

Urologe 2019 · 58:1016–1018

<https://doi.org/10.1007/s00120-019-0994-2>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

S. Krege¹ · P. J. Goebell²¹ Evang. HuysSENS-Stiftung Essen-Hutrop, Klinik für Urologie, Kinderurologie & Urologische Onkologie, Evang. Kliniken Essen-Mitte, Essen, Deutschland² Urologische und Kinderurologische Klinik, Friedrich-Alexander Universität, Erlangen, Deutschland

Leitlinienadhärenz

Die zunehmende Komplexität unserer Diagnose- und Behandlungsoptionen verlangen nach Ordnung. Leitlinien können hier einen Rahmen schaffen, der die vorhandene Evidenz aufzeigt und für die klinische Anwendung so aufbereitet, dass daraus idealerweise Handlungsstränge und/oder Algorithmen ableitbar werden, die in die klinische Praxis eingebracht werden können. Für die urologischen Erkrankungsbilder gibt es mittlerweile eine umfangreiche Sammlung solcher Leitlinien und v. a. in der Uroonkologie bereits einen großen Erfahrungsschatz mit einer entsprechenden Historie zum Umgang mit Leitlinien – sowohl bei der Erstellung als auch bei deren Nutzung und Verbreitung. Auch liefert die steigende Zahl an Untersuchungen zur Adhärenz der Leitlinien unbestritten Hinweise zu deren Nutzen [1–3]. Dennoch werden Leitlinien nicht in ausreichendem Maße genutzt.

Von zwei wesentlichen Aspekten hängt die Adhärenz zu Leitlinien ab:

a) Qualitätsmerkmale der Leitlinie selbst.

Hierunter fällt nicht nur die umfassende Darstellung der vorhandenen Evidenz zu einem Thema und die entsprechende Einordnung durch geeignete Prüfung und – dort wo Evidenz fehlt – dann konsentiertere Expertenmeinung. Auch Aktualität und die zeitnahe Umsetzung neuer Erkenntnisse in Empfehlungen und Einschätzungen zeichnen Qualität einer Leitlinie aus. Gerade Letzteres ist v. a. im Rahmen der Erstellung von S3-Leitlinien mit ihren hohen Qualitätsanforderungen und der dadurch bedingten strukturimmanenten Rigidität nicht immer umsetzbar. Auch inhaltlich haben die strengen Ansprüche, die die Deutsche S3-Leitlinie im in-

ternationalen Vergleich hinsichtlich der Güte sicher auszeichnet, den Nachteil, dass Daten unterhalb einem bestimmten Evidenzlevel (Phase-II-Studien oder Registerstudien) nur unzureichend Berücksichtigung finden können, auch wenn diese Daten etwa zur Zulassung eines Medikaments geführt haben. Auch werden zu vielen Fragestellungen zukünftig nicht mehr die Untersuchungen auf hohem Evidenzlevel durchgeführt werden, wie wir uns das inhaltlich vielleicht wünschen würden. Damit bleibt zukünftig die weiter steigende Herausforderung das Spannungsfeld zwischen Aktualität und Qualität so in eine Leitlinie einbringen zu können.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt dürfte auch in der Frage liegen, ob die Leitlinie im Vergleich den Qualitätsansprüchen, die man an sie stellt, bestehen kann. Bereits 2003 hatte man international damit begonnen, ein Messinstrument zu entwickeln, mit dem sich die methodische Qualität und das Verbreiten klinischer Leitlinien vergleichen lässt und dem dann 2010 eine entsprechend überarbeitete und erweiterte Version folgte [4]. Hintergrund der Entwicklung solcher Instrumente ist es, einen Vergleich zwischen verschiedenen Leitlinien zu ermöglichen, was von der Gesundheitspolitik bis zum Anwender in Klinik und Praxis genutzt werden könnte.

b) Verbreitung der Leitlinie.

Bei der Verbreitung der Leitlinie sei nicht nur an den schlichten Zugang zu Leitlinien gedacht. Vielmehr geht es um die einfache „Nutzbarkeit“ von Leitlinien. Lassen sich daraus keine konkreten Handlungsanweisungen für die klinische Praxis ablesen, werden sie sich nicht verbreiten.

Die Arbeit zu „Barrieren der Leitlinienadhärenz“ von J. Kranz in diesem Heft gibt einen sehr treffenden Einstieg in die Thematik und zeigt beispielhaft wie Faktoren identifiziert werden können, die die Adhärenz von Leitlinien – hier zu Epidemiologie, Diagnostik, Therapie und Management unkomplizierter bakterieller ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei erwachsenen Patienten – beeinflussen können. Die fragebogenbasierte Studie, die deutschlandweit durchgeführt wurde, hat dabei sowohl patienten- als auch arztbezogene Faktoren evaluiert. Auch wenn die Mehrheit der Befragten (34,9 %) den Leitlinien weitestgehend folgt, war einer der häufigsten Kritikpunkte Layout und Länge der Leitlinien. „Die Befragten wünschen sich eine kurze prägnante Leitlinie für den Arbeitsalltag, z. B. in Form von Flussdiagrammen oder kurze Anleitungen für die Kitteltasche.“

Die aktuelle Struktur der Leitlinien hat das bisher nicht ausreichend berücksichtigt. Die verantwortlichen Editoren zu Leitlinien haben es sich daher zum Ziel gemacht, gemeinsam mit eingeladenen Autorengruppen „Fallbasierte Leitlinien“ zu erstellen, die diese Lücke schließen sollen. In den kommenden Ausgaben wird es hierzu vor dem Hintergrund der jeweiligen Leitlinie dann einen konkreten Algorithmus geben, der fallbasiert die Leitlinien und ihre Handlungsanweisungen darstellt.

Ein erstes Beispiel für diese Form der Darstellung und Aufarbeitung mag die Arbeit von Schöb et al. in diesem Heft sein. Beispielhaft ist hier auf die „Therapie des benignen Prostatasyndroms beim geriatrischen Patienten“ eingegangen und die Anwendung und Limitation medizinischer Leitlinien dargestellt: Der kon-

Hier steht eine Anzeige.



krete Fall eines 87-jährigen Patienten, der mit seiner komplexen Krankheitsgeschichte exemplarisch ausgewählt wurde, eignet sich hervorragend für eine schrittweise Aufarbeitung und Darstellung im Kontext der vorhandenen Evidenz aus den Leitlinien. Die „Fallauflösung“ am Ende der Diskussion liefert praxisnah und konkret eine Darstellung der tatsächlichen Behandlung und das abschließende Fazit ordnet den Fall in den Kontext der aktuellen Datenlage ein.

Fazit

Die Autoren wünschen sich ausgehend von diesen und kommenden Beiträgen eine Belebung der Diskussion um das Thema Leitlinien und deren konkrete Nutzung über das bisherige Maß hinaus und hoffen gemeinsam mit den Autoren künftiger „Fallbasierter Leitlinienbeiträge“ Leitlinien noch weiter in den Fokus unserer alltäglichen Arbeit in Klinik und Praxis zu bringen.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. med. S. Krege
 Evang. Huysens-Stiftung
 Essen-Huttrop, Klinik für
 Urologie, Kinderurologie
 & Urologische Onkologie,
 Evang. Kliniken Essen-Mitte
 Henricistraße 92, Essen,
 Deutschland
 S.Krege@kem-med.com



Prof. Dr. med. P. J. Goebell
 Urologische und Kinder-
 urologische Klinik,
 Friedrich-Alexander
 Universität
 Rathsberger Straße 57,
 91054 Erlangen, Deutschland
 peter.goebell@uk-
 erlangen.de

Interessenkonflikt. S. Krege und P.J. Goebell geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Cai T, Verze P, Brugnolli A, Tiscione D, Luciani LG, Echer C, Lanzafame P, Malossini G, Wagenlehner FM, Mirone V, Bjerklund Johansen TE, Pickard R, Bartolletti R (2016) Adherence to European association of urology guidelines on prophylactic antibiotics: an important step in antimicrobial stewardship. Eur Urol 69(2):276–283

2. Hjelle KM, Johannesen TB, Bostad L, Reisæter LAR, Beisland C (2018) National Norwegian practice patterns for surgical treatment of kidney cancer tumors ≤7 cm: adherence to changes in guidelines May improve overall survival. Eur Urol Oncol 1(3):252–261
3. Bada M, Berardinelli F, Nyirädy P, Varga J, Ditunno P, Battaglia M, Chiodini P, De Nunzio C, Tema G, Veccia A, Antonelli A, Cindolo L, Simeone C, Puliatti S, Micali S, Schips L (2019) Adherence to the EAU guidelines on penile cancer treatment: European, multicentre, retrospective study. J Cancer Res Clin Oncol 145(4):921–926 (Apr)
4. Lang J, Haines K (2019) Clinimetrics: appraisal of guidelines, research and evaluation II. J Physiother. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.05.003>

Extrem resistente Keime verbreiten sich über Kliniken

Die entscheidenden Multiplikatoren bei der Verbreitung extrem resistenter Bakterien sind laut einer Studie die Krankenhäuser.

Krankenhäuser und die Verlegung von Patienten leisten den entscheidenden Beitrag zur Verbreitung von Erregern mit extrem hoher Antibiotikaresistenz. Zu diesem Ergebnis kam eine internationale Forschergruppe unter der Leitung des Universitätsklinikums Freiburg in einer Studie. Nur eine geringe Rolle spielen demnach Übertragungen in der Allgemeinbevölkerung, aus der Umwelt, der Landwirtschaft und über Lebensmittel. Die Anzahl an Todesfällen, die sich auf eine Infektion mit extrem resistenten Erregern zurückführen lassen, hat sich zwischen 2007 und 2015 in Europa mehr als versechsfacht.

Nahe Häuser - ähnliche Erreger

Die Verbreitungswege extrem resistenter Bakterien ließen sich anhand detaillierter genetischer Analysen nachvollziehen. In 455 Krankenhäusern in 36 europäischen Ländern wurden 6 Monate lang Proben gesammelt. Auf Grundlage dieser repräsentativen Erreger-Stichprobe sequenzierter die Forscher die gesamte genetische Information von fast 2.000 Bakterien der Spezies *Klebsiella pneumoniae*. Dabei nahmen die genetischen Unterschiede zwischen extrem resistenten Isolaten zu, je größer die Entfernung zwischen den Krankenhäusern war. Hingegen stammte die Mehrzahl der genetisch ähnlichsten Isolate von Patienten, die innerhalb des Beobachtungszeitraums im selben Krankenhaus behandelt wurden. Diese Beobachtungen sprechen dafür, dass sich extrem resistente Bakterien vor allem innerhalb einzelner Krankenhäuser sowie bei der Verlegung von Patienten zwischen geografisch nahe liegenden Krankenhäusern verbreiten, so die Studienautoren.

Quelle: Universitätsklinikum Freiburg basierend auf:
www.nature.com/articles/s41564-019-0492-8