



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

OBSAN **BERICHT 51**

51

Guidelines in Schweizer Ärztenetzen

Entwicklung und Bedeutung

Peter Berchtold, Christof Schmitz, Joachim Maier

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden unter www.obsan.ch.

In der **Reihe «Obsan Bericht»** erscheinen Berichte und Analysen zu Gesundheitsthemen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Expertinnen und Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Sie werden einer Qualitätskontrolle durch ein Reviewboard unterzogen. Der Inhalt der Obsan Berichte unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Berichte liegen in der Regel als gedruckte Fassung vor.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen/Autoren

- Peter Berchtold, Christof Schmitz, Joachim Maier, College M Management und Medizin, Bern

Reviewboard

- Professor Renato Galeazzi, St. Gallen
- Professor Johann Steurer, Horten-Zentrum, Universitätsspital Zürich
- Dr. med. Monika Diebold, Leiterin Obsan
- Paul Camenzind, stv. Leiter Obsan

Projektleitung Obsan

Monika Diebold

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 51

Zitierweise

Berchtold, P., Schmitz, C. & Maier, J. (2012). *Guidelines in Schweizer Ärztenetzen. Entwicklung und Bedeutung* (Obsan Bericht 51). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Bundesamt für Statistik

Espace de l'Europe 10

CH-2010 Neuchâtel

Tel. 032 713 60 45

E-Mail: obsan@bfs.admin.ch

Internet: www.obsan.ch

Originaltext

Deutsch

Übersetzung

Sprachdienste BFS

Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

Bestellungen

Tel. 032 713 60 60

Fax 032 713 60 61

E-Mail: order@bfs.admin.ch

Bestellnummer

873-1201

Preis

Fr. 8.– (exkl. MWST)

Download PDF

www.obsan.ch > Publikationen

ISBN

978-3-907872-98-7

© Obsan 2012



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Guidelines in Schweizer Ärztenetzen

Entwicklung und Bedeutung

Peter Berchtold, Christof Schmitz, Joachim Maier

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
Resumé	9
1 Einführung	13
1.1 Schweizer Ärztenetze	13
1.2 Besonderheiten der Medizin	14
1.3 Evidenz-basierte Medizin und Guidelines	15
2 Ziele und Forschungsfragen	17
3 Methodisches Vorgehen	19
3.1 Erhebungsinstrumente und Stichproben	19
3.2 Auswertungsschritte	20
4 Die Guidelines in den Ärztenetzen	23
4.1 Charakteristika der Guidelines	23
4.2 Anwendung der Guidelines	24
5 Implementierung der Guidelines in Ärztenetzen	27
5.1 Implementierungsmassnahmen	27
5.2 Auswirkungen unterschiedlicher Implementierungsstrategien	27
5.3 Implementierungsstrategien in Hausarztnetzen	28
6 Auswirkungen der Guidelines in Ärztenetzen	29
6.1 Die Rolle der Qualitätszirkel	29
6.2 Auswirkungen auf die ärztliche Autonomie	30
7 Guidelines und ärztliche Wissensentwicklung	31
7.1 Wissensentwicklung als Konzept	31
7.2 Guideline-assoziierte Wissensentwicklung in Ärztenetzen	32
7.3 Schlussfolgerung	35
8 Synthese	37
9 Anhänge	39
Anhang 1 : Alphabetische Liste der Guidelines in Ärztenetzen	39
Anhang 2 : Fragebogen „Implementierung der Guidelines“	43
Anhang 3 : Zitate zu den 4 Phasen des SECI-Zyklus	44
10 Literatur	49

Index der Abbildungen

Abbildung 1 Beziehung zwischen Anzahl besuchter Qualitätszirkel und „wahrgenommenen Nutzen“	7
Abbildung 2 Beziehung zwischen Anzahl besuchter Qualitätszirkel und „wahrgenommener Nutzen“	29
Abbildung 3 Wissensentwicklung in Ärztenetzen (adaptiert nach Nonaka)	32

Index der Tabellen

Tabelle 1 Besonderheiten der Medizin und des ärztlichen Handelns	14
Tabelle 2 Fragebogen-Rücklauf der einzelnen Netze	20
Tabelle 3 Deskriptive Angaben zu den 4 Faktoren	21
Tabelle 4 Charakteristika der Ärztenetze mit Guidelines	23
Tabelle 5 Charakteristika der Guidelines in den Ärztenetzen	23
Tabelle 6 Guidelines in der Grundversorgung im internationalen Vergleich (% der Praxen)	25
Tabelle 7 Implementierungsmassnahmen der Ärztenetze	27
Tabelle 8 „Schwierigkeiten haben“ und Anzahl besuchte QZ	30
Tabelle 9 Ärztliche Autonomie und Praxisform	30

Zusammenfassung

Ausgangslage

Die hausärztliche Versorgung in der Schweiz verlagert sich zunehmend zu Ärztenetzen: je nach Region entscheiden sich bis zu 30% der Versicherten für eine hausärztliche Betreuung in einem der 86 Ärztenetze bzw. 67, wenn wir die überregionalen Organisationen als ein Netz zählen. Über 50% aller Allgemeinärzte und über 400 andere spezialisierte Fachärzte haben sich einem dieser Ärztenetzwerke angeschlossen. Die innere Verbindlichkeit der Netze wächst kontinuierlich: Alle Netze führen – wenn auch in unterschiedlicher Häufigkeit – verbindliche Qualitätszirkel (QZ) durch, mehr als drei Viertel haben mit den Krankenkassen eine Budgetmitverantwortung vereinbart und rund ein Drittel nutzen netzspezifische, evidenzbasierte Guidelines.

Evidenzbasierte Guidelines sind „systematisch entwickelte Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten, anderen im Gesundheitssystem tätigen Personen und Patienten mit dem Ziel einer angemessenen gesundheitsbezogenen Versorgung in spezifischen klinischen Situationen“.^[13] Eine seit vielen Jahren intensiv diskutierte Frage ist jene nach den wirksamen Implementierungsstrategien. Einigkeit herrscht, dass eine erfolgreiche Implementierung von Guidelines massgeschneidertes und insbesondere mehrstufiges Vorgehen erfordert.

Ziele und Methodik

Ziel der Studie war zu klären, welche Guidelines die Ärzte in Schweizer Ärztenetzen nutzen, welche Krankheiten diese betreffen, wie diese Guidelines entwickelt bzw. implementiert werden, welche Nutzen und Schwierigkeiten in deren Anwendung erlebt werden und welche Schlussfolgerungen daraus zu ziehen sind.

Drei Annahmen lagen dieser Studie zugrunde, nämlich dass (1) Ärztenetze als institutionelle Form der ambulanten Grundversorgung der Implementierung und Anwendung von Guidelines förderlich sind, (2) die inneren Kooperationsformen der Netze ein erfolgreiches Balancieren zwischen verbindlichen Guidelines und ärztlicher Autonomie unterstützen und (3) unterschiedliche Implementierungsstrategien von Guidelines unterschiedliche Resultate hervorbringen.

Die Forschungsfragen dieser Studie beinhalten quantitative und qualitative Aspekte, weshalb ein sog. „Mixed Methods Design“ gewählt wurde. Das „Mixed Methods Design“ hat zum Ziel, quantitative, statistisch analysierbare Daten mit qualitativen, sozialwissenschaftlich erhobenen Daten zu kombinieren: In unserem Fall waren das eine vollständige Erhebung aller Guidelines in Ärztenetzen, ein online-Fragebogen zu Anwendung und Auswirkungen der Guidelines sowie qualitative (sog. narrative) Interviews zu Anwendung und Bedeutung der Guidelines.

Die Guidelines in Ärztenetzen

Von den 67 Netzen arbeiten 20 (30%) mit netzeigenen Guidelines. Bei 4 dieser Netze sind Guidelines in Erarbeitung aber noch nicht implementiert, sie wurden deshalb von dieser Studie ausgeschlossen. Drei Netze verweigerten eine Teilnahme und 13 Netze beteiligten sich an der Studie. Die 13 Netze haben insgesamt 179 Guidelines. Das Gros dieser Guidelines (92%) richtet sich an die Ärzteschaft und ein nur kleiner Teil an medizinisches Praxispersonal oder Patienten. Die häufigsten Guidelines betreffen Diagnostik bzw. Therapie von Herz-Kreislauf-Störungen (13.1%), Infekten (10.1%), Erkrankungen des Bewegungsapparats (9.2%) oder von Leber und Verdauungssystem (8.8%), Stoffwechselstörungen (8.5%) und neurologischen Erkrankungen (7.5%). Die überwiegende Mehrheit der Guidelines (80%) wurde – ausgehend von publizierten Leitlinien – eigens in den Netzen entwickelt, das heisst überarbeitet und an netzspezifische Bedürfnisse adaptiert. Nur ein kleiner Teil wurde aus publi-

zierten Leitlinien unverändert (7%) bzw. mit nur kleinen Anpassungen (13%) übernommen. Rund drei Viertel der Guidelines umfassen den Betreuungsprozess ganz oder teilweise und nur ein Viertel betrifft einzelne medizinische Massnahmen. Die Netze stellen die Guidelines den Ärzten online zur Verfügung, je zur Hälfte entweder öffentlich (Internet) oder im geschlossenen Bereich (Intranet).

Implementierung der Guidelines in Ärztenetzen

Implementierung der Guidelines sowie deren Auswirkungen auf die ärztliche Arbeit wurde mittels online-Fragebogen erhoben. Den Begriff „Implementierung“ nutzen wir in umfassendem Sinn, d.h. einschliesslich Erarbeiten und Adaptieren an den lokalen Kontext (eines Ärztenetzes) sowie die eigentliche Einführung der Guideline. Der Fragebogen wurde an 584 Ärzte in 11 Netzwerke verschickt und von insgesamt 211 oder 36.1% beantwortet. In der Auswertung des Fragebogens konnten mittels Hauptkomponentenanalyse vier Faktoren identifiziert werden (1) "Ärztliche Autonomie" (die Guidelines lassen genügend professionellen Freiraum), (2) "Nutzen wahrnehmen" (Guidelines unterstützen und verbessern die ärztliche Arbeit), (3) "Schwierigkeiten haben" (Anwendung von Guidelines erschwert die ärztliche Arbeit), (4) „Mangelnde Unterstützung“.

Die Ärztenetze setzen unterschiedliche und mehrheitlich mehrere Massnahmen ein, um Guidelines zu implementieren. In sämtlichen Netzen spielen die Qualitätszirkel die zentrale Rolle. In diesen werden Guidelines initiiert, behandelt, überarbeitet und beschlossen. Weitere Massnahmen sind Weiterbildungsveranstaltungen zu Guidelines, regelmässige Reminders zur Beachtung der Guidelines, Verankerung in der Teamarbeit oder vertraglich festgeschriebene Verbindlichkeit. Die Entwicklung und Implementierung der Guidelines wird überwiegend durch netzeigene, in zwei Netzen durch netzfremde finanzielle Unterstützung gefördert.

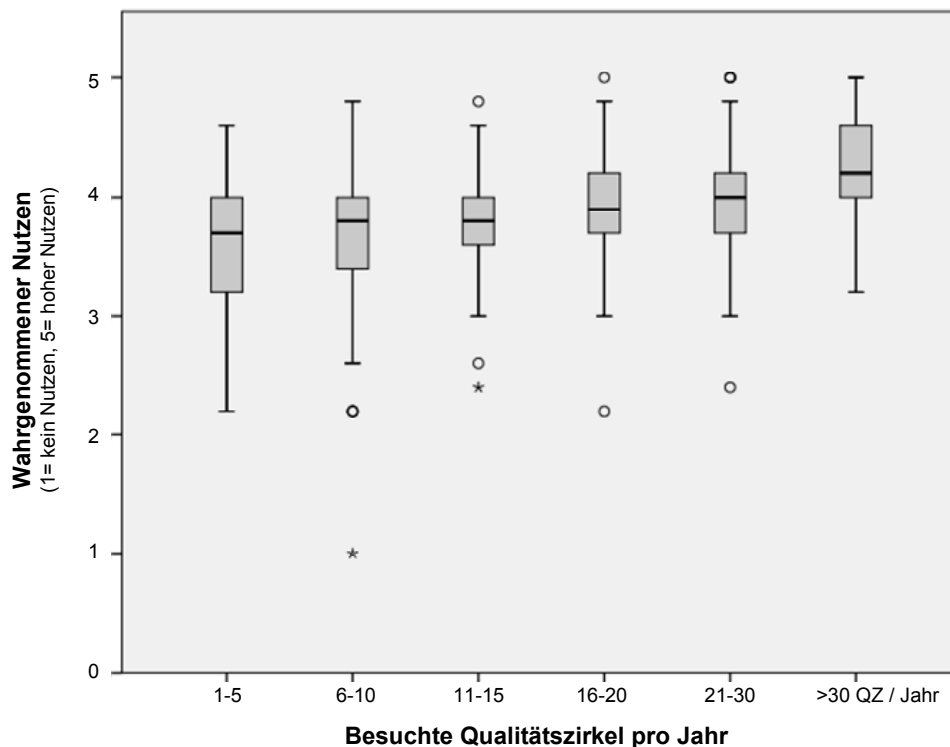
Zur Frage der Wirksamkeit der Implementierungsmassnahmen konnten wir zwei Gruppen von Netzen unterscheiden: jene mit mehrstufiger und jene ohne mehrstufige Implementierung. Ärzte in Netzen mit mehrstufigem Verfahren nehmen signifikant mehr Nutzen bzw. weniger Schwierigkeiten durch die Anwendung von Guidelines wahr als Ärzte in Netzen ohne mehrstufige Implementierung. Ärzte in ärzteigenen Netzen bewerteten den Nutzen höher als die Kollegen in kasseneigenen Netzen.

Die Ärzte nehmen sehr wenig Einschränkung ihrer ärztlichen Autonomie durch die netzeigenen Guidelines wahr. Interessanterweise ist die Einschränkung in Gruppenpraxen signifikant geringer als in Einzelpraxen. Auch die Ärzte, welche sich in der Erstellung von Guidelines engagieren, gaben weniger Einschränkung an als jene, die nicht involviert sind.

Die Rolle der Qualitätszirkel

Qualitätszirkel spielen in allen Ärztenetzen eine zentrale Rolle in der Entwicklung und Implementierung von Guidelines. Nicht nur werden Guidelines in diesen Gremien diskutiert, bearbeitet und formell verabschiedet, sondern hier setzen sich die Ärzte mit den diagnostischen und/oder therapeutischen Empfehlungen intensiv auseinander. Unsere Ergebnisse zeigen, dass Ärzte, welche an vielen Qualitätszirkeln teilnehmen, ihren Nutzen aus der Anwendung von Guidelines signifikant höher bewerteten als ihre Kollegen mit geringerer QZ-Teilnahme (Abb. 1). In Übereinstimmung dazu bewerteten Ärzte mit sehr hoher QZ-Teilnahme (>30 pro Jahr) „Schwierigkeiten haben“ durch die Anwendung von Guidelines tiefer als diejenigen mit weniger QZ-Teilnahme.

Abbildung 1 Beziehung zwischen Anzahl besuchter Qualitätszirkel und „wahrgenommenem Nutzen“
(Boxplot mit Median und Quartilen. Die einzelnen Punkte ausserhalb bezeichnen Ausreisser)



Guidelines und ärztliche Wissensentwicklung in Ärztenetzen

Der beschriebene Nutzenzuwachs für die ärztliche Arbeit kann kaum allein dadurch entstehen, dass Guidelines als Handlungsrahmen die Ärzte im Bemühen um eine evidenznahe und qualitativ hochstehende Behandlung unterstützen. Deshalb sind in jüngster Zeit Initiativen zu beobachten, welche die Implementierung von evidenzbasierter Medizin in der klinischen Praxis als Prozess der Wissensentwicklung verstehen.

Im Grundsatz heisst Wissensentwicklung Zusammenführen von implizitem und explizitem Wissen bzw. der Transformation des einen in das andere und umgekehrt. Wir präsentieren ein aus der Literatur adaptiertes Modell, welches Implementierung und Anwendung von Guidelines in Ärztenetzen als rotierenden Zyklus der Wissensentwicklung beschreibt und vier Phasen umfasst: (1) die Sozialisation, wo Ärzte untereinander und mit Patienten implizites Wissen und Erfahrungen austauschen, (2) die Externalisation, wo implizites Wissen im Kollektiv der Netzärzte (z.B. im QZ) reflektiert und dadurch in explizites Wissen überführt wird, (3) die Kombination, wo explizites Wissen mit wissenschaftlicher Evidenz kombiniert und in die systematisierte Form der Guidelines übertragen wird und (4) die Internalisation, wo durch die Anwendung der Guidelines neue Erfahrungen und implizites Wissen entstehen.

Die Ergebnisse unserer Fragebogen-Erhebung suggerieren einen solchen Zyklus der Wissensentwicklung in Ärztenetzen. In der Auswertung der narrativen Interviews fanden wir viele Hinweise und Belege (Zitate), welche den einzelnen Phasen des beschriebenen Zyklus zugeordnet werden können. Wir schliessen daraus, dass der Nutzen aus der Anwendung von Guidelines umso grösser ist, je stärker der Zyklus der Wissensentwicklung ist, mit dem die Guidelines in Beziehung stehen.

Schlussfolgerungen

Unsere Studienergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass die auffallend positive Haltung der Ärzte gegenüber den netzspezifischen Guidelines, der grössere Nutzen durch mehr Auseinandersetzung mit Guidelines sowie die geringe Wahrnehmung einer Einschränkung der ärztlichen Autonomie (auch) durch den kreativen Prozess der Generierung neuen ärztlichen Wissens unterhalten wird. Solche Prozesse der Wissensentwicklung wären damit zu den wirksamsten Implementierungsstrategien für Guidelines zu zählen. Eine wichtige Voraussetzung für eine derartige Wissensentwicklung ist möglicherweise – wie in unserer Studie die Ärztenetze – ein institutioneller Rahmen. Daraus wäre zu folgern, dass eine evidenzbasierte und guidelineegestützte Patientenbetreuung in Ärztenetzen eher gedeihen kann als in traditionellen hausärztlichen Einzelpraxen.

Résumé

Contexte

En Suisse, la médecine de premier recours se pratique de plus en plus dans le cadre de réseaux de médecins: selon la région, jusqu'à 30% des assurés choisissent un médecin de famille faisant partie d'un des 86 réseaux existants, ou 67 réseaux selon que les organisations suprarégionales sont considérée comme un seul réseau. Plus de 50% des généralistes et plus de 400 médecins spécialistes se sont affiliés à un tel réseau. La réglementation au sein de ces réseaux ne cesse d'augmenter: tous les réseaux tiennent des cercles de qualité (CQ) – même si la fréquence des réunions varie –, plus des trois quarts ont conclu une responsabilité budgétaire avec les caisses-maladie et environ un tiers appliquent leurs propres *guidelines* ou guides de pratique médicale fondés sur des données probantes (*evidence-based*).

Ces guides de pratique médicale sont des « énoncés systématiques conçus pour aider les médecins, le personnel médical des cabinets et les patients à prendre, au sujet des soins, des décisions appropriées dans des circonstances cliniques précises » [13]. Depuis plusieurs années, une question largement débattue est celle du choix d'une stratégie efficace pour leur mise en œuvre. Le succès de cette dernière passe, de l'avis de tous les acteurs concernés, par une démarche en plusieurs étapes, tenant compte des circonstances particulières.

But et méthode

Le but de l'étude était de déterminer quels guides de pratique les médecins affiliés à un réseau suisse utilisent, sur quelles maladies ils portent, comment ces guides sont élaborés et mis en œuvre, quels avantages ils procurent et quelles difficultés ils soulèvent et, enfin, quelles sont les conclusions que l'on peut en tirer.

Trois hypothèses de travail sous-tendaient cette étude: (1) les réseaux de médecins, en tant que forme institutionnelle de la prise en charge ambulatoire, favorisent la mise en place et l'application de guides de pratique; (2) la forme de coopération qu'ils génèrent contribue à assurer un équilibre satisfaisant entre leur caractère obligatoire et l'autonomie des médecins et (3) les résultats diffèrent en fonction des stratégies de mise en place.

L'étude portant sur des aspects tant quantitatifs que qualitatifs, une approche méthodologique dite mixte (*mixed methods design*) a été retenue. Cette approche consiste à combiner des données quantitatives, analysables du point de vue statistique, et des données qualitatives relevées par interviews: Dans le cas présent, on a procédé à un recensement exhaustif des guides en usage dans les réseaux de médecins et on l'a complété par un questionnaire en ligne sur l'utilisation et les conséquences des guides et par des interviews qualitatives (de type narratif) sur leur utilisation et leur importance.

Les guides de pratique médicale dans les réseaux de médecins

20 réseaux sur 67 (30%) appliquent leurs propres guides. Dans 4 d'entre eux, ces guides sont en cours d'élaboration. Comme ils ne sont pas encore en vigueur, ils n'ont pas été retenus dans cette étude. Trois réseaux ont refusé de participer à cette étude et 13 y ont pris part. Ces 13 réseaux appliquent au total 179 guides. La majorité (92%) est destinée aux médecins, une petite partie seulement au personnel des cabinets médicaux ou aux patients. Les guides les plus fréquents concernent le diagnostic et le traitement des troubles cardio-vasculaires (13,1%), des infections (10,1%), des troubles de l'appareil locomoteur (9,2%), des maladies du foie et de l'appareil digestif (8,8%), des troubles du métabolisme (8,5%) et des affections neurologiques (7,5%). La grande majorité des guides (80%) reprennent des recommandations existantes, qui ont été retravaillés et adaptés aux réseaux qui les utili-

sent. Seulement 7% des guides ont été repris tels quels de documents déjà publiés et 13% l'ont été moyennant des modifications mineures. Environ trois quarts des guides ont trait au processus de prise en charge dans son ensemble ou à certains aspects de ce dernier, tandis que le quart restant porte sur des mesures médicales spécifiques. Les réseaux mettent leurs guides à la disposition des médecins en les publiant en ligne, sur Internet pour la moitié d'entre eux ou sur Intranet pour l'autre moitié.

Mise en place des guides de pratique médicale dans les réseaux de médecins

La mise en place de ces guides et leurs conséquences sur l'activité médicale ont fait l'objet d'une enquête en ligne. La « mise en place » est ici définie dans un sens large, c.-à-d. y compris les travaux d'élaboration et d'adaptation aux conditions locales (d'un réseau donné) et l'introduction proprement dite. Le questionnaire a été envoyé à 584 médecins de 11 réseaux; 211, soit 36,1%, y ont répondu. L'analyse des résultats a permis d'identifier quatre aspects à l'aide d'une analyse en composantes principales: (1) « autonomie médicale » (les guides laissent une marge de manœuvre professionnelle suffisante); (2) « utilité perçue » (les guides apportent une aide et améliorent le travail médical); (3) « difficultés rencontrées » (les guides compliquent le travail médical); (4) « manque de soutien ».

Les réseaux de médecins appliquent diverses mesures, et souvent plusieurs à la fois, pour mettre en place des guides de pratique médicale. Tous participent à des cercles de qualité, qui jouent un rôle essentiel. C'est au sein de ces cercles que l'initiative de créer un guide est prise, que le document est élaboré, révisé et adopté. Parmi les autres mesures, citons: les cours de formation continue consacrés aux guides, les rappels réguliers invitant à les appliquer, leur intégration dans le travail d'équipe ou leur caractère obligatoire fixé par contrat. Le développement et la mise en place des guides bénéficient d'un soutien financier propre au réseau dans la majorité des cas et d'un soutien externe dans le cas de deux réseaux.

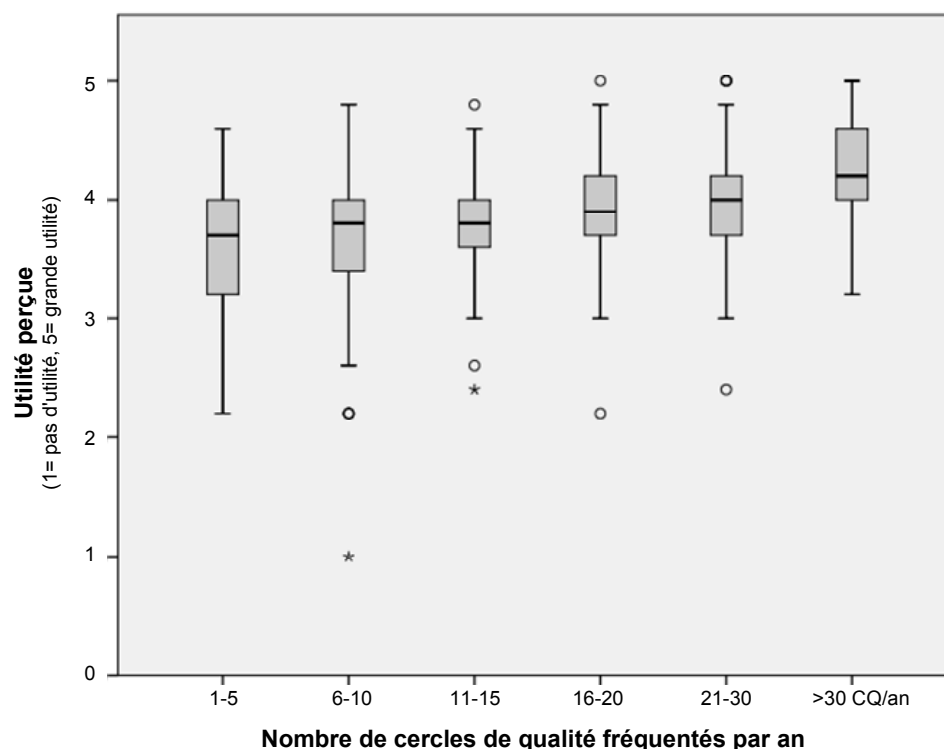
En ce qui concerne l'efficacité des mesures de mise en place, nous avons pu distinguer deux groupes de réseau, selon que la mise en place se fait par étapes ou non. Dans le premier cas, les médecins des réseaux concernés retirent de plus grands avantages et rencontrent moins de difficultés à appliquer les guides de pratique médicale. Les médecins affiliés à un réseau de médecins jugent encore l'utilité de ces guides plus grande que leurs collègues membres d'un réseau d'une caisse-maladie.

Les médecins se sentent très peu limités dans leur autonomie médicale par les guides appliqués dans les réseaux dont ils sont membres. Il est intéressant de noter que l'autonomie des médecins est significativement moins restreinte dans les cabinets de groupe que dans les cabinets individuels. De même, les médecins qui s'impliquent dans l'élaboration de ces guides se sentent moins limités que leurs confrères qui n'y participent pas.

Le rôle des cercles de qualité

Les cercles de qualité jouent un rôle déterminant dans tous les réseaux de médecins, au niveau du développement et de la mise en place des guides. Les guides y sont discutés, formulés et approuvés et les médecins qui en font partie débattent beaucoup des recommandations concernant les diagnostics et/ou les thérapies. Les résultats de l'enquête montrent que les médecins qui participent à beaucoup de cercles de qualité jugent l'utilité des guides significativement plus élevée que leurs confrères qui prennent part à un faible nombre de cercles (figure 1). Logiquement, les médecins participant à un très grand nombre de CQ (>30 par an) déclarent aussi rencontrer moins de « difficultés » dans l'application des guides que ceux dont la participation est faible.

Figure 1 Relation entre le nombre de cercles de qualité fréquentés et l'« utilité perçue » (diagramme en boîtes représentant la médiane et les quartiles. Les points isolés représentent des valeurs aberrantes)



Guides de pratique médicale et développement du savoir dans les réseaux de médecins

Si les médecins retirent une plus grande utilité des guides, ce n'est pas uniquement parce que ces derniers les aident à prescrire des traitements de qualité, fondés sur des données probantes. On observe ainsi l'émergence d'initiatives qui conçoivent la mise en œuvre d'une médecine factuelle dans la pratique clinique comme un processus de développement du savoir.

Le développement du savoir se définit comme la réunion du savoir implicite et du savoir explicite, ou la transformation de l'un dans l'autre et inversement. Nous présentons un modèle adapté de la littérature scientifique, qui décrit la mise en place et l'application de guides dans les réseaux de médecins comme un cycle de développement du savoir en quatre phases: (1) la socialisation, phase où les médecins échangent entre eux et avec leurs patients un savoir implicite et des expériences; (2) l'externalisation, phase où le savoir implicite devient explicite au sein des réseaux de médecins (par ex. dans les CQ); (3) la combinaison, phase où le savoir explicite est combiné avec l'évidence scientifique et retranscrit en énoncés systématiques dans les guides et (4) l'internalisation, phase où l'application des guides donne lieu à de nouvelles expériences et fait naître un savoir implicite.

Les résultats de notre enquête menée au moyen du questionnaire montrent que l'utilité des guides est d'autant plus grande pour l'activité des médecins que ces derniers s'impliquent dans l'élaboration de ces documents. Cette corrélation laisse penser que le cycle de développement du savoir décrit plus haut se produit dans les réseaux de médecins. L'analyse des interviews narratives a d'ailleurs mis en évidence beaucoup d'indications et de citations pouvant être attribuées à l'une ou l'autre phase du cycle décrit précédemment. Nous en concluons que l'utilité des guides de pratique médicale est d'autant plus grande que le cycle de développement du savoir qui leur est lié est important.

Conclusion

La conclusion que l'on peut tirer de cette étude est la suivante: si les médecins ont une attitude remarquablement positive à l'égard des guides spécifiques à leur réseau, s'ils en retirent une utilité d'autant plus grande qu'ils s'impliquent dans leur mise au point et s'ils ne ressentent qu'une faible perte d'autonomie, c'est (aussi) parce que la mise en place de ces guides génère un nouveau savoir médical. On est donc amené à en conclure que ce processus de développement du savoir constitue une des stratégies les plus efficaces de mise en place des guides de pratique médicale. A noter qu'il faut probablement un cadre institutionnel – les réseaux de médecins dans le cas présent – pour favoriser un tel développement du savoir. On en déduit encore qu'une prise en charge des patients fondée sur des données probantes et sur un guide de pratique médicale a plus de chance de se développer au sein des réseaux de médecins que dans les cabinets médicaux traditionnels.

1 Einführung

1.1 Schweizer Ärztenetze

Die hausärztliche Versorgung in der Schweiz verlagert sich zunehmend zu Ärztenetzen und HMOs. Ärztenetze und HMOs sind Organisationen von Grundversorgern, „die auf die Patientenbedürfnisse zugeschnittene Gesundheitsdienste über vertraglich geregelte Kooperationen zwischen den angeschlossenen Ärzten, mit externen Dienstleistern und mit den Versicherern erbringen“. ^[1] Allen diesen Organisationen gemeinsam ist das "Gatekeeping-Prinzip", das heisst der Versicherte verpflichtet sich, das Gesundheitssystem stets auf demselben Weg – durch dasselbe Tor (Gate) – zu betreten, wenn medizinischer Bedarf besteht. Als "Tor" mag ein Ärztenetz, eine HMO oder ein medizinisches Callcenter fungieren. Für fachärztliche oder stationäre Behandlung bedarf es der Überweisung durch einen "Gatekeeper". Im Gegenzug erhalten die Versicherten eine Ermässigung auf ihre Prämien. Notfälle sind von dieser Einschränkung ausgenommen und für Konsultationen beim Frauen- oder Kinderarzt bestehen Sonderregelungen.

Die Entwicklung der Ärztenetze und der Integrierten Versorgung in der Schweiz ist auch mit Blick auf Europa bemerkenswert. ^[2] Im 2010 entschieden sich jeder achte, in den nordwestschweizerischen Kantonen jeder dritte Versicherte für eine hausärztliche Betreuung in einem der 86 Ärztenetze bzw. 67, wenn wir die überregionalen Organisationen (Sanacare-Praxen, Swica-Gesundheitszentren, Centramed-Gesundheitszentren) als je ein Netz zählen. ^[3] Circa 50% aller Allgemeinärzte und über 400 andere spezialisierte Fachärzte haben sich einem dieser Ärztenetzwerke angeschlossen. Die innere Verbindlichkeit der Netze wächst kontinuierlich, was sich u.a. darin zeigt, dass 84% der Netzwerke mit den Krankenversicherern eine Budgetmitverantwortung vertraglich vereinbart haben. Budgetmitverantwortung bedeutet: Ein Ärztenetz übernimmt einen Teil der finanziellen Verantwortung für die medizinische Betreuung eines Kollektivs an Managed-Care-Versicherten. Beinahe alle Netze haben ein oder mehrere Elemente netzweiter Qualitätsarbeit implementiert: An erster Stelle liegen die Qualitätszirkel (QZ), die alle Netze in unterschiedlicher Häufigkeit (zwischen 4- und 30-mal pro Jahr) verbindlich durchführen. Rund die Hälfte der Netze betreibt ein Critical Incident Reporting und rund ein Drittel arbeitet mit klinischen Guidelines.

Trotz dieser eindrücklichen Entwicklung bleibt die integrierte Versorgung in der Schweiz ein strittiges Thema. Insbesondere in der französischen und der italienischen Schweiz steht die Ärzteschaft der Entwicklung von Ärztenetzen skeptischer gegenüber. Entsprechend finden sich in diesen Regionen kaum Ärztenetze. Obwohl Genf eines der ersten und grössten Ärztenetze hat, ergab eine Studie zur integrierten Versorgung in diesem Kanton, dass eine Mehrheit der Ärzte der Ansicht ist, dass Ärztenetze Kosteneinsparungen nur durch Einschränkung des Zugangs zu Versorgungsleistungen (und folglich durch Vorenthaltung ärztlicher Leistungen) oder durch Risikoselektion erreichen, und dass Ärzte in Netzwerken zu sehr von der eigentlichen Arbeit mit ihren Patienten abgelenkt sind ^[4]. Von der Mehrheit aller Hausärzte der Schweiz wird hingegen argumentiert, dass eine gute Patientenbetreuung in der komplexen Medizin heute nur noch mit einem koordinierenden Generalisten im Mittelpunkt (Gatekeeper) zu gewährleisten sei (der dafür auch einen Teil der Budgetverantwortung trage) und dass Ärztenetze eine „Revitalisierung der Hausarztmedizin“ ermöglichen. ^[5] Diese divergierenden Positionen innerhalb der Ärzteschaft prägen auch die aktuellen Diskussionen zur Managed Care-Gesetzesvorlage des Parlaments und zur entsprechenden Referendumsabstimmung.

Gleichzeitig findet die Entwicklung der Integrierten Versorgung in der Schweiz über die Landesgrenzen hinaus grosse Beachtung, denn diese Entwicklung wurde bis heute durch kein Gesetz und keine politischen Vorgaben unterstützt. Die bestehenden Ärztenetze und HMOs sind fast ausschliesslich aufgrund von Initiativen von Ärzten und Krankenversicherern entstanden. Die einzige Rechtsgrundlage ist das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), das solche Initiativen und Entwicklungen zulässt. In anderen Worten, wenn sich mehr als die Hälfte der Grundversorger in der Schweiz einem Ärztenetz anschliessen und in mehr als drei Viertel der Fälle mit den Krankenversicherern eine Budgetmitverantwortung vereinbaren, dann tun sie dies freiwillig. Dies ist deshalb bedeutsam, weil ei-

ne freiwillig vereinbarte vertragliche Festlegung von verbindlicher Kooperation und Budgetmitverantwortung nicht zu den traditionellen Konzepten ärztlicher Arbeit und ärztlichen Selbstverständnisses passt. ^[6] Die Entwicklung der Schweizer Ärztenetze kann deshalb auch als Modell dafür gelten, wie es trotz gegensätzlicher Logik der einzelnen Akteure gelingen kann, dass Leistungserbringende (Ärztenetze) und Finanzierende (Krankenkassen) integrierte Versorgung gemeinsam implementieren und gleichzeitig klinische Autonomie (der einzelnen Ärzte) und finanzielle Verantwortung (der Ärztenetze) in ein funktionierendes Gleichgewicht gebracht werden können. ^[7]

1.2 Besonderheiten der Medizin

Eine grundlegende Herausforderung der Anwendung von Guidelines ist, dass verschiedene Formen der Medizin und des ärztlichen Handelns aufeinander stossen. Denn die Medizin – ob in der Hausarztpraxis oder im Spital – ist eine besondere Art „Geschäft“, eines, für das die Sonderform der Profession erfunden wurde. Professionen sind dort relevant, wo es um die Bewältigung von „Krisen“ geht. Im Fall der Medizin sind das Krisen der somato-psycho-sozialen Integrität. Bei Krisen dieser Art kann nicht – und das ist das eigentlich Besondere an der Medizin – auch nur annähernd genau vorhergesehen oder sogar berechnet werden, ob und wie eine medizinische Massnahme wirken wird, denn Patienten sind lebendige und damit auch unberechenbare Systeme. „In medicine, uncertainty is the water we swim in“ umschreibt die Grundthematik der Medizin in eindrücklicher Weise. ^[8 9] Diese Grundthematik durchdringt alle Dimensionen der Medizin und des ärztlichen Handelns und ist folgen- wie auch konfliktreich (Tab. 1).

Tabelle 1 Besonderheiten der Medizin und des ärztlichen Handelns

Dimension	Charakteristika	Folgen
Ärztliche Arbeit	Ungewissheit Spezialisierung Komplexität	Fragmentierung der Behandlung Abschottung der Behandelnden
Ärztliche Profession	Anwalt des Patienten sein Autonomie beanspruchen	Unverbindlichkeit Informalität
Beziehung Profession-Organisation	Geringe Identifikation Unterschiedliche Ziele	Trennung Profession-Organisation Zielkonflikte
Prozesse, Qualität	Präferenzen der Patienten Heuristische Entscheidungsfindung	Variabilität der Behandlung Intransparente Qualität

In der ärztlichen Arbeit geht es im Kern um den Umgang mit Ungewissheit. Diese Ungewissheit besteht darin, dass nur begrenzt vorhergesehen werden kann, welchen genauen Verlauf eine konkrete „Krankengeschichte“ nehmen wird, ob die diagnostische Abklärung zur genauen Diagnose führt und welche genauen Wirkungen (und Nebenwirkungen) eine bestimmte ärztliche Massnahme haben wird. ^[10] Konkret vorhergesehen werden können Verläufe nur dort, wo Ursache und Wirkung klar zuordenbar sind (z.B. Insulinmangel bei Diabetes), weder Komorbiditäten vorliegen, noch unerwartet Nebenwirkungen auftauchen und die Patienten sich entsprechend der ärztlichen Vorstellungen verhalten. In solchen Situationen fördern Guidelines und Patientenpfade, welche im Grundsatz Standardisierungen von Vorhersehbarem sind, Qualität und Sicherheit der ärztlichen Behandlung.

Wenn hingegen Ungewissheit dominiert (z.B. bei komplexen Krankheitsbildern, multimorbiden Patienten oder unerwarteten Komplikationen) kann Befolgen standardisierter Vorgaben nur noch sehr bedingt gelingen und für Patienten sogar gefährlich sein. Ärztinnen und Ärzte lernen deshalb früh in ihrer Aus- und Weiterbildung mit dieser Ungewissheit umzugehen und zwischen Lehrbuchwissen und konkreten Patienten, zwischen explizitem Wissen und impliziter Erfahrung sowie zwischen wissenschaftli-

cher Legitimation und ärztlicher Intuition hin und her zu pendeln. Individualistische Konzepte der ärztlichen Arbeit nach dem Motto „jeder Patient ist einzigartig“ sind deshalb tief verwurzelt. [7] Individualistische Konzepte vertragen sich grundsätzlich schlecht mit Systematisierung und Standardisierung. Das ist die eigentliche Schwierigkeit, um die es bei der Einführung und Anwendung von Guidelines in der ärztlichen Arbeit geht. Diese Schwierigkeit darf jedoch nicht als „entweder-oder“, als immer einzigartig vs. immer standardisiert missverstanden werden. Die Herausforderung besteht vor allem darin, dass bei derselben Krankheit und demselben Patienten häufig hin und her zu pendeln ist zwischen Klarheit und Ungewissheit oder zwischen „externer“ wissenschaftlicher Evidenz und „interner“ Evidenz der persönlichen Erfahrung. [11]

1.3 Evidenzbasierte Medizin und Guidelines

Evidenzbasierte Medizin (EBM) will mit biostatistischen und epidemiologischen Studien und auf wissenschaftlicher Grundlage (zu) grosse Variabilität und unsichere Qualität der Patientenbehandlung sowie ausufernde Kosten verhindern. EBM meint eine „gewissenhafte, explizite und vernünftige Anwendung der besten medizinischen Informationen in der täglichen klinischen Entscheidungsfindung“, nicht in Konkurrenz, sondern in Kombination mit der klinischen Kompetenz. [12] Mit wissenschaftlicher Evidenz unterlegter Standardisierung sollen Ungewissheit reduziert, Prozesse effizienter gestaltet und gemanagt und Fehler vermieden werden. Im klinischen Alltag wird EBM heute bei vielen akuten und chronischen Krankheiten in Form von Behandlungsleitlinien oder Guidelines angewandt, die einzelne Diagnose- und Therapieschritte bis hin zu ganzen Behandlungsphasen empfehlen. Evidenzbasierte Guidelines verstehen sich als „systematisch entwickelte Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten, anderen im Gesundheitssystem tätigen Personen und Patienten mit dem Ziel einer angemessenen gesundheitsbezogenen Versorgung in spezifischen klinischen Situationen“. [13] Tritt während einer guidelineegestützten Patientenbetreuung Unvorhergesehenes – beispielsweise Komplikationen oder Nebenwirkungen – auf oder äussert der Patient anderslautende Präferenzen, sind Abweichungen zulässig, sollen aber begründet werden. Guidelines wollen nicht vorschreiben, sondern mit wissenschaftlichen Erkenntnissen valide Orientierungen für den klinischen Alltag geben.

EBM war und ist einer der grossen Fortschrittsgeneratoren der Medizin und ermöglicht eine Alternative zum „eminenzbasierten“ System des traditionellen ärztlichen Handelns. Und gleichzeitig steht die in den Guidelines festgelegte Standardisierung von Diagnose und Therapie häufig in Konflikt mit den Prämissen einer patientenorientierten, auf das Individuum bezogenen Behandlung. Dieses Spannungsfeld zwischen Individualität der Patienten und statistisch definierter Evidenz ist Quelle vieler Auseinandersetzungen innerhalb der ärztlichen Profession. Die Folge ist, dass viele Guidelines gestützt auf die Begründung, keine Kochbuch-Medizin betreiben zu wollen, wenig oder ungenügend Anwendung finden. [14]

Zwei Aspekte setzen der evidenzbasierten Medizin Grenzen: Guidelines sind besonders geeignet für einzelne akute Behandlungen, wie z.B. orthopädische Eingriffe nach einem Unfall oder einzeln vorkommende chronische Krankheiten, wie z.B. Diabetes. Ganz anders präsentiert sich die Situation bei Patienten mit mehreren chronischen Leiden – einer Gruppe, die einen immer grösseren Anteil der über 65-Jährigen ausmacht. Da Guidelines sehr häufig aus der Perspektive einer jeweiligen Krankheit bzw. der entsprechenden Fachgesellschaften entwickelt werden, nehmen sie nur ungenügend Bezug auf mögliche Begleiterkrankungen, auf Interdependenzen verschiedener Behandlungen oder Interferenzen von Medikamenten. Ein striktes Befolgen von Guidelines bei Patienten mit mehr als einer chronischen Krankheit (z.B. mit Hypertonie, Diabetes, Osteoporose, Asthma) kann sogar gefährliche Interferenzen bzw. Nebenwirkungen hervorbringen. [15] Zudem sind grosse Teile der Medizin nicht systematisierbar, weil die Variabilität der Biologie und der Ausdrucksformen der Krankheiten als auch die Interdependenzen der medizinischen Interventionen zu gross und zu komplex sind. Diese Effekte sind wesentliche Treiber in der Entwicklung der „personalisierten Medizin“. [16]

Sinn und Zweck von Guidelines ist aber nicht nur Orientierungen für den klinischen Alltag zu geben und die klinische Entscheidungsfindung zu unterstützen. Guidelines sind auch Fortbildungsvehikel für Ärzte und andere Gesundheitsberufe und empfehlen Kriterien zur Evaluation der Qualität von Behandlung und Betreuung. Guidelines sind, vor allem mit Blick auf komplexe und chronische Krankheiten, viel weniger Handlungsanweisungen für einzelne Fachpersonen als Entscheidungsrahmen für viele Beteiligte in interdependenten Behandlungsabläufen. Nicht (nur) in der Anwendung von Guidelines entfaltet sich deren eigentliche Wirkung, sondern während der Erarbeitung und Einführung der Guidelines werden Schnittstellen sichtbar, potentielle Interferenzen antizipiert und notwendige Abstimmungen zwischen Ärzten und anderen Leistungserbringenden vorgenommen.

Eine wesentliche Frage ist, wie und mit welchen Strategien Guidelines wirkungsvoll implementiert werden können. Denn offenkundig hat das alleinige zur Verfügung stellen bzw. Publizieren von Guidelines keinen oder kaum einen Effekt auf Behandlungsabläufe. [¹⁷] Es erstaunt deshalb nicht, dass in vielen wissenschaftlichen Studien zu Guidelines vor allem die Wirksamkeit verschiedener Implementierungsstrategien evaluiert wurde wie beispielsweise Feedback-Systeme (an die behandelnden Fachpersonen), Peer-Review, computerbasierte „medical decision support“-Systeme (medizinische Entscheidungshilfe), computerbasierte Lernprogramme und verschiedene Formen von Weiterbildungsveranstaltungen. [^{18 19 20}] Wichtigste Erkenntnis aus diesen Studien ist, dass eine erfolgreiche Implementierung von Guidelines massgeschneiderte und mehrstufige Vorgehen erfordern, beispielsweise indem die Benutzer der Guidelines in deren Erarbeitung und Entwicklung einbezogen werden, regelmässig Feedback zu Compliance und Behandlungserfolgen erhalten und durch attraktive Weiterbildungsinitiativen unterstützt werden. In der vorliegenden Arbeit nutzen wir deshalb den Begriff „Implementierung“ von Guidelines in einem umfassenden Sinn, d.h. einschliesslich Erarbeiten und Adaptieren an den lokalen Kontext (eines Ärztenetzes) sowie der eigentlichen Einführung der Guideline.

2 Ziele und Forschungsfragen

Von den 67 Schweizer Ärztenetzen gab im Jahr 2010 rund ein Drittel an, netzeigene Guidelines zu nutzen.^[3] Bisher unbeantwortet und deshalb im Fokus dieser Studie sind die Fragen, welcher Art diese Guidelines sind, welche Krankheiten bzw. Patientenkollektive diese betreffen, wie diese Guidelines entwickelt und eingeführt werden, und welche Nutzen und Schwierigkeiten in deren Anwendung erlebt werden.

Drei Annahmen lagen dieser Studie zugrunde, nämlich

- dass Ärztenetze als institutionelle Form der ambulanten Grundversorgung der Implementierung und Anwendung von Guidelines förderlich sind,
- dass die inneren Kooperationsformen der Netze ein erfolgreiches Balancieren zwischen verbindlichen Guidelines und ärztlicher Autonomie unterstützen,
- dass verschiedene Implementierungsstrategien von Guidelines in den einzelnen Ärztenetzen unterschiedliche Resultate zeigen.

Im Kontext der Ärztenetze umfasst der Begriff „Guideline“ nicht nur Leitlinien im engeren Sinne, d.h. evidenzbasierte standardisierte Guidelines, sondern ein breiteres Spektrum an Praxisleitlinien mit Empfehlungen für Ärzte, medizinisches Praxispersonal und Patienten. In der vorliegenden Studie haben wir deshalb alle Formen von Leitlinien für die praktische Arbeit in den Arztpraxen eingeschlossen.

Die konkreten Forschungsfragen gliedern sich in drei Gruppen:

1. Welche (netzeigenen) Guidelines werden in Ärztenetzen angewandt?

- Klinischer Fokus: Diagnostik, Therapie und/oder Support bzw. Krankheitsgruppen und Patientenkollektive
- Zielgruppen: Ärzte, medizinisches Praxispersonal, Patienten
- Spektrum: einzelne Massnahmen, ganze Betreuungsprozesse

2. Wie werden die Guidelines implementiert und angewandt?

- Erarbeiten bzw. Adaptieren der Guidelines
- Massnahmen zur Implementierung
- Unterstützung in der Anwendung durch andere Ärzte, das Praxispersonal und Patienten

3. Welche Auswirkungen und Bedeutungen haben die Guidelines?

- Auswirkungen auf die ärztliche Arbeit: Einfluss auf die ärztliche Autonomie, Nutzen und Schwierigkeiten in der Anwendung
- Bedeutung für die Ärzte und die Ärztenetze

Die Bearbeitung dieser Forschungsfragen sollte das Verständnis des Zusammenspiels von hausärztlicher Tätigkeit und Guidelines fördern und dessen Nutzen und Bedeutung für die Ärzte und Netze klären. Nicht im engeren Fokus dieser Studie standen der Grad der Befolgung der Guidelines durch die Ärzte sowie Auswirkungen auf die Qualität der Patientenbetreuung.

3 Methodisches Vorgehen

Die Forschungsfragen dieser Studie beinhalten verschiedene quantitative und qualitative Aspekte. Aus diesem Grund entschieden wir uns für ein Vorgehen im Sinne eines sog. „Mixed Methods Design“. Das „Mixed Methods Design“ hat zum Ziel, quantitative, statistisch analysierbare Daten mit qualitativen, sozialwissenschaftlich erhobenen Daten zu kombinieren. ^[21] Hintergrund dieses Ansatzes ist, dass gerade für Fragestellungen wie in dieser Studie weder quantitative noch qualitative Methoden alleine ausreichen, sondern eine Kombination derselben eine vertiefte Analyse ermöglicht. Dieser Forschungsansatz wird u.a. deshalb häufig im Bereich der Grundversorgung angewandt. ^[22 23] In der vorliegenden Studie wurden für die Forschungsfragen 2 und 3 die Ergebnisse aus einem Fragebogen bzw. dessen statistischer Auswertung mit jenen aus qualitativen Interviews kombiniert.

3.1 Erhebungsinstrumente und Stichproben

Erfassen der Guidelines in Ärztenetzen

Die Ärztenetze, welche anlässlich unserer Erhebung im 2010 angegeben hatten, in ihrem Netz „evidenzbasierte Guidelines etabliert zu haben“, wurden eingeladen, an dieser Studie teilzunehmen. ^[3] Die Netz-Leitenden bzw. die Guideline-Verantwortlichen waren gebeten, ihre im Netz etablierten Guidelines in einem Formular aufzulisten und zu charakterisieren (Titel, Zielgruppe, Art, letzte Aktualisierung, Erstellung, Implementierung, Spektrum und Zugang) (vgl. Anhang 1).

Fragebogen zu Anwendung und Auswirkungen der Guidelines

Erarbeiten, Adaptieren und Anwenden der Guidelines durch die Netzärzte wurden mittels eines online-Fragebogen erhoben. Die Fragen wurden freundlicherweise vom Radboud University Nijmegen Medical Centre (Scientific Institute for Quality of Healthcare) in den Niederlanden zur Verfügung gestellt und sind Teil eines validierten Analysetools der Anwendung von evidenzbasierten Guidelines. ^[24] Die Fragen wurden aus dem Niederländischen ins Deutsche übersetzt und für den vorliegenden Studienkontext adaptiert und ergänzt. (vgl. Anhang 2).

Alle Ärzte der an der Studie beteiligten Netze waren eingeladen, sich an dieser Erhebung zu beteiligen. Der Fragebogen wurde online zur Verfügung gestellt. Die einzelnen Ärzte erhielten von der Leitung des jeweiligen Netzes ein Einladungsschreiben mit dem Link zum online-Fragebogen (pro Netz ein Link).

Qualitative Interviews zu Anwendung und Bedeutung der Guidelines

Zur weiteren Evaluation der Auswirkungen und Bedeutung der Guidelines in der ärztlichen Praxis wählten wir den qualitativen Forschungsansatz des narrativen Interviews. Bei dieser offenen (d.h. nicht durch vorgegebene Fragen strukturierten) Interviewtechnik werden die Interviewten eingeladen, Geschichten zu ihren Erfahrungen in Bezug auf die Guidelines in deren Ärztenetz zu erzählen. ^[25] Die Interviews wurden mit der Frage eröffnet:

„Ganz herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft zu diesem Interview. Wir interessieren uns für Ihre besten Erfahrungen mit Guidelines. Zum Einstieg würde ich Sie bitten, von Ihrem ersten Erlebnis zu berichten, als Sie zum ersten Mal bei einem Patienten erfolgreich eine Guideline angewendet hatten.“

3.2 Auswertungsschritte

Erfassen der Guidelines

Dreizehn Netze haben sich an dieser Studie beteiligt, d.h. mindestens ihre Guidelines dokumentiert. Die dokumentierten Guidelines wurden nach medizinischen Diagnosegruppen (gemäss ICD-10-Kapitel) kategorisiert.

Anwendung und Auswirkungen der Guidelines

Von den 13 an der Studie beteiligten Ärztenetze nahmen deren 11 an der Fragebogenerhebung teil, während 2 Ärztenetze eine Teilnahme ablehnten. Alle 584 Ärzte dieser 11 Netzwerke erhielten den Link zum online-Fragebogen, 211 oder 36.1% (14.9% – 61.6%, je nach Netz) beantworteten die Fragen (Tab. 2).

Tabelle 2 Fragebogen-Rücklauf der einzelnen Netze

	n Ärzte	Rücklauf (%)
Ärztenetz A	39	33.3
Ärztenetz B	47	14.9
Ärztenetz D	26	19.2
Ärztenetz E	99	61.6
Ärztenetz F	102	32.4
Ärztenetz G	30	40.0
Ärztenetz H	39	38.5
Ärztenetz I	29	37.9
Ärztenetz J	41	17.1
Ärztenetz L	52	50.0
Ärztenetz M	80	26.3

Statistische Analysen

Sämtliche Analysen wurden mit SPSS Statistics 20.0 durchgeführt. In einer Hauptkomponentenanalyse wurde untersucht, ob sich bei den verwendeten Items des Fragebogens Faktoren höherer Ordnung finden lassen. [26] Wir konnten folgende Faktoren extrahieren (Tab. 3):

1. **"Ärztliche Autonomie"**: Guidelines lassen genügend (professionellen) Freiraum
2. **"Nutzen wahrnehmen"**: Guidelines unterstützen und verbessern die ärztliche Arbeit
3. **"Schwierigkeiten haben"**: Anwendung von Guidelines erschweren die ärztliche Arbeit
4. **"Mangelnde Unterstützung"**: Andere Ärzte, das Praxispersonal, Patienten unterstützen die Anwendung der Guidelines NICHT

Diese Faktoren zeigten eine ausreichende interne Konsistenz, wie mittels eines Cronbach's Alpha über 0.70 gezeigt werden konnte (Tab. 3). Cronbach's Alpha spiegelt das Ausmass, in dem einzelne Fragen eines Fragebogens miteinander in Beziehung stehen. [27]

Anschliessende Gruppenvergleiche wurden mittels einfaktorieller Varianzanalysen (ANOVA) berechnet. Post-Hoc Vergleiche wurden mit dem „Fisher's Least Signifikant Difference“-Test (LSD-Test) vorgenommen. Für sämtliche Tests wurde ein Alpha-Fehlerniveau von 5% verwendet.

Tabelle 3 Deskriptive Angaben zu den 4 Faktoren

Faktoren	Fragen¹	α^2	N	MW	SD	Min³	Max³
Ärztliche Autonomie	11, 12	0.84	211	4.29	0.60	2.00	5.00
Nutzen wahrnehmen	13, 26, 27, 28, 29	0.83	210	3.78	0.63	1.00	5.00
Schwierigkeiten haben	14(umgepolt), 15, 16, 17, 18, 24, 25	0.70	210	2.51	0.56	1.00	4.14
Mangelnde Unterstützung	19, 20, 21, 22, 23	0.74	207	2.80	0.64	1.00	5.00

¹⁾ vgl. Anhang 2²⁾ Cronbach's Alpha³⁾ 1=Stimme überhaupt nicht zu/2=Stimme nicht zu/3=Weder noch/4=Stimme zu/5=Stimme sehr zu

Interviews

Wir haben 9 Ärzte aus verschiedenen Ärztenetzen interviewt. Alle Interviews wurden digital aufgenommen, anschliessend transkribiert und anonymisiert. Die Auswertung der Interviews erfolgte in zwei Schritten: im ersten Schritt wurde das Interview von einem Projektmitarbeitenden ausgewertet. Im zweiten Schritt wurde diese Auswertung mit zwei weiteren Projektmitarbeitenden diskutiert und konsolidiert.

4 Die Guidelines in den Ärztenetzen

4.1 Charakteristika der Guidelines

Von 67 Netzen in der Schweiz gaben 20 (30%) an, netzeigene Guidelines zu haben. Bei 4 dieser Netze sind Guidelines im Aufbau, aber noch nicht eingeführt. Sie wurden deshalb von dieser Studie ausgeschlossen. Dreizehn Netze beteiligten sich an dieser Studie und 3 verweigerten eine Teilnahme. Tabelle 4 zeigt einen Überblick zu den teilnehmenden Netzen mit Anzahl angeschlossener Ärzte, Alter des Netzwerkes und Anzahl der im Netz eingeführten Guidelines für Ärzte bzw. medizinisches Praxispersonal und Patienten-Broschüren.

Tabelle 4 Charakteristika der Ärztenetze mit Guidelines

	Ärzte	Seit	Guidelines Ärzte	Guidelines Praxispers.	Patienten-Broschüren
Ärztenetz A	39	2006	5	1	-
Ärztenetz B	47	2009	1	1	-
Ärztenetz C	20	1994	9	6	1
Ärztenetz D	26	1996	6	2	-
Ärztenetz E	99	1998	70	1	11
Ärztenetz F	102	1999	70	1	11
Ärztenetz G	30	2004	70	1	11
Ärztenetz H	39	2005	70	1	11
Ärztenetz I	29	1994	70	1	11
Ärztenetz J	41	2000	36	1	1
Ärztenetz K	160	1992	4	-	1
Ärztenetz L	52	1991	28	4	2
Ärztenetz M	80	1994	6	-	-

Die 13 an der Studie beteiligten Netze haben insgesamt 179 Guidelines. Das Gros dieser Guidelines (164, 92%) richtet sich an Ärzte und ein nur kleiner Teil an medizinisches Praxispersonal oder Patienten. Die häufigsten Guidelines betreffen diagnostische, therapeutische und/oder unterstützende Massnahmen von Infekten, Stoffwechselstörungen, neurologische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Störungen sowie Erkrankungen von Leber, Verdauungssystem und Bewegungsapparat (Tab. 5).

Tabelle 5 Charakteristika der Guidelines in den Ärztenetzen

Betreffen	Diagnostik	Therapie	Support
Infekte (v.a. Impfung, Grippe, Harnwegsinfekt)	12	15	4
Tumore (v.a. Vorsorge, Screening)	9	5	2
Blut, Gerinnung (v.a. Thromboseprophylaxe, Eisen)	5	5	2
Stoffwechsel (v.a. Diabetes mellitus, Vitamin B12)	9	11	6
Psyche (v.a. Depression, Burnout)	5	6	5
Nervensystem (v.a. Demenz, Stroke, MS)	11	11	1
Augen (Augenprobleme in der Grundversorgung)	1	1	-
Hals, Nasen, Ohren (v.a. Otitis, Hörsturz, Tinnitus)	8	8	-
Herz, Kreislauf (v.a. KHK, Herzinsuffizienz, Hypertonie)	18	21	1
Atmungsorgane (v.a. Asthma bronchiale, COPD)	5	7	1
Verdauung, Leber (v.a. Colon irritabile, Dyspepsie)	14	13	-
Haut (Ekzem, Haarausfall)	2	2	1
Bewegungsapparat (v.a. Osteoporose, Lumbago)	13	11	4
Urogenitalsystem (v.a. Erektile Dysfunktion, Prostata)	7	6	-
Schmerzen (v.a. Kopfschmerzen, Schmerztherapie)	7	11	4
Notfälle (Sturz, Reanimation)	3	4	2
Allg. Vorsorgeuntersuchungen, Check-up	4	-	3

Die überwiegende Mehrheit der Guidelines (143 bzw. 80%) wurde eigens in den Netzen entwickelt. Darunter ist jedoch nicht eine Eigenentwicklung im engeren Sinne (Neuentwicklung) zu verstehen: Als Implementierungsmassnahme und zum Einbezug der Anwender werden bestehende bzw. publizierte Leitlinien (in den Qualitätszirkeln) diskutiert, überarbeitet und an netzspezifische Bedürfnisse adaptiert. Nur ein kleiner Teil der Guidelines wurde unverändert (12 bzw. 7%) oder mit nur kleinen Anpassungen (24 bzw. 13%) aus publizierten Leitlinien übernommen. Ebenfalls das Gros (139 bzw. 77%) der Guidelines umfassen den Betreuungsprozess ganz oder teilweise und nur 40 betreffen einzelne medizinische Massnahmen („Spektrum der Guideline“). Die Netze stellen die Guidelines den Ärzten online zur Verfügung, je zur Hälfte öffentlich (Internet) oder im geschlossenen Bereich (Intranet). Eine alphabetische Liste aller 179 Guidelines ist im Anhang 1 verfügbar.

Gegenstand dieser Studie waren netzeigene Guidelines, d.h. solche, die in den Netzen erarbeitet bzw. adaptiert und spezifisch für diesen Kontext implementiert wurden. Das heisst natürlich nicht, dass Ärztenetze, die nicht in diese Studie aufgenommen wurden (weil sie über keine netzeigenen Guidelines verfügen) oder unabhängige Hausarztpraxen (die nicht einem Netzwerk angeschlossen sind) keine Guidelines nutzen (können). Ein bekanntes Beispiel dafür sind die „EBM-Guidelines für Allgemeinmedizin“, welche vom Schweizerischen Ärzteverlag EMH als Buch und als online-Version herausgegeben werden. In dieser Sammlung sind 920 Guidelines zu allen Krankheitsgruppen rasch verfügbar. [28] In unseren Interviews gaben denn auch einige der Ärzte an, neben den netzeigenen beispielsweise auch diese „EBM-Guidelines für Allgemeinmedizin“ zu nutzen. Ein Netz, welches zurzeit Guidelines einführt (jedoch noch nicht implementiert hat und deshalb an dieser Studie nicht beteiligt war), stellt den Ärzten das online-Tool dieser EBM-Guidelines zur Verfügung und versucht, dieses in die Falldiskussionen in den Qualitätszirkeln einzubauen. Die Vorteile einer solchen online verfügbaren, umfassenden Guideline-Sammlung sind der rasche Zugriff, die Links innerhalb der Texte, über die man rasch zu über 4'000 „Evidence-Summaries“ oder zu entsprechenden Literaturstellen gelangt, sowie die durchgehende Bewertung mittels Evidenzstufen. Nachteilig ist, dass eine verbindliche Implementierung einer so umfassenden Guideline-Sammlung kaum möglich ist und dass es damit dem einzelnen Arzt überlassen bleibt, wie konsequent er bzw. sie Guidelines nutzt. Ein „unverbindliches“ Anwenden von Guidelines hat selbstverständlich auch einen Nutzen in der ärztlichen Praxis und gleichzeitig ist aus der Literatur gut bekannt, dass damit kein oder nur ein geringer Effekt auf ganze Behandlungsabläufe und vor allem die Ergebnisqualität zu erwarten ist. [17]

4.2 Anwendung der Guidelines

An dieser Stelle würde die Frage interessieren, bei wie vielen Patienten bzw. wie häufig in der hausärztlichen Praxis (in und ausserhalb von Netzen) Guidelines zur Anwendung kommen, insbesondere weil Hausärzte eine zunehmend wichtige Rolle in der Betreuung von chronischen Patienten (z.B. mit Diabetes, Asthma, Bluthochdruck und Depression) übernehmen. Diese Frage war nicht Teil dieser Studie, wobei in den vergangenen Jahren einige internationale Erhebungen dazu durchgeführt wurden. Insbesondere der Commonwealth Fund publiziert im Rahmen seiner „International Health Policy Survey of Primary Care Physicians“ u.a. auch Daten zur Frage, welcher Anteil der Praxen bei welchen Krankheiten routinemässig Guidelines anwendet. [29] Tabelle 6 zeigt die entsprechenden neusten Angaben aus 11 Europäischen Ländern und den USA. In allen Ländern mit Ausnahme von Frankreich gaben mehr als drei Viertel der Ärzte an, bei Diabetes, Asthma und Hypertonie Guidelines zu nutzen. Und gleichzeitig sind solche deskriptiven Daten wenig aussagekräftig, da sie wenig oder keine Auskunft dazu geben, wie Guidelines in den Praxen implementiert und angewandt werden, sowie ob und welche Effekte auf Effektivität und Effizienz der Behandlungsabläufe erzielt wurden.

Tabelle 6 Guidelines in der Grundversorgung im internationalen Vergleich (% der Praxen) [³⁰]

	Diabetes	Asthma COPD	Hypertonie	Depression
Australien	87	86	83	71
Kanada	82	76	81	45
Frankreich	62	46	50	30
Deutschland	77	74	75	26
Italien	94	89	94	39
Niederlande	98	87	90	31
Neuseeland	93	87	75	65
Norwegen	86	81	81	49
Schweden	94	84	91	63
England	96	97	96	80
USA	82	78	78	49

5 Implementierung der Guidelines in Ärztenetzen

Erfolgreiches Implementieren von Guidelines darf vor allem bei massgeschneidertem und mehrstufigem Vorgehen erwartet werden. [20] Wir sind deshalb der Frage nachgegangen, welche unterschiedlichen Implementierungsstrategien von den Netzen angewandt werden und welche Auswirkungen zu beobachten sind. Den Begriff „Implementierung“ von Guidelines nutzen wir in umfassendem Sinn, d.h. einschliesslich Erarbeiten und Adaptieren an den lokalen Kontext (eines Ärztenetzes) sowie die eigentliche Einführung der Guideline.

5.1 Implementierungsmassnahmen

Die Ärztenetze setzen unterschiedliche und mehrheitlich mehrere Massnahmen ein, um Guidelines zu implementieren (Tab. 7). In sämtlichen Netzen spielen die Qualitätszirkel die zentrale Rolle. In diesen werden Guidelines initiiert, behandelt, überarbeitet und beschlossen. Weitere Massnahmen sind Weiterbildungsveranstaltungen zu Guidelines, regelmässige Reminders zur Beachtung der Guidelines, Verankerung in der Teamarbeit oder vertraglich festgeschriebene Verbindlichkeit. Die Entwicklung und Implementierung der Guidelines wird in den meisten Netzen durch netzeigene, in zwei Netzen durch netzfremde finanzielle Unterstützung gefördert.

Tabelle 7 Implementierungsmassnahmen der Ärztenetze

	durch Behandlung im Qualitätszirkel	durch Weiterbildungs-Massnahmen begleitet	durch regelmässige Reminders erinnert	durch Teamarbeit eingefordert	durch netzeigene finanzielle Unterstützung	durch netzfremde finanzielle Unterstützung	durch vertragliche Verbindlichkeit gesichert
Ärztenetz A							
Ärztenetz K							
Ärztenetz C							
Ärztenetz E							
Ärztenetz F							
Ärztenetz L							
Ärztenetz J							
Ärztenetz H							
Ärztenetz D							
Ärztenetz B							
Ärztenetz M							
Ärztenetz I							
Ärztenetz G							

5.2 Auswirkungen unterschiedlicher Implementierungsstrategien

An dieser Stelle interessiert die Frage, ob die unterschiedlichen Implementierungsstrategien und -massnahmen der Netze einen Niederschlag in der ärztlichen Tätigkeit bzw. in den Erfahrungen der Ärzte mit den Guidelines (Autonomie, Nutzen und Schwierigkeiten) finden. Zur Beantwortung dieser Frage differenzieren wir zwei Gruppen von Netzen: jene mit der grössten Anzahl Implementierungsmassnahmen (Netze A, K, C, E, F, L) bzw. jene ohne mehrstufige Implementierung (Netze B, M, I, G). Interessanterweise zeigen 2 Netze mit mehrstufiger Implementierung (A, E) in der Fragebogenerhebung zu Anwendung und Auswirkungen der Guidelines signifikant unterschiedliche Werte für die

Faktoren „Nutzen wahrnehmen“ und „Schwierigkeiten haben“: Zu „Nutzen wahrnehmen“ erzielten Ärztenetz A signifikant höhere Werte als die Netze G, L, M bzw. das Netz E höhere Werte als die Netze D, F, G, J, L, M ($F [10, 199] = 2.93, p = .002$). Zu „Schwierigkeiten erleben“ fanden wir für Ärztenetz A signifikant tiefere Werte als für die Netze F, H, M bzw. das Netz E tiefere Werte als die Netze F, G, H, L, M ($F [10, 199] = 2.53, p = .007$). Auch wenn diese Ergebnisse nicht eindeutig sind, geben sie doch einen Hinweis darauf, dass mehrstufige Implementierung den Nutzen von Guidelines in der ärztlichen Tätigkeit verstärkt bzw. entsprechende Schwierigkeiten mindert. Bemerkenswert ist zudem auch unsere Beobachtung, dass Ärzte in ärzteigenen Netzen den Faktor „Nutzen wahrnehmen“ signifikant höher bewerteten als die Kollegen in kasseneigenen Netzen ($F [1, 201] = 7.81, p = .006$).

Diese Resultate stehen in Übereinstimmung mit denjenigen vieler anderer Studien zur Frage, welche Massnahmen der Implementierung von Guidelines wirksam sind. Eine systematische Review der Universität in Adelaide, Australien, zeigt, dass Wirksamkeit v.a. bei mehrstufigen und mehrdimensionalen Implementierungsstrategien gegeben ist und dass eine wirksame Implementierung eine intensive Auseinandersetzung der Ärzte mit den Guidelines (z.B. in Qualitätszirkeln) und eine hohe Aufmerksamkeit für die Guidelines (z.B. durch Reminder-Massnahmen) fördern. ^[31 32] Gleichzeitig wissen wir seit langem, dass das Befolgen von Guidelines auch bei ausgefeilten mehrstufigen Strategien lückenhaft ist. ^[33] Eine grosse niederländische Arbeit fand dazu eine durchschnittliche „Befolgungsrate“ von rund 2/3 mit erheblichen Unterschieden zwischen einzelnen Ärzten und Guidelines. ^[31] Bei vielen dieser Studien muss jedoch kritisch hinterfragt werden, ob das, was analysiert wird, in einem kausalen Zusammenhang mit der Anwendung einer Guideline steht. Beispielweise werden als Mass einer Guideline-Compliance bestimmte krankheitsrelevante Qualitätsindikatoren gemessen (z.B. ob Patienten ein bestimmtes von der Guideline empfohlenes Medikament erhalten oder nicht), welche auch von anderen Parametern als der Anwendung der Guideline beeinflusst sind. Eine neuere deutsche Erhebung stellt eben diesen Kausalzusammenhang in Frage, indem die Autoren keinen Unterschied in der Guideline-Compliance zwischen Ärzten fanden, welche mit der Guideline gut vertraut bzw. weniger vertraut waren. Und nicht nur das, letztere Gruppe schnitt in den Qualitätsindikatoren sogar besser ab. ^[34]

5.3 Implementierungsstrategien in Hausarztnetzen

Implementieren von Guidelines und deren Übersetzung in die tägliche ärztliche Praxis und bei individuellen Patienten stellt insbesondere in der hausärztlichen Betreuung einen komplexen Prozess dar: Für eine evidenzbasierte und dem individuellen Patienten angepasste Behandlung ist nicht nur „explizites“ Wissen (z.B. einer Guideline) notwendig, sondern ebenso „implizites“ Wissen, d.h. die Erfahrung einzelner Ärzte und jene, die kollektiv (z.B. in Qualitätszirkeln) zusammengetragen wird. ^[35] Damit Evidenz in ausreichendem Ausmass in die Patientenbehandlung einfließen kann, sind nicht nur exogen wirkende Implementierungsmassnahmen notwendig (wie z.B. online-Zugriff auf Guidelines, Reminder-Systeme oder finanzielle Anreize), sondern auch Massnahmen, welche Guidelines im lokalen Kontext eines Ärztenetzes bzw. einer Hausarztpraxis verankern helfen. Das ist deshalb eine grosse Herausforderung, weil das Gros der publizierten Guidelines heute (noch) aus einer monodisziplinären Sichtweise (einer bestimmten Fachgesellschaft) und für Patienten mit eben dieser einen Krankheit entwickelt wird. Solche Guidelines sind in der Hausarztmedizin mit den vielen multimorbiden Patienten und primär unklaren Symptombildern vielfach von geringem Nutzen. ^[36] Ein wirksames Implementieren von Guidelines heisst auch, dass sich die beteiligten Ärzte mit den Empfehlungen der Guidelines identifizieren sollten, diese als die ihren betrachten und aus deren Anwendung einen professionellen Nutzen ziehen können. ^[33 37 38]

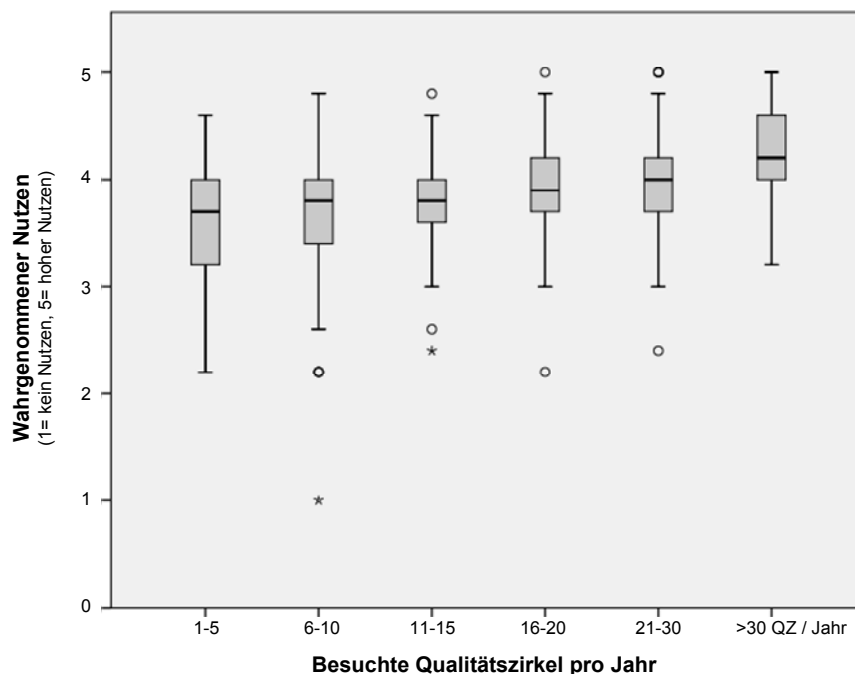
6 Auswirkungen der Guidelines in Ärztenetzen

Auswirkungen der Anwendung der netzspezifischen Guidelines für Ärzte und deren Praxisalltag evaluierten wir mit dem online-Fragebogen und den narrativen Interviews. Ziel dieses „Mixed Methods“-Ansatzes war, statistisch analysierbare Daten von allen Netz-Ärzten zu den Auswirkungen der Guidelines auf deren ärztliche Arbeit zu erhalten und diese mit den Ergebnissen aus den qualitativen Interviews zu ergänzen und zu vertiefen.

6.1 Die Rolle der Qualitätszirkel

Die Resultate aus der Fragebogen-Auswertung zeigen für den Faktor „Nutzen wahrnehmen“, dass Ärzte und Ärztinnen, welche an vielen Qualitätszirkeln teilnehmen, ihren Nutzen aus der Anwendung von Guidelines höher benoten als ihre Kolleginnen und Kollegen mit geringerer QZ-Teilnahme: Abbildung 1 zeigt signifikant höhere Werte bei Ärzten mit mehr als 15 gegenüber jenen mit weniger als 15 QZ pro Jahr ($F [5, 204] = 4.14, p = .001$). Unter anderem bejahen Ärzte mit grosser QZ-Teilnahme die Aussagen 26-28 des Fragebogens häufiger (Die Anwendung der Guidelines in unserem Ärztenetz verbessert die Qualität der Patientenbetreuung / Das Arbeiten mit den Guidelines in unserem Ärztenetz hilft mir mit der klinischen Ungewissheit umzugehen / Die Anwendung der Guidelines in unserem Ärztenetz bereichert meine ärztliche Arbeit). Dazu passt auch unsere Beobachtung, dass Ärzte, welche sich in der Erstellung von Guidelines engagieren, signifikant mehr Nutzen ($F [1, 208] = 17.5, p < .001$) und weniger Schwierigkeiten ($F [1, 208] = 11.2, p = .001$) angeben.

Abbildung 2 Beziehung zwischen Anzahl besuchter Qualitätszirkel und „wahrgenommener Nutzen“
(Boxplot mit Median und Quartilen. Die einzelnen Punkte ausserhalb bezeichnen Ausreisser)



In Übereinstimmung dazu bewerteten Ärzte mit sehr hoher QZ-Teilnahme (>30 pro Jahr) den Faktor „Schwierigkeiten haben“ (durch die Anwendung von Guidelines) tiefer als diejenigen mit weniger QZ-Teilnahme ($F [5, 204] = 3.24, p = .008$). Unter anderem verneinten diejenigen mit sehr hoher QZ-Teilnahme die Aussagen 16-18 des Fragebogens häufiger (Ich habe Schwierigkeiten damit, meine langjährige Routine zu verändern / Ich glaube, dass bestimmte Aspekte der Guidelines in unserem

Ärztenez falsch sind / Ich wehre mich im Allgemeinen dagegen, nach bestimmten Protokollen zu arbeiten). Die Mittelwerte für den Faktor „Schwierigkeiten haben“ lagen komplementär zu den Mittelwerten „Nutzen wahrnehmen“ im unteren Bereich. (Tab. 8)

Tabelle 8 „Schwierigkeiten haben“ und Anzahl besuchte QZ

Anzahl QZ/Jahr	N	Mittelwert	SD	Min.	Max.
1-5	30	2.69	0.53	1.71	3.86
6-10	61	2.49	0.54	1.43	4.14
11-15	42	2.63	0.49	1.29	3.83
16-20	24	2.46	0.59	1.43	3.57
21-30	39	2.50	0.59	1.29	4.00
>30	14	2.04	0.52	1.00	2.83

In allen Ärztenetzen spielen Qualitätszirkel in der Entwicklung und Implementierung von Guidelines eine herausragende Rolle. Nicht nur werden Guidelines in diesen Gremien diskutiert, bearbeitet und formell verabschiedet, sondern hier setzen sich die Ärzte mit den diagnostischen und/oder therapeutischen Empfehlungen der jeweiligen Leitlinien auseinander. In dieser Auseinandersetzung, welche für eine einzelne Guideline häufig mehrere Sitzungen benötigt, wird das Erfahrungswissen vieler Kollegen gebündelt und mit den Guidelines abgestimmt. Bei erfolgreicher Abstimmung resultiert eine Guideline, welche den konkreten Gegebenheiten eines Netzwerk bzw. der angeschlossenen Ärzte und der betreuten Patienten angepasst und damit verankert ist. [36]

6.2 Auswirkungen auf die ärztliche Autonomie

Die an der Erhebung teilnehmenden Ärzte gaben sehr wenig Einschränkung ihrer ärztlichen Autonomie durch Guidelines an. Die Mittelwerte zu den beiden Aussagen 11 und 12 im Fragebogen (Die Guidelines in unserem Ärztenetz lassen mir genügend Freiraum, selbst abzuwägen / Die Guidelines in unserem Ärztenetz lassen mir genügend Freiraum, Wünsche von Patienten in meine Erwägungen einzubeziehen) lagen zwischen „Zustimmung“ (4) und „hoher Zustimmung“ (5) (Tab. 9). Interessanterweise ist die erlebte Einschränkung in Gruppenpraxen – wenn auch mit kleinem Unterschied – signifikant kleiner als in Einzelpraxen ($F [1, 209] = 6.69, p = .01$) (Tab. 9). Auch diese Ergebnisse werden durch analoge Unterschiede zwischen Ärzten, welche sich in der Erstellung von Guidelines engagieren bzw. nicht involviert sind unterstützt: Für erstere fanden wir signifikant höhere Zustimmung zu den Aussagen betreffend „Ärztliche Autonomie“ ($F [1, 209] = 7.37, p = .007$).

Tabelle 9 Ärztliche Autonomie und Praxisform

	N	Mittelwert	SD	Min.	Max.
Einzelpraxis	53	4.10	0.51	2.50	5.00
Gruppenpraxis	158	4.35	0.62	2.00	5.00

„Mehr Nutzen und weniger Schwierigkeiten in der ärztlichen Tätigkeit, je grösser die Auseinandersetzung mit Guidelines ist, sowie kaum oder nur wenig wahrgenommene Einschränkung der ärztlichen Autonomie durch die Anwendung der Guidelines in den Ärztenetzen“, auf diesen kurzen Nenner lassen sich die Ergebnisse aus unserer Fragebogen-Erhebung zusammenfassen. Das ist bemerkenswert, auch wenn wir davon ausgehen, dass die an dieser Studie beteiligten Ärztenetze und Ärzte aufgrund der langjährigen Erfahrung Guidelines und deren Anwendung in der Praxis grundsätzlich positiv gegenüber stehen. Gleichwohl bleibt die Frage, was diesen Nutzenzuwachs bei Ärzten mit hohem Engagement ausmacht und wie dieser zu erklären ist.

7 Guidelines und ärztliche Wissensentwicklung

Der beschriebene Nutzenzuwachs für die ärztliche Arbeit und die Patientenbetreuung kann kaum allein dadurch entstehen, dass Guidelines als Handlungsrahmen die Ärzte im Bemühen um eine evidenznahe und qualitativ hochstehende Behandlung unterstützen. Deshalb sind in jüngster Zeit Initiativen zu beobachten, welche die Implementierung von evidenzbasierter Medizin in der klinischen Praxis als Prozess der Wissensentwicklung verstehen. ^[39] Denn Guidelines sind mehr als das darin kondensierte explizite Wissen aus Wissenschaft und Forschung. Wissen ist nicht nur Inhalt (Information), sondern immer auch Prozess. Wissen so verstanden ist kontextuell, existiert in den Köpfen Einzelner, aber auch im ärztlichen Kollektiv, in den Prozessen und der Organisation und vor allem entwickelt sich Wissen laufend durch Aktivitäten, Entscheide und neue Erfahrungen. ^[40] Dies trifft auch für das in den Guidelines gespeicherte Wissen, dessen Implementierung und Anwendung in der klinischen Praxis zu.

Guidelines als Wissensentwicklung verstanden lassen die vielfach beschriebenen Implementierungsschwierigkeiten von Guidelines für die Hausarztmedizin in ein neues Licht rücken: ^[35] Wenn von Promotoren einer evidenzbasierten Patientenbehandlung (zu) stark auf die Anwendung „expliziten“ Wissens aus der Wissenschaft gepocht wird, geht die notwendige Verknüpfung mit implizitem Wissen (auch implizite Evidenz genannt) gerne vergessen. Und dies führt dann – statt zu Nutzenzuwachs – zur bekannten Abwehrhaltung seitens vieler Ärzte, welche damit ihre Patienten vor einer Kochbuchmedizin bewahren wollen. Wissensentwicklung in der Allgemeinmedizin kann zudem nicht auf einsilbigen Implementierungsstrategien gedeihen, denn es gilt die Komplexität der Patientenbehandlung, die Spezifika der Hausarztpraxis und die Interdependenz von Veränderungsmassnahmen zu berücksichtigen. ^[41 42]

7.1 Wissensentwicklung als Konzept

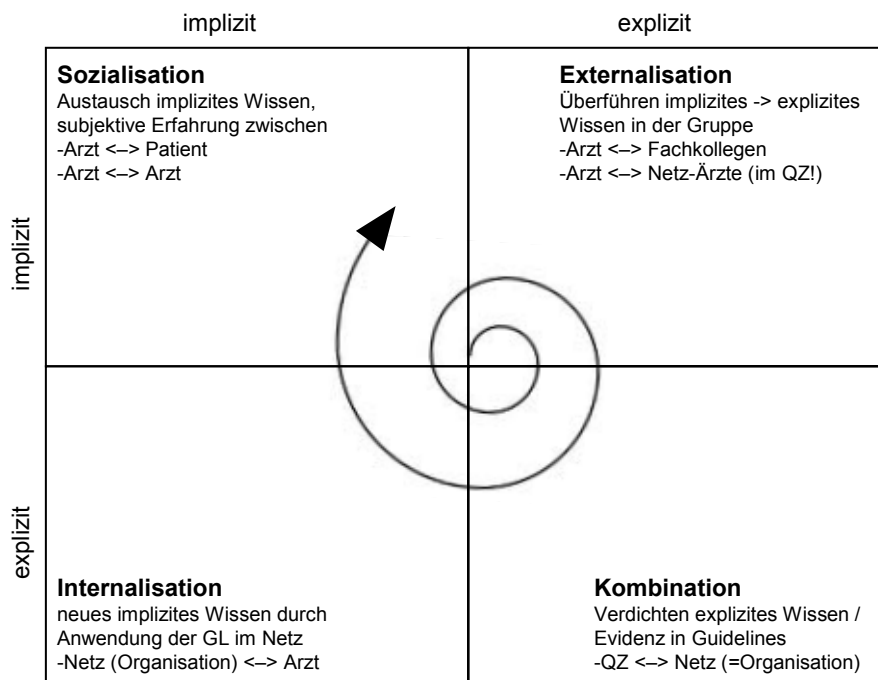
Im Grundsatz heisst Wissensentwicklung Zusammenführen von impliziten und expliziten Wissen bzw. die Transformation des einen in das andere und umgekehrt. ^[39] Ein bekanntes Konzept dafür ist die Spirale der Wissensentwicklung nach Nonaka. ^[43] In dieser Spiralmatrix wird die Entwicklung von Wissen in den vier Phasen Sozialisation, Externalisation, Kombination und Internalisation beschrieben. Wenn wir das Modell auf unseren Kontext, die Entwicklung und Implementierung von Guidelines in Ärztenetzen übertragen, lassen sich die vier Phasen wie folgt umschreiben (Abb. 2):

- **Sozialisation** ist die Phase, wo Ärzte untereinander und mit Patienten implizites Wissen und Erfahrungen austauschen: In der selbstverständlich-verinnerlichten Praxis werden Abweichungen zwischen eigenen und Erfahrungen anderer geteilt.
- **Externalisation** ist die Phase, wo implizites Wissen in der Gruppe (der Netzärzte) reflektiert und dadurch in explizites Wissen überführt wird: Angetrieben durch ärztlich-professionelle Neugier werden in QZ gemeinsame Behandlungs-Konzepte formuliert.
- **Kombination** ist die Phase, wo explizites Wissen mit (expliziter) wissenschaftlicher Evidenz kombiniert und in eine systematisierte Form übertragen wird: Guidelines entstehen aufgrund wissenschaftlicher Evidenz und deren Abstimmung mit der lokalen Praxis im Ärztenetz.
- **Internalisation** ist die Phase, wo durch die Anwendung der Guidelines neues implizites Wissen entsteht: Durch bewusstes Reflektieren der Guidelines im Praxisalltag entstehen neue Erfahrungen.

Ein wichtiger Aspekt dieses Konzepts ist dessen Dynamik: Die Spirale dreht sich im Uhrzeigersinn auf den verschiedenen Ebenen von Individuum (Arzt/Ärztin), Gruppe (Qualitätszirkel) und Organisation

(Ärztendorf). Durch diese zyklische Bewegung durch die vier Phasen wird kontinuierlich implizites in explizites Wissen (und zurück) überführt und dadurch – so das Konzept von Nonaka – ein kreativer Prozess der Generierung neuen Wissens unterhalten. [41] Solche kreativen Prozesse – Knowledge Flows – werden, wenn sie ins Fließen kommen, von Professionellen (den Ärzten) und professionellen Organisationen (den Ärztenetzen) als Nutzen wahrgenommen. [37]

Abbildung 3 Wissensentwicklung in Ärztenetzen (adaptiert nach Nonaka [41])



7.2 Guideline-assoziierte Wissensentwicklung in Ärztenetzen

Die Ergebnisse unserer Fragebogen-Erhebung, die einen Nutzenzuwachs in der ärztlichen Tätigkeit zeigen, je grösser die Auseinandersetzung mit Guidelines war, suggerieren einen solchen Zyklus der Wissensentwicklung in Ärztenetzen. Wir haben deshalb die Auswertung der narrativen Interviews auf die Suche nach Hinweisen und Belegen (Zitate) ausgerichtet, welche den einzelnen Phasen des beschriebenen Zyklus zugeordnet werden können. Eine vollständige Liste der Zitate findet sich in Anhang 3.

Sozialisation

Die Phase der „Sozialisation“ ist ein typisches Merkmal ärztlicher Arbeit, täglich tauschen Ärztinnen und Ärzte ihre Erfahrungen (implizites Wissen) mit Kolleginnen, Kollegen und Patientinnen, Patienten aus, nehmen Abweichungen zwischen eigenen und Erfahrungen anderer wahr und nutzen diese Abweichungen, um ihr eigenes Tun zu reflektieren. In dieser Auswertung waren aber vor allem Hinweise wichtig, wie Erfahrungen aus der Anwendung von (bereits implementierten) Guidelines zwischen Ärzten und mit Patienten ausgetauscht werden:

„Ich erinnere mich jetzt eben an die Diskussion ‘in die Röhre gehen beim Rückenweh bei einem Patienten’. Da haben wir dann ganz bewusst darauf verzichtet und haben einmal einfach die Therapie durchgeführt, wie wir das eigentlich so vorgeschlagen haben, obwohl der Patient sehr gedrängt hat auf die Röhre. Ich konnte ihm zeigen, du bist jetzt sechzig, und der Spezialist hat

gesagt ab vierzig haben sowieso alle etwas und ab sechzig ist man nicht einmal mehr sicher, ob man das Richtige operiert, also die Röhre verunsichert uns eigentlich nur, und ich denke, dadurch, dass ich dem Patienten zeigen konnte, dass das Konsens war bei uns, konnte ich ihn davon überzeugen, dass er jetzt einmal zuerst die Medikamente, die Therapie und die eigenen Bewegungsübungen machen soll. Und es ist dann auch nach drei Wochen deutlich besser gewesen.“ (AP5, 201)

„Die Leute (Patienten) sind eigentlich immer erstaunt und verstehen das und sagen, das hätten sie nicht gewusst, dass das [das PSA-Screening] so unsicher sei und können es dann häufig akzeptieren, wenn man sagt, man wartet ab. Also weil die Information schnell verfügbar ist und man sie ihnen mitgeben kann, wirkt das eigentlich.“ (AP6, 10)

Die beiden Zitate illustrieren, wie Guidelines als Vermittlungsvehikel zwischen der selbstverständlichen Praxis des Arztes und den (differierenden) Erwartungen des Patienten eingesetzt werden. Es geht dabei nicht nur darum (den Patienten) zu überzeugen, sondern auch darum, via Guideline zu einem gemeinsamen Entscheid und „Verstehen“ und anschliessend zu einer neuen Erfahrung zu gelangen, nämlich festzustellen „dass es nach 3 Wochen deutlich besser war“ bzw. „dass das eigentlich wirkt“.

Externalisation

Die Phase der Externalisation findet im Kontext der Ärztenetze vor allem in den Qualitätszirkeln statt. Die Ärzte tauschen im verbindlichen und moderierten Rahmen der QZ ihre individuellen Erfahrungen aus, welche sich im Rahmen der Diskussion und Bearbeitung im QZ zu explizitem Wissen formen, u.a. auch indem die Erfahrungen der ganzen Gruppe mit bestehenden Guidelines diskutiert werden und sich daraus neues Verhalten entwickeln kann.

„Ich meine das machen wir in unseren Qualitätszirkeln auch sonst, das machen wir auch informeller, und ich denke wirklich, das führt zu Veränderungen, das Vergleichen, wie machen es die anderen. Dann wenn es auf dem Tisch ist, die Differenzen zu schauen, wie die Evidenz ist und dann aufgrund dieser Evidenz zumindest eine Empfehlung abzugeben.“ (AP3, 106)

„Und das Überraschende oder die gute Erfahrung war, dass sich das recht gut gedeckt hat mit den Guidelines, ohne dass wir irgendwelche Literaturrecherchen gemacht haben damals, sondern wir haben wirklich einfach geschaut, wie sieht der Standard in den Praxen aus und gibt es da einen Konsens. ... das andere war, dass empfohlen wird in dieser Guideline, dass man mit Akribie den Blutdruck mit ... technisch, dass technisch genau beschrieben ist, wie man diesen Blutdruck messen muss und dass man ihn dreimal hintereinander messen muss, und dass eigentlich unisono alle sagten, das ist jetzt aber überhaupt nicht möglich im Praxisalltag, das so zu machen, das ist einfach nicht die Realität.“ (AP4, 201)

„Also wir schauen mal, was für Verhaltensänderungen gibt es. Wir besprechen etwas im QZ, dann schauen wir über ein paar Monate, gibt es Verhaltensänderungen beim einzelnen Arzt, und dann besprechen wir das noch einmal und schauen, wer hat was wie verändert, wer hat nichts verändert, wer hat sein Bild ganz verändert - und versuchen das wieder miteinander auszutauschen.“ (AP7, 99)

Die Zitate illustrieren, wie individuelle Erfahrung und implizites Wissen im Prozess des QZ externalisiert, d.h. in eine Form übersetzt wird, die von allen Mitgliedern der Gruppe verstanden wird, und wie daraus neue Verhaltensformen für die Praxis abgeleitet werden. Sie zeigen auch, wie wissenschaftliche Evidenz bzw. publizierte Guidelines in den lokalen Kontext der Ärzte übersetzt werden.

„... dass halt in einer solchen Gruppe bei offenem Dialog, wenn zehn bis fünfzehn Personen dabei sind, in der Regel über hundert Praxiserfahrungsjahre zusammen kommen und das ist

bei den frontalen Vorlesungen und bei irgendwelchen Seminaren, wo jeder sich fürchtet, seine Äusserungen zu machen, halt einfach nicht in diesem Sinne der Fall.“ (AP4, 43)

Wesentlich in dieser Phase ist, dass implizites Wissen nicht nur als Sammelsurium individueller ärztlicher Erfahrungen, sondern in der moderierten Behandlung im QZ als Gesamtpaket „hundert Praxiserfahrungsjahre“ verarbeitet wird.

Kombination

In der Phase der Kombination wird explizites Wissen aus den QZ mit wissenschaftlicher Evidenz kombiniert und in eine systematische Form (der Guideline) überführt. Auch wenn in dieser Phase eine Formalisierung im Sinne einer „Verabschiedung“ der Guidelines stattfindet, ist ein ganz anderer Aspekt viel zentraler: die Beteiligung derjenigen, welche die Guidelines anschliessend nutzen werden – was häufig ein ausgesprochen aufwendiges Unterfangen ist.

„Der wesentlichste Nutzen der Guidelines ist die Erarbeitung einer Guideline. Es gibt auch Studien dazu, dass die einzigen Guidelines, die man wirklich kann, die sind, bei denen man auch an der Erarbeitung beteiligt war.“ (AP3, 79)

„Wenn die Leitlinien nicht von denen gemacht wurden, die sie benötigen, dann erfüllen sie nicht die Anforderungen, die erwartet werden. Spezialisten und Leitlinien, die sind häufig frustrierend für den Praktiker. Das haben wir auch in der Zusammenarbeit zum Beispiel mit den Urologen bei der Überarbeitung der Guideline Harnwegsinfekt gesehen, da werden einfach dann spitaleinterne Weisungen eins zu eins übertragen auf uns und das funktioniert nicht.“ (AP4, 243)

„Wir müssen diese Guidelines adaptieren in unser Netz und das ist ganz eben netzspezifisch, weil wir hier in unserer Region, eher einer ländlichen Region sicher andere Patienten, andere Ansprüche und andere oder weniger Möglichkeiten haben, als jemand, der das universitäre Zentrum in 10 Min. Gehstrecke hat.“ (AP5, 322)

„Es ist unheimlich aufwendig, wir haben jetzt in 3 Qualitätszirkel investiert inkl. einen Facharzt kommen lassen zur Überarbeitung der Guideline. Und wir werden die Schaufel, ob sich jetzt etwas verändert hat, die haben wir jetzt noch vor, die kommt noch in diesem Jahr. Ich denke immer wieder, Heimatland, das braucht 3 Qualitätszirkel, x Arbeit an einem Fragebogen, die Auswertung des Fragebogens, ein 2. Fragebogen, den noch einmal auswerten. Das ist ein hoher Aufwand für ein Themengebiet.“ (AP3, 90)

In diese Phase der Kombination fallen also (zeit- und personen-)aufwendige Prozesse der Erarbeitung der Guidelines, der Abstimmung mit externen Fachpersonen und Institutionen und der formellen Einführung der Guideline. Offensichtlich ist, dass für diese Aspekte – ganz im Unterschied zu den anderen Phasen – ein institutioneller Rahmen (eines Ärztenetzes) nicht Bedingung, aber sicher eine grosse Unterstützung ist.

Internalisation

In der Phase der Internalisation werden Guidelines im Praxisalltag und bei individuellen Patienten angewandt. Gleichzeitig wird dieses Anwenden bewusst reflektiert, woraus neue Erfahrungen und implizites Wissen entstehen können.

„Nein, das (Abweichen von Guidelines) fällt mir nicht so schwer, weil häufig hat man zum Beispiel auch polymorbide Patienten und da muss man nun wirklich überlegen, ja da kann man nicht alles anwenden, das geht gar nicht.“ (AP1, 195)

„Und hier erfährt die Guideline noch eine gewisse Zusatzqualität, den klinischen Kontext, die klinischen Erfahrungen, wobei die immer ein bisschen in Frage gestellt werden sollen und müs-

sen. Ich denke das, was mir die Guideline auch bringt, ist, ich stelle mich selber in Frage, ich überdenke meine Verhaltensmuster. Und darum lesen wir immer wieder Guidelines und vergleichen die mit unserem Verhalten.“ (AP2, 102)

„Das ist so meine persönliche Abweichung. Die kenne ich jetzt relativ gut. Ja, das nützt mir.“ (AP3, 19)

„Z. B. mit der Hypertonie-Guideline. Ich habe mich eigentlich lange dagegen gesträubt, dass man gut funktionierende Medikationen umstellt und gerade bei der Hypertonie, hat es doch einige Wechsel gegeben bei der Betablocker-Therapie und so weiter. Ich habe zum Teil Patienten noch von meinem Vorgänger gehabt, die Betablocker gehabt haben und bei denen ich mich gesträubt habe, dass man bei diesen etwas ändert, wenn sie gut eingestellt sind. Und jetzt doch die Diskussion, die Hypertonie-Guideline revidiert, nochmals angeschaut und mit den Kollegen nochmals besprochen und dann haben wir eben auch so einen Zyklus gemacht, so einen Lernzyklus und nochmals geschaut, was verändern wir dort? Ich habe gemerkt, dass man halt auch alte Therapie verändern und etwas Neues daraus machen muss, wenn neue Erkenntnisse kommen. Und dort halt eher einen Betablocker wegnehmen und dafür etwas zu geben, was es früher noch nicht gab. Also bei mehreren Patienten, wo das dann meistens problemlos klappte. Aber es musste auch zuerst in meinem Kopf passieren.“ (AP7, 117)

„Aber Guidelines haben sicher dazu geführt, dass ich einfach die Kontrolle nochmals ein wenig strenger angeschaut habe und mir nochmals überlegt habe, welche Kontrolle macht für den einzelnen Patienten Sinn.“ (AP7, 169)

Die Zitate zeigen, dass Reflektieren der Guideline-Anwendung in doppeltem Sinne bedeutsam ist: zum einen, um festzustellen, wo und weshalb Abweichungen notwendig sind bzw. stattfinden, und zum anderen, um die eigene Routine aufgrund der Anwendung bewusst und kritisch zu hinterfragen.

7.3 Schlussfolgerung

Zusammenfassend zeigt die Auswertung der narrativen Interviews viele Hinweise für die einzelnen Phasen und dafür, dass ein Zyklus der Wissensentwicklung im Zusammenhang mit der Implementierung und Anwendung von Guidelines in Ärztenetzen zu beobachten ist. Diese Ergebnisse mit jenen aus der Fragebogen-Erhebung zusammen genommen, lassen die Schlussfolgerung zu, dass die auffallend positive Haltung der Ärzte gegenüber den netzspezifischen Guidelines, der grössere Nutzen durch mehr Auseinandersetzung mit Guidelines sowie die geringe Wahrnehmung einer Einschränkung der ärztlichen Autonomie (auch) durch einen kreativen Prozess der Generierung neuen ärztlichen Wissens unterhalten wird. Solche Prozesse der Wissensentwicklung wären damit zu den wirksamsten Implementierungsstrategien für Guidelines zu zählen. Eine wichtige Voraussetzung für eine derartige Wissensentwicklung ist möglicherweise – wie in unserer Studie die Ärztenetze – ein institutioneller Rahmen. Daraus wäre zu folgern, dass eine evidenzbasierte und guidelinegestützte Patientenbetreuung in Ärztenetzen eher gedeihen kann als in traditionellen hausärztlichen Einzelpraxen.

8 Synthese

Auf den Punkt gebracht lassen sich die Ergebnisse unserer Studie wie folgt zusammenfassen:

- Von 67 Ärztenetzen in der Schweiz nutzen 20 gesamthaft 179 netzeigene und mehrheitlich ärztliche Guidelines mit grossen Unterschieden zwischen den einzelnen Netzen. Die überwiegende Mehrheit der Guidelines werden – ausgehend von publizierten Leitlinien – eigens in den Netzen entwickelt, das heisst überarbeitet und an netzspezifische Bedürfnisse adaptiert. Nur ein kleiner Teil der Guidelines wird unverändert von externen Leitlinien übernommen.
- In der Implementierung der Guidelines, d.h. deren Erarbeiten, Adaptieren an den lokalen Kontext (eines Ärztenetzes) sowie verbindliches Einführen, spielen die Qualitätszirkel bei allen Netzen eine zentrale Rolle. Darüber hinaus können zwei Gruppen von Netzen unterschieden werden: jene mit mehrstufiger und jene ohne mehrstufige Implementierung. Ärzte in Netzen mit mehrstufiger Implementierung nehmen mehr Nutzen bzw. weniger Schwierigkeiten durch die Anwendung von Guidelines wahr als Ärzte in Netzen ohne mehrstufige Implementierung. Zudem bewerten Ärzte in ärzteigenen Netzen den Nutzen aus Guidelines höher als die Kollegen in kasseneigenen Netzen.
- Unsere Studienergebnisse zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl besuchter Qualitätszirkel und wahrgenommenem Nutzen aus der Anwendung der Guidelines in der Praxis. Ärzte, welche sich in der Erstellung von Guidelines engagieren, haben ebenfalls mehr Nutzen als jene ohne ein solches Engagement. Diese Ergebnisse zeigen, dass Nutzen bzw. Schwierigkeiten durch Guidelines grösser bzw. kleiner sind, je intensiver die Auseinandersetzung mit Guidelines ist.
- Unsere Ergebnisse stimmen mit vielen anderen Studien überein, indem eine erfolgreiche Implementierung eine intensive Auseinandersetzung der Ärzte mit den Guidelines (z.B. in Qualitätszirkeln) erfordert und eine hohe Identifikation mit den entsprechenden Empfehlungen.
- Die Netzärzte nehmen wenig bis keine Einschränkung ihrer ärztlichen Autonomie durch die netzeigenen Guidelines wahr. Bemerkenswert ist, dass die Autonomie-Einschränkung in Gruppenpraxen geringer erlebt wird als in Einzelpraxen.
- In der neueren Literatur werden Guidelines nicht mehr nur als ärztliche Handlungsrahmen oder kondensiertes Wissen aus Wissenschaft und Forschung betrachtet. Die Implementierung von evidenzbasierter Medizin in der klinischen Praxis wird heute auch als kreativer Prozess der (ärztlichen) Wissensentwicklung verstanden.
- Wir präsentieren ein aus der Literatur adaptiertes Modell, welches Implementierung und Anwendung von Guidelines in Ärztenetzen als Prozess der Wissensentwicklung beschreibt und vier Phasen umfasst: (1) die Sozialisation, wo Ärzte untereinander und mit Patienten implizites Wissen und Erfahrungen austauschen, (2) die Externalisation, wo implizites Wissen im Kollektiv der Netzärzte (z.B. im QZ) reflektiert und dadurch in explizites Wissen überführt wird, (3) die Kombination, wo explizites Wissen mit wissenschaftlicher Evidenz kombiniert und in die systematisierte Form der Guidelines übertragen wird und (4) die Internalisation, wo durch die Anwendung der Guidelines neue Erfahrungen und implizites Wissen entsteht.
- Unsere Ergebnisse der Fragebogen-Erhebung und der narrativen Interviews zusammen genommen zeigen, dass die auffallend positive Haltung der Ärzte gegenüber den netzspezifischen Guidelines, der grössere Nutzen durch mehr Auseinandersetzung mit Guidelines sowie die geringe Wahrnehmung einer Einschränkung der ärztlichen Autonomie (auch) durch einen solchen kreativen Prozess der Generierung neuen ärztlichen Wissens unterhalten wird.
- Ein solcher Prozess der Wissensentwicklung wäre eine sehr wirksame Implementierungsstrategie für Guidelines. Wichtige Voraussetzung ist möglicherweise – wie in unserer Studie die Ärztenetze – ein institutioneller Rahmen. Daraus wäre zu folgern, dass eine evidenzbasierte und guideline-gestützte Patientenbetreuung in Ärztenetzen eher gedeihen kann als in traditionellen hausärztlichen Einzelpraxen.

9 Anhänge

Anhang 1 : Alphabetische Liste der Guidelines in Ärztenetzen

Titel	Zielgruppe (Mehrfachantwort)				Art der Guideline (Mehrfachantwort)			Letzte Aktualisierung	Erstellung der Guideline	Implementierung der Guideline (Mehrfachantwort)							Spektrum der Guideline	Zugang zur Guideline
	Ärztliche Grundversorger	Spezialisierte Ärzte	MPA	Patienten	Weitere (Spital, Spitex u.a.)	diagnostisch	therapeutisch			durch Verteilen an die Netzmitglieder nach Behandlung im Q-Zirkel	durch Weiterbildungsmassnahmen begleitet	durch regelmässige Reminders erinnert	durch Teamarbeit eingefordert	durch Netzeigene finanzielle Unterstützung	durch Netzfremde finanzielle Unterstützung	durch vertragliche Verbindlichkeit gesichert		
Abdominales Aortenaneurysma	x					x		juin 2008	1	x	x	x	x	x			1	1
Akute Lumbago	x	x			x	x	x	oct 2010	1	x	x	x	x	x	x		1	2
Akute Rückenschmerzen				x				oct 2006	1								2	1
Akutes Koronarsyndrom	x					x	x	juin 2010	2	x	x	x	x	x	x		2	1
Akutes Koronarsyndrom	x					x	x	2010	1	x	x	x		x	x	x	2	2
Akutes lumbales Schmerzsyndrom	x					x	x	2011	1	x	x	x		x	x	x	2	2
Alltagsbeschwerden	x	x			x	x	x	juin 2009	1	x		x	x	x	x		2	1
Anämie	x					x	x	2009	1	x	x	x		x	x	x	2	2
Angina tonsillaris	x					x	x	nov 2004	1	x	x	x	x	x	x		2	1
Arbeitsunfähigkeit	x						x	2009	1	x	x	x		x	x	x	2	2
Arterielle Hypertonie	x					x	x	oct 2009	2	x	x		x	x		x	2	2
Arterielle Hypertonie	x					x	x	août 2011	1	x	x	x			x		2	2.3
Arterielle Hypertonie	x						x	2007	3	x	x	x		x	x	x	2	2
Arterienerkrankungen	x					x	x	sept 2011	1	x	x			x			2	2.3
Arthrose	x					x	x	déc 2005	1	x	x	x	x	x	x		2	1
Asthma bronchiale	x					x	x	déc 2008	2	x	x	x	x	x	x		2	1
Asthma bronchiale	x			x	x		x	mai 2011	2	x	x	x	x	x	x		2	1
Asthma bronchiale	x					x	x	2008	1	x	x	x		x	x	x	2	2
Asthma bronchiale	x					x	x	2008	3	x	x	x		x	x	x	2	2
Augenprobleme in der Grundversorgung	x					x	x	mars 2010	1	x	x	x	x	x	x		1	1
Basaliom, Spinaliom	x					x	x	oct 2009	1	x	x	x	x	x	x		2	1
Beurteilung der Fahreignung bei Senioren	x					x		déc 2006	1		x	x			x		1	2
Bewegung				x				déc 2005	1								2	1
Check up				x				mai 2003	1								2	1
Check-up	x					x		févr 2005	1	x	x	x	x	x	x		1	1
Chlamydien	x					x	x	avr 2004	1	x	x	x	x	x	x		2	1
Cholesterin	x					x	x	août 2006	1	x	x	x	x	x	x		2	1
Chronisch-obstruktive Pneumopathie COPD	x					x	x	sept 2010	1	x	x	x	x	x	x		2	1
Chronisch-obstruktive Pneumopathie COPD	x					x	x	2006	3	x	x	x		x	x	x	2	2
Colon irritable	x					x	x	avr 2009	1	x	x	x	x	x	x		2	1
Colon irritable	x					x	x	mars 2009	1	x	x	x			x		2	2.3
Cystitis	x	x	x		x	x	x	déc 2007	1	x	x	x	x	x	x		1	2
Demenz	x					x	x	sept 2004	1	x	x	x	x	x	x		2	1
Demenzielles Syndrom	x					x	x	juil 2008	2		x	x					2	2
Depression	x					x	x	janv 2006	1	x	x	x	x	x	x		2	1
Depression - Begleitung	x					x	x	2007	1	x	x						2	2
Depression - Therapie	x						x	2007	1	x	x						2	2
Diabetes Kontrollblatt	x						x	juin 2009	1	x	x	x	x	x	x		1	1
Diabetes mellitus	x					x	x	déc 2009	1	x	x	x	x	x	x		2	1
Diabetes mellitus	x					x	x	sept 2010	2	x	x	x	x	x		x	2	2
Diabetes mellitus	x		x				x	avr 2011	1		x				x		2	2
Diabetes mellitus	x	x	x			x	x	oct 2010	1	x	x	x	x	x	x		1	2
Diabetes mellitus	x	x		x	x	x	x	juil 2011	2	x	x	x	x	x	x		2	1

Titel	Zielgruppe (Mehrfachantwort)				Art der Guideline (Mehrfachantwort)	Letzte Aktualisierung	Erstellung der Guideline	Implementierung der Guideline (Mehrfachantwort)							Spektrum der Guideline	Zugang zur Guideline				
	Ärztliche Grundversorger	Spezialisierte Ärzte	MPA	Patienten				Weitere (Spital, Spitex u.a.)	diagnostisch	therapeutisch	unterstützende Massnahme	- 1: Vollständige Eigenentwicklung - 2: Adaptieren publizierter Leitlinien - 3: Übernehmen publizierter Guideline	durch Verteilen an die Netzmitglieder	nach Behandlung im Q-Zirkel			durch Weiterbildungsmassnahmen begleitet	durch regelmässige Reminders erinnert	durch Teamarbeit eingefordert	durch Netzeigene finanzielle Unterstützung
Diarrhoe	x				x	x		avr 2010	1	x	x	x	x	x	x				2	1
Distorsion OSG	x	x	x		x	x	x	x	mars 2008	1	x	x	x	x	x	x			1	2
Dyspepsie	x				x	x		déc 2007	1	x	x	x	x	x	x				2	1
Dyspepsie	x				x	x		mars 2009	1	x	x	x			x				2	2.3
Eiseninfusion Merkblatt			x				x	sept 2009	1	x	x	x	x	x	x				1	1
Eisenmangel	x				x	x		janv 2007	1	x	x	x	x	x	x				2	1
Empfängnisverhütung				x				sept 2005	1										2	1
Erektile Dysfunktion	x				x	x		juin 2011	1	x	x	x			x				2	2.3
Erkrankungen des Skrotum	x				x	x		juin 2011	1	x	x	x			x				2	2.3
Fazialisparese	x				x	x		avr 2009	1	x	x	x	x	x	x				2	1
Fragen zu Burnout				x	x	x	x	nov 2010	1	x					x			1 und 2	1	
Gesundheitsstörungen				x				déc 2005	1										2	1
Gicht	x				x	x		sept 2007	1	x	x	x	x	x	x				2	1
Grippepandemie	x	x	x		x	x	x	x	oct 2009	1	x	x	x			x			1	2
Haarausfall	x				x	x		oct 2009	1	x	x	x	x	x	x				2	1
Hämorrhoiden, Analfissur	x				x	x		mars 2009	1	x	x	x			x				2	2.3
Handekzeme	x	x			x	x	x	x	mars 2007	1	x	x	x	x		x			1 und 2	2
Harnwegsinfekt Erwachsene	x				x	x		oct 2006	1	x	x	x	x	x	x				2	1
Harnwegsinfekt Kinder	x				x	x		août 2004	2	x	x	x	x	x	x				2	1
Helicobacter pylori	x				x	x		mars 2009	1	x	x	x			x				2	2.3
Hepatitis b-Antikörper	x				x			sept 2004	1	x	x	x	x	x	x				1	1
Hepatitis chronische	x				x	x		oct 2004	1	x	x	x	x	x	x				2	1
Hereditäre Hämochromatose	x				x	x		nov 2010	1	x	x	x	x	x	x				2	1
Herzinsuffizienz	x				x	x		janv 2005	1	x	x	x	x	x	x				2	1
Herzinsuffizienz	x	x	x	x	x	x	x	juin 2011	2	x	x	x	x	x	x				2	1
HIV AIDS	x				x	x		févr 2010	1	x	x	x	x	x	x				2	1
Hörsturz	x				x	x		févr 2002	1	x	x	x	x	x	x				2	1
Hörsturz	x				x	x		janv 2009	1	x	x				x				2	2.3
Hyperlipidämie-Primärprophylaxe	x						x	2007	1	x	x								1	2
Hypertonie	x				x	x		avr 2009	1	x	x	x	x	x	x				2	1
Hypertonie 24h / Blutdruckmessung	x	x	x				x	juil 2009	1	x	x	x	x	x	x				1	2
Impfungen für Kinder				x				juil 2007	1										2	1
Impfplan BAG	x			x			x	2011	3	x	x	x			x	x		x	1	2
Impfplan Übersicht	x			x			x	2011	3	x	x	x			x	x		x	1	2
Impftabelle Kinder	x					x		juil 2006	2	x		x	x	x	x				1	1
Impfungen (nachhol-)	x					x		janv 2006	2	x			x	x	x				1	1
Infektiologie	x					x		juil 2010	1	x	x	x	x	x	x				1	1
Influenza Neuraminidasehemmer	x					x		sept 1999	1	x	x	x	x	x	x				1	1
Intraartikuläre Injektion	x					x		nov 1999	1	x	x	x	x	x	x				1	1
Irritable Bowel Syndrome	x				x	x		2008	2	x	x	x			x	x		x	2	2
Kardiologische Abklärung	x				x	x		août 2011	1	x	x	x				x			2	2.3
Karpaltunnelsyndrom	x				x	x		août 2003	1	x	x	x	x	x	x				2	1
Kolondivertikel	x				x	x		mars 2009	1	x	x	x				x			2	2.3
Kolorektales Carcinom Screening	x				x			2006	1	x	x	x			x	x		x	2	2
Kopfschmerzen				x				oct 2004	1										2	1
Kopfschmerzen	x				x	x		juil 2011	2	x	x							x	2	2
Kopfschmerzen	x				x	x		nov 2008	1	x	x					x			2	2.3
Kopfschmerzen	x				x	x		2010	3	x	x	x			x	x		x	2	2

Titel	Zielgruppe (Mehrfachantwort)				Art der Guideline (Mehrfachantwort)			Letzte Aktualisierung	Erstellung der Guideline	Implementierung der Guideline (Mehrfachantwort)							Spektrum der Guideline	Zugang zur Guideline
	Ärztliche Grundversorger	Spezialisierte Ärzte	MPA	Patienten	Weitere (Spital, Spitex u.a.)	diagnostisch	therapeutisch			unterstützende Massnahme	nach Behandlung im Q-Zirkel	durch Weiterbildungsmassnahmen begleitet	durch regelmässige Reminders erinnert	durch Teamarbeit eingefordert	durch Netzeigene finanzielle Unterstützung	durch Netzfremde finanzielle Unterstützung		
									- 1: Vollständige Eigenentwicklung - 2: Adaptieren publizierter Leitlinien - 3: Übernehmen publizierter Guideline								- 1: betrifft nur einzelne medizinische Massnahmen - 2: betrifft den Betreuungsprozess ganz oder teilweise	- 1: Online – öffentlich zugänglich (Internet) - 2: Online – geschlossener Bereich (Intranet) - 3: Offline (Papier, PDF)
Kopfschmerzen	x				x	x		2010	1	x	x	x		x	x		x	2
Koronare Herkrankheit KHK	x				x	x		févr 2008	1	x	x	x	x	x	x			2
Koronare Herzkrankheit	x				x	x		août 2011	1	x	x	x			x			2
Kreuzschmerzen	x				x			avr 2008	3	x	x	x			x			2
Leberenzyme	x				x			oct 2009	1	x	x	x	x	x	x			1
Luftwegsinfektionen	x					x		2007	1	x	x							2
Lumbago	x				x	x		avr 2010	1	x	x	x	x	x	x			2
Malignes Melanom	x				x	x		oct 2009	1	x	x	x	x	x	x			2
Männliche Infertilität	x				x	x		juil 2004	1	x	x	x	x	x	x			2
Männliche sexuelle Dysfunktion	x				x	x		mars 2004	1	x	x	x	x	x	x			2
Migräne	x				x	x		oct 2004	1	x	x	x	x	x	x			2
Mikrohämaturie	x				x			janv 2008	1	x	x	x	x	x	x			1
Miktionsprobleme beim Mann	x				x	x		juin 2011	1	x	x	x			x			2
Multiple Sklerose	x				x	x		nov 2008	1	x	x				x			2
Nachsorge Kolon-Eingriffe	x				x	x		mars 2009	1	x	x	x			x			2
Onkologische Nachkontrollen	x				x			juin 2004	1	x	x	x	x	x	x			1
Onkologische Überweisung	x				x	x	x	févr 2011	2	x	x	x			x			2
ORL-Infekte	x				x	x		2010	1	x	x	x		x	x		x	2
ORL-Infekte	x				x	x		2010	3	x	x	x		x	x		x	2
OSG-Distorsion	x				x	x		avr 2010	1	x	x	x	x	x	x			1
Osteoporose	x				x	x		mars 2010	1	x	x	x	x	x	x			2
Osteoporose	x				x	x		2006	3	x	x	x		x	x		x	2
Osteoporose	x				x		x	2006	2	x	x	x		x	x		x	2
Osteoporose-Guideline	x				x			juin 2006	2	x	x	x			x			1
Otitis	x				x	x		janv 2009	1	x	x				x			2
Otitis media	x				x	x		mai 2003	1	x	x	x	x	x	x			2
Pädiatrische Notfälle in der Hausarztpraxis	x				x	x		mai 2010	1	x	x	x	x	x	x			2
Pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen	x	x					x	2006	2	x	x	x			x	x	x	1
Parkinson	x				x	x		nov 2008	1	x	x				x			2
Patienten haben Rechte				x				févr 2006	1									2
Periphere Verschlusskrankheit PAVK	x				x	x		janv 2008	1	x	x	x	x	x	x			2
Polymyalgia rheumatica und Riesenzellarteriits	x				x	x		oct 2007	1	x	x	x	x	x	x			2
Polyneuropathie	x				x	x		nov 2008	1	x	x				x			2
Präoperative Abklärungen und Vorbereitungen	x	x			x	x		x	janv 2010	1	x	x				x	x	2
Procedere nach Asbestexposition	x	x	x		x			janv 2007	1	x	x	x	x	x		x		1
Proktologie	x				x	x		févr 2007	1	x	x	x	x	x	x			2
Prostata Carcinom	x				x			2007	1	x	x	x			x	x	x	2
Prostatacarcinom	x				x	x		févr 2005	1	x	x	x	x	x	x			2
Prostata-Krebsvorsorge	x				x			janv 2008	2		x					x		1
Prostatavergrösserung				x				sept 2006	1									2
Psychiatrische Überweisung	x				x		x	août 2009	1	x		x	x			x		2
Psychopharmaka-Therapie	x					x		2009	1	x	x	x			x	x	x	2
Reanimations-Richtlinien des Swiss Resuscitation Council	x	x	x				x	nov 2005	3		x					x		1
Reisemedizin				x				mars 2006	1									2
Rheuma				x				mai 2005	1									2

Titel	Zielgruppe (Mehrfachantwort)				Art der Guideline (Mehrfachantwort)	Letzte Aktualisierung	Erstellung der Guideline	Implementierung der Guideline (Mehrfachantwort)							Spektrum der Guideline	Zugang zur Guideline					
	Ärztliche Grundversorger	Spezialisierte Ärzte	MPA	Patienten				Weitere (Spital, Spitex u.a.)	diagnostisch	therapeutisch	unterstützende Massnahme	- 1: Vollständige Eigenentwicklung - 2: Adaptieren publizierter Leitlinien - 3: Übernehmen publizierter Guideline	durch Verteilen an die Netzmitglieder	nach Behandlung im Q-Zirkel			durch Weiterbildungsmassnahmen begleitet	durch regelmässige Reminders erinnert	durch Teamarbeit eingefordert	durch Netzeigene finanzielle Unterstützung	durch Netzfremde finanzielle Unterstützung
Rhinosinusitis und Polyposis	x					x	x		janv 2009	1	x	x				x				2	2.3
Rhythmusstörungen	x					x	x		août 2011	1	x	x	x			x				2	2.3
Schädel-Hirntrauma	x					x	x		janv 2004	1	x	x	x	x	x	x	x			2	1
Schilddrüsenerkrankungen	x					x	x		avr 2011	1	x	x	x	x	x	x	x			2	1
Schmerzbehandlung	x	x	x		x			x	nov 2005	2	x	x	x			x				2	2.3
Schmerztherapie	x						x		2008	2	x	x	x			x	x		x	2	2
Schmerztherapie WHO (Anhang)	x						x		2008	2	x	x	x			x	x		x	2	2
Schnarchen	x					x	x		janv 2009	1	x	x				x				2	2.3
Schwindel	x					x	x		janv 2003	1	x	x	x	x	x	x	x			2	1
Schwindel	x					x	x		janv 2009	1	x	x					x			2	2.3
Sekundärprophylaxe mit Statinen	x						x		2007	1	x	x								1	2
Sinusitis	x					x	x		nov 2007	1	x	x	x	x	x	x	x			2	1
Spezif. Hygienemassnahmen bei infek. Patienten in der Arztpraxis	x		x					x	2011	1	x	x	x			x	x		x	1	2
Stichverletzungen	x		x				x		2011	1	x	x	x			x	x		x	1	2
Strahlenschutz	x		x					x	2011	1	x	x	x			x	x		x	1	2
Stress / Burnout	x	x			x	x	x	x	févr 2011	1	x	x	x	x		x				1 und 2	2
Stroke und TIA	x					x	x		avr 2009	1	x	x	x	x	x	x	x			2	1
Sturz				x			x	x	janv 2011	2							x			2	3
Synkope	x					x	x		janv 2003	1	x	x	x	x	x	x	x			2	1
Teilnahme an CIRS	x		x					x	janv 2004	2	x	x					x			2	2
Thoraxschmerz	x					x			août 2010	1	x	x	x	x	x	x	x			1	1
Thromboembolie	x					x	x		avr 2009	1	x	x	x	x	x	x	x			2	1
Thromboseprophylaxe nach Hüft- und Knie-TP	x							x	2007	1	x	x								1	2
Tiefe Beinvenenthrombose	x					x			2007	3	x	x	x			x	x		x	1	2
Tinnitus	x					x	x		janv 2009	1	x	x					x			2	2.3
Tinnitus	x					x	x		déc 2004	1	x	x	x	x	x	x	x			2	1
Transaminasenerhöhung	x					x	x		mars 2009	1	x	x	x				x			2	2.3
Ulcers cruris	x					x	x		sept 2011	1	x	x					x			2	2.3
Urolithiasis	x					x	x		janv 2009	1	x	x	x	x	x	x	x			2	1
Valvuläre Herzkrankheit	x					x	x		août 2011	1	x	x	x				x			2	2.3
Varizen der Beine und Thrombophlebitis	x					x	x		nov 2006	1	x	x	x	x	x	x	x			2	1
Venenerkrankungen	x					x	x		sept 2011	1	x	x					x			2	2.3
Verordnung von Physiotherapie	x						x		févr 2007	3	x							x		1	1
Vit. D-Substitution bei älteren Menschen	x		x				x		juin 2011	1	x	x				x				2	2
Vitamin B12	x					x	x		juin 2009	1	x	x	x	x	x	x	x			2	1
Vitamin B12-Mangel	x					x	x		mars 2009	1	x	x	x				x			2	2.3
Vitamin D	x					x	x		avr 2010	1	x	x	x	x	x	x	x			2	1
Vorhofflimmern	x					x	x		mars 2010	1	x	x	x	x	x	x	x			2	1
Vorsorge Prostata-Ca	x					x	x		juin 2011	1	x	x	x				x			2	2.3
Vorsorgeuntersuchungen	x	x		x		x			déc 2010	2	x	x				x	x			2	2.3
Zahnmedizin	x					x	x		août 2008	1	x	x	x	x	x	x	x			1	1
Zeckenübertragene Krankheiten	x					x	x		juin 2004	1	x	x	x	x	x	x	x			2	1
Zytostatika	x		x					x	2011	1	x	x	x	x		x	x		x	1	2

Anhang 2 : Fragebogen „Implementierung der Guidelines“

Nachfolgend bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person:

1	Alter	1= <25, 2= 26-35, 3= 36-45, 4= 46-55, 5= 56-65, 6= >65
2	Geschlecht	♀ = 2 ♂ = 1
3	Praxisart	Einzelpraxis = 1 Gruppenpraxis = 2
4	Falls Gruppenpraxis: Anzahl Ärzte/Ärztinnen	1= 2-5, 2= 6-10, 3= 11-20, 4= 21-30, 5= >30
5	Ihr Arbeitspensum	1= < 50%, 2= 50-80, 3= 90-100%
6	Facharzttitel	1= Allgemeine Innere Medizin, 2= Andere
7	Anzahl Jahre in dieser Praxis	1= 1-5 (inkl. <1), 2= 6-10, 3= 11-20, 4= 21-30, 5= >30
8	Wie viele Q-Zirkel haben Sie im letzten Jahr besucht?	1= 1-5, 2= 6-10, 3= 11-15, 4= 16-20, 5= 21-30, 6= >30
9	Wie viele zusätzliche Sitzungen (z.B. Teamsitzungen), an denen Guidelines behandelt wurden, haben Sie im letzten Jahr besucht	1= 1-5, 2= 6-10, 3= 11-15, 4= 16-20, 5= 21-30, 6= >30
10	Sind oder waren Sie unmittelbar in die Erstellung von Guidelines in ihrem Netz involviert	Ja = 1 Nein = 2

Nachfolgend finden Sie verschiedene Aussagen über das Arbeiten mit Guidelines in ihrem Praxisalltag. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie der jeweiligen Aussage 'zustimmen' oder 'nicht zustimmen'. Wenn Sie keine eindeutige Meinung haben, versuchen Sie bitte dennoch festzulegen, ob Ihre Meinung mehr in Richtung 'Stimme zu' oder 'Stimme nicht zu' tendiert. Gelingt dies nicht, füllen Sie 'Weder noch' aus.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Weder noch	Stimme zu	Stimme sehr zu
11 Die Guidelines in unserem Ärztenetz lassen mir genügend Freiraum, selbst abzuwägen.	1	2	3	4	5
12 Die Guidelines in unserem Ärztenetz lassen mir genügend Freiraum, Wünsche von Patienten in meine Erwägungen einzubeziehen.	1	2	3	4	5
13 Die Guidelines in unserem Ärztenetz sind ein guter Anknüpfungspunkt für mein Selbststudium.	1	2	3	4	5
14 Ich habe die Guidelines in unserem Ärztenetz alle sorgfältig gelesen und sie mir gemerkt.	1	2	3	4	5
15 Ich möchte gerne mehr über die Guidelines in unserem Ärztenetz erfahren, bevor ich mich entscheide, diese eventuell anzuwenden.	1	2	3	4	5
16 Ich habe Schwierigkeiten damit, meine langjährige Routine zu verändern.	1	2	3	4	5
17 Ich glaube, dass bestimmte Aspekte der Guidelines in unserem Ärztenetz falsch sind.	1	2	3	4	5
18 Ich wehre mich im Allgemeinen dagegen, nach bestimmten Protokollen zu arbeiten.	1	2	3	4	5
19 Hausarzt-Kollegen im Ärztenetz arbeiten nicht daran mit, die Guidelines unseres Ärztenetzes anzuwenden.	1	2	3	4	5
20 Andere (spezialisierte) Ärzte arbeiten nicht daran mit, die Guidelines unseres Ärztenetzes anzuwenden.	1	2	3	4	5
21 MPAs und andere Helfer arbeiten nicht daran mit, die Guidelines in unserem Ärztenetz anzuwenden.	1	2	3	4	5
22 Externe Fachpersonen (Spezialisten, Spitäler, Spitex etc.) arbeiten nicht daran mit, die Guidelines unseres Ärztenetzes anzuwenden.	1	2	3	4	5
23 Patienten arbeiten nicht daran mit, die Guidelines in unserem Ärztenetz anzuwenden.	1	2	3	4	5
24 Es kostet viel Zeit, mit den Guidelines in unserem Ärztenetz zu arbeiten.	1	2	3	4	5
25 Die Guidelines in unserem Ärztenetz passen nicht gut zu der Arbeitsweise in meiner Praxis und zu meinem Arbeitsstil.	1	2	3	4	5
26 Die Anwendung der Guidelines in unserem Ärztenetz verbessert die Qualität der Patientenbetreuung	1	2	3	4	5
27 Das Arbeiten mit den Guidelines in unserem Ärztenetz hilft mir mit der klinischen Ungewissheit umzugehen	1	2	3	4	5
28 Die Anwendung der Guidelines in unserem Ärztenetz bereichert meine ärztliche Arbeit	1	2	3	4	5
29 Das Ärztenetz unterstützt mich in der Anwendung der Guidelines	1	2	3	4	5

Anhang 3 : Zitate zu den 4 Phasen des SECI-Zyklus

Sozialisation

Wenn mein Vorschlag, den ich dem Patienten mache, beim Patienten nicht auf seine Erwartungen trifft, und ich ein bisschen argumentieren und erklären muss. Dann kann ich auf solche Guidelines als Referenz, als eine gewisse Autorität hinweisen. (AP2, 66)

Es ist schon öfters vorgekommen, dass ein Patient eine bestimmte Behandlung oder Abklärung wollte, dann sage ich ihm, dass wir das in unserer Ärztengruppe gründlich besprochen haben und die Studien zeigen, dass man das so und so behandeln sollte, dass das besser herauskommt. (AP3, 42)

Wenn ich mir überlege, wie ich das Hausarzt-Metier gelernt habe, da lief das ja ganz stark nach dem Prinzip, wie machen es die anderen, da hat man irgend ein bestimmtes Vorbild, den Ausbilder, den man hatte in der Praxisassistenten, oder was auch immer, und das sind manchmal sehr individuelle Herangehensweisen. (AP3, 116)

Da kam eine Pflegefachfrau, also eine leitende Pflegefachfrau dieses Altersheims, und sagte zu mir: Herr [Name], Sie sind ja jetzt der Verantwortliche. Wir haben doch an der letzten Fortbildung diese Guidelines, diese Behandlungspfade zusammen entworfen. Wir haben unseren Hausarzt bei einer Patientin und der sagt immer, es sei so schwierig und das Pflaster sei zu teuer und es sei nicht nötig, dass man solche Medikamente benutzt bei dieser Frau. Dabei leidet sie wirklich und wir haben den Eindruck, es wäre dringend nötig, dass man hier andere Schmerzmittel oder einfach stärkere Schmerzmittel einsetzen würde. Und das war für mich dann auch nicht so einfach, ich will nicht schulmeistern und wir haben auch in unserem Netz die - wie soll ich sagen - Philosophie, dass wir zwar etwas empfehlen, das wir denken ist richtig, aber es kann jeder selber entscheiden, es gibt immer hundert Gründe, warum man es nicht so machen soll. Und die Empfehlung an diese Pflegefachfrau war dann: Bitte, wenn Sie das nächste Mal Visite haben, nehmen Sie diesen Ordner (wir haben so einen Pflegefachordner gemacht für die Spitex und alle Heime haben den), nehmen Sie dieses Kapitel Schmerzen hervor, schauen Sie das nach und sagen Sie 'schauen Sie, das haben wir bei der [Ärztinnen] gelernt und warum wollen wir das jetzt nicht bei der Patientin anwenden?'. Als ich das nächste Mal dann dorthin kam, sagte sie mir: Oh das ist sehr gut gekommen und sie hat jetzt das Pflaster. (AP5, 40)

Ich erinnere mich jetzt eben an die Diskussion 'in die Röhre gehen beim Rückenweh bei einem Patienten'. Da haben wir dann ganz bewusst darauf verzichtet und haben einmal einfach die Therapie durchgeführt, wie wir das eigentlich so vorgeschlagen haben, obwohl der Patient sehr gedrängt hat auf die Röhre. Ich konnte ihm zeigen, du bist jetzt sechzig, und der Spezialist hat gesagt ab vierzig haben sowieso alle etwas und ab sechzig ist man nicht einmal mehr sicher, ob man das Richtige operiert, also die Röhre verunsichert uns eigentlich nur, und ich denke, dadurch, dass ich dem Patienten zeigen konnte, dass das Konsens war bei uns, konnte ich ihn davon überzeugen, dass er jetzt einmal zuerst die Medikamente, die Therapie und die eigenen Bewegungsübungen machen soll. Und es ist dann auch nach drei Wochen deutlich besser gewesen. (AP5, 201)

Die Leute (Patienten) sind eigentlich immer erstaunt und verstehen das und sagen, das hätten sie nicht gewusst, dass das [das PSA-Screening] so unsicher sei und können es dann häufig akzeptieren, wenn man sagt, man wartet ab. Also weil die Information schnell verfügbar ist und man sie ihnen mitgeben kann, wirkt das eigentlich. (AP6, 10)

Ich denke als Arzt ist man nicht mehr die reine Autorität, also ich glaube, wir müssen auch belegen können, was wir sagen und die Leute sind kritisch und wissen zum Teil Bescheid. Dann ist es gut, wenn man sie auf etwas Schriftliches hinweisen kann, wo es auch Quellenangaben hat und Links. Gerade für diejenigen, die sich selber intensiv damit befassen. Und auch für uns, also ich meine, ich kann mir die Informationen nicht alle selber aus den Fingern saugen, ich bin auch froh, wenn wir jemanden haben, der das anschaut, dem ich selber vertraue. (AP6, 56)

Da war auch interessant zu sehen, wie die Kollegen das handhaben und wie wir an die Problematik herangehen, welche Patienten wir dort in diesem Kollektiv haben und wie wir mit diesen Guidelines umgehen. Wie stringent wir diese anwenden. (AP7, 148)

Der Unterschied, den es macht, ist dass der Patient gewisse Vorinformationen mitbringt. Man kann zeigen, das meine ich und das meine ich und das meine ich. Dass er sich schon in vielen Sachen eine Meinung bilden konnte. Wenn ich etwas anspreche, hatte er noch nicht die Möglichkeit gehabt, sich Gedanken zu machen oder er hat sich vielleicht mal Gedanken gemacht, aber es ist nicht ganz aktuell. (AP7, 210)

Externalisation

Die Guideline kommt zuerst und dann kommt der Patient, in jedem Kapitel weiss dann jemand ein Beispiel: „Ich habe gesehen, dass...“ oder „Bei einem Patienten habe ich...“ und dann kommen die Beispiele, aber zuerst ist die Guideline abstrakt und dann kommen die konkreten Beispiele dazu, bei der Guideline. Es gibt natürlich Fallbesprechungen, da geht es umgekehrt, wenn wir ein Problem besprechen, ausgehend von einem konkreten Problem. (AP2, 124)

Ich habe die Guidelines vor allem in unserem Qualitätszirkel erlebt, wo wir bestimmte Guidelines von der [Ärztinnen] durchgearbeitet haben. Das fand ich dann doch sehr anregend, um die eigene Arbeit in der Praxis zu reflektieren. Vor 2 Jahren haben wir die Guideline „Harnwegsinfekt“ besprochen und das ist etwas, das wir alle mit Überzeugung auf unsere eigene Art behandeln, und das mit der Guideline zu bearbeiten und dann reflektiert davon abzuweichen. (AP3, 8)

Ich meine das machen wir in unseren Qualitätszirkeln auch sonst, das machen wir auch informeller, und ich denke wirklich, das führt zu Veränderungen, das Vergleichen, wie machen es die anderen. Dann wenn es auf dem Tisch ist, die Differenzen zu schauen, wie die Evidenz ist und dann aufgrund dieser Evidenz zumindest eine Empfehlung abzugeben. (AP3, 106)

Ein anekdotenhaftes Beispiel der Verwendung der Guideline war, als ein Diabetiker zu mir gekommen ist und gesagt hat, ja gemäss den Guidelines, die wir hätten müsste ich ja irgendwelche zusätzlichen Massnahmen treffen, und ich musste feststellen, dass ich keine Ahnung hatte. Und dann bin ich eben die Guideline anschauen gegangen und, ja er hatte natürlich Recht. (AP4, 21)

... dass halt in einer solchen Gruppe bei offenem Dialog, wenn zehn bis fünfzehn Personen dabei sind, in der Regel über hundert Praxiserfahrungsjahre zusammen kommen und das ist bei den frontalen Vorlesungen und bei irgendwelchen Seminaren, wo jeder sich fürchtet, seine Äusserungen zu machen, halt einfach nicht in diesem Sinne der Fall. (AP4, 43)

Und das überraschende oder die gute Erfahrung war, dass sich das recht gut gedeckt hat mit den Guidelines, ohne dass wir irgendwelche Literaturrecherchen gemacht haben damals, sondern wir haben wirklich einfach geschaut, wie sieht der Standard in den Praxen aus und gibt es da einen Konsens. ... das andere war, dass empfohlen wird in dieser Guideline, dass man mit Akribie den Blutdruck mit ... technisch, dass technisch genau beschrieben ist, wie man diesen Blutdruck messen muss und dass man ihn dreimal hintereinander messen muss, und dass eigentlich unisono alle sagten, das ist jetzt aber überhaupt nicht möglich im Praxisalltag, das so zu machen, das ist einfach nicht die Realität. (AP4, 201)

Wir haben eigene, die heissen Handlungsrichtlinien fürs Personal, was man machen muss, wenn jemand kommt und eine bestimmte Frage hat; das ist auch noch etwas Gutes, und zwar mehr im Sinne eines Zwangs, die Abläufe selber festzulegen. So viel brauchen wir sie gar nicht, aber wir müssen einmal entscheiden, so wollen wir es und durch diese Arbeit wird klar, wie wir es eigentlich haben wollen. Das Aufschreiben ist dann häufig nur noch eine Formsache. (AP6, 18)

Aber als wir dann die Guideline von [Netz] miteinander angeschaut und durchgearbeitet haben und dann auch jeder im QZ gesagt hat, wie er das sieht und wie er das handhabt, hat das ein ganz anderes Gesicht bekommen. (AP7,24)

Erstens einmal, dass der Austausch (im QZ) stattfindet, dass es nicht von oben her kommt, sondern etwas ist, was miteinander diskutiert wird, wo man miteinander schaut, was mache ich und was macht der andere und wir alle in der gleichen Position sind. Es ist nicht der Spezialist, der einen anderen Blickwinkel hat, die Patienten anders sieht, das ist das Eine, also dass wir untereinander diskutieren. (AP7, 68)

Also wir schauen mal, was für Verhaltensänderungen gibt es. Wir besprechen etwas im QZ, dann schauen wir über ein paar Monate, gibt es Verhaltensänderungen beim einzelnen Arzt, und dann besprechen wir das noch einmal und schauen, wer hat was wie verändert, wer hat nichts verändert, wer hat sein Bild ganz verändert - und versuchen das wieder miteinander auszutauschen. (AP7, 99)

Und dann die Diskussion mit diesem Spezialisten, wie das jetzt aussieht, wie denn seine Überlegungen waren, mit dem Hintergrund der Guideline, die man gehabt hat und wo man besprochen hat, mit dem Hintergrund vom sich doch ein wenig intensiver mit dem Krankheitsbild beschäftigt haben, kann man auch mit einem Facharzt diskutieren, wie das dann aussehen soll. Man kann auch mal sagen, wenn man nicht einverstanden ist und auch sagen, woher das Wissen kommt, dass man nicht einverstanden ist. (AP7,236)

Kombination

Häufig hat man zum Beispiel auch polymorbide Patienten und da muss man nun wirklich überlegen, ja da kann man nicht alles anwenden, das geht gar nicht. Und da muss ich sagen, da fällt es mir nicht so schwer. Ich denke einfach, man muss alles begründen können. (AP1, 195)

Jemand stellt einen Patienten vor, ein Problem, und wir dann, in der Diskussion auf eine bestimmte oder auf mehrere Guidelines zurückgreifen und schauen, wie wird das dort empfohlen. Weil der Kollege das vielleicht im Moment nicht gemacht hat oder nicht berücksichtigt hat. (AP2, 133)

(der wesentlichste Nutzen der Guidelines) ist die Erarbeitung einer Guideline. Es gibt auch Studien dazu, dass die einzigen Guidelines, die man wirklich kann, die sind, bei denen man auch an der Erarbeitung beteiligt war. (AP3,79)

Es ist unheimlich aufwendig, wir haben jetzt in 3 Qualitätszirkel investiert inkl. einen Facharzt kommen lassen zur Überarbeitung der „Osteoporose“-Guideline. Und wir werden in die Schlaufe, ob sich jetzt etwas verändert hat, die haben wir jetzt noch vor, die kommt noch in diesem Jahr. Ich denke immer wieder, Heimatland, das braucht 3 Qualitätszirkel, x Arbeit an einem Fragebogen, die Auswertung des Fragebogens, ein 2. Fragebogen, den noch einmal auswerten. Das ist ein hoher Aufwand für ein Themengebiet. (AP3, 90)

Das führt zu Veränderungen, das Vergleichen, wie machen es die anderen. Dann wenn es auf dem Tisch ist, die Differenzen zu schauen, wie die Evidenz ist und dann aufgrund dieser Evidenz zumindest eine Empfehlung abzugeben. (AP3, 107)

Das hat einen Lerneffekt, ja, wenn ich die Guidelines im Qualitätszirkel mit den Kollegen anschau. Gerade im Revisions- beziehungsweise Vernehmlassungsverfahren, dann müssen wir uns ja sehr konkret darauf einlassen, was ist überhaupt praxistauglich und wenn das geschehen ist, dann brauch ich eigentlich nicht mehr nachzuschauen, das hat einen nachhaltigen Effekt. (AP4, 149)

Wenn die Leitlinien nicht von denen gemacht wurden, die sie benötigen, dann erfüllen sie nicht die Anforderungen, die erwartet werden. Spezialisten und Leitlinien, die sind häufig frustan für den Praktiker. Das haben wir auch in der Zusammenarbeit zum Beispiel mit den Urologen bei der Ueberarbeitung der Guideline Harnwegsinfekt gesehen, da werden einfach dann spitalinterne Weisungen eins zu eins übertragen auf uns und das funktioniert nicht. (AP4, 243)

Unsere Reaktion darauf war dann auch, dass wir gesagt haben, wir revidieren keine Guidelines mehr, wenn ihr damit nicht leben könnt, dann müsst ihr es selbst machen. (AP4, 273)

Wir haben dann im Rahmen von diesem Palliative-Care-Konzept, das ich mit der Spitex zusammen entworfen habe, mit den St. Galler Palliative-Care-Medizinern, eine Guideline gemacht, also ein Patientenpfad 'Schmerz' und dieser Patientenpfad, den konnte ich da komplementieren, indem ich mit der Spitex zusammen diese, es sind ja WHO-Richtlinien eigentlich, und wir haben diese WHO-Richtlinien dann da rausgenommen und haben diese therapeutischen Grundsätze implementiert sowohl bei uns Ärzten im Qualitätszirkel, als dann auch bei der Spitex. (AP5, 23)

Das war die Low-back-pain-Fallvignette, das ist auch... das ist eine Guideline, die wir hier dann daraus gebastelt haben, allerdings nicht wie wir es selbst gemacht haben, sondern da haben wir... das ist eine Guideline, die wir zusammen gezogen haben aus bestehenden Richtlinien, also bestehenden Flussdiagrammen. Aber was wir gemacht haben ist einerseits eben ein Journal-Zirkel. Wir haben die neueste Literatur studiert und die Spezialisten eingeladen, diese zu kommentieren betreffend Therapie und Abklärung und dann haben wir in einer zweiten Phase die Radiologen zugezogen und haben gesagt: Was bringt uns welche Untersuchung? Also soll man MRI machen, soll man CT machen, soll man Röntgen machen, wann soll man Röntgen machen, der Patient wünscht das Röntgenbild, der Doktor will das Röntgenbild machen, braucht es überhaupt eines, bis hin zu der Frage: Wie teuer ist das und wenn wir ein Röntgenbild machen, dann verdienen wir etwas; wenn wir kein Röntgenbild machen, schicken wir's auswärts, verursachen viele Kosten und verdienen nichts dabei. Also es ist dann ein ganz breites Spektrum, das hier diskutiert wird und auch da konnte man an der Fallvignette dann zuletzt nachweisen, dass wir gelernt haben, wie wir die Low-back-pain, wie wir das damals genannt haben, wie wir diese eigentlich effizienter und doch mit den Red-flags so gut abklären und behandeln, dass uns möglichst keine Fehler passieren, dass wir nichts verpassen und trotzdem nicht exzessiv teuer werden, indem wir jeden einfach ins Ambu schicken. (AP5, 103)

Wir müssen diese Guidelines adaptieren in unser Netz und das ist ganz eben netzspezifisch, weil wir hier in unserer Region, eher einer ländlichen Region sicher andere Patienten, andere Ansprüche und andere oder weniger Möglichkeiten haben, als jemand, der das universitäre Zentrum in 10 Min. Gehstrecke hat. (AP5, 322)

welche dieser vielen Guidelines, die wir haben, wollen wir eins zu eins umsetzen und bei welchen sind wir grosszügig und sagen, das lassen wir jetzt sein, weil das beeinträchtigt seine Lebensqualität nicht mehr im gleichen Ausmass. (AP5, 346)

Es ist wirklich das Gefühl des aktiven Mitarbeitens, das gibt einem auch eine gewisse Identität, das sind unsere Guidelines und nicht irgendwelche. Es gibt ja zig verschiedene und wenn man daran gearbeitet hat, sind es die eigenen, das gibt eine Identität und dann kann man viel mehr dahinter stehen. Das Formale ist eigentlich nicht wichtig. Es ist vor allem diese Identität, das ist glaube ich der Hauptgedanke. Klar, vielleicht auch die Person, die sie gemacht hat, das ist auch noch wichtig. Wenn irgendeiner sie geschrieben hat, den ich nicht kenne, muss ich wie zuerst Vertrauen fassen. (AP6, 93)

Was mir vor allem Eindruck gemacht hat, ist, dass wir diese Guidelines eben selber mitbestimmen können. Dass wir diese anschauen können, unsere Kritik dazu äussern können. Was vorher häufig gewesen ist, das waren dann halt Spezialisten-Guidelines, also die man für einen Patienten, also nicht für den Patienten, sondern für ein Krankheitsbild von einer Spezialistengruppe bekommt, das ist Present practice, das müssen wir so einhalten, das müssen wir so machen. Das ist das, was sie vermutlich von vielen gehört haben, das ist für viele von uns gar nicht praktikabel. Also ein Patient, den ich habe, mit einem Diabetes und einer Hypertonie, und mit einer massiven Adipositas, aber noch dazu mit einer rheumatoiden Arthritis, da stehe ich einfach an mit jeder Guideline. (AP7, 2)

Internalisation

Da haben wir eine Guideline, da benutzen wir das Labor, das D-Dimer und den Wells Score. Ich weiss nicht, ob man das auch als eine Art Guideline bezeichnen kann, aber da haben wir auch... gehen wir nach diesen beiden Kriterien vor und ich muss sagen, das ist sehr beruhigend, ja wenn man sagen kann, mit hoher Wahrscheinlichkeit ist es eben keine tiefe Beinvenenthrombose oder keine Lungenembolie. (AP1, 81)

Und dann aber ist es wichtig, man muss die in die Praxis nehmen und man muss diese Guideline mit den Kollegen durchnehmen, sonst nützt das nichts. Man muss das durchgehen und sagen, jetzt halten wir uns daran, vielleicht kann man noch auf den Praxisstandort..., da gibt's vielleicht noch Variationen. Eben ich denke ein akutes Koronarsyndrom auf dem Land ist ein bisschen anders als in der Stadt, wo diese grossen Zentren schon sind. (AP1, 123)

Also hier, bei uns würde niemand eine alternative Methode anwenden, nicht weil wir grundsätzlich dagegen sind, sondern einfach, weil es wichtig ist, dass alle ungefähr die gleiche Medizin betreiben, das ist für die Gruppenpraxis noch spezieller. Ich muss sagen, als Einzelkämpfer hab ich viel weniger Guidelines benutzt. (AP1, 168)

Nein, das (Abweichen von GL) fällt mir nicht so schwer, weil häufig hat man zum Beispiel auch polymorbide Patienten und da muss man nun wirklich überlegen, ja da kann man nicht alles anwenden, das geht gar nicht. (AP1, 195)

Also speziell der Antibiotika-Einsatz, der hat dank oder wegen der Guidelines massiv abgenommen. (AP2, 24)

im Moment, wenn das Kind kommt, es geht ihm schlecht, und man ist dann sehr auf der Kippe, und will dann wirklich etwas geben, das etwas schärferes Geschütz ist und hat sich dann etwas widerwillig gemäss dieser Guideline verhalten und dann erfreulich einen Tag oder 2 Tage später geht es dem Kind gut, ohne dass man zum schärfsten gegriffen hat. (AP2, 39)

Guidelines bringen mir etwas, wenn sie etwas anderes beschreiben, als ich bis anhin gemacht habe. (AP2, 53)

Und hier erfährt die Guideline noch eine gewisse Zusatzqualität, den klinischen Kontext, die klinischen Erfahrungen, wobei die immer ein bisschen in Frage gestellt werden sollen und müssen. Ich denke das, was mir die Guideline auch bringt, ist, ich stelle mich selber in Frage, ich überdenke meine Verhaltensmuster. Und darum lesen wir immer wieder Guidelines und vergleichen die mit unserem Verhalten. (AP2, 102)

Die Guideline kommt zuerst (in der QZ-Besprechung) und dann kommt der Patient, in jedem Kapitel weiss dann jemand ein Beispiel: „Ich habe gesehen, dass...“ oder „Bei einem Patienten habe ich...“ und dann kommen die Beispiele, aber zuerst ist die Guideline abstrakt und dann kommen die konkreten Beispiele dazu, bei der Guideline. (AP2, 124)

Das ist so meine persönliche Abweichung. Die kenne ich jetzt relativ gut. Ja, das nützt mir. (AP3, 19)

Welche dieser vielen Guidelines, die wir haben, wollen wir eins zu eins umsetzen und bei welchen sind wir grosszügig und sagen, das lassen wir jetzt sein, weil das beeinträchtigt seine Lebensqualität nicht mehr im gleichen Ausmass. (AP4, 183)

Nehmen Sie dieses Kapitel Schmerzen hervor, schauen Sie das nach und sagen Sie 'schauen Sie, das haben wir bei der [Ärzt*innen] gelernt und warum wollen wir das jetzt nicht bei der Patientin anwenden?' (AP5, 53)

Die Guideline zum Beispiel, dass man bei herzinsuffizienten Patienten regelmässig das Gewicht messen muss und dass man Grenzwerte einsetzt, wo alarmiert werden muss. Das, denke ich, das hat schon zwei-, dreimal bei vorwiegend natürlich auch den Alters- also Heimpatienten dazu geführt, dass eine Hospitalisation vermieden werden konnte, weil die Pflegefachpersonen dann adäquat reagierten und man früh genug die entsprechenden Massnahme treffen konnte, um diese Herzinsuffizienz nicht so schlimm werden zu lassen, dass es dann zur Hospitalisation führte. (AP5, 70)

Wir machen ja für gängige Krankheitsbilder Patientenpfade, wissen wie das geht und der grosse Vorteil dieser Patientenpfade liegt meines Erachtens nicht im Element, dass man sich Guideline-konform oder eben diesem Patientenpfad konform verhält, sondern dass man weiss, der Preferred Provider, mit dem wir hier zusammen arbeiten, der will das so und so haben. (AP5, 146)

Und jetzt kommen so wunderbare farbige neue Guidelines und wir haben gemerkt, die brauchen wir nicht mehr, die sind nicht lebendig, erstens weil man nicht mehr das Gefühl hat, man hat sie gemeinsam gemacht, sondern sie werden von einem Profi gestaltet, und dann hat man keinen Bezug dazu. Und aus meiner Überzeugung ist eben eigentlich nur schon das Gefühl des aktiv daran Mitarbeitens sehr entscheidend. (AP6, 73)

Steter Tropfen höhlt den Stein, also das Repetitive wieder Eingehen auf die Krankheit, schauen, was haben wir jetzt schon einmal besprochen, wie sieht das aus. Das gibt natürlich einen ganz anderen Hintergrund. Und dann auch, dass man sich aktiv beteiligen muss am Ganzen. Also man muss aktiver dabei sein. In einer Fortbildung sitzt man da und hört zu. Dort bleibt einfach weniger hängen. (AP7, 75)

z. B. mit der Hypertonie-Guideline. Ich habe mich eigentlich lange dagegen gestraut, dass man gut funktionierende Medikationen umstellt und gerade bei der Hypertonie, hat es doch einige Wechsel gegeben bei der Betablocker-Therapie und so weiter. Ich habe zum Teil Patienten noch von meinem Vorgänger gehabt, die Betablocker gehabt haben und bei denen ich mich gestraut habe, dass man bei diesen etwas ändert, wenn sie gut eingestellt sind. Und jetzt doch die Diskussion, die Hypertonie-Guideline revidiert, nochmals angeschaut und mit den Kollegen nochmals besprochen und dann haben wir eben auch so einen Zyklus gemacht, so einen Lernzyklus und nochmals geschaut, was verändern wir dort? Ich habe gemerkt, dass man halt auch alte Therapie verändern und etwas Neues daraus machen muss, wenn neue Erkenntnisse kommen. Und dort halt eher einen Betablocker wegnehmen und dafür etwas zu geben, was es früher noch nicht gab. Also bei mehreren Patienten, wo das dann meistens problemlos klappte. Aber es musste auch zuerst in meinem Kopf passieren. (AP7, 117)

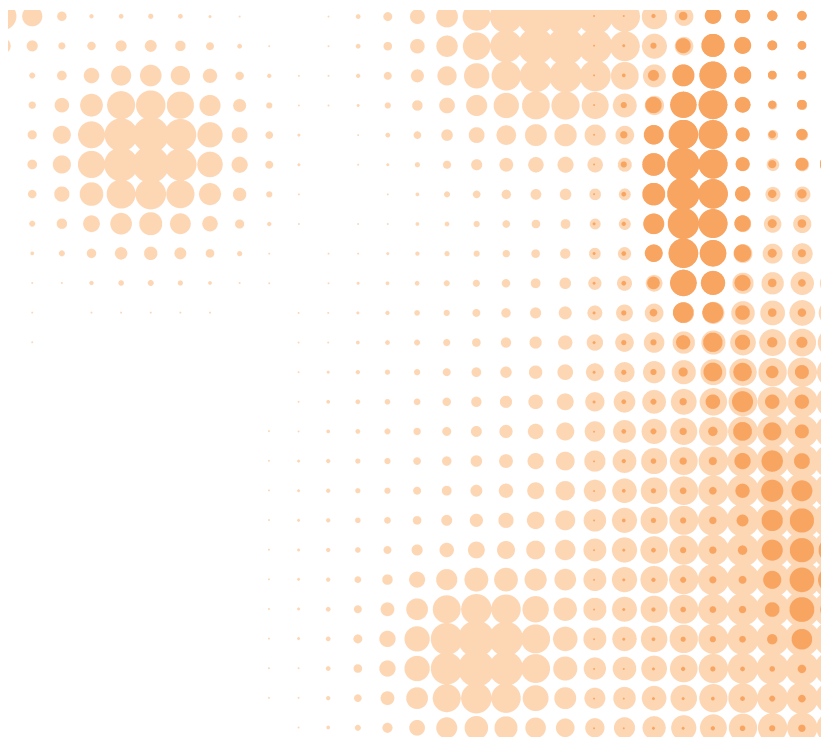
Das sich Beschäftigen mit den Guidelines hat dann schon dazu geführt, dass ich quasi mein Denken verändert habe und dass ich meine Überzeugung ‚Never change a winning team‘ auch mal wechseln konnte. Und mit gutem Erfolg. Das ist auch so eine Geschichte. Etwas, was ich wahrscheinlich ohne dass man diese Guidelines angeschaut hätte, nicht verändert hätte. Das hätte ich so weiter laufen lassen. Und dieses sich intensiv damit Auseinandersetzen hat dazu geführt, dass ich gesagt habe, doch, das machen wir jetzt anders. (AP7, 133)

Aber Guidelines haben sicher dazu geführt, dass ich einfach die Kontrolle nochmals ein wenig strenger angeschaut habe und mir nochmals überlegt habe, welche Kontrolle macht für den einzelnen Patienten Sinn. (AP7, 169)

10 Literatur

- ¹ Definition entsprechend medswiss.net, dem Dachverband der Schweizer Ärztente (www.medswiss.net)
- ² Berchtold P, Peytremann-Bridevaux I. Integrated care organizations in Switzerland. *Int J Integrated Care* 2011; 11, 14. März 2011
- ³ Berchtold P, Peier C, Peier K. Ärztenetze in der Schweiz 2010 – auf dem Sprung zu Integrierter Versorgung. *Schweiz. Ärztezeitung* 2010;91:1222-1224
- ⁴ Souche A, Chatelain D. Le point de vue de l'association des médecins du canton de Genève par sondage de sa base: Réseaux de soins intégrés. *Bull Méd Suisse* 2010;91:1811-1813
- ⁵ Huber F, Zanoni U. Förderung hausärztlich geführter Integrierter Versorgungsnetze. Zur Nutzung eines Sparpotenzials von 10 bis 20 Prozent. *NZZ* 23.6.2009
- ⁶ Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 2002;324:835-838
- ⁷ Degeling P, Maxwell S, Kennedy J, Coyle B. Medicine, management, and modernisation: a "danse macabre"? *BMJ* 2003;326: 649-652
- ⁸ Sanders, L. Every Patient tells a Story. Crown, New York 2009
- ⁹ Oevermann, U., Wissenschaft als Beruf. Die Professionalisierung wissenschaftlichen Handelns und die gegenwärtige Universitätsentwicklung. Erschienen in: *Die Hochschule - Journal für Wissenschaft und Bildung*, Jg. 14, Heft 1, 2005, S. 15-4
- ¹⁰ Bohmer, R., Designing Care. Harvard Business Press 2009
- ¹¹ Behrens J. EBM ist die aktuelle Selbstreflexion der individualisierten Medizin als Handlungswissenschaft. Zum wissenschaftstheoretischen Verständnis von EBM. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen* 2010; 104: 617-624
- ¹² Reilly BM. The essence of EBM. *Brit Med J* 2004; 329: 991 - 992
- ¹³ <http://www.cochrane.de/de/leitlinien>
- ¹⁴ Butzlaff M, Kempkens D, Schnee M, Dieterle WE, Bröcken J, Rieger MA. German ambulatory care physicians' perspectives on clinical guidelines – a national survey. *BMC Family Practice* 2006, 7:47doi:10.1186/1471-2296-7-47
- ¹⁵ Cynthia M. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. *JAMA*. 2005;294(6):716-724
- ¹⁶ Gadebusch Bondio M, Michl S. Individualisierte Medizin: Die neue Medizin und ihre Versprechen. *Dtsch Arztebl* 2010; 107: C922-C924
- ¹⁷ Baker R., Fraser RC., Stone M., Lambert P., Stevenson K., Shiles C. (2003). Randomised controlled trial of the impact of guidelines, prioritized review criteria and feedback on implementation of recommendations for angina and asthma. *British Journal of General Practice*, 53, 248-91.
- ¹⁸ Flottorp S., Oxman AD., Havelsrud K., Treweek S., Herrin J. (2002). Cluster randomised controlled trial of tailored interventions to improve the management of urinary tract infections in women and sore throat. *Brit Med J*, 325, 367.
- ¹⁹ Lagerlov P., Loeb M., Andrew M., Hjortdahl P. (2000). Improving doctors' prescribing behaviour through reflection on guidelines and prescription feedback: a randomised controlled study. *Quality in Health Care*, 9, 159-65.
- ²⁰ Wright J., Warren E., Reeves J., Bibby J., Harrison S., Dowswell G., Russell I., Russell D. (2003). Effectiveness of multifaceted implementation of guidelines in primary care. *Journal of Health Services & Research Policy*, 8, 142-8.
- ²¹ Johnson RB, Onwuegbuzie (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, Vol. 33, No. 7 (Oct., 2004), pp. 14-26

- 22 Creswell JW, Fetters MD, Ivankova NV. (2004) Designing A Mixed Methods Study In Primary Care. *Ann Fam Med* 2; 1-7
- 23 O'Cathain A, Murphy E, Nicholl J (2008). The quality of mixed methods studies in health services research. *J Health Services Research & Policy* Vol 13 No 2, 2008: 92–98
- 24 Smolders M, Laurant M, Verhaak, Peter, Prins M, Van Marwijk H, Penninx B, Wensing M, Grol R. (2010) Which physician and practice characteristics are associated with adherence to evidence-based guidelines for depressive and anxiety disorders? *Medical Care*: 2010, 48(3), 240-248
- 25 Hopf, C. (2004). Qualitative Interviews – ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (349-360). Reinbeck: Rowohlt.
- 26 Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- 27 Cronbach, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334
- 28 <http://www.ebm-guidelines.ch/>
- 29 Schoen C, Osborn R, Doty MM, Squires D, Peugh J, Applebaum S. A Survey Of Primary Care Physicians In Eleven Countries, 2009: Perspectives On Care, Costs, And Experiences. *Health Affairs*, 28, no.6 (2009):w1171-w1183
- 30 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians, 2009
- 31 Prior M, Guerin M, Grimer-Somers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract* 2008; 14 (5): 888-897
- 32 Grol R. Successes and Failures in the Implementation of Evidence-Based Guidelines for Clinical Practice. *Med Care* 2001;39:II-46 –II-54
- 33 Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362: 1225–30
- 34 Karbach U, Schubert I, Hagemeister J, Ernstmann N, Pfaff H, Höpp HW: Physicians' knowledge of and compliance with guidelines: An exploratory study in cardiovascular diseases. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108(5): 61–9
- 35 Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ J* 2004; 329:1013–6
- 36 Grol R. Has guideline development gone astray? Yes. *BMJ* 2010;340:bmj.c306
- 37 Rashidian A, Eccles MP, Russel J. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. *Health Policy* 85 (2008) 148–161
- 38 Giani A, von Känel C, Ringgenberg T, Huguenin D, Schönberger J, Jordi-Racine AL. Qualitätsarbeit in einem Ärztenetzwerk – die Erarbeitung von Guidelines. *Primary Care* 2011; 11: 282-284
- 39 Samara K. A Framework for Discovering Knowledge Management Forces: The Fifth Element. *J Knowledge Management Practice* 2007; 8 (1): 1-9
- 40 Schmitz C, Zucker B. Wissensmanagement. Schnelleres Lernen in Unternehmen. *Metropolitan* 2003
- 41 Fitzgerald L, Ferlie E, Wood M, Hawkins C. Interlocking interactions, the diffusion of innovations in health care. *Hum Relat* 2002; 55: 1429-49.
- 42 Michie S, Johnson M. Changing clinical behaviour by making guidelines specific. *BMJ* 2004; 328: 343-345
- 43 Nonaka I, Toyama R, Hirata T. *Managing Flow - a process theory of the knowledge-based firm*. Palgrave Macmillan 2008.



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.