mir denn als Erstes erzählen, was Ihnen zu Leitlinien überhaupt einfällt?

**W4517EA-A:** Die DEGAM- gestützten Leitlinien, also deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, die AWMF, die ja auch regelmäßig Leitlinien erarbeitet oder überarbeitet... Da ist natürlich für die Hausärzte extrem viel zusammengefasst worden, aus denen ich in meiner Weiterbildungszeit gelernt habe, die ich auch jetzt noch im täglichen Alltag regelmäßig anwende.

**I:** Das heißt, wie stehen Sie grundsätzlich zu Leitlinien und warum?

**W4517EA-A:** Wie sagt man? Positiv zugewandt, ja. Eher begeistert. Weil natürlich ganz viele Sachen, nochmal ganz viele Sachen angepasst werden und zusammengefasst werden, wo eine doch im täglichen Alltag in der Praxis manchmal die Zeit fehlt, noch mal die Studie zu lesen, nochmal das nachzulesen.

**I:** Inwiefern bringen Leitlinien aus Ihrer Sicht Vorteile, inwiefern Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?

**W4517EA-A:** Es gibt natürlich gerade in der Antibiotikareduktion, da gibt's immer wieder so sehr große Graubereiche, weil der Patient einen sehr hohen Leidensdruck hat und das Patientenverständnis da ist, dass nur Antibiotika helfen. Wenn man dann aber nochmal leitliniengestützt, mit verschiedenen Scores arbeiten kann und das dem Patienten auch nochmal klar visualisieren kann, zum Beispiel auch in der Leitlinie oder auch in dem Score, dann verstehen die das viel eher und nehmen das auch an. So mache ich das z.B. Das unterstützt meine Entscheidungsfindung.

**I:** Schöner Punkt. Das hat bisher noch niemand gesagt. Also würden Sie sagen, dass Leitlinien Ihnen dabei helfen, ärztliche Therapieentscheidungen zu begründen?

**W4517EA-A:** Ja, in gewisser Weise sogar legalisieren. Thrombose zum Beispiel: Ich denke da an den Well-Score, ja. Da begründe ich damit, ob ich weitere Diagnostik veranlasse oder eben nicht. Das kann ich vor dem Patienten begründen, aber auch vor dem Richter, wissen Sie? Das wird dann sauber dokumentiert und spart einfach Ressourcen? Weil da hat ja jeder seine unterschiedliche Einstellung. Ich sehe mich noch ein Stück weit als Doorkeeper. Ich sehe halt nicht, dass man jeden Patienten klinisch vorstellen muss, sondern dass man doch extrem viel ambulant, also im ambulanten Setting regeln kann. Und nicht jeder, der ein dickes Bein hat, muss zum Ausschluss von einer Thrombose irgendwo hingefahren werden. Sondern auch da kann man ja mit diesen Scores und im Endeffekt auch den Leitlinien extrem gut arbeiten. Dann ist es für den Patienten sinnvoll und für mich natürlich auch zur Dokumentation, dass ich eine Grundlage habe und sage: „Hier es ist leitliniengerecht therapiert, leitliniengerecht abgearbeitet worden“. In der Allgemeinmedizin ist das abwartende Offenhalten ja auch immer noch eine Diagnosemöglichkeit, von der ich sehr häufig Gebrauch mache. Also fast eigentlich bei jedem zweiten Patienten würde ich mal sagen.

**I:** Das wäre die nächste Frage gewesen: Kann man das quantifizieren, wie oft Sie Leitlinien im täglichen Praxisalltag benutzen oder ihre Arbeit daran ausrichten?

**W4517EA-A:** Bestimmt jeder zweite oder dritte Patient.

**I:** In welchen Situationen wenden Sie Leitlinien bevorzugt an bzw. orientieren sich daran oder haben dies in der Vergangenheit bereits getan?

**W4517EA-A:** Diagnostik und Therapie würde ich eher schwerpunktmäßig sehen, ja.

I: Und würden Sie sagen, das hat in den letzten Jahren eher zugenommen oder abgenommen, dass man sich an Leuten orientiert?

**W4517EA-A:** Gut, das ist vielleicht meiner Generation geschuldet. Also ich nehme es extrem gerne. Und wann wird ja mittlerweile in seiner akademischen Laufbahn, also eigentlich schon ab der Uni darauf hingestoßen, ja, also dass man sich an Leitlinien orientiert. Die älteren Kollegen, unterstelle ich jetzt mal, kennen diese Art zu arbeiten eben nicht oder erst seit kurzem. Ich weiß, dass teilweise meine Ausbilder in der Praxis das nicht so gerne genommen haben. Also ich würde aber sagen, dadurch, dass auch die DEGAM wesentlich mehr macht in den letzten Jahren und auch regelmäßig aktualisiert und die auch nochmal besser visualisiert. Weil ich denke, sie haben sie ja wahrscheinlich alle Leitlinien gelesen oder gesehen oder mal überflogen. Da ist ja für alles was dabei. Also da ist was für den Demenzkranken dabei, da ist was für den Apoplex dabei, da ist das für den Harnwegsinfekt dabei. Da ist was dabei für diese ganzen Bilder in Allgemeinmedizin: Müdigkeit, Schilddrüsenüber- oder unterfunktion mit Flow-Charts, wo man dann entscheiden kann mit dem Patienten, welche Diagnostik brauchen wir, welche nicht. Und das finde ich doch extrem zugenommen und das ist auch gut so.

I: Haben Sie den Eindruck, dass gerade jüngere Kollegen das irgendwie in ihrer Ausbildung schon eher nähergebracht bekommen? Also, dass das ein Generationenthema ist?

**W4517EA-A:** Das ist auf jeden Fall ein Generationenthema, weil es das in nicht allzu langer Vergangenheit gar nicht so gab. Natürlich, weil diese, diese SOPs z.B., also die Standard-Operation-Procedures, wie man sie vielleicht aus dem Rettungsdienst kennt, aus der Fliegerei kennt, ja immer mehr auch in der Medizin Einzug finden. Aber jetzt komme ich auch noch aus der Klinik. So gesehen kenne ich das ja auch, dass ich gewisse Sachen nach Standards abarbeite. Eine Standardnarkose z.B. mit gewissen Schritten und so gesehen finde ich das dann auch in der Allgemeinmedizin ja extrem sinnvoll.

I: Ist genau das, was ich meine bisherigen Interviews da gehört habe. Die älteren Kollegen halten da so bedingt viel von diesem Vorgehen und je jünger die Kollegen werden, mit denen ich spreche, desto öfter hört man, dass sich da die Orientierung dran ausrichtet. Das ist, glaube ich, der Weg, der es in Zukunft sein wird. Gibt es Situationen, die Ihnen einfallen, wo sie sich besonders gern oder bevorzugt an Leitlinien orientieren, also vielleicht auch spezielle Krankheitsbilder.

**W4517EA-A:** Also Tonsillitis oder Pharyngitis um z.B. wirklich nochmal diese Entscheidungshilfe haben, gibt es ein Antibiotikum oder eben nicht. Manchmal spielt natürlich zum Großteil auch das Bauchgefühl eine Rolle. Da ist es dann natürlich manchmal der Punkt erreicht, wo eine Leitlinie an ihre Grenzen kommt und man von seiner Erfahrung profitiert. Die Thrombose auch, da finde ich es immer extrem gut auf den Wells-Score zurückzugreifen. Welche gucke ich denn noch ganz häufig nach? Das sind meistens die, die ich immer und immer wieder gucke. Der komplizierte Harnwegsinfekt, ja gerade in der Konstellation, wenn dann verschiedene Antibiotika nicht gegriffen haben oder die Patienten damit nicht zurechtkommen. Was gibt's denn sonst? Ich lese die immer wieder mal. Also ich habe neulich wieder die Leitlinie zu AP-Symptomatik, also ACS gelesen. Ja, das fällt mir da spontan zu ein.

I: Na gut, das ist ja schon mal was. Wie sind Sie auf die von Ihnen eingesetzten Leitlinien ursprünglich aufmerksam geworden? Von wo haben Sie diese aufgegriffen?

**W4517EA-A:** Mitgliedschaften in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Dann bin ich noch Mitglied in der DGÄI. Da gibt's ja mittlerweile auch eine sehr große App, die regelmäßig die neuesten SOPs und Leitlinien veröffentlicht. Und dann gucke ich halt auch regelmäßig die deutsche Gesellschaft für Kardiologie durch. Die hat auch eine sehr, sehr gute App, wo extrem viele Leitlinien integriert sind. Weil da muss man verstehen, die sind ja nochmal leitlinienfixierter diese Kardiologen, weil die nochmal einen anderen wirtschaftlichen Hintergrund haben. Also ich sehe die Leitlinienmedizin einerseits gut, andererseits sehe ich da eine Gefahr mit der evidence-based-Medicine, weil man kann nicht jeden Patienten nur nach Leitlinie behandeln. Es muss doch was dazwischen geben.

**W4517EA-A:** Und um das Thema von vorhin nochmal aufzugreifen. Ich sehe halt so ein bisschen die Gefahr, die jungen Kollegen, die damit aufwachsen, es nicht mehr über den Tellerrand schaffen zu blicken. Das heißt, das sehe ich ja in der Allgemeinmedizin. Herzinfarktpatient braucht diese fünf oder sechs Medikamente bei Entlassung. Und dann kriegt er sie aufgeschrieben. Ich benutze zwar auch Leitlinien für Diagnostik und Therapie, aber halt anders. Das heißt, bei vielen Medikamenten, die meine Patienten in der Klinik verordnet bekommen haben, die streiche ich dann auch wieder raus. Ja, es ist vielleicht leitliniengerecht, bringt aber in dem Moment für den Patienten keinen Vorteil. Wenn man die Leitlinie gelesen hat, sieht man, dass gewisse Sachen wie Alter ja gar nicht berücksichtigt werden. Da ist Erfahrung dann nur mit noch mehr Erfahrung zu ersetzen.

**I:** Das höre ich öfters, ja. Wo nehmen Sie da Anpassungen vor?

**W4517EA-A:** Also ja, da muss ich mir halt auf der einen Seite überlegen, wie viel mache ich durch in Medikamentencocktails überhaupt gut? Habe ich vielleicht noch die Nebenwirkungen gerade von den Statinen mit den Muskelschmerzen. Die kommen immer wieder in die Allgemeinmedizin, haben so nicht wirklich fassbare Symptome. Vielleicht noch ein bisschen Schwindel dazu. Wenn die auch noch Betablocker haben, auch noch ACE-Hemmer immer dazu und und und. Dann kommt es zu Sturzereignissen nur aufgrund dessen, dass sie eine leitliniengerechte Medikation haben und ich reiße bei den Patienten anstelle von einer Beschwerdefreiheit gleich mehrere neue Baustellen auf.

**I:** Aber generell: wenn sie jetzt Bilanz ziehen müssen. Wie hat sich die Leitlinienarbeit auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität der Patienten im hausärztlichen Setting ausgewirkt bisher?

**W4517EA-A:** Ich denke im Großen und Ganzen sehr positiv, weil viel auch präventiv gemacht wird. Weil Patienten besser versorgt sind. Standardisiert therapiert werden von den Krankenhäusern. Dadurch natürlich die Gesamtüberlebensrate erhöht wird, damit aber die Multimorbidität steigt auf der anderen Seite und dadurch natürlich auch einen demografischen Wandel haben.

**I:** Dann wollte ich noch fragen: Gibt es bestimmte Arten oder Typen von Leitlinien, die sie bevorzugen? Also muss die einen gewissen Standard haben oder speziell aufgebaut sein? Wenn ja, warum?

**W4517EA-A:** Also ich finde Flowcharts ja immer extrem smart. Ansonsten spielen Sie wahrscheinlich auf S3 oder so an, oder?

**I:** Ist es Ihnen denn wichtig, ob die Leitlinie S3-Standard hat?

**W4517EA-A:** Je besser, desto besser, aber im Alltag achte ich da nicht wirklich drauf, nein.

**I:** Sie sagt mir vorhin, dass sie sich da auch gerne auf Kurzfassung stützen?

**W4517EA-A:** Genau, weil man einfach nicht die Zeit hat, den Volltext oder generell sich über jede Studie zu informieren. Man muss sich auch nicht über jede Studie informieren. Also ich habe schon so manche Leitlinie gelesen, aber ich bin dann doch oft zum Schluss gekommen: Am Ende hätte ich auch eine Kurzfassung gegenlesen können. Dafür machen sich ja Fachgesellschaften natürlich auch die Arbeit und kümmern sich drum und arbeiten das aus. Und dafür wird es ja dann auch durch mehrere Hände gereicht und mehrfach überprüft, sodass ich denke, dass das schon zielführend ist. Diese Flowcharts-Kurzfassung finde ich halt gut. Wenn etwas stichpunktartig zusammengeschnürt ist, gerade nach Symptomkomplexen oder auch Therapien... Sowohl als auch. Und ja, dieses Visualisierte gerade mit Entscheidungsbäumen, das spricht mich sehr an. Damit kann ich eben gut arbeiten. Das finde ich halt genial, dass es einem eine Entscheidungshilfe gibt. In der Praxis ist es ja selten Teamwork. Da ist man eben der Einzelkämpfer und hat halt wenig Personen, die man dann fragen kann.

**I:** Richtig. Jetzt haben Sie ja gesagt, Sie beziehen ihre Patienten mit in die Entscheidungsfindung ein. Jetzt gibt's ja gerade von der DEGAM Leitlinien, die als Patientenfassung angeboten werden. Machen Sie davon auch Gebrauch?

**W4517EA-A:** Im Ausdruck, ja. Ich drucke denen das dann aus und geben es ihnen mit, ja.

**I:** Sehr schön. Geben Sie Leitlinien der DEGAM eher den Vorzug gegenüber Leitlinien anderer Fachgesellschaften? Falls ja, warum?

**W4517EA-A:** Ich würde Ihnen den Vorzug geben, ja. Ich sehe jetzt gerade so ein bisschen Richtung der Kardiologen, weil mir die Kardiologen, was ich schon sagte, zu wirtschaftlich orientiert sind. Ja, da merkt man schon immer sehr das Interesse der Pharmaindustrie dahinter. Und wenn man sich anguckt, wer die Studien betreut hat und dann auch die Studien, die zu einer Leitlinie führen, habe ich da eine persönliche Meinung auch zu den STEMIs, NSTEMIs und sonstigen Versorgung, weil das scheint ja ein lukratives Geschäft zu sein.

**I:** Das stimmt. Aber welche Voraussetzungen muss dann für Sie eine gute Leitlinie erfüllen, dass Sie sich dafür entscheiden, diese aktiv in Ihrem Arbeitsalltag umzusetzen?

**W4517EA-A:** Wirtschaftlich muss sie noch nicht mal sein. Also ich verschreibe auch Medikamente, obwohl ich weiß, dass die teurer sind und es vielleicht auch eine günstige Alternative geben könnte. Ja gut, das muss man natürlich auch immer so abwägen. Es ist echt schwierig. Zuallererst muss ich Sie irgendwie sehen, dass es sie gibt die Leitlinie. Ja, das ist meistens das Hauptproblem. Weil es gibt ja auch so Studien, dass die Ärzte... Der niedergelassene Arzt müsste sich die Woche ja 20 Stunden fortbilden, damit er auf dem aktuellen Stand bleibt in der Allgemeinmedizin. Und das ist natürlich beim Workflow oder Workload 60, 70 Stunden die Woche eigentlich nicht realisierbar. Es muss in Zukunft also ein komprimiertes, praxisnahes Angebot geben, was schnell umzusetzen und einfach anzuwenden ist, verstehen Sie? Also ich finde natürlich Kongresse immer wieder gut, wo es Vorträge gibt, wo auf Studien auch hingewiesen wird und auf neue Studienergebnisse. Dann kann man die sich im Nachgang nochmal angucken oder hört da auch nochmal eine Expertenmeinung dazu. Man muss dann natürlich wieder aufpassen, inwiefern dieser Mitarbeiter im Interessenkonflikt vielleicht ist mit diesen Firmen. Und das sind sie im Großen und Ganzen irgendwie dann doch immer. Je länger man aus der Klinik raus ist, desto weniger hat man diesen direkten Einfluss. In der Klinik haben die Oberärzte oder leitenden Oberärzte doch immer wieder mal wieder mehr Zeit sich mit Leitlinien auseinanderzusetzen und geben da halt auch ganz häufig Input. Das macht in Ihrer Praxis niemand für Sie. Aber durch die Mitgliedschaften in den Gesellschaften, in Fachgesellschaften, haben wir ja auch immer wieder Zeitungen die rumkommen und wo auch häufig auf Studien eingegangen wird. Von der DEGAM halt gab's so einen Newsletter. Das war von einem Professor gewesen, sehr verdienter Allgemeinmediziner, der auch diese DEGAM- Geschichten vorangetrieben hat und auch Mitglied und Herausgeber gewesen ist vom Arzneimitteltelegramm. Das finde ich z.B. auch super, da gucke ich dann auch viele Studien quer. Das lese ich auch, weil da ja sehr eine pharmaunabhängige Bewertung vieler Therapiepläne vorgegeben ist und ausgearbeitet wird. Das finde ich zum Beispiel super.

**I:** Okay, jetzt weiß ich nicht wie sie davon Gebrauch machen, aber wie wichtig ist es Ihnen, dass Leitlinien Empfehlungen machen, wie sich ärztliche Aufgaben an Mitglieder des Praxispersonals delegieren lassen? Inwiefern machen Sie davon Gebrauch?

**W4517EA-A:** Nein, momentan noch nicht, aber ich habe vor das in nächster Zukunft umzusetzen.

**I:** Jetzt würde ich gerne mal auf Probleme zu sprechen kommen, die so bei Leitlinienimplementierung zustande kommen. Fällt Ihnen da konkret ein Problem oder Herausforderung ein, die bei der Leitlinienimplementierung im Praxisalltag?

**W4517EA-A:** Tja, je größer die Praxis ist und je mehr Angestellte Sie haben, desto eher würde ich an Ihrer Stelle die Leitlinien versuchen umzuschreiben oder in kurze SOPs aufzuschreiben.

Gerade wenn ich jetzt jüngere Kollegen hätte, wo man nicht alles erklären kann oder auch nicht immer darauf hinweisen kann, würde ich halt schon gucken, dass da weiterhin leitliniengerecht abgearbeitet wird. Dass das Arbeit ist, ist klar. Dass das am Arzt alleine hängen bleibt auch. Da muss man sich schon die Zeit für nehmen, aber ich denke, hintenraus lohnt es sich. Was ich aber vorhin schon sagte: Man muss die Leitlinie zum Umsetzten erstmal kennen und da sehe ich das größere Problem. Nur ist auch hier die Frage: Kann man sich die Arbeit machen und dazu noch SOPs schreiben? Ja, ein Freund von mir hat das gemacht in der Praxis. Die haben zu zweit eine riesen Praxis übernommen. Die mussten das machen, weil ihre MFAs extrem viel übernommen haben und die dann gar keine Zeit hatten, großartig weiter auszubilden.

**I:** Aber prinzipiell, dass es da irgendwie zu Verzögerungen oder Schwierigkeiten in einem eingespielten Praxisablauf kommt? Haben Sie das beobachten können?

**W4517EA-A:** Würde ich jetzt nicht so sagen, nein. Das liegt ja an einem selber.

**I:** Die nächste Frage ist wahrscheinlich ein bisschen schwer formuliert. Inwiefern lassen sich Leitlinien ohne größere Probleme bzw. Komplikationen auf eine Breite Patientenschaft anwenden? Inwiefern sind stärkere individuelle Anpassungen oder Einschränkungen erforderlich

**W4517EA-A:** Also ich versuche natürlich beim Einzelnen anzuwenden und damit natürlich dann auch in der breiten Masse. Ich denke aber, dass es der Masse sicherlich guttut, leitliniengerecht zu arbeiten, aber dem Individuum aber manchmal schwerer anzugedeihen ist. Also wenn der Patient nach einem Herzinfarkt aus der Klinik kommt, mit neuen Medikamenten und im Kopf hat: Mein Schwindel, den ich jetzt neu habe, ist nicht von der erniedrigten EF nach meinem Herzinfarkt, sondern von dem neuen Medikament, dann ist er davon nicht abzubringen. Und dann ist es natürlich schwierig, eine Leitlinie umzusetzen, auch wenn die Leitlinie im Großen und Ganzen der Masse natürlich guttut.

**I:** Ich würde noch ein paar Aussagen vorlesen. Prinzipiell Ja/Nein-Fragen, Sie können aber auch gerne was dazu sagen, wenn Ihnen da was einfällt:

„Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.

**W4517EA-A:** Ja.

**I:** ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen, als auf eine Leitlinie.

**W4517EA-A:** Ja, ein klares Jein.

**I:** Leitlinien lassen sich eine Regel einfach und unkompliziert anwenden.

**W4517EA-A:** Nein, nicht immer. Die meisten aber schon.

**I:** Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen ein.

**W4517EA-A:** Habe ich nicht den Eindruck, nein. Eher in meine eigene Routine.

**I:** Leitlinien ermöglichen ein strukturiertes Vorgehen bei Diagnose und Therapie.

**W4517EA-A:** Ja.

**I:** Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.

**W4517EA-A:** Nein, es ist eine Leitlinie, keine Richtlinie, sage ich immer. Ich kann ja alles machen, was ich will. Ich muss es anschließend nur begründen können.

**I:** Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.

**W4517EA-A:** Kann ich mir vorstellen. Also teilweise ja, okay. Zumindest die Einführung dauert, bis ich mich da reingelesen habe und das geht halt nicht so nebenbei. Das mache ich in meiner Freizeit, also nach der Sprechstunde.

**I:** Die nächste Frage ist eigentlich schon geklärt. Was sollte oder müsste Ihrer Meinung nach rund um das Thema ‚Leitlinien für die hausärztliche Praxis‘ verbessert werden? Wo sehen Sie konkreten Handlungsbedarf?

**W4517EA-A:** Ich finde, man könnte das in die Praxissoftware integrieren. Genau das, also dass man auch die Scores hat, dass man alles auf einzelnen Homepages oder so nachschlagen muss. Damit sowas konsequent umgesetzt wird, muss es dem Anwender so einfach und so komfortabel wie möglich gemacht werden. Wie war nochmal der Wells-Score, ja? Wie war nochmal der andere Score? So viel, ich kann die mir ja alle nicht behalten. Das wäre schön, wenn das durch die künstliche Intelligenz in die Praxissoftware integriert wäre. Das wäre ja, das wäre wirklich super, dass ich z.B. anklicke „Verdacht auf Thrombose“ und dann kommt automatisch im nächsten Schritt der passende Algorithmus. Ja gut, ich gucke z.B. häufig bei Deximed nach, ich finde aber, dass die an ganz vielen Stellen noch großen Bedarf haben. Dafür finde ich die dann doch zu teuer. Amboss ist da wohl besser, aber da gibt es halt nicht für die Praxissoftware.

**I:** Einmal angenommen, die von Ihnen angegebenen Punkte würden umgesetzt: Wären Sie unter diesen Voraussetzungen bereit, Leitlinien in der Patientenversorgung stärker als bislang anzuwenden bzw. sich daran zu orientieren?

**W4517EA-A:** Ich glaube sogar, ja. Ich glaube sogar noch mehr. Klar.

**I:** Und dann noch ein Punkt zur Implementierungsbereitschaft von Ihren Kollegen. Ich weiß, da kann man manchmal schon schlecht darüber sprechen, weil man das gar nicht weiß. Wie könnte man aus Ihrer Sicht die Implementierungsbereitschaft anderer ärztlicher Kollegen in Zukunft erhöhen?

**W4517EA-A:** Hausärzte kriegen gutes Geld, die heulen immer nur riesengroß rum. Klar ist Monetarisierung immer ein Anreiz, aber nicht der Hauptgrund. Drauflegen darf man aber auch auf keinen Fall. Also kurzum, wie ich es bereits gesagt habe: einfach und komfortabel in der Anwendung muss es sein und dabei irgendwie eine spürbare Verbesserung bringen, sonst macht es keiner! Und dann eben Informationskampagnen in Fortbildungen und so weiter.

Und zum Thema Geld: Ich glaube, wenn z.B. das nicht extra als Zusatzmodul in der Praxissoftware wäre, also kostenpflichtig, sondern mit angeboten werden würde, dann würden die es auch nutzen. Aber wenn man dazu wieder extra zahlen muss, dann sind wir beim Finanziellen. Da haben die keinen Bock drauf. Klar, das kann ich mir schon vorstellen.

**I:** Na gut, dann vielen Dank. Das war doch ein schönes Schlusswort. Vielen Dank für Ihre Zeit und Expertise!

## - 2.16 Transkript Interview XVI – M3910EA-A

**I=** Interviewer

**M3910EA-A** = Arzt

**I:** Könnten Sie mir kurz erzählen, was Ihnen als Erstes beim Thema „Leitlinien“ in den Sinn kommt?

**M3910EA-A:** Wichtige Unterstützung unserer täglichen Arbeit, ja. Sowas. Sicherheit, ja auch Rechtssicherheit. Da denke ich zuerst dran, ja.

**I:** Wie stehen Sie grundsätzlich zu Leitlinien? Warum?

**M3910EA-A:** Ich sehe es als Bereicherung unserer Möglichkeiten. Der medizinische Fortschritt macht derart große Fortschritte und Sprünge, dass man im Grunde genommen immer in einem Wissensdefizit lebt und selbst mit größter Anstrengung nur Anteile der Neuerungen wirklich verfolgen kann und da sind Leitlinien natürlich eine ganz wertvolle Hilfe in komprimierter Form zu einer definierten Fragestellung natürlich die beste Antwort geben können. Also um auf Ihre Frage zu antworten: Ich stehe Leitlinien natürlich sehr positiv gegenüber.

**I:** Inwiefern bringen Leitlinien aus Ihrer Sicht Vorteile, inwiefern Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?

**M3910EA-A:** Vorteile eben, dass die Patienten nach bestem Wissen behandelt werden. Also man arbeitet evidenzbasiert und nicht nach Gefühl oder teilweise veraltetem Wissensstand. Gucken Sie sich alleine die Antibiotikaempfehlungen an, wie oft die sich ändern, oder die Resistenzlagen. Wenn ich da eine Systematik aus meiner Assistenzarztzeit im Kopf habe und die jahrelang weiter durchziehe, ist die vielleicht völlig veraltet. Da sind Leitlinien schon eine gute Sache. Nachteil ist eventuell, dass man die nicht immer so auf ein Individuum anwenden kann was in den Leitlinien steht, weil eben die Patienten aus denen so eine Leitlinie abgeleitet wird, häufig aus hochselektierten Studien entspringen, was nun wirklich nicht die hausärztliche Versorgungsrealität widerspiegelt.

**I:** Inwiefern lassen sich Leitlinien ohne größere Probleme bzw. Komplikationen auf eine Breite der Patientenschaft anwenden? Inwiefern sind stärkere individuelle Anpassungen oder Einschränkungen erforderlich?

**M3910EA-A:** Gut, Leitlinien sagen ja von sich, dass sie keine Kochbuchmedizin darstellen sollen. Das wird ja auch explizit betont, dass die letztendliche Therapieentscheidung ja auch bei Arzt liegen soll und die Leitlinien da auch nichts dran ändern, ja. Wenn man das berücksichtigt, finde ich, lassen sich Leitlinien eigentlich ganz gut auf die breite Patientenschaft, wie Sie es genannt haben, anwenden. Also, wenn der Arzt nur kleine Änderungen normalerweise vornehmen muss.

**I:** Wie groß ist Ihrer Ansicht bzw. Erfahrung nach der Nutzen von Leitlinien für die Patientenversorgung?

**M3910EA-A:** 80% würde ich sagen, also groß, ja. Wirklich groß. Da hat sich einiges getan, seit es Leitlinien gibt. Meiner Meinung nach ist das einfach mittlerweile Standard in der modernen Medizin und man sollte seine Arbeit hinterfragen, wenn man ganz ohne Leitlinien auskommt.

**I:** Was würden Sie sagen: Wie häufig kommt es im Praxisalltag vor, dass Sie sich an Leitlinien orientieren bzw. Ihre Arbeit anhand von Leitlinien ausrichten (z.B. Diagnostik, Therapie oder dem Management von Patienten)?

**M3910EA-A:** 80%. Also man hat bei den meisten Sachen, die man behandelt, zumindest im Kopf, dass es eine Leitlinie dazu gibt und dann weiß man zumindest in groben Zügen, was da drinsteht. Man guckt ja auch immer mal wieder nach, wenn was unklar ist und mit der Zeit entwickelt sich da natürlich eine Routine. Dann muss man auch nicht jedes Mal nachgucken, ja. Und je genauer man die dann kennt, desto leichter ist es auch, die auf einzelne Patienten anzupassen finde ich.

**I:** Würden Sie sagen, Ihre Orientierung an Leitlinien hat in den letzten Jahren eher zugenommen oder eher abgenommen? Wie viel zugenommen? Worauf führen Sie dies zurück?

**M3910EA-A:** Zugenommen auf jeden Fall. Liegt mit Sicherheit auch daran, dass mittlerweile ja eine Vielzahl an Leitlinien veröffentlicht werden. Gab es ja früher so gar nicht. Meine Generation ist so die Ersten, die auch schon in der Uni damit in Kontakt kamen und die spätestens in Ihrer Weiterbildungszeit damit arbeiten mussten. Da arbeitet man ja in der Klinik schon von Anfang an mit. Ich denke aber, dass es sinnvoll ist, sich an den Leitlinien der eigenen Fachgesellschaft zu orientieren, auch wenn es zu einem Thema Publikationen von verschiedenen Fachgesellschaften gibt.

**I:** In welchen Situationen wenden Sie Leitlinien bevorzugt an bzw. orientieren sich daran oder haben dies in der Vergangenheit bereits getan? Verdachtsfall, Erstdiagnose, Therapie, Verlaufskontrolle, Screening, Notfall, Spezialdiagnosen, Präventionszwecke?

**M3910EA-A:** Therapie ganz sicher. Also mir ist zumindest nicht bekannt, dass es in der Diagnostik jetzt so eine große Vielfalt an Leitlinien gibt, wie in der Therapie. Wobei die Diagnostik ja ehrlicherweise schon in einigen Flussdiagrammen oder so abgebildet ist. Kommt also auch vor. Gerade bei Differentialdiagnosen und diagnostischer Unsicherheit. Also generell würde ich sagen, dass man Leitlinien häufig aus einem Gefühl der Unsicherheit heraus benutzt. Das trifft es, glaube ich, ganz gut. Also wenn man etwas z.B. noch nicht so häufig gesehen hat oder denkt, dass es da Änderungen gab, dann greift man natürlich bevorzugt auf Leitlinien zurück. Natürlich ist es am Ende meine Freiheit zu sagen: Ich bleibe dabei, womit ich bisher gute Erfahrungen gemacht habe, aber was vielleicht nicht mehr so up-to-date ist.

**I:** Bei welchen Krankheitsbildern arbeiten Sie insbesondere mit Leitlinien, oder haben dies in der Vergangenheit getan? Weshalb gerade dort?

**M3910EA-A:** Also Diabetes haben wir ja gerade genannt. Vom Algorithmus auch COPD bzw. Asthma, ja. Eine Leitlinie, mit der ich ein bisschen meine Probleme habe, ist die für Rückenschmerz. Die, finde ich, geht doch so bisschen an der Versorgungsrealität vorbei. Es gibt eine schöne Leitlinie zum Halsschmerz, die ich oft nutze. Dann Covid. Die hat vielen sehr geholfen in der Phase, also gerade am Anfang, als große Unsicherheit bestand.

**I:** Wenn Sie eine Bilanz ziehen müssten: Wie hat sich Ihrer Erfahrung nach die Anwendung der von Ihnen bislang genutzten Leitlinien insgesamt auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität ausgewirkt? Was war gut, was weniger gut?

**M3910EA-A:** Also ich gehe doch sehr stark davon aus, dass sie sich verbessert hat. Da bin ich mir sicher. Die Patienten profitieren doch davon, wenn sich der Behandler mit Evidenzen auseinandersetzt und die dann auch anwendet. Man ist andersrum als Arzt auch gewissermaßen auf der sicheren Seite, also rechtlich gesehen. Das finde ich immer beruhigend, wenn man nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft arbeitet, dann kann einem eigentlich keiner was vorwerfen. Weniger gut sind eben manche Leitlinien, die an unserer Versorgungsrealität vorbeigehen. Die entweder zu invasive bzw. teure Diagnostik fordern oder so. Oder eben Medikamente, bei denen ich mir das mehrmals überlegen muss, ob ich die verschreibe.

**I:** Wie sind Sie auf die von Ihnen eingesetzten Leitlinien ursprünglich aufmerksam geworden? Von wo haben Sie diese aufgegriffen?

**M3910EA-A:** Viele Quellen. Natürlich Fortbildungen, auch wenn sie zurzeit eher online stattfinden und nicht in dem gleichen Umfang wie vorher, aber ja. Dann habe ich so einige Newsletter abonniert, in denen eben neue Leitlinien vorgestellt oder zumindest angeschnitten werden. Das ist so meistens der Weg, wie ich dann darauf zugreife.

**I:** Welche Newsletter wären das?

**M3910EA-A:** Zum Teil also von den jeweiligen Fachgesellschaften oder eben übergeordnet von medizinischen Verlagen, ja.

**I:** Geben Sie Leitlinien der DEGAM eher den Vorzug gegenüber Leitlinien anderer Fachgesellschaften? Falls ja, warum?

**M3910EA-A:** Das hängt für mich von der Leitlinie ab. Die DEGAM hat ja eher ein recht kleines Programm muss man dazu sagen. Da werde ich zu der ein oder anderen Fragestellung natürlich keine Leitlinie finden und dann werde ich auf andere Fachgesellschaften zurückgreifen müssen. Aber ja, vorrangig schaue ich bei der DEGAM nach, weil es einen halt am häufigsten betrifft und weil die eben den Fokus auf den hausärztlichen Alltag legen.

**I:** In welchen Zeitabständen überprüfen Sie sich auf die Aktualität der Leitlinie?

**M3910EA-A:** Ach bei der AWMF z.B. sieht man ja direkt beim Öffnen, ob die abgelaufen ist, oder noch gültig. Und man selber macht das immer mal so im laufenden Betrieb würde ich sagen. Da gibt's kein festes Muster, zumindest für mich.

**I:** Gibt es bestimmte Arten oder Typen von Leitlinien, die Sie bevorzugen? Falls ja, warum?

**M3910EA-A:** Also ich sage mal so: Je höhergradig die sind, desto wertiger sollten die auch sein. Jetzt ist das Problem, gerade bei vielen S3 Leitlinien, dass die gerade nicht aus hausärztlicher Feder stammen, sondern von den großen Fachgesellschaften. Da wird eben aber unser Behandlungsalltag und unserer Versorgungsrealität nicht drin berücksichtigt. Grundsätzlich gebe ich aber einer hochwertigeren Leitlinie lieber den Vorzug, als einer Expertenmeinung zum Beispiel.

**I:** Welche Voraussetzungen oder Eigenschaften muss eine gute Leitlinie erfüllen, damit Sie diese in Ihrer praktischen Tätigkeit aufgreifen/anwenden?

**M3910EA-A:** Alltagstauglichkeit. Umsetzbarkeit ganz wichtig. Schnelles erfassen, ja, dass ich nicht Stunden suchen muss, bis ich dann am Ziel bin. Und unkomplizierter Zugang.

**I:** Welchen Stellenwert hat das für Sie die Effektivität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit?

**M3910EA-A:** Ja, wenn ich schnell eine Antwort auf eine mir auftuende Fragestellung finde, dann habe ich Zeit gespart und effizienter als vorher gearbeitet. Da ist schon ein Punkt, den man als Praxisinhaber im Auge haben muss. Nicht nur, aber doch schon nicht wenig. Die Wirtschaftlichkeit fließt immer im Hinterkopf mit. Wenn man das eine Zeit lang hier macht, bekommt man ein Gefühl, was wirtschaftlich machbar ist und was nicht. Da hatte ich aber bisher nicht so den Eindruck, dass das jetzt viel mit der Umsetzung von Leitlinien zu tun hat. Als Beispiel nehme ich mal Deximed. Wenn ich da eine Antwort in 5 Minuten bekomme, dann ist das für mich schon ein Unterscheid, als wenn ich mich zuhause in irgendwelche Fachzeitschriften oder Bücher vertiefen muss, zumal ich da vermutlich eher veraltete Antworten bekomme.

**I:** Haben Sie ein Programm wie Deximed in Ihre Praxissoftware integriert?

**M3910EA-A:** Nein, integriert nicht. Aber das habe ich einfach im Hintergrund geöffnet. Das wäre natürlich auch eine gute Idee, wenn man das gerade im Hinblick auf Abrechenbarkeit oder so in die Software integrieren würde, ja. Habe ich aber nicht. Ansonsten hab ich noch Amboss. Da sind ja mittlerweile auch alle Leitlinien mit drin, wobei ich finde, dass es für den hausärztlichen Alltag nicht ganz so gut ist wie Deximed.

**I:** Jetzt gibt es ja Leitlinien, die Empfehlungen über die Delegation von Leitlinien machen. Machen Sie davon Gebrauch und wie wichtig ist das für Sie?

**M3910EA-A:** Ich sehe die Thematik der Delegation schwierig. Das ist eigentlich ein politisches Kind. Es gibt Dinge, wo die ärztliche Tätigkeit entlastet werden kann, aber die Leute, die diese Delegationsdiskussion in die Welt gesetzt haben, die haben ganz andere Vorstellungen davon, wie in Zukunft delegiert werden soll. Da sehe ich vieles doch dem Arzt vorbehalten. Bei Leitlinien ist es natürlich so, dass die in Teilen natürlich auch nichtärztliches Personal ansprechen soll. Die Qualität soll ja über alle Berufsgruppen erhalten bleiben. Ich denke da an Standards in der Diagnostik oder so. Dass es bei einem Verdacht klare Abläufe gibt und der Patient am Ende erst dem Arzt vorgestellt wird, wenn die Basisdiagnostik schon gelaufen ist. So handhabe ich das auch bei mir.

**I:** Machen Sie Gebrauch von Patientenfassungen einer Leitlinie?

**3910EA-A:** Selten. Also wenn der Patient was Komplizierteres hat, dann habe ich denen sicherlich schon mal was ausgedruckt und mitgegeben. Aber die Regel ist das nicht. Vielleicht könnte man in Zukunft zumindest auf den Link verweisen. Dann braucht man nichts ausdrucken und die Patienten haben was zum Nachlesen, was eventuell besser ist, als so eine Googlerecherche.

**I:** Welche Probleme bzw. Herausforderungen nehmen Sie bei der Leitlinienimplementierung in Ihrem Praxisalltag wahr?

**3910EA-A:** Das ist ja keine aktive Handlung, wo ich mich hinsetze und mir sage: Die Leitlinie will ich mir heute mal anschauen. Das kommt immer aus der Konzentration heraus, wenn ich vor einer Behandlungssituation stehe, auch z.B. vor einer neuen Behandlungssituation, und im Hinterkopf mitschwingt, dass es da eine neue Leitlinie zu gab. Dann gucke ich mir die auch an und schaue nach, was es da Neues zu gab.

**I:** Wie häufig ist es vorgekommen, dass Sie aufgrund Ihrer Anwendung von Leitlinien Behinderungen bzw. Komplikationen im Praxisalltag erlebt haben?

**3910EA-A:** Im Gegenteil, ich schaue ja während der Sprechstunde unter Umständen dann schnell nach und kann weitermachen. Würde ich das irgendwie recherchieren müssen, oder gar den Patienten nochmal einbestellen müssen, damit ich mir sicher bin, das wäre meiner Ansicht nach eine Verzögerung im Praxisablauf. Und ganz ehrlich: Ich muss die Leitlinie umsetzen und für meine Angestellten tut sich da ja meistens nichts. Und wenn ich die Zeit zwischen zwei Patienten nutze, um mal schnell über was drüberzulesen, dann ist das ja keine sonderliche Verzögerung. Klar, wenn ich mich in irgendwas tiefer einlesen möchte, dann muss ich das nach Feierabend machen.

**I:** Inwiefern lassen sich Leitlinien ohne größere Probleme bzw. Komplikationen auf eine reite Patientenschaft anwenden? Inwiefern sind stärkere individuelle Anpassungen oder Einschränkungen erforderlich?

**3910EA-A:** Ja das hatte ich ja vorhin schon angedeutet. Man hat so sein Behandlungsschema in Kopf und letztlich ist Hausarztmedizin immer Individualmedizin. Wir bauen ja keine zehn Hüft-TEP am Tag ein, wo sich fast nichts unterscheidet. Ich sehe da also kein Problem, Leitlinientherapie individuell anzupassen. Gerade wenn man bei der medikamentösen Therapie an Resistenzen oder Unverträglichkeiten denk, da ist es ja eh unmöglich jeden gleich zu behandeln. Aber fairerweise muss man sagen, dass viele Leitlinien da auch Empfehlungen für Alternativen drin haben.

**I:** Ich lese Ihnen nun verschiedene Aussagen vor, und Sie nehmen bitte Stellung dazu, inwiefern diese Aussagen Ihrer Ansicht bzw. Erfahrung nach zutreffen?

„Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.“

**3910EA-A:** Ja.

**I:** „Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie.“

**3910EA-A:** Nein.

**I:** „Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden.“

**3910EA-A:** Nicht immer, aber meistens.

**I:** „Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen ein.“

**3910EA-A:** Nein.

**I:** „Leitlinien ermöglichen ein strukturierteres Vorgehen bei Diagnose und Therapie.“

**3910EA-A:** Ja.

**I:** „Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.“

**3910EA-A:** Nein. Die endgültige Entscheidung bleibt beim Therapeuten.

**I:** „Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.“

**3910EA-A:** Nein. Wenn ich weiß, wo ich suchen muss, bin ich extrem schnell. Daran hängt es auch meiner Meinung nach, dass manche Kollegen einfach nicht wissen, wie leicht zugänglich das Thema eigentlich ist. Gerade durch so eine Kurzfassung bin ich schnell durchgescrollt.

**I:** Wie informieren Sie sich üblicherweise über Leitlinien? Welche Medien nutzen Sie dafür?

**3910EA-A:** Deximed, Amboss, AMWF, DEGAM, DEGIM, dann gibt's da paar ganz gute Apps, die super für unterwegs sind, ja. Und Zeitschriften halt. Der Internist, das New England Journal, die deutsche medizinische Wochenschrift dann verschiedene Newsletter von Fachgesellschaften, das wäre es so.

**I:** Was sollte oder müsste Ihrer Meinung nach rund um das Thema ‚Leitlinien für die hausärztliche Praxis‘ verbessert werden? Wo sehen Sie konkreten Handlungsbedarf?

**3910EA-A:** Ja, bei manchen hängt es doch sehr an der Wirtschaftlichkeit, dass das nicht so rechts zusammen passt was da empfohlen wird. Bestes Beispiel: Ezetimib. Die KV gibt vor, wie viel Prozent Ezetimib man in seinen Verordnungen haben darf, weil es eben teuer ist. Andererseits empfehlen Fachgesellschaften eine LDL-Senkung auf unter 50. Das ist ein klarer Widerspruch, weil so Werte eben nur mit so potenten Substanzen erreicht werden kann. In der antidiabetischen Therapie sieht es ähnlich aus. Ich werde gedrängt, Patienten mit Insulin zu behandeln, obwohl vielleicht andere Substanzen viel angebrachter wären. Die Folgekosten hat aber keiner im Blick. Das liegt wahrscheinlich daran, dass es dann einen anderen Kostenträger betrifft.

**I:** Einmal angenommen, die von Ihnen angegebenen Punkte würden umgesetzt: Wären Sie unter diesen Voraussetzungen bereit, Leitlinien in der Patientenversorgung stärker als bislang anzuwenden bzw. sich daran zu orientieren?

**3910EA-A:** Ja.

**I:** Wie könnte man aus Ihrer Sicht die Implementierungsbereitschaft anderer ärztlicher Kollegen in Zukunft erhöhen?

**3910EA-A:** Dass man den Kollegen einfach, auf welchem Weg auch immer, an konkreten Patientenbeispielen demonstriert, wie einfach das Leben mit Leitlinien sein kann.

**I:** Wie sieht es mit einem finanziellen Anreiz aus? Glauben Sie, dass das mehr Kollegen antreiben würde, Leitlinien umzusetzen?

**3910EA-A:** Ein finanzieller Anreiz? Nein. Das sollte als Arzt ja mein eigener Anspruch an mich selbst sein, meine Patienten bestmöglich zu behandeln.

**I:** Das hört sich nach einem schönen Schlusswort an! Vielen lieben Dank für Ihre Zeit und Ihre Expertise.

## - 2.17 Transkript Interview XVII – M5022EA-A

I= Interviewer

**M5022EA-A=** Arzt

**I:** Könnten Sie mir kurz erzählen, was Ihnen als Erstes beim Thema „Leitlinien“ in den Sinn kommt?

**M5022EA-A:** Therapiesicherheit, Rechtssicherheit, ja, weil sie uns einfach eine Handlungsempfehlung an die Hand geben an der wir uns orientieren können.

**I:** Wie stehen Sie grundsätzlich zu Leitlinien? Warum?

**M5022EA-A:** Grundsätzlich positiv. Natürlich immer mit Einschränkungen, manchmal können sie auch eine Fessel sein, aber grundsätzlich ist das eine wirklich gute Sache.

**I:** Inwiefern bringen Leitlinien aus Ihrer Sicht Vorteile, inwiefern Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?

**M5022EA-A:** Na ja, also Vorteil sehe ich am größten einerseits in der Rechtssicherheit, ja. Also das man seine Therapie evidenzbasiert begründen kann einerseits. Andererseits profitiert davon ja auch in der Regel der Patient, wenn er gut versorgt wird. Als Hausarzt betritt man nun immer wieder Gebiete, in denen man sich vielleicht nicht so gut auskennt, weil man sie eben nicht so oft behandelt. Da ist so eine Leitlinie natürlich was ganz Tolles und man kann das da auch ruhig wörtlich nehmen und sich ein Stück weit durch die Problematik leiten lassen.

**I:** Sehen Sie auch Nachteile?

**M5022EA-A:** Nein, in der Ausweitung der Behandlung sind wir ja sozusagen nicht gebunden. Wenn ich etwas weglassen oder hinzufügen möchte bzw. das für richtig erachte, dann ist das ja mein gutes Recht. So eine Leitlinie ist ja kein Gesetz. Nachteil ist vielleicht, dass man sich ein Stück angreifbar macht, wenn man von der Leitlinie abweicht. Da schaut dann keiner drauf, dass hinter meiner Entscheidung evt. 25 Jahre Berufserfahrung stecken und ich Dinge in größerem Zusammenhang betrachten kann, als die Leitlinie, die sich ja in der Regel nur auf ein einziges Krankheitsbild bezieht. Ich kenne ja meistens die Patientengeschichte und die Umstände und da liegen mir einfach ganz andere Informationen vor. Wenn was schiefgehen sollte, muss ich es eben begründen können.

**I:** Wie groß ist Ihrer Ansicht bzw. Erfahrung nach der Nutzen von Leitlinien für die Patientenversorgung?

**M5022EA-A:** Also wenn ich anfangen, also nehmen wir mal das Beispiel „Brustschmerz“. Am Anfang ist der Nutzen natürlich extrem groß, weil man ja ein neues Vorgehen hat, an das man sich halten kann. Mit der Zeit geht das dann in den eigenen Behandlungsablauf über und man arbeitet zwar nach Leitlinien, aber man guckt natürlich nicht ständig nach, ja. Aber klar, der Nutzen ist schon groß. Am Anfang versuche ich mich dann immer recht strikt an die Leitlinie zu halten und wenn ich merke, da kollidiert was im Praxisalltag, ja, oder ich sehe, dass es anders für mich irgendwie praktikabler ist, dann passe ich das an. So wird dann irgendwann so eine Art Therapieschema da draus, dass aus der Handlungsempfehlung in gewisser Weise gewachsen ist.

**I:** Was würden Sie sagen: Wie häufig kommt es im Praxisalltag vor, dass Sie sich an Leitlinien orientieren bzw. Ihre Arbeit anhand von Leitlinien ausrichten?

**M5022EA-A:** Das betrifft genau das. Gucke ich nach? Habe ich das schon verinnerlicht? Aber wenn man beides zusammennimmt, ja, dann ist das schon ein Großteil meiner Arbeit, die sich zumindest irgendwie im Hinterkopf an die Leitlinie hält. Wenn ich jetzt lange ein Thema nicht mehr präsent hatte, mittelschwere Depressionen zum Beispiel, dann gucke ich das nach und habe das dann wieder eine Weile vor Augen. Aber jedes Mal, wenn ich das Krankheitsbild behandle, halte ich mich ja an eine Leitlinie, richtig?

**I:** Genau. Benutzen Sie die Leitlinien eher in der Diagnostik, Therapie oder dem Management von Patienten?

**M5022EA-A:** Also schwerpunktmäßig würde ich für mich sagen: Diagnostik. Einfach aus forensischen Gründen. Danach direkt Therapie. Da hat man einfach einmal die Sicherheit gegenüber eventueller Klagen, klar und andererseits gegenüber den Krankenkassen, also der KV. Da kann man dann immer begründen, was man gemacht hat.

**I:** Würden Sie sagen, Ihre Orientierung an Leitlinien hat in den letzten Jahren eher zugenommen oder eher abgenommen? Wie viel zugenommen? Worauf führen Sie dies zurück?

**M5022EA-A:** Am Anfang, da erinnere ich mich noch gut dran, da war der Respekt vor diesen Leitlinien sehr groß. Man hat gedacht, dass man sich strikt daran halten muss und in Schwierigkeiten kommt, wenn man es mal nicht macht. Das ist deutlich abgeflacht, aber man hat so gemerkt, dass es eigentlich ein ganz bequemes Arbeiten ist, wenn man das Angebot nutzt. Von daher würde ich schon sagen, dass das in den letzten Jahren wieder deutlich zugenommen hat.

**I:** Fallen Ihnen im Bereich „Spezialdiagnosen“ noch Anwendungsbereiche ein, bei denen Sie sich besonders gerne auf Leitlinien stützen? Bei welchen Krankheitsbildern arbeiten Sie insbesondere mit Leitlinien?

**M5022EA-A:** Neurologie. Ja, auf jeden Fall, da sind die sehr hilfreich. Multiple Sklerose zum Beispiel. Das macht man nicht so häufig und wenn man da gesagt bekommt, wie man klassisch vorgeht, dann nehme ich das sehr gerne zu Hilfe. Man hat es einfach nicht so oft und guckt dann mal schnell nach, wie gehe ich da vor? Wann und wo muss ich überweisen, ja.

**I:** Wenn Sie eine Bilanz ziehen müssten: Wie hat sich Ihrer Erfahrung nach die Anwendung der von Ihnen bislang genutzten Leitlinien insgesamt auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität ausgewirkt? Was war gut, was weniger gut?

**M5022EA-A:** Also sagen wir mal, auf meine Ruhe bei der Behandlung sehr positiv. Damit denke ich auch für meine Patienten. Ich denke z.B., wenn man besonders hochpreisig verordnet, ja, da ist man auf jeden Fall ein bisschen ruhiger, wenn man weiß, man ist durch die Leitlinie abgedeckt. Und der Patient bekommt dazu eine evidente Therapie. Sehe das also Plus für alle Beteiligten. Was weniger gut war, da muss ich überlegen. Also wenn wir bei dem Preisthema bleiben: Es heißt natürlich nicht automatisch, wenn etwas von einer Leitlinie empfohlen wird, dass das der Kostenträger mitspielt. Da gibt es noch Differenzen und es wäre schön, wenn man danach arbeiten könnte, ohne Angst vor einem größeren Regress zu haben.

**I:** Wie sind Sie auf die von Ihnen eingesetzten Leitlinien ursprünglich aufmerksam geworden? Von wo haben Sie diese aufgegriffen?

**M5022EA-A:** Ganz anfangs war es natürlich über die Fortbildungen. Damals hatten wir außerdem noch die Pharmareferenten, ja. Die haben immer auf den Leitlinien rumgehackt, natürlich mit dem Interesse, dass man ihr Präparat kauft. Hatte aber trotzdem einen informativen Charakter, weil da kamen die Leitlinien auf den Tisch und von da aus in den täglichen Gebrauch. Mittlerweile ist das natürlich immer noch ein großer Punkt in den Fortbildungen, aber in der Regel schaue ich im Internet nach, wenn ich was wissen will.

**I:** Welche Seiten benutzen Sie da?

**M5022EA-A:** AWMF und DEGAM natürlich und dann, wenn es was spezielleres ist, die Seite der jeweiligen Fachgesellschaft.

**I:** Sind Sie auch an einen Qualitätszirkel angeschlossen oder haben Sie zusätzlich Fachzeitschriften abonniert?

**M5022EA-A:** Qualitätszirkel ist so eine Sache. Haben wir leider keine zuverlässig funktionierenden in unserer ländlichen Gegend. Ab Fachzeitschriften sicherlich. Der Internist, der Hausarzt und noch ein diabetologisches Journal habe ich immer auf dem Tisch.

**I:** In welchen Zeitabständen überprüfen Sie sich auf die Aktualität der Leitlinie?

**M5022EA-A:** Z.B., wenn in der Fachzeitschrift was über eine Aktualisierung steht, dann guckt man natürlich nach. Ansonsten nicht in regelmäßigen Zeitabständen, sondern eher, wenn der Patient mit entsprechendem Problem dann vor einem sitzt. Und wenn ich so einen Patienten dann vor mir sitzen hatte, dann beschäftigt mich das unter Umständen auch noch nach Feierabend im Hinterkopf und dann schaue ich mir das dann mal genauer an. Das sollte ja

auch ein bisschen der eigene Anspruch sein, sich in seinem Fach auf dem Laufenden zu halten.

**I:** Gibt es bestimmte Arten oder Typen von Leitlinien, die Sie bevorzugen? Falls ja, warum?

**M5022EA-A:** Für mich sind zwei Sachen eigentlich wesentlich: Es muss eine Kurzfassung geben. Niemand hat die Zeit, sich im laufenden Betrieb einen Volltext durchzulesen und in der Kurzfassung steht in der Regel Alles was ich wissen muss. Zweitens ist es mir wichtig, dass es aus der Praxis kommt und nicht aus dem Labor, verstehen Sie? Also, dass es von unserer Fachgesellschaft abgesegnet ist.

**I:** Geben Sie Leitlinien der DEGAM eher den Vorzug gegenüber Leitlinien anderer Fachgesellschaften?

**M5022EA-A:** Ja absolut. Wie gesagt, ich finde die praktikabler als die von den spezielleren Fachgesellschaften. Da lege ich schon Wert drauf, genau.

**I:** Welche Voraussetzungen oder Eigenschaften muss eine gute Leitlinie erfüllen, damit Sie diese in Ihrer praktischen Tätigkeit aufgreifen/anwenden?

**M5022EA-A:** Also wie gesagt: Kurzfassung wäre gut, praktikabel, also umsetzbar im Alltag. Das sind so die wichtigsten Dinger. Anfangs waren meine Befürchtungen, ob das also irgendwie meinem Behandlungsregime widerspricht, oder werde ich da irgendwie eingeschränkt, aber da habe ich mittlerweile keine Bedenken mehr. Im Gegenteil.

**I:** Wie wichtig ist da für Sie der Mehrwert für den Behandlungsablauf in puncto Effizienz/ Effektivität/ Wirtschaftlichkeit?

**M5022EA-A:** Wirtschaftlichkeit steht immer vorne dran, das ist immer so als Praxisinhaber. Denken Sie nur mal an die ganzen neuen Substanzen in der Kardiologie. Natürlich sind da viele gute oder sogar sehr gute Substanzen dabei, aber die lassen sich die Pharmaunternehmen auch gut bezahlen. Und wenn man einmal in den Blick der Prüfer bei der Quartalsabrechnung kommt, dann werden gleich alle Zahlen geprüft. Das wollen wir natürlich auch nicht. Also faktisch kann ich nicht, zumindest nicht immer, das verschreiben, was leitliniengerecht wäre. Leitlinien sind als klar eine Beruhigung, aber es ist nicht so, dass wir deswegen freie Hand haben. Wenn man der Meinung ist, dass es ein hochpreisiges Präparat sein muss, dann müssen wir leider oft an die Fachkollegen überweisen und dann anschließend deren Anordnung übernehmen. Ob das der Sinn der Sache ist, weiß ich nicht. Zumal der Patient auch selten einsichtig ist und wegen einem Rezept ständig zum Kardiologen rennt. Das macht es manchmal schwierig, aber man kann es schon machen.

**I:** Wie wichtig ist es Ihnen, dass Leitlinien Empfehlungen machen, wie sich ärztliche Aufgaben an Mitglieder des Praxispersonals delegieren lassen? Inwiefern machen Sie davon Gebrauch?

**M5022EA-A:** Ach nein, das ist seit Jahren bei uns in der Praxis wirklich gut eingelaufen. Ich weiß welche Helferin was kann und die wissen umgekehrt, was sie zu machen haben. Da machen wir zumindest aktiv keinen Gebrauch von.

**I:** Nutzen Sie die Möglichkeit der „Patientenfassung“ von Leitlinien, damit sich Ihre Patienten selbst mit der Thematik auseinandersetzen können? Wenn ja, in welcher Form?

**M5022EA-A:** Nein, eigentlich gar nicht. Die Patienten wollen ihre Problemlösung von uns hören, möglichst auf rheinhessisch wenn's geht. Ich würde den meisten unterstellen, dass die das eh nicht lesen, wenn ich das ausgeben würde.

**I:** Welche Probleme bzw. Herausforderungen nehmen Sie bei der Leitlinienimplementierung in Ihrem Praxisalltag wahr?

**M5022EA-A:** Das liegt ja, wenn dann an mir. Wenn überhaupt ist es die begrenzte Zeit, aber ansonsten sehe ich da keine Probleme. Wir müssen dann in unserem System z.B. Intervalle ändern, in denen wir Patienten einbestellen, also nach QM. Sehen wir den Patienten vielleicht

zu oft oder zu selten. Welche Werte muss ich wann kontrollieren. Das muss mir der Computer sagen, weil so viel kann sich auf alle Patienten hinweg niemand merken. Das ist natürlich zeitaufwändig. Aber so das Alltagsgeschäft, also Abläufe, nein, die beeinflusst sowas nicht.

**I:** Inwiefern lassen sich Leitlinien ohne größere Probleme bzw. Komplikationen auf eine Breite der Patientenschaft anwenden? Inwiefern sind stärkere individuelle Anpassungen oder Einschränkungen erforderlich?

**M5022EA-A:** Das liegt natürlich immer an den Forderungen des Patienten. Also auch ein bisschen am Anspruchsdenken. Wenn wir da mal gedanklich im orthopädischen Bereich bleiben. Wenn der Patient meint, er bräuchte unbedingt sein MRT und er besteht da drauf, dann kann man sich überlegen, den doch dahin zu schicken, auch wenn es nicht in der Leitlinie vorgesehen ist. Aber Leitlinien sind ja eigentlich für die breite Masse geschrieben, also sehe ich da jetzt keinen Widerspruch, außer dass immer gewisse Anpassungen nötig sind. Aber ansonsten könnte ja auch eine Maschine unseren Job, wenn es so einfach wäre.

**I:** Ich lese Ihnen nun verschiedene Aussagen vor, und Sie nehmen bitte Stellung dazu, inwiefern diese Aussagen Ihrer Ansicht bzw. Erfahrung nach zutreffen?

**M5022EA-A:** Ja

**I:** „Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie.“

**M5022EA-A:** Wenn ich die Leitlinie lang genug angewendet habe, dann geht das ja in mein Vorgehen über. Also klares jein.

**I:** „Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden.“

**M5022EA-A:** Ja. Mir ist noch keine untergekommen, die wirklich schwierig wäre.

**I:** „Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen ein.“

**M5022EA-A:** Nein.

**I:** „Leitlinien ermöglichen ein strukturierteres Vorgehen bei Diagnose und Therapie.“

**M5022EA-A:** Ja.

**I:** „Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.“

**M5022EA-A:** Nein.

**I:** „Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.“

**M5022EA-A:** Nein. Das Aneignen muss man mindestens einmal konsequent machen, aber die Anwendung spart dann sogar eher Zeit.

**I:** Wie informieren Sie sich üblicherweise über Leitlinien? Welche Medien nutzen Sie dafür?

**M5022EA-A:** Hatten wir ja bereits besprochen. Ich gucke in den allermeisten Fällen bei der DEGAM auf der Homepage, oder wenn ich da nicht fündig werde bei den Fachgesellschaften.

**I:** Was sollte oder müsste Ihrer Meinung nach rund um das Thema ‚Leitlinien für die hausärztliche Praxis‘ verbessert werden? Wo sehen Sie konkreten Handlungsbedarf?

**M5022EA-A:** Nein, da fällt mir jetzt nicht viel zu ein. Wäre schön, wenn das, was alles so empfohlen wird dann am Ende auch verordnungsfähig wäre, ja.

**I:** Einmal angenommen, die von Ihnen angegebenen Punkte würden umgesetzt: Wären Sie unter diesen Voraussetzungen bereit, Leitlinien in der Patientenversorgung stärker als bislang anzuwenden bzw. sich daran zu orientieren?

**M5022EA-A:** Ja, na klar. Man macht sich das Leben nur einfacher. Wenn man das mal verstanden hat, geht es.

I: Wie könnte man aus Ihrer Sicht die Implementierungsbereitschaft anderer ärztlicher Kollegen in Zukunft erhöhen?

**M5022EA-A:** Schwierig. Man könnte es so wie mit den DMP's machen. Da sind wir ja zu Fortbildungen verpflichtet. Wenn man das in gleichem Rahmen machen würde und Fortbildungen anbieten würde, die natürlich auch Punkte bringen, die sich nur mit der Sinnhaftigkeit oder Anwendung von Leitlinien befassen, dann wäre bestimmt viel erreicht. Ich denke Geld, also Monetarisierung spielt nicht die absolut größte Rolle, aber mit CME-Punkten bekommt man die meisten. Ich glaube das könnte ganz gut funktionieren, wenn auch manche das eventuell als Zwang empfinden könnten.

I: Das klingt doch nach einem schönen Schlusswort. Ich bedanke mich für Ihre Zeit und Ihre Expertise!

## - 2.18 Transkript Interview XVIII – W338A-A

I= Interviewer

**W338A-A=** Arzt

I: Guten Morgen! Als erstes Mal vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Wir steigen mit einer ganz offenen Frage ein: Könnten Sie mir kurz erzählen, was Ihnen als Erstes beim Thema „Leitlinien“ in den Sinn kommt?

**W338A-A:** Na ja erstmal, gute Frage, das sind für mich Leitfäden, die mir den aktuellen Stand der Medizin widerspiegeln. Also die meisten zumindest. Nicht jede Leitlinie ist ganz aktuell oder wird zumindest regelmäßig aktualisiert. Die meisten aber schon. Ich gucke da immer mal wieder rein, um einigermaßen rechtssicher zu behandeln. Gerade wenn ich mir nicht ganz sicher bin, wie ich an etwas herangehen soll, ist für mich also schon ein sehr regelmäßiger Begleiter in meinem Alltag.

I: Ok. Wie stehen Sie also grundsätzlich zu Leitlinien und warum?

**W338A-A:** Positiv. Das kann man also ohne Zweifel sagen. Natürlich, wie alles, immer mit der nötigen Vorsicht zu genießen.

I: Können Sie das näher erläutern?

**W338A-A:** Ja also, wie ich bereits sagte: „Man muss schon genau gucken, was man da vor sich hat.“ Aber wenn es relativ aktuell ist und so, dann gehe ich davon aus, dass ich die auch so verwenden kann. Klar sind das oft Therapieempfehlungen von Fachausschüssen, die so ihre Scheuklappen aufhaben, also nur auf ein spezielles Krankheitsbild schauen. Wenn ich dann Oma Erna vor mir sitzen habe, die aber auch noch fünf andere Baustellen hat, muss ich das schon im Ganzen überblicken und abwägen, ob alles so viel Sinn macht.

I: Sie meinen also, dass die meisten Leitlinien eher für spezialisierte Fachrichtungen als für den allgemeinärztlichen Gebrauch geschrieben sind.

**W338A-A:** Kann man schon so sagen, wobei es natürlich auch allgemeinmedizinische Leitlinien gibt. Ich erkenne die anderen natürlich absolut an, man muss halt eben trotzdem auf die Realität schauen. Was möchte der Patient? Macht beispielsweise eine LDL-Senkung unter 50 bei einem 90-jährigen in Bezug auf die lebensverlängernde Wirkung Sinn usw.? Alles leitliniengerecht umzusetzen, ist meiner Meinung nach gar nicht möglich.

I: Inwiefern bringen Leitlinien aus Ihrer Sicht denn Vorteile oder Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?

**W338A-A:** Vorteile liegen auf der Hand. Der Patient profitiert, meiner Meinung nach, von den aktuellen Erkenntnissen und ist nicht dem Gusto oder sagen wir mal dem individuellen

Wissensstand seines Arztes ausgeliefert. Man muss bedenken, dass gerade in der heutigen Zeit und vor allem die jüngeren Patienten mit einer ganz anderen Erwartungshaltung in der Praxis aufschlagen, als es früher noch der Fall war. Die haben teilweise Ausdrücke dabei, die sie vorher gegoogelt haben und sind viel informierter oder halt desinformierter als vor 20 Jahren noch. Wenn ich dann meine Therapie anhand von Leitlinien begründen kann, sind erstens schnell viele Zweifel ausgeräumt und zweitens viele Diskussionen schnell beendet. Also kurzum, ich biete als Hausarzt eine valide Therapie an.

I: Und sehen Sie auch Nachteile?

**W338A-A:** Na ja, alles hat so seine Vor- und Nachteile. Einen gesunden Menschenverstand braucht man immer noch. Man hat ja oft Patienten vor sich sitzen, die nicht nur in allgemeinärztlicher Behandlung sind, sondern bei zig anderen Gebietsärzten rumspringen. Da rezeptiert dann jeder was anderes und am Ende sitzen sie dann wieder beim Hausarzt mit einem zweiseitigen Medikamentenplan. Da muss man dann den Überblick behalten und/oder umstellen, was Sinn macht. Das erzählt einem keine Leitlinie.

I: Wie groß ist Ihrer Ansicht bzw. Erfahrung nach der Nutzen von Leitlinien für die Patientenversorgung?

**W338A-A:** Groß. Ohne geht es einfach nicht mehr. Man verliert in der Medizin schnell den Überblick, falls man ihn überhaupt je hatte. Es kann ja keiner verlangen, sämtliche Fachjournals zu abonnieren und die nach Feierabend noch alle zu studieren. Gerade in spezialisierten Fächern, mit denen ich nicht so regelmäßig wie mit anderen in Kontakt komme, muss ich Leitlinien ranziehen.

I: Was würden Sie sagen: „Wie häufig kommt es im Praxisalltag vor, dass Sie sich an Leitlinien orientieren bzw. Ihre Arbeit anhand von Leitlinien ausrichten?“

**W338A-A:** Schwer zu sagen. Ich gucke jetzt nicht jedes Mal in eine Leitlinie, wenn ich mit Patienten spreche. Das muss ich schon außerhalb der Sprechstunden machen. Man hat ja die gängigsten irgendwann im Kopf. Aber ich denke, sinngemäß nach Leitlinien arbeite ich schon bei vielen. Bestimmt über die Hälfte.

I: Eher in der Diagnostik, Therapie oder dem Management von Patienten?

**W338A-A:** Nie darüber nachgedacht. Ich würde schon Therapie sagen. Gibt auch DMP-Leitlinien, also auch fürs Patientenmanagement, aber am häufigsten wahrscheinlich die Therapieleitfäden, ja. Diagnostik fällt mir gerade gar nichts zu ein.

I: Würden Sie sagen, Ihre Orientierung an Leitlinien hat in den letzten Jahren eher zugenommen oder eher abgenommen?

**W338A-A:** Schon zugenommen. Stark zugenommen, denke ich. Die jungen Kollegen werden in der Weiterbildungszeit schon darauf getrimmt und das ist ja auch gut so. Also in der Altersklasse hat das auf jeden Fall zugenommen. Bei den Älteren denke ich aber auch. Die können sich vor der modernen Medizin ja auch nicht ganz verstecken, wenn die auch bestimmt weniger mit Leitlinien arbeiten. Kommt auf den Einzelnen an.

I: Worauf führen Sie das zurück?

**W338A-A:** Bei den jüngeren? Ja, wie gesagt, die wachsen ja quasi damit auf. So arbeitet man halt heute und ich lerne da auch immer dazu. Die Alten zehren eben viel von ihrer Erfahrung, was natürlich nicht zu unterschätzen ist. Gehört mindestens genauso viel dazu. Aber Erfahrungen bringen mir z.B. bei wechselnden Resistenzlagen von Antibiotika nicht besonders viel. Da muss ich dann auf die Evidenz zurückgreifen. Wie immer, macht es halt die Mischung aus.

I: In welchen Situationen wenden Sie Leitlinien bevorzugt an bzw. orientieren sich daran oder haben dies in der Vergangenheit bereits getan?

**W338A-A:** Ich habe ja schon gesagt, dass ich gerne reinschauen, wenn ich was Seltenes vor mir habe oder wenn es zu komplex ist, um sich immer alles im Kopf zu behalten. In welchen Situationen? Ich denke z.B. gerade an rheumatische Geschichten oder Diabetes. Sogas in der Art. KHK- Therapie ist auch so ein Klassiker.

**I:** Nutzen Sie das dann z.B. für den Verdachtsfall, Erstdiagnose, Therapie, Verlaufskontrolle, Screening, Notfall, Spezialdiagnosen oder Präventionszwecke?

**W338A-A:** Ja, Therapie würde ich schätzen. Verlaufskontrolle eher weniger. Klar geben manche Leitlinien Zielwerte an, die man erreichen soll. Das wäre dann vielleicht so eine Art Verlaufskontrolle. Spezialdiagnosen, ja, was sind Spezialdiagnosen. Wie gesagt, so seltene Sachen kann man darunter zählen. Da muss man eben in Leitlinien gucken, weil man es vielleicht gar nicht auf dem Schirm hat, wie man da konkret vorgeht. Und Prävention fallen mir nur die DMPs ein. Das wäre dann wahrscheinlich am ehesten tertiäre Prävention.

**I:** Bei welchen Krankheitsbildern arbeiten Sie insbesondere mit Leitlinien? Weshalb gerade dort?

**W338A-A:** Von der DEGAM gibt es z.B. die Harnwegsinfekt-Leitlinie. Das ist immer eine gute Orientierung. Dann wie gesagt, KHK, Rheuma, Diabetes...Schwindel kommt ganz regelmäßig mal vor.

**I:** Wenn Sie eine Bilanz ziehen müssten: Wie hat sich Ihrer Erfahrung nach, die Anwendung der von Ihnen bislang genutzten Leitlinien insgesamt auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität ausgewirkt? Was war gut, was weniger gut?

**W338A-A:** Schwer zu quantifizieren, aber ich denke, dass sich die Behandlungsqualität schon erhöht, wenn man sich angewöhnt, nach Leitlinien zu arbeiten. Ich habe ja eingangs bereits gesagt, dass die Patienten davon profitieren, wenn man evidenzbasiert seine Therapie plant. Was weniger gut ist, dass viele viel zu komplex geschrieben sind. Niemand hat die Zeit, sich eine Vollversion zu einem Thema durchzulesen, wo ich eigentlich nur eine schnelle Antwort brauche. Behaupte ich jetzt mal zumindest. Also einige sind mir da nicht prägnant genug.

**I:** Arbeiten Sie also präferiert mit den Kurzversionen?

**W338A-A:** Wenn es eine gibt, auf jeden Fall. In spezialisierten Dingen braucht man auch manchmal die Langversion, klar. Aber wenn ich einfach nur eine Antwort auf eine klare Fragestellung brauche, interessiert mich die Literaturrecherche der Kommission relativ wenig. Ich freue mich immer über so Flussdiagramme oder Entscheidungsbäume. Das ist meiner Meinung nach einfach der Praxis am Nächsten.

**I:** Wie sind Sie auf die von Ihnen eingesetzten Leitlinien ursprünglich aufmerksam geworden? Von wo haben Sie diese aufgegriffen?

**W338A-A:** Also am regelmäßigsten kommt man mit Sicherheit über Fortbildungen mit sowas in Kontakt, ganz klar. Ich habe dann noch den Hausarzt und den Internisten abonniert, da steht auch immer mal wieder das, aber am meisten durch Fortbildungen, ja. Und wenn ich auf irgendeine Fragestellung treffe, dann google ich die jeweilige Fachgesellschaft bzw. die Leitlinie.

**I:** Welche Quellen benutzen Sie da im Internet?

**W338A-A:** Ehrlicherweise gebe ich das meistens einfach in die Suchmaschine ein, aber meistens ist es wohl die DEGAM oder halt die AWMF. Die deutsche Gesellschaft für Innere Medizin ist oft auch noch ganz hilfreich oder halt die betreffende Fachgesellschaft.

**I:** Sind Sie auch an einen Qualitätszirkel angeschlossen?

**W338A-A:** Ja sicher, stimmt, das kommt auch noch dazu. Bei uns in der Region ist das zwar nicht ganz regelmäßig, aber ja. Da wird auch über solche Themen gesprochen.

**I:** Können Sie einschätzen, in welchen Zeitabständen Sie sich auf die Aktualität der Leitlinie überprüfen?

**W338A-A:** Nee, ich glaube, das kann man nicht direkt sagen. Also immer dann, wenn ich eben etwas nachschaue. Regelmäßigkeit ist halt in der Fortbildung, also jährlich vorhanden und in den Qualitätszirkeln. Das ist dann etwas engmaschiger. Da wird natürlich nicht jedes Mal jede Leitlinie durchgekaut, aber das geht ja auch gar nicht.

**I:** Also ist das eher ein fließender Prozess?

**W338A-A:** Exakt. So kann man das sagen.

**I:** Gibt es bestimmte Arten oder Typen von Leitlinien, die Sie bevorzugen? Falls ja, warum?

**W338A-A:** Ja also wie gesagt: Kurzfassungen und Entscheidungsbäume. Sowas finde ich immer am praktikabelsten.

**I:** Aber achten Sie auch auf den Leitlinienstandard? Also muss es zwingend eine S3-Leitlinie sein, damit Sie sich entscheiden, diese in Ihre Arbeit zu integrieren?

**W338A-A:** Nein. Je besser, desto besser, klar. Aber prinzipiell muss ich ja das nehmen, was gerade angeboten wird. Auch eine Expertenmeinung ist ja mal ein Ansatz. Kritisch hinterfragen muss man ja sowieso jede Maßnahme.

**I:** Geben Sie Leitlinien der DEGAM eher den Vorzug gegenüber Leitlinien anderer Fachgesellschaften? Falls ja, warum?

**W338A-A:** Vorzug würde ich jetzt nicht unbedingt sagen, aber natürlich sind das die Leitlinien, mit denen man als hausärztlich tätiger Kollege am häufigsten zu tun hat. Und ich muss auch sagen, dass die DEGAM schon darauf achten, ihre Leitlinien einem hausärztlichen Setting anzupassen.

**I:** Also, sind DEGAM-Leitlinien für Hausärzte besser umsetzbar als andere?

**W338A-A:** Ich kann jetzt aus dem Kopf nicht alle spontan abrufen, aber meiner Empfindung nach schon, ja.

**I:** Sehr schön. Welche Voraussetzungen oder Eigenschaften muss eine gute Leitlinie erfüllen, damit Sie diese in Ihrer praktischen Tätigkeit anwenden? Ich spiele auf Punkte wie Umsetzbarkeit, Mehrwert für den Behandlungsablauf in puncto Effizienz/ Effektivität/ Wirtschaftlichkeit an.

**W338A-A:** Umsetzbarkeit, ganz klar. Eine Leitlinie soll mir das Leben ja leichter und nicht schwerer machen. Außerdem Übersichtlichkeit. Man verbringt sowieso den Großteil des Tages in der Praxis. Ich habe keine Zeit, das wird den meisten Kollegen ähnlich gehen, während der Sprechstunde umfangreiche Nachforschungen zu betreiben. Das muss man schon nach Feierabend machen und da gefallen mir natürlich die Leitlinien am besten, die man zügig durcharbeiten kann und anschließend auch noch einen Benefit daraus mitnimmt.

**I:** Wie wichtig ist Ihnen da die Wirtschaftlichkeit?

**W338A-A:** Na ja, als Praxisinhaber ist man nun gezwungenermaßen auch Geschäftsmann. Daher wichtig. Aber ich sehe da jetzt keinen Vor- oder Nachteil bei den Leitlinien, oder wie meinen Sie das?

**I:** Na ja, ich höre immer mal wieder, dass sich Therapieempfehlungen mancher Fachbereiche doch deutlich von dem unterscheiden, was die KVen zulassen. Beispielsweise in der antidiabetischen Therapie.

**W338A-A:** Ah das meinen Sie. Ja, stimmt, wo Sie es sagen. Ja, das ist so, aber da gibt es immer Mittel und Wege. Klar ist der Worst-Case ein Regress. Aber das kann man z.B. durch eine klare Indikationsstellung versuchen zu vermeiden. In Ihrem Beispiel schickt man halt die

betreffenden Patienten einmal zu Diabetologen und führt dann dessen Therapie weiter. Das ist eigentlich kein Problem. Aber ja, es gibt durchaus Konflikte zwischen dem Goldstandard und dem, was am Ende bezahlt wird. Das ist immer ein leidiges Thema. Was die KVen da meiner Meinung nach oft nicht berücksichtigen ist, dass sie extrem viele Kosten durch die geeignete Therapie einsparen könnten, wenn man dadurch teure stationäre Aufenthalte oder Folgeerkrankungen vorbeugen würde. Aber anscheinend zählt da oft nur die kurzfristige Kosteneinsparung. Wie man allerdings dem zu inflationären Gebrauch von den teuren Medikamenten vorbeugen kann, dazu habe ich auch kein Patentrezept.

**I:** Wie wichtig ist es Ihnen, dass Leitlinien Empfehlungen machen, wie sich ärztliche Aufgaben an Mitglieder des Praxispersonals delegieren lassen? Inwiefern machen Sie davon Gebrauch?

**W338A-A:** Also, wenn sie auf Verahs und NÄPas hinauswollen, sowas haben wir in der Praxis. Das geht auch meiner Meinung nach nicht mehr anders. Ich muss delegieren, um sinnvoll meine begrenzte Zeit zu nutzen. Ich habe aber, glaube ich, bisher keine Leitlinie gefunden, wo das explizit vorgeschlagen wird. Da wäre vielleicht eine gute Sache, wenn man das in Zukunft mit aufnehmen würde. Ich glaube, da lässt sich aber aktuell noch keine Fachgesellschaft darauf festnageln, weil Delegation ja auch immer was mit dem Problem der Rechtssicherheit zu tun hat.

**I:** Das stimmt wohl. Nutzen Sie die Möglichkeit der „Patientenfassung“ von Leitlinien, damit sich Ihre Patienten selbst mit der Thematik auseinandersetzen können? Wenn ja, in welcher Form?

**W338A-A:** Ja, manchmal schon. Es gibt immer mal wieder extrem Informationsbedürftige, oder welche, die schon mit der Diagnose von Dr. Google reinkommen. Denen zeige ich dann gerne mal den Link von der AWMF, oder DEGAM. Ausgedruckt oder so habe ich das jetzt aber nicht in der Praxis liegen.

**I:** Welche Probleme bzw. Herausforderungen nehmen Sie bei der Leitlinienimplementierung in Ihrem Praxisalltag wahr?

**W338A-A:** Zeit. Die Zeit ist eigentlich das Hauptproblem. Alles in der Medizin wird immer komplexer und man soll immer mehr Aufgaben übernehmen. Wenn man dann noch nach Feierabend immer auf dem aktuellen Stand bleiben will, kommt man definitiv an seine Grenzen. Aber ansonsten sehe ich da jetzt keine größeren Probleme.

**I:** Wie häufig ist es vorgekommen, dass Sie aufgrund Ihrer Anwendung von Leitlinien Behinderungen bzw. Komplikationen im Praxisalltag erlebt haben? Z.B. Verzögerungen oder Schwierigkeiten im Praxisablauf?

**W338A-A:** Fällt mir spontan gar nichts zu ein. Das ist ja jedem selbst überlassen, wie er das umsetzt. Also klar muss ich meine Angestellten instruieren, wenn sich was an den S.O.P.s in der Praxis ändern würde, aber da hätte ich gerade gar kein Beispiel zu.

**I:** Also bleibt die Umsetzung von Leitlinien vor allem am Behandler selbst hängen.

**W338A-A:** So ist es.

**I:** Inwiefern lassen sich Leitlinien ohne größere Probleme bzw. Komplikationen auf eine Breite der Patientenschaft anwenden? Inwiefern sind stärkere individuelle Anpassungen oder Einschränkungen erforderlich?

**W338A-A:** Behandlungspläne sind zwar im Groben oft ähnlich, aber trotzdem immer individuell anzupassen. Ich sage jetzt mal so: Der Harnwegsinfekt bei jungen Frauen ohne relevante Vorerkrankung z.B., da lässt sich die Behandlung oft 1:1 übertragen. Da achtet man bisschen auf die Resistenzlage und gut ist. Bei der multimorbiden Oma mit dem Harnwegsinfekt sieht das Ganze dann schon wieder anders aus. Kann man also nicht pauschal darauf antworten.

**I:** Ich lese Ihnen nun verschiedene Aussagen vor, und Sie nehmen bitte Stellung dazu, inwiefern diese Aussagen Ihrer Ansicht bzw. Erfahrung nach zutreffen?

„Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.“

**W338A-A:** Ja.

**I:** „Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie.“

**W338A-A:** Teils, teils. Es ist wahrscheinlich wie immer die Mischung aus beidem.

**I:** „Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden.“

**W338A-A:** Das sagte ich ja schon. Manche sind da echt gut, manche allerdings viel zu komplex.

**I:** „Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen ein.“

**W338A-A:** Nein, das denke ich nicht. Liegt ja, wie gesagt, immer am Behandler selbst.

**I:** „Leitlinien ermöglichen ein strukturierteres Vorgehen bei Diagnose und Therapie.“

**W338A-A:** Absolut, ja.

**I:** „Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.“

**W338A-A:** Nein. Es ist ja immer noch eine Richtlinie und kein Gesetz.

**I:** „Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.“

**W338A-A:** Definitiv, ja.

**I:** Was sollte oder müsste Ihrer Meinung nach rund um das Thema ‚Leitlinien für die hausärztliche Praxis‘ verbessert werden? Wo sehen Sie konkreten Handlungsbedarf?

**W338A-A:** Sinnvoll wäre sicherlich eine gezielte Absprache zwischen den Fachgesellschaften. Also Leitlinien nach dem Baukastenprinzip. Das bleibt in der Medizin aber wahrscheinlich ein Wunschtraum, aber zumindest teilweise könnte man ja, vielleicht über eine übergeordnete Instanz, Leitlinien synchronisieren. Außerdem halt eine Übereinstimmung mit dem, was empfohlen und mit dem, was bezahlt wird. Das wird wahrscheinlich noch ewig dauern, bis wir da mal klare Linien drin haben.

**I:** Einmal angenommen, die von Ihnen angegebenen Punkte würden umgesetzt: Wären Sie unter diesen Voraussetzungen bereit, Leitlinien in der Patientenversorgung stärker als bislang anzuwenden bzw. sich daran zu orientieren?

**W338A-A:** Klar. Fände ich super.

**I:** Und die letzte Frage: Wie könnte man aus Ihrer Sicht die Implementierungsbereitschaft anderer ärztlicher Kollegen in Zukunft erhöhen?

**W338A-A:** Das kommt wahrscheinlich ein bisschen auf die Altersklasse an. Bei den Jüngeren ist das, glaube ich, gar keine große Überzeugungsarbeit mehr notwendig. Bei den Älteren muss man es ihnen halt schmackhaft machen, auf ihrer Komfortzone rauszukommen. Damit meine ich eigentlich so eingefahrene Vorgehensweisen. DMPs waren da schon ein ganz guter Schritt, weil man die bezahlt bekommt. Am Ende läuft es auf den Kosten-Nutzen-Aufwand raus, wobei ich der Meinung bin, dass es der grundlegende Anspruch jedes Kollegen sein müsste, eine evidenzbasierte Therapie anzubieten.

**I:** Das hört sich doch nach einem schönen Schlusswort an! Ich bedanke mich recht herzlich für Ihre Zeit und vor allem für Ihre Expertise.

- **2.19 Transkript Interview XIX – M4217A-A**

I= Interviewer

**M4217A-A** = Arzt

**I:** Guten Tag und vielen Dank für Ihre Zeit. Zuallererst: Könnten Sie mir kurz erzählen, was Ihnen als Erstes beim Thema „Leitlinien“ in den Sinn kommt?

**M4217A-A:** Also, ja. Sehr offene Frage. Zuerst fällt mir da strukturiertes Arbeiten ein, also entlang eines roten Fadens sozusagen. Dann kommt mir so das Wort „Evidenz“ in den Sinn. So funktioniert Medizin im Prinzip ja schon immer, aber da werden die aktuellsten Kenntnisstände immer etwas komprimiert und sozusagen irgendwie auf ein Thema eingestaucht, ja.

**I:** Wie stehen Sie grundsätzlich zu Leitlinien? Warum?

**M4217A-A:** Positiv. Warum auch nicht. Ich denke, die heutige Versorgung wird immer weiter so ausgerichtet sein, weil man gar nicht mehr alles überblicken kann. Also schon lange nicht mehr. Und um da am Puls der Zeit zu bleiben, muss man sich Hilfsmittel ranholen in Form von Handlungsempfehlungen. Ich würde behaupten, dass Kollegen, die das komplett ablehnen, aus welchen Gründen auch immer, veraltet therapieren.

**I:** Inwiefern bringen Leitlinien aus Ihrer Sicht Vorteile, inwiefern Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?

**M4217A-A:** Ja, Vorteile. Also ich sehe den riesen Wissensgewinn, weil eben von allen möglichen Studien da Ergebnisse zusammengetragen und komprimiert werden einmal. Das kann man als normaler angestellter Arzt oder schon gar nicht als Praxisinhaber auch nur ansatzweise selbst leisten, denke ich. Dann machen die Gesellschaften da draus noch ein Rezept, um quasi danach kochen zu können. Natürlich gibt es, wie überall Qualitätsunterschiede, aber im Großen und Ganzen wäre man doch blöd, wenn man das nicht annimmt. Mit Einschränkungen selbstverständlich.

**I:** Die da wären?

**M4217A-A:** Na man muss schon ein bisschen Erfahrung mitbringen und dann auch mal auf den Patienten hören. Also Anpassung meine ich.

**I:** Sehen Sie auch Nachteile?

**M4217A-A:** Finde ich schwierig, weil ich muss sie ja nicht umsetzen und quasi Nachteile in Kauf nehmen. Aber was mir spontan einfällt, sind so die üblichen Verdächtigen, was also Interessengruppen angeht. Was ich damit meine ist, dass man manchmal schon den Eindruck bekommt, dass der ein oder andere Pharmakonzern z.B. bei der Entwicklung zumindest finanziell beigesteuert hat, um sich selber dann besser zu positionieren, verstehen Sie? Ob die Empfehlung dann immer ganz neutral oder eben die Beste ist, weiß ich nicht. Man macht es eben so und in fünf Jahren sieht das eventuell schon wieder ganz anders aus.

**I:** Wie groß ist Ihrer Ansicht bzw. Erfahrung nach der Nutzen von Leitlinien für die Patientenversorgung?

**M4217A-A:** Ach, ich denke schon groß. Der Patient profitiert natürlich von einer evidenten Behandlung und ich profitiere, weil ich schneller, sicherer und also auch in gewisser Weise rechtssicher bin, ja.

**I:** Was würden Sie sagen: Wie häufig kommt es im Praxisalltag vor, dass Sie sich an Leitlinien orientieren bzw. Ihre Arbeit anhand von Leitlinien ausrichten?

**M4217A-A:** Ich weiß nicht, ob man das so sagen kann. Ich schlage ja nicht bei jedem Patienten die Leitlinie nach, nein. Ich habe die Empfehlung vorher ein paar Mal gesehen, zu

welchem Anlass auch immer, und dann habe ich die ja im Hinterkopf. Ich glaube, dass trifft am Ende auf einen Großteil der Beratungsanlässe zu. Also oft.

**I:** Nutzen Sie die Leitlinien vorwiegend in der Diagnostik, Therapie oder dem Management von Patienten?

**M4217A-A:** Ich würde schon sagen, dass das also meistens in der Therapie vorkommt. Da gibt's dann ja öfters so Entscheidungsbäume. Wenn das zutrifft, dann macht man das und so weiter. Sowas finde ich immer am eingänglichsten und da hat man dann teilweise auch in der Diagnostik bestimmte Wege beschrieben. Schön prägnant, ja. Patientenmanagement weiß ich jetzt nicht. Da fallen mir nur die DMPs ein, aber das sind in gewisser Weise ja auch Leitlinien.

**I:** Würden Sie sagen, Ihre Orientierung an Leitlinien hat in den letzten Jahren eher zugenommen oder eher abgenommen? Worauf führen Sie dies zurück?

**M4217A-A:** Auf jeden Fall zugenommen. Man gewöhnt sich da schon dran, dass man auf den Fortbildungen immer wieder sowas vorgestellt bekommt und dann auch aktiv danach sucht. In der Weiterbildungszeit ist das ja mittlerweile bei den Assistenten nicht mehr wegzudenken. Die werden in der Regel damit groß und setzen das dann auch später um. Ich habe neulich einen Famulanten dagehabt, der hat das immer parallel in einer App nachgeschaut. Fand ich auch eine elegante Lösung.

**I:** In welchen Situationen wenden Sie Leitlinien bevorzugt an bzw. orientieren sich daran oder haben dies in der Vergangenheit bereits getan? Verdachtsfall, Erstdiagnose, Therapie, Verlaufskontrolle, Screening, Notfall, Spezialdiagnosen, Präventionszwecke?

**M4217A-A:** Wie gesagt, ich denke am meisten in der Therapie und dann in der Diagnostik, ja. Ansonsten, ja gerne die Kardiologie und Neurologie. Also so Sachen, die man einfach nicht täglich macht, da schaue ich dann auch mal öfters nach.

**I:** Bei welchen Krankheitsbildern arbeiten Sie (insbesondere) mit Leitlinien? Weshalb gerade dort?

**M4217A-A:** Es gibt eine recht aktuelle von der DEGAM für Husten. Die finde ich ganz gut und die lässt einem auch offen, z.B. einfach mal darauf zuzuwarten. Da gibt's eine Kurzfassung, die besteht nur aus einer Grafik, also so einem Entscheidungsbaum. Das kann ich sogar meinen MTA in die Hand drücken und die kommen auf dasselbe Ergebnis. Ansonsten bin ich da recht offen. Die Klassiker wie Hypertonie, Antibiotikatherapie und so. Die DEGAM hat noch eine für den multimorbiden Patienten. Sowas finde ich sympathisch, weil es eben auf die hausärztliche Versorgung zugeschnitten ist.

**I:** Wenn Sie eine Bilanz ziehen müssten: Wie hat sich Ihrer Erfahrung nach die Anwendung der von Ihnen bislang genutzten Leitlinien insgesamt auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität ausgewirkt? Was war gut, was weniger gut?

**M4217A-A:** Ich kann mich nur wiederholen und sagen, dass ich diesbezüglich sehr positiv eingestellt bin, ja. Der Patient profitiert, ich profitiere und ja. Wenn man sich mal darauf eingelassen hat und dem eine Chance gibt, dann kann man doch deutlich effizienter und vor allem sicherer arbeiten. Man muss natürlich gerade bei den Älteren, die dann auch zig Medikamente im Plan haben und die eine riesige Liste an Vorerkrankungen mitbringen, die muss man natürlich etwas individueller anschauen, als den 25-jährigen mit Halsschmerzen. Das kann dann keine Leitlinie wirklich sinnvoll abbilden, aber dafür sind wir ja dann da.

**I:** Wie sind Sie auf die von Ihnen eingesetzten Leitlinien ursprünglich aufmerksam geworden? Von wo haben Sie diese aufgegriffen? Z.B. Fachzeitschriften, Fortbildungen, Lehrbücher/Nachschlagewerke, Qualitätszirkelarbeit, Pharmaunternehmen, Kollegen, Facharztweiterbildung?

**M4217A-A:** Bei Fortbildungen kommt man ja gar nicht mehr drum herum. Ansonsten habe ich ein paar Zeitschriften, also Fachzeitschriften in die Praxis abonniert.

**I:** Welche wären das?

**M4217A-A:** Der Hausarzt und der Internist und noch ein Journal wo ich gerade nicht auf den Namen komme. Das müsste es gewesen sein. Ach so und noch eins wegen der Reise- und Tropenmedizin, ja.

**I:** Benutzen Sie ansonsten noch Quellen?

**M4217A-A:** Ja sicher. Fast ausschließlich das Internet. Also die Seite von der DEGAM und AWMF auf jeden Fall. Ansonsten bei den Gesellschaften. Eigentlich nur noch. Wie gesagt, da gibt es ja auch jeweils Apps, aber ich sitze in der Regel eh immer am Bildschirm, wenn ich etwas nachschlagen will. Deshalb benutze ich die nicht wirklich.

**I:** In welchen Zeitabständen überprüfen Sie sich auf die Aktualität der Leitlinie?

**M4217A-A:** Immer mal wieder will ich sagen. Also eigentlich immer, wenn ich die mal wieder aufmache, um was nachzugucken. Ich denke, das kommt auf das Thema an. So seltene Sachen guckt man fast jedes Mal nach, beim Blutdruck oder so eigentlich nur, wenn es was Neues geben sollte. Immer wenn ich gerade auf irgendwas stoße, wo es eine Leitlinie zu gibt und ich es länger nicht mehr gesehen habe, dann gucke ich mal wieder. Zeitabstände kann ich da jetzt aber nicht nennen. Immer mal wieder kommt ja dann auch in den Fachmagazinen eine Aktualisierung und dann lese ich die durch und übernehme das dann.

**I:** Gibt es bestimmte Arten oder Typen von Leitlinien, die Sie bevorzugen? Falls ja, warum?

**M4217A-A:** Möglichst kurz und prägnant. Am besten mit Tabellen oder so Flowcharts sollte es sein. So Arbeiten, wo man auf den ersten Blick sieht, wie man weitermachen muss, ohne sich komplett ins Thema einlesen zu müssen. Das meinen Sie oder?

**I:** Ja genau. Achten Sie dabei aber auch auf die Qualitätsstufe? Also ist Ihnen wichtig, dass es sich z.B. um einen S3-Standard handelt?

**M4217A-A:** Ach so. Ich meine, wenn eine Leitlinie S3-Standard hat, sind das in der Regel keine Kolibris, sondern medizinische Klassiker. Da gibt es wenig zu diskutieren und da ändert sich auch nur selten was, oder? Bei den diskutableren Anlässen gibt es dann natürlich nicht immer so höherklassige Ausarbeitungen und dann muss man nehmen, was eben da ist. So sehe ich das.

**I:** Geben Sie Leitlinien der DEGAM eher den Vorzug gegenüber Leitlinien anderer Fachgesellschaften? Falls ja, warum?

**M4217A-A:** In der Regel schon, ja. Das ist zumindest immer meine erste Anlaufstelle, weil das eben unsere Fachgesellschaft ist. Da sind die Themen drin, die uns häufig begegnen und auch so aufgearbeitet, wie wir das in der Allgemeinmedizin handhaben können. So ist zumindest die Idee, aber Ausnahmen bestätigen ja bekanntlich die Regel. Dann gibt es natürlich fachspezifische Dinge, die hat die DEGAM halt nicht im Programm, dann guckt man die da nach. Man muss aber auch wissen, wo so seine Grenzen aufhören. Ich bilde mir gar nicht ein, einen z.B. neurologischen Patienten nur anhand einer Leitlinie behandeln zu können. Der gehört dann in manchen Fällen einfach zum Gebietsarzt, ja.

**I:** Welche Voraussetzungen oder Eigenschaften muss eine gute Leitlinie erfüllen, damit Sie diese in Ihrer praktischen Tätigkeit aufgreifen/anwenden? Ich denke da an Umsetzbarkeit, Mehrwert für den Behandlungsablauf in puncto Effizienz, Effektivität und Wirtschaftlichkeit?

**M4217A-A:** Erstmal muss es sie geben. Das war zumindest früher das Problem, dass es einfach nicht so viele Leitlinien gab. Das hat sich ja schon geändert. Zweitens sagte ich ja schon: kurz und knapp mit vielen Bildern sollte es sein. Als das würde ich dann zu Effektivität und Effizienz zählen, denke ich. Wirtschaftlichkeit muss jeder Praxisinhaber in Hinterkopf

haben und da gibt es so manchmal Ungereimtheiten zwischen Realität und Empfehlung. Das wäre natürlich schön, wenn Alles was so als Goldstandard hingestellt wird, auch von der KV übernommen würde. Das ist halt nicht immer der Fall und da muss man einen Mittelweg finden. Wäre schön, wenn das in Zukunft etwas kongruenter wäre.

**I:** Wie wichtig ist es Ihnen, dass Leitlinien Empfehlungen machen, wie sich ärztliche Aufgaben an Mitglieder des Praxispersonals delegieren lassen? Inwiefern machen Sie davon Gebrauch?

**M4217A-A:** Habe ich so noch nie genutzt. Klar nehmen bei mir die MFA Blut ab und so und machen in gewisser Weise schon Diagnostik, aber ich denke, das hat mit Leitlinien nicht viel zu tun. Wüsste ich jetzt nicht.

**I:** Nutzen Sie die Möglichkeit der „Patientenfassung“ von Leitlinien, damit sich Ihre Patienten selbst mit der Thematik auseinandersetzen können? Wenn ja, in welcher Form?

**M4217A-A:** Ja, schon regelmäßig. Gerade bei so Diabetesgeschichten. Ich drucke das jetzt nicht immer aus, aber zumindest verweise ich dann auf die Homepage. Das finde ich schon eine gute Sache.

**I:** Welche Probleme bzw. Herausforderungen nehmen Sie bei der Leitlinienimplementierung in Ihrem Praxisalltag wahr?

**M4217A-A:** Zumeist die Kenntnis. Man muss sich schon aktiv damit beschäftigen, um überhaupt zu wissen, wozu es alles Leitlinien gibt. In den Fortbildungen wird dann oft das gleiche Thema zum fünften Mal durchgekaut und das holt dann irgendwann natürlich keinen mehr ab. Ich denke, dass man da viel mehr und vor allem besser machen könnte.

**I:** Wie häufig ist es vorgekommen, dass Sie aufgrund Ihrer Anwendung von Leitlinien Behinderungen bzw. Komplikationen im Praxisalltag erlebt haben, z.B. Verzögerungen/Schwierigkeiten im Praxisablauf?

**M4217A-A:** Gar nicht. Ich würde sogar so weit gehen und sagen, dass ich mit der Anwendung sogar schneller bin.

**I:** Inwiefern lassen sich Leitlinien ohne größere Probleme bzw. Komplikationen auf eine Breite der Patientenschaft anwenden? Inwiefern sind stärkere individuelle Anpassungen oder Einschränkungen erforderlich?

**M4217A-A:** Hausarztmedizin ist Individualmedizin, so viel steht fest. Das heißt aber nicht, denke ich, dass man gewisse Standards nicht auf viele Leute übertragen kann. Also so verstehe ich die Frage. Anpassungen sind immer, oder zumindest meistens nötig, aber prinzipiell spricht ja nichts dagegen, sich trotzdem an der Leitlinie zu orientieren. Wenn ich es nicht mache, muss ich auch dokumentieren, warum.

**I:** Ich lese Ihnen nun verschiedene Aussagen vor, und Sie nehmen bitte Stellung dazu, inwiefern diese Aussagen Ihrer Ansicht bzw. Erfahrung nach zutreffen:

„Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.“

**M4217A-A:** Ja.

**I:** „Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie.“

**M4217A-A:** Nein, nicht immer. Die Mischung macht es wie immer aus, als Erfahrung in Kombination mit den Empfehlungen, ja.

**I:** „Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden.“

**M4217A-A:** Ja.

**I:** „Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen ein.“

**M4217A-A:** Nein.

**I:** „Leitlinien ermöglichen ein strukturierteres Vorgehen bei Diagnose und Therapie.“

**M4217A-A:** Ja, auf jeden Fall.

**I:** „Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.“

**M4217A-A:** Nein.

**I:** „Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.“

**M4217A-A:** Nein, nicht für die Anwendung, aber eventuell dafür, sich up-to-date zu halten.

**I:** Was sollte oder müsste Ihrer Meinung nach rund um das Thema „Leitlinien für die hausärztliche Praxis“ verbessert werden? Wo sehen Sie konkreten Handlungsbedarf?

**M4217A-A:** Ich sagte ja schon, dass es an gescheiter Fortbildung mangelt. Vielleicht hilft es, wenn man spezielle Seminare anbietet und das Ganze dann mit Punkten vergütet. Ansonsten wie immer: Wirtschaftlichkeit. Also, dass das, was empfohlen wird, auch bezahlt wird, klar. Wie soll ich den Patienten denn plausibel erklären, dass eigentlich was anderes besser wäre, aber ich das nicht verschreiben darf. Das verstehe ich nicht unter Medizin.

**I:** Einmal angenommen, die von Ihnen angegebenen Punkte würden umgesetzt: Wären Sie unter diesen Voraussetzungen bereit, Leitlinien in der Patientenversorgung stärker als bislang anzuwenden bzw. sich daran zu orientieren?

**M4217A-A:** Ja klar. Warum nicht.

**I:** Wie könnte man aus Ihrer Sicht die Implementierungsbereitschaft anderer ärztlichen Kollegen in Zukunft erhöhen?

**M4217A-A:** Kurz gesagt: Man muss es ihnen so schmackhaft wie möglich machen, aber ich finde, dass das eigentlich der eigene Anspruch sein sollte.

**I:** Das hört sich nach einem schönen Schlusswort an. Ich bedanke mich für Ihre Zeit und Expertise!

## - 2.20 Transkript Interview XX – M6538E-A

I= Interviewer

**M6538E-A** = Arzt

**I:** Könnten Sie mir kurz erzählen, was Ihnen als Erstes beim Thema „Leitlinien“ in den Sinn kommt?

**M6538E-A:** Ja mal überlegen. Ich denke da ein so ein bisschen innere Sicherheit, also Beruhigung, alles nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Also ich kann was machen und mir dabei einigermaßen sicher sein, dass das der aktuelle Stand der Wissenschaft ist. Gleichzeitig finde ich, dass einem das dann auch rechtlich ein Stück weit absichert. Wo soll der Staatsanwalt denn angreifen, wenn da alles nach Guidelines gemacht worden ist. Ich bin jetzt zwar sozusagen ein alter Hase, also ich komme aus einer Zeit wo noch nicht so viel geklagt worden ist, aber das wird ja immer mehr. Das ist schon eine traurige Entwicklung.

**I:** Wie stehen Sie grundsätzlich zu Leitlinien? Warum?

**M6538E-A:** Was soll ich dazu sagen. Grundsätzlich natürlich positiv. Habe ich ja gerade erwähnt, warum. Aber insgesamt sollte man sich schon in der Medizin auskennen und gewisse Dinge hinterfragen oder zumindest mit seinem Erfahrungsschatz abgleichen, ja.

**I:** Inwiefern bringen Leitlinien aus Ihrer Sicht Vorteile, inwiefern Nachteile für die hausärztliche Patientenversorgung?

**M6538E-A:** Vorteile, ja. Ja man kann sich halt irgendwie darauf verlassen, was da drinsteht und nachschlagen, wenn man mal nicht weiterweiß. Ansonsten eben die klare Sache mit der rechtlichen Sicherheit. Nachteile sehe ich gar nicht so viele. Vielleicht, dass man so ein bisschen den Patienten an sich aus dem Blick verliert und nach *Kochbuch* arbeitet. Aber ich bin so lange im Geschäft, das betrifft mich, glaube ich, nicht mehr.

**I:** Wie groß ist Ihrer Ansicht bzw. Erfahrung nach der Nutzen von Leitlinien für die Patientenversorgung?

**M6538E-A:** Sagte ich ja schon so einigermaßen. Also, wenn man das richtig anwendet, dann kann der Nutzen schon ganz gut sein. Ist aber kein Muss. Generell will ich da aber auch nicht altmodisch klingen. Die Medizin entwickelt sich und man muss gucken, dass man so ein bisschen am Ball bleibt. Dafür sind die schon gut.

**I:** Was würden Sie sagen: Wie häufig kommt es im Praxisalltag vor, dass Sie sich an Leitlinien orientieren bzw. Ihre Arbeit anhand von Leitlinien ausrichten (z.B. Diagnostik, Therapie oder dem Management von Patienten)?

**M6538E-A:** Nicht so wirklich oft. Klar schaut man hin und wieder mal was nach, aber ich verlasse mich da auf meine fast vierzigjährige Karriere als Arzt. Also nicht falsch verstehen, ja: Ich gucke da schon hin und wieder mal rein, aber das ist jetzt nicht die Regel. Eher dann bei so speziellen Sachen, die einem nicht täglich begegnen, also so Exoten will ich mal sagen. Oder eben bei Anlässen, die eher fachübergreifend sind, aber halt nicht zwingen überwiesen werden müssen, weil es vielleicht nicht so schlimm ist. Dann gucke ich mir manchmal an, was die Kollegen sich da so ausgedacht haben.

**I:** Würden Sie sagen, Ihre Orientierung an Leitlinien hat in den letzten Jahren eher zugenommen oder eher abgenommen? Wie viel zugenommen? Worauf führen Sie dies zurück?

**M6538E-A:** Ich denke gerade unter den jüngeren Kollegen, da sehe ich oft, die verwenden das viel häufiger als ich. Dahin wird die Richtung gehen, sag ich mal. Also ist schon mehr geworden ja.

**I:** In welchen Situationen wenden Sie Leitlinien bevorzugt an bzw. orientieren sich daran oder haben dies in der Vergangenheit bereits getan?

**M6538E-A:** Auf jeden Fall in der Therapie. Denke mal in der Diagnostik tut sich selten was Kriegeentscheidendes. Da ist man bei den Therapien schon innovativer. Ansonsten aber natürlich auch da. Wenn ich mir nicht ganz sicher bin; ist es das oder ist es das? Dann hoffe ich immer, dass es da keine tausendseitige Langfassung, sondern am besten so einen Entscheidungsbaum gibt. Also für z.B. die Diagnostik, ja. Dann kann ich oft direkt so manche Sachen ausklammern oder sogar ausschließen. So und dann guck ich weiter. Dosierungen sind dann so ein Thema. Gerade bei Medikamenten, die man selten verordnet, gucke ich da vorher immer nach. Nichts ist peinlicher als ein Plausibilitätsanruf von der netten Apothekerin. Was gibt es da noch zu sagen? DMPs klar, die müssen wir ja quasi nutzen. Das passt vielleicht so in den Punkt Verlaufskontrolle.

**I:** Bei welchen Krankheitsbildern arbeiten Sie insbesondere mit Leitlinien oder haben dies in der Vergangenheit getan? Weshalb gerade dort?

**M6538E-A:** Schwer zu sagen. Ich mache das jetzt so lange. Also ich brauche keinen Diabetologen, um einen Diabetes einzustellen. Meistens sage ich mal. Den Bock fange ich dann schon selber. Da bekommt man auf irgendeiner Fortbildung auch mal die Empfehlung zu vorgebetet, aber grundsätzlich gucke ich da jetzt nicht so oft nach. Ich muss aber auch sagen, dass sich gerade pharmakologisch, also in der ganzen Medizin, in den letzten Jahren so viel getan hat, dass man da nur schwer mithalten kann. Muss ich ehrlicherweise ja auch nicht mehr so lange. Da gibt es zum Beispiel was von der DEGAM, wo es um Polypharmazie geht. Die finde ich dann ganz gut, aber regelmäßig reinschauen tu ich da auch nicht. Außerdem zeigt mein Computerprogramm auch an, wenn es da Überschneidungen oder Kontraindikationen in der Verordnung gibt bei den Medikamenten.

**I:** Haben sie denn Leitlinien-Nachschlagewerke in Ihre Praxissoftware integriert?

**M6538E-A:** Nein, das nicht. Das kann das Programm irgendwie selber. Das macht jetzt aber keine Empfehlung

**I:** Wenn Sie eine Bilanz ziehen müssten: Wie hat sich Ihrer Erfahrung nach die Anwendung der von Ihnen bislang genutzten Leitlinien insgesamt auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität ausgewirkt? Was war gut, was weniger gut?

**M6538E-A:** Schwer zu sagen. Aber wenn ich was nachschlage, was ich vorher nicht genau wusste, ja, und der Patient geht dann mit der richtigen Behandlung nach Hause, dann denke ich, dass das sich positiv ausgewirkt hat. Verstehen Sie, was ich meine. Also das Thema hat jetzt nicht mein Weltbild verändert, aber ab und zu hilft es eben im Alltag.

**I:** Wie sind Sie auf die von Ihnen eingesetzten Leitlinien ursprünglich aufmerksam geworden? Von wo haben Sie diese aufgegriffen?

**M6538E-A:** Hauptsächlich natürlich die ganzen Fachzeitschriften, die ich da jeden Monat in die Praxis gespült bekomme und auch die Pflichtfortbildungen natürlich. Da bekommt man ja das ein oder andere natürlich auch immer mal wieder vorgebetet.

**I:** Wenn Internet: Welche Quelle?

**M6538E-A:** Ganz ehrlich: Eigentlich gar nicht.

**I:** In welchen Zeitabständen überprüfen Sie sich auf die Aktualität der Leitlinie?

**M6538E-A:** Also nein, ich denke, so genau kann ich das für mich nicht so sagen. Ich gucke dann rein, wenn ich was Spezielles brauche, aber ich stelle mir nicht den Wecker um da irgendeine Neufassung zu lesen.

**I:** Gibt es bestimmte Arten oder Typen von Leitlinien, die Sie bevorzugen? Falls ja, warum?

**M6538E-A:** Nicht wirklich. Klar, wenn das jetzt irgendwas ist, was es schon seit Jahrzehnten gibt und wo sich alle einig sind, dann werde ich das natürlich auch so weitermachen. Aber wichtiger ist, dass es überhaupt was gibt, zu meiner Fragestellung.

**I:** Geben Sie Leitlinien der DEGAM eher den Vorzug gegenüber Leitlinien anderer Fachgesellschaften? Falls ja, warum?

**M6538E-A:** Ja schon. Ich denke, dass Fachgesellschaften immer für sich selbst denken. Die Gastroenterologen machen keine Leitlinie, die explizit für die Hausarztpraxis gedacht ist. Die

machen eine für sich, ja. Bei der DEGAM denke ich, dass das, was die rausbringen, schon irgendwie umsetzbarer ist für uns.

**I:** Welche Voraussetzungen oder Eigenschaften muss eine gute Leitlinie erfüllen, damit Sie diese in Ihrer praktischen Tätigkeit aufgreifen/anwenden?

**M6538E-A:** Also ganz klar, ja. Ich muss was davon haben und der Patient muss was davon haben. Also, wenn jeder an sich selbst denkt, ist an alle gedacht, verstehen Sie? Für mich muss sich das einmal rechnen. Wenn die neue Methode teurer ist als die alte, ok. Aber wenn sie dann auch noch weniger bringt, dann führe ich das nicht ein. Das sollte sowohl monetär passen, als auch schnell und einfach umzusetzen sein.

**I:** Haben Sie da Voraussetzungen, auf die Sie besonders achten?

**M6538E-A:** Umsetzbarkeit, Wirtschaftlichkeit und Prägnanz. Idealerweise ist das von der Praxis aus der Praxis. Da sollte im Vorfeld schon der ein oder andere Allgemeinmediziner in Wörtchen in der Fassung mitgesprochen haben. Am liebsten sind mir da immer noch einfache Kurzfassungen. Draufgucken und jeder versteht, was gemeint ist.

**I:** Wie wichtig ist es Ihnen, dass Leitlinien Empfehlungen machen, wie sich ärztliche Aufgaben an Mitglieder des Praxispersonals delegieren lassen? Inwiefern machen Sie davon Gebrauch?

**M6538E-A:** Da habe ich ehrlicherweise noch nie darüber nachgedacht. Fällt mir auch nichts zu ein.

**I:** Nutzen Sie die Möglichkeit der „Patientenfassung“ von Leitlinien, damit sich Ihre Patienten selbst mit der Thematik auseinandersetzen können? Wenn ja, in welcher Form?

**M6538E-A:** Nein, mache ich nicht. Ganz ehrlich, das liest wirklich niemand. Wenn jemand gezielt nachfragt und wirklich genau wissen will, um was es geht, ja, dann kann man ihn auf die Seite von der DEGAM oder AWMF oder so verweisen. Ansonsten hat wahrscheinlich jeder Hausarzt für das Tagesgeschäft, also das, was jeden Tag fünfmal durch die Tür reinspaziert, da hat man dann so Zusammenstellungen auf Papier ausgedruckt. Was weiß ich: Schlafen sie viel? Trinken sie genug? Sowas.

**I:** Welche Probleme bzw. Herausforderungen nehmen Sie bei der Leitlinienimplementierung in Ihrem Praxisalltag wahr?

**M6538E-A:** Habe da eigentlich noch nie wirklich ein Problem festgestellt, nein.

**I:** Wie häufig ist es vorgekommen, dass Sie aufgrund Ihrer Anwendung von Leitlinien Behinderungen bzw. Komplikationen im Praxisalltag erlebt haben?

**M6538E-A:** Nein, das liegt ja nur an mir selbst. Kann schon mal sein, dass man ein paar Minuten verliert um was nachzugucken, aber generell nicht denke ich.

**I:** Haben Sie Leitlinien in Ihre Praxissoftware integriert?

**M6538E-A:** Nein. Nein, ich finde, das müsste heutzutage Standard sein, ja. Die gibt es doch sowieso kostenfrei im Internet. Warum muss ich dann noch ein Abo abschließen und denen das Geld in den Rachen werfen. Nein, da gibt es ja verschiedene Anbieter, die habe ich aber nicht im Programm.

**I:** Inwiefern lassen sich Leitlinien ohne größere Probleme bzw. Komplikationen auf eine Breite der Patientenschaft anwenden? Inwiefern sind stärkere individuelle Anpassungen oder Einschränkungen erforderlich?

**M6538E-A:** Anpassungen sind nach meinem Medizinverständnis immer notwendig. Einer ist nicht wie der Andere und die meisten kenne ich schon viele Jahre. Da spielen tausend Sachen mit rein, wie der am Ende bei mir aus der Praxis geht. Da muss man schon verschiedene Einflussfaktoren abwägen. Klar, so eine Empfehlung für eine bestimmte Antibiose oder so, ja, da muss ich nichts anpassen, verstehen Sie? Aber so im Großen und Ganzen sollte Allgemeinmedizin schon individuell abgestimmt sein.

**I:** Ich lese Ihnen nun verschiedene Aussagen vor, und Sie nehmen bitte Stellung dazu, inwiefern diese Aussagen Ihrer Ansicht bzw. Erfahrung nach zutreffen:  
„Leitlinien erhöhen die Effizienz von Diagnoseverfahren und Therapien in der Arztpraxis.“

**M6538E-A:** Ich denke nicht, nein. Allerdings habe ich auch schon so lange meine Routinen, da ändert die Leitlinie jetzt auch nichts dran.

**I:** „Ich verlasse mich lieber auf mein eigenes Vorgehen als auf eine Leitlinie.“

**M6538E-A:** Ja natürlich. Erfahrung ist bekanntermaßen nur durch noch mehr Erfahrung zu ersetzen.

**I:** „Leitlinien lassen sich in der Regel einfach und unkompliziert anwenden.“

**M6538E-A:** Ja.

**I:** „Leitlinien greifen zu stark in eingespielte Praxisabläufe und -routinen ein.“

**M6538E-A:** In meine, zumindest nicht, nein.

**I:** „Leitlinien ermöglichen ein strukturierteres Vorgehen bei Diagnose und Therapie.“

**M6538E-A:** Ja, das kann man schon sagen, denke ich, ja.

**I:** „Leitlinien schränken die ärztliche Therapiefreiheit zu stark ein.“

**M6538E-A:** Auf keinen Fall, nein.

**I:** „Für eine Anwendung von Leitlinien fehlt häufig die Zeit im Praxisalltag.“

**M6538E-A:** Ja, ich meine, das geht nicht während der Sprechzeiten. Das mache ich, wenn dann privat in meiner Freizeit.

**I:** Wie informieren Sie sich üblicherweise über Leitlinien? Welche Medien nutzen Sie dafür?

**M6538E-A:** Also klar muss man jedes Jahr eine gewisse Zahl an Fortbildungsstunden ableisten, um auf seine Punkte zu kommen. Da hört man viel über Leitlinien, aber man vergisst fast genauso viel wieder darüber. Wenn ich einen konkreten Beratungsanlass habe, dann gebe ich das bei einer Suchmaschine ein und schaue, welche Fachgesellschaft da eine Leitlinie für anbietet. Klar ist das oft die DEGAM, aber manchmal muss man eben auch bei den anderen schauen.

**I:** Was sollte oder müsste Ihrer Meinung nach rund um das Thema ‚Leitlinien für die hausärztliche Praxis verbessert werden? Wo sehen Sie konkreten Handlungsbedarf?

**M6538E-A:** Da müsste ich drüber nachdenken. Fällt mir spontan nichts ein.

**I:** Einmal angenommen, die von Ihnen angegebenen Punkte würden umgesetzt: Wären Sie unter diesen Voraussetzungen bereit, Leitlinien in der Patientenversorgung stärker als bislang anzuwenden bzw. sich daran zu orientieren?

**M6538E-A:** Ja, warum nicht.

**I:** Das hört sich doch nach einem schönen Schlusswort an! Ich bedanke mich recht herzlich für Ihre Zeit und vor allem für Ihre Expertise.

## 8 Danksagung

Mit großer Freude möchte ich mich an dieser Stelle bei allen Unterstützern dieser Arbeit bedanken:

Mein Dank richtet sich zunächst an meinen Doktorvater welcher mir an seinem Institut die Arbeit an diesem interessanten Thema ermöglicht hat.

Ich möchte mich außerdem insbesondere bei meinem Betreuer bedanken, welcher mich einerseits bei der Themenwahl beraten und mich andererseits während des gesamten Prozesses der Arbeit bei sämtlichen Fragen unterstützt und gefördert hat. Seine fachliche Expertise, sein Engagement und seine inspirierenden Ratschläge haben meine Forschung auf ein höheres Niveau gehoben und mich stetig motiviert.

Vielen Dank an alle teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, welche ihr Wissen und ihre Expertise zur Verfügung gestellt haben, um diese Arbeit zu realisieren.

Ein besonderer Dank gilt meiner Frau und meinen Kindern, die in den vergangenen Monaten auf so vieles verzichten mussten, um mich bei meiner Forschungsarbeit zu unterstützen. Eure Geduld, Liebe und Euer Verständnis haben mir die Kraft gegeben, dieses Ziel zu erreichen.

Ein herzliches Dankeschön geht auch an Lara und Michael, die mir mit ihrem Fachwissen, ihrer Zeit und ihrer moralischen Unterstützung zur Seite standen. Eure Hilfe hat die Qualität meiner Arbeit maßgeblich beeinflusst und meinen Forschungsprozess bereichert.

Ich möchte mich bei allen Freunden bedanken, die mich auf meinem Weg unterstützt haben, sei es durch aufmunternde Worte, konstruktive Kritik oder praktische Hilfe. Ohne Euch wäre diese Aufgabe nicht zu schaffen gewesen!

## **9 Tabellarischer Lebenslauf**

### **Persönliche Angaben**

Rick Rusert