



Medizinische Leitlinien (CPGs)– Empfehlungen für die Klinische Praxis

Was sind Leitlinien für die klinische Praxis?

Leitlinien für die klinische Praxis (CPGs) wurden definiert als "...systematisch entwickelte Empfehlungen zur Unterstützung von Ärzten und Patienten bei der Entscheidung über eine angemessene Gesundheitsversorgung in bestimmten klinischen Situationen" [1] oder als "Empfehlungen, die zur Optimierung der Patientenversorgung beitragen und auf einer systematischen Überprüfung der Evidenz und einer Bewertung von Nutzen und Schaden alternativer Behandlungsmethoden beruhen" [2]. Das übergeordnete Ziel von Leitlinien besteht darin, Empfehlungen zu geben, wie Mitarbeiter im Gesundheitswesen und anderer Berufsgruppen Menschen mit bestimmten Erkrankungen versorgen sollten [3]. Dieses Merkblatt konzentriert sich auf Leitlinien für die Behandlung von Personen mit Schmerzen.

Warum sind die Leitlinien wichtig?

Personen mit Schmerzen, Kliniker:innen und politische Entscheidungsträger:innen sehen sich mit einer verwirrenden Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten konfrontiert, die alle von enthusiastischen Befürwortern und Befürworterinnen unterstützt werden. Die Evidenzbasis wächst schnell, aber die Qualität dieser Evidenz ist sehr unterschiedlich. Wir wissen, dass Umfang, Art und Qualität der Versorgung von Personen mit Schmerzen sehr unterschiedlich sein können. Leitlinien sind ein wichtiges Instrument, um die besten Erkenntnisse systematisch zu bündeln und klare Empfehlungen für die klinische Versorgung zu geben. Indem die Leitlinien wirksame, evidenzbasierte Maßnahmen empfehlen und von Maßnahmen abraten, die wissenschaftlich nicht abgesichert sind, wird versucht, die Qualität der Versorgung zu optimieren und gleichzeitig keine Zeit zu verschwenden und das Risiko eines potenziellen Schadens in Verbindung mit unwirksamen oder unsicheren Maßnahmen zu verringern [4].

Wer entwickelt die Leitlinien und warum ist das wichtig?

Leitlinien werden häufig von staatlichen Stellen wie dem National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in Großbritannien oder von Berufs- und Interessenverbänden entwickelt. Beispiele hierfür sind das American College of Physicians oder die Interessengruppe Neuropathischer Schmerz der IASP (NeupSIG), aber auch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) in Deutschland. Unabhängig von der Art der Organisation, die sie entwickelt, müssen bei der Ausarbeitung klinischer Leitlinien alle an der Patientenversorgung beteiligten klinischen Disziplinen vertreten sein, und es müssen auch Menschen, die Erfahrungen mit der Krankheit haben, kritisch zu Wort kommen. Wenn dies nicht gewährleistet ist, besteht die Gefahr, dass die Leitlinien eher die Interessen einer bestimmten klinischen Disziplin als die beste klinische Praxis für die Patientinnen und Patienten widerspiegeln und dass die Empfehlungen nicht den Bedürfnissen der Menschen entsprechen, die mit Schmerzen leben oder sich um sie kümmern. Darüber hinaus ist eine vollständige Transparenz in Bezug auf mögliche Interessenkonflikte bei den



Entwicklern der Leitlinien erforderlich, einschließlich beruflicher Interessen und Beziehungen zur Industrie [5].

Wie sollten sie entwickelt werden und woran erkenne ich eine vertrauenswürdige Leitlinie?

Die Entwicklung einer Leitlinie sollte ein systematischer und transparenter Prozess sein, der Folgendes beinhalten sollte: die Entwicklung und Festlegung eines klaren Anwendungsgebietes für die Leitlinie und der Methodik, bevor nach Evidenz gesucht wird; die Einberufung einer Gruppe (Ausschuss), die die Leitlinie entwickelt und angemessene Kenntnisse, Fähigkeiten und fachliche Repräsentation besitzt; die Durchführung systematischer Studien speziell zu den für das Anwendungsgebiet umrissenen Fragen und schließlich die Prüfung der Evidenz und deren Umsetzung in Empfehlungen. Bei der Festlegung des Anwendungsgebietes und der Entwicklung der endgültigen Leitlinie sollte ein Konsultationsprozess mit allen wichtigen Interessengruppen, einschließlich der Schmerzpatientinnen und -patienten, stattfinden. Leitlinien sollten ihre Empfehlungen und die zu ihrer Erstellung herangezogene Evidenz klar kommunizieren.

Sie können das AGREE-II-Instrument verwenden, um die Qualität von Leitlinien zu bewerten [6]. Es stellt Fragen zum Anwendungsgebiet und Zweck der Leitlinie, zur Qualität der Einbeziehung von Interessengruppen, zur Genauigkeit der Entwicklung, zur Klarheit der Darstellung, zur Anwendbarkeit und zur redaktionellen Unabhängigkeit der Leitlinie sowie zum Zeitrahmen der Studien.

Warum können verschiedene Leitlinien zum selben Thema voneinander abweichen?

Es gibt eine Reihe von Gründen, warum verschiedene Leitlinien zu ein und demselben Thema manchmal widersprüchliche Empfehlungen aussprechen. Dazu gehören Unterschiede in der interessierten Bevölkerungsgruppe und dem lokalen Umfeld; Unterschiede in Bezug auf das spezifische Datum und den Umfang der Recherchen, was dazu führt, dass unterschiedliche Studien eingeschlossen werden; unterschiedliche methodische Anforderungen, was einen überzeugenden Nachweis der klinischen Wirksamkeit betrifft; und unterschiedliche Interpretationen derselben Evidenz durch verschiedene Leitlinienausschüsse [4,7]. Das Aufkommen widersprüchlicher Empfehlungen verschiedener Leitlinien nimmt mit zunehmendem Umfang und Qualität der Evidenz ab. In der Tat kann eine Inkonsistenz der Empfehlungen verschiedener Leitlinien ein Warnzeichen für eine schwache Evidenz sein [4].

Warum werden Leitlinien nicht immer in der klinischen Praxis umgesetzt?

Die Veröffentlichung einer Leitlinie ist keine Garantie dafür, dass sich die klinische Praxis entsprechend ändert. Es gibt viele Beispiele dafür, dass Leitlinienempfehlungen nicht in großem Maße befolgt werden [8], da potenzielle Hindernisse einer Änderung der Praxis im Wege stehen [9,10]. Dazu gehören die Kenntnis und das Verständnis der Leitlinie durch die Kliniker:innen, ihre Bereitschaft, die Empfehlungen zu akzeptieren (oft gegen tief verwurzelte Überzeugungen, klinische Erfahrungen, Präferenzen und Eigeninteressen), lokale Probleme bei der Umsetzung von



Leitlinienempfehlungen, auch in Zusammenhang mit der Klinikstruktur, die Zugänglichkeit und Glaubwürdigkeit der Leitlinie selbst [9-13] und die Akzeptanz bzw. fehlende Akzeptanz der Leitlinienempfehlungen bei den Patientinnen und Patienten [14].

Wie können wir die Leitlinien umsetzen?

Die Änderung der klinischen Praxis ist ein komplexer Prozess, für den es keine evidenzbasierte spezifische Strategie gibt [15,16]. Es muss für jeden Einzelfall sorgfältig überlegt werden, wie die Empfehlungen der Leitlinien am besten umgesetzt werden können. Dies erfordert ein detailliertes Verständnis des lokalen klinischen Umfelds und der Vielfalt der lokalen Patientengruppen, eine Bewertung der lokalen Ressourcen, die für die Umsetzung benötigt werden, eine angemessene Schulung und Unterstützung der Kliniker:innen, eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Patientengruppen und einen kontinuierlichen Prozess der Bewertung und Anpassung. Es besteht ein dringender Bedarf an mehr Forschung zur effektiven Umsetzung der Leitlinien im Bereich der Schmerzbehandlung.

Fazit

Leitlinien sind ein wichtiges Instrument für die Umsetzung einer evidenzbasierten klinischen Praxis. Sie können uns dabei helfen, die Qualität, Kohärenz und Effizienz der klinischen Versorgung zu verbessern, den Patientinnen und Patienten bessere Behandlungsmethoden zu bieten und die Effizienz unserer klinischen Systeme zu steigern. Anwender:innen von Leitlinien sollten diese kritisch betrachten und dabei sowohl berücksichtigen, wer sie entwickelt hat, als auch, ob der Entwicklungsprozess etablierten Qualitätsindikatoren entspricht.

Literaturangaben

1. Field MJ, Lohr KN. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
2. Graham R, Mancher M, Miller, Wolman D. Clinical practice guidelines we can trust. Washington DC: Institute of Medicine. National Academies Press; 2011.
3. National Institute for Health and Care Excellence.
<https://www.nice.org.uk/process/pmg6/resources/how-nice-clinical-guidelines-are-developed-an-overview-for-stakeholders-the-public-and-the-nhs-2549708893/chapter/nice-clinical-guidelines> . Accessed 23/11/21
4. O'Connell NE, Ward SP. Low Back Pain: What Have Clinical Guidelines Ever Done for Us? J Orthop Sports Phys Ther 2018;48(2):54-57. doi:10.2519/jospt.2018.0602
5. Spithoff S, Leece P, Sullivan F, Persaud N, Belesiotis P, Steiner L (2020) Drivers of the opioid crisis: An appraisal of financial conflicts of interest in clinical practice guideline panels at the peak of opioid prescribing. PLoS ONE 15(1): e0227045.
6. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Can Med Assoc J. 2010. doi:10.1503/cmaj.090449



7. O’Connell NE, Cook CE, Wand BM, Ward SP. Clinical guidelines for low back pain: a critical review of consensus and inconsistencies across three major guidelines. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2016;30:968-980. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2017.05.00>
8. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG; Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet* 2018 ;391(10137):2368-2383. [https://doi:10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](https://doi:10.1016/S0140-6736(18)30489-6)
9. Slade SC, Kent P, Patel S, Bucknall T, Buchbinder R. Barriers to primary care clinician adherence to clinical guidelines for the management of low back pain: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Clin J Pain*. 2016;32:800-816. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000324>
10. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and strategies in guideline implementation—a scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2016;4:36. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030036>
11. Bishop FL, Dima AL, Ngui J, et al. “Lovely pie in the sky plans”: a qualitative study of clinicians’ perspectives on guidelines for managing low back pain in primary care in England. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2015;40:1842-1850. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000001215>
12. Bishop PB, Wing PC. Compliance with clinical practice guidelines in family physicians managing worker’s compensation board patients with acute lower back pain. *Spine J*. 2003;3:442-450. [https://doi.org/10.1016/S1529-9430\(03\)00152-9](https://doi.org/10.1016/S1529-9430(03)00152-9)
13. Figg-Latham J, Rajendran D. Quiet dissent: the attitudes, beliefs and behaviours of UK osteopaths who reject low back pain guidance – a qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract*. 2017;27:97-105. <https://doi.org/10.1016/j.math.2016.10.006>
14. Spitaels D, Vankrunkelsven P, Desfosses J, et al. Barriers for guideline adherence in knee osteoarthritis care: a qualitative study from the patients’ perspective. *J Eval Clin Pract*. 2017;23:165-172. <https://doi.org/10.1111/jep.12660>
15. Mesner SA, Foster NE, French SD. Implementation interventions to improve the management of non-specific low back pain: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17:258. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1110-z>
16. Suman A, Dijkers MF, Schaafsma FG, van Tulder MW, Anema JR. Effectiveness of multifaceted implementation strategies for the implementation of back and neck pain guidelines in health care: a systematic review. *Implement Sci*. 2016;11:126. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0482-7>

Autoren

Neil E O’Connell, Phd, Reader, Department of Health Sciences, Centre for Health and Wellbeing across the Lifecourse, College of Health, Medicine and Life Sciences, Brunel University London, UK

Didier Bouhassira (MD, PhD), Director of Research, Laboratory of Pathophysiology and Clinical Pharmacology of Pain, Inserm (U987), APHP, Paris-Saclay University, Ambroise Paré Hospital, Boulogne-Billancourt, France.



Prof. Denise Harrison (RN, RM, PhD) Professor, Department of Nursing, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences. University of Melbourne.