

Die Erfahrung zeigt, dass man mit ganz Einfachem recht gut klar kommt.*

Die Ulcus-cruris-venosum-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (DGP) im Alltag phlebologischer Praxen

A. Wollny¹, M. Rieger², S. Wilm^{1,2}

¹Abteilung für Allgemeinmedizin (Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. H.-H. Abholz), Universitätsklinikum, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, ²Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Leiter: Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Wilm), Universität Witten/Herdecke

Schlüsselwörter

Ulcus cruris venosum, Leitlinie, Akzeptanz, qualitative Forschung

Keywords

Venous ulcer, guideline, adherence, qualitative research

Mots clés

Ulcère veineux de jambe, conduite à tenir, compliance, recherche de qualité

Zusammenfassung

Ziel: Mit der Durchführung eines Praxistests der S3-Leitlinie zu Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum der DGP sollen Akzeptanz und Praktikabilität der Empfehlungen unter Bedingungen der phlebologischen Praxis untersucht und Erkenntnisse über mögliche Barrieren bei der Implementierung in die Regelversorgung erforscht werden.

Methoden: Praxisanwendung bei vertragsärztlich tätigen Phlebologen. Qualitativer Ansatz mit Fokusgruppen und Telefoninterviews, die nach Protokollierung bzw. Transkribierung von zwei Forschern unabhängig inhaltsanalytisch unter der globalen Fragestellung des Projektes systematisch ausgewertet wurden. **Ergebnisse:** Die Phlebologen betrachten die Leitlinie als theoretischen Goldstandard in Abweichung zur eigenen praktischen Tätigkeit. Hemmende Faktoren bei der Umsetzung im Alltag sehen sie in unzureichenden Vergütungsstrukturen, den Patienten selbst sowie verschiedenen Rahmenbedingungen. Evidenzbasiertes Handeln scheint im Alltag nur eine untergeordnete Rolle zu spielen. **Schlussfolgerung:** Implementierungshindernisse sowie detaillierte Anregungen der Nutzer könnten für eine Überarbeitung der Leitlinie herangezogen werden.

Summary

Aim: The S 3-guideline concerning diagnosis and therapy of venous leg ulcers of the German Society for Phlebology (DGP) was tested for its acceptance and practicability in outpatient care exerted by phlebologists. Barriers for the implementation of the guideline's recommendations in actual health care were identified. **Methods:** Qualitative research using focus groups and interviews by telephone. Systematic content analysis of records and transcripts by two independent researchers. **Results:** Phlebologists regard the guideline of the DGP as a theoretical gold standard, not being in line with their actual daily work. Restraining factors for applying the guideline were seen in insufficient reimbursement systems, patients' compliance, and in several structural conditions. Evidence-based performance seems to play a minor role in daily practice. **Conclusions:** Barriers of implementation as well as detailed suggestions by the users will help to revise the guideline.

Résumé

But : Par la réalisation d'un test en pratique ambulatoire de la directive S3 concernant le diagnostic et le traitement de l'ulcère veineux des jambes de la Société Allemande de Phlébologie (DGP), on a analysé la compliance et la faisabilité des recommandations et des conditions en pratique phlébologique ainsi que la reconnaissance des obstacles possibles dans l'application des règles à tenir pour ce problème. **Méthode :** Pratique courante de phlébologues entraînés. Approche qualitative de groupes choisis et enquêtes téléphoniques selon un protocole précis analysé par 2 chercheurs indépendants; analyse du contenu interprété systématiquement par la formulation globale du projet. **Résultats :** Les phlébologues ont considéré la conduite à tenir comme un „goldstandard“ qui tient compte des divergences d'une pratique à l'autre. On observe des facteurs limitatifs par la variation de la pratique quotidienne concernant la tarification du traitement ainsi que les diverses conditions du traitement des patients. Un traitement „basé sur les preuves“ ne peut pas être pris en compte. **Conclusion :** Les obstacles au traitement ainsi que de simples suggestions des utilisateurs ne peuvent amener qu'à proposer des travaux complémentaires pour la conduite à tenir.

Phlebologie 2008; 37: 20–26

Experience proves you can get by with really simple things.

The DGP guideline for venous leg ulcer in daily practice of phlebologists

L'expérience montre qu'un traitement très simple peut être efficace.

L'ulcère veineux de jambe et les directives de la Société Allemande de Phlébologie (DGP) dans la pratique phlébologique quotidienne

Das Ulcus cruris venosum (UCV) als schwerste Form der chronischen venösen Insuffizienz ist eine seltene (Punkt-Prävalenz 2003 in der Gesamt-

bevölkerung <0,1%), jedoch regelmäßig in der phlebologischen Praxis behandelte chronische Wunde (15, 19). Die Deutsche Gesellschaft für Phlebologie (DGP) hat daher unter Mitwirkung verschiedener Fachgesellschaften eine S3-Leitlinie zu Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum (6) erarbeitet, die seit 2004 zur Verfügung steht. Die Leitlinie behandelt wichtige Inhalte zu den Punkten

● Definition,

● Epidemiologie, Diagnostik und

● Therapie.

* wörtliches Zitat aus den Fokusgruppen mit Phlebologen und Hausärzten

S3-Leitlinien nach dem Stufenkonzept der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sind systematisch nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin entwickelte Empfehlungen, die als Grundlage für eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärzten und Patienten fungieren sollen (1). Ziel der Leitlinienentwicklung ist die Beschreibung einer im Einzelfall angemessenen, bedarfsgerechten Grundversorgung und damit einhergehend die Steigerung der Versorgungsqualität. Die Anforderung an S3-Leitlinien liegt darüber hinaus in der Herstellung eines formalen Konsens über die Inhalte zwischen allen Benutzergruppen.

Bisherige Arbeiten zeigen jedoch, dass der Einsatz von Leitlinien im ärztlichen Alltag und ihr Einfluss auf die Versorgungsqualität noch begrenzt sind (17). Eine geeignete Verhaltensänderung kann bei den anwendenden Ärzten am ehesten durch kombinierte Strategien erzielt werden. Das Leitlinienkonzept der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sieht aus diesem Grunde vor, dass Leitlinien nach der Entwicklung und noch vor der Veröffentlichung und Verbreitung einem ersten explorativen Praxistest unterzogen werden (8). In diesem werden sie

- unter den Bedingungen der ärztlichen Praxis erprobt,
- die Akzeptanz der Leitlinie bei Ärzten, Praxisteam und Patienten ermittelt und
- die Praktikabilität der vorgesehenen Verfahren überprüft.

Ein Praxistest oder eine systematische Anwendungsevaluation für die DGP-Leitlinie in der phlebologischen Versorgung waren bisher nicht geplant und wurden seit der Veröffentlichung noch nicht durchgeführt. Aus Sicht der internationalen Leitlinienforschung stand damit für die Leitlinie ein wichtiges Element zur erfolgreichen Implementierung in die Regelversorgung aus (11, 14).

Ziel des hier vorgestellten Projektes war es, die Akzeptanz und Praktikabilität der DGP-Leitlinie zu Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum bei den Ärzten unter den Bedingungen der phlebologischen Praxis zu untersuchen. Die vorhandene

52-seitige Leitlinienkurzfassung der DGP sollte zudem für den täglichen Gebrauch im Sinne eines Leitfadens für den Praxisalltag überarbeitet und als zweiseitige laminierte Kurzfassung für Ärzte entwickelt und getestet werden. Darüber hinaus sollten Erkenntnisse über mögliche Barrieren bei der Implementierung der Leitlinie in der Regelversorgung gewonnen werden.

Aus Sicht der DEGAM war zudem interessant, ob die primär auf eine spezialisierte Anwendergruppe (Phlebologen in Praxis und Klinik) ausgerichtete Leitlinie für den Einsatz auch im hausärztlichen Bereich geeignet ist. Aus diesem Grunde wurde der Praxistest der DGP-Leitlinie und der neu entwickelten Kurzfassung parallel in phlebologischen und hausärztlichen Praxen durchgeführt. An dieser Stelle soll auf die Ergebnisse aus den phlebologischen Praxen eingegangen werden.

Methodik

Qualitatives Design

Für den Praxistest wurde ein qualitatives Design (Fokusgruppen und Telefoninterviews) gewählt, das es zum einen ermöglicht, die Komplexität von Haltungen, Erfahrungen und (Vor-)Urteilen der beteiligten Ärzte im Umgang mit der Leitlinie abzubilden (2). Zum anderen lassen sich auch emotionale Konzepte und Überzeugungen der Ärzte verstehbar machen, die von den Forschern gedanklich noch nicht vorweggenommen werden und deshalb auch nicht Bestandteil von z. B. Fragebögen sein können (3). Fokusgruppen wurden ursprünglich in der Marktforschung angewandt, um Einstellungen von Menschen zu bestimmten Produkten zu erfassen (18). Der Praxistest einer Leitlinie weist dazu Ähnlichkeiten auf: Hier geht es um die empirische Erhebung von Bewertungen, Gedanken und Gefühlen von langjährig erfahrenen Phlebologen bei der probeweisen Anwendung der Empfehlungen der Leitlinie in der täglichen Praxis (2).

Leitlinien-Kurzfassung

In einem ersten Schritt wurde auf Grundlage der DGP-Leitlinie zu Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum eine zweiseitige laminierte Kurzfassung für den Praxistest erarbeitet (Abb. 1) und von einem siebenköpfigen Expertenpanel aus phlebologisch und hausärztlich tätigen Ärzten kommentiert und validiert. Die Kurzfassung (4) enthielt u. a.

- knappe Angaben zu wichtigen Ursachen,
- abwendbar gefährlichen Verläufen (red flags) sowie
- Diagnostik- und Therapieempfehlungen, denen jeweils eine so genannte Stärke der Empfehlung je nach dem zugrunde liegenden wissenschaftlichen Beleg zugeordnet wurde.

Hierzu mussten Angaben aus der Langfassung der Leitlinie verfügbar sein. Somit flossen nur Aspekte in die Kurzfassung ein, die in der DGP-Leitlinie dargestellt waren.

Die bei der AWMF (1) als 52-seitige Kurzfassung im Internet zu erhaltende Leitlinie wurde als Langfassung für den Praxistest unverändert übernommen und in Form einer DIN-A5-Broschüre mit entsprechend angepasstem Layout gedruckt.

Rekrutierung und Leitlinientestperiode

Die Rekrutierung der ambulant vertragsärztlich tätigen Phlebologen (Ärzte mit Zusatzbezeichnung Phlebologie) erfolgte Mitte Juli 2006 als Vollerhebung aus der Grundgesamtheit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe im Umkreis von 20 km um Witten (Datenbasis: Ärzteverzeichnis der KV Westfalen-Lippe, Stand Juni 2006). Es wurden 40 Phlebologen (10) mit einem Anschreiben über die Studie informiert, darunter waren

- 20 Dermatologen,
- 10 Chirurgen und
- 8 Allgemeinmediziner bzw. praktische Ärzte.

Mit anschließenden Telefonaten konnten von 30 angerufenen Phlebologen konsekutiv 22 Ärzte für die Studie gewonnen werden

(Teilnehmerrate 73%); die nicht telefonisch erreichten zehn Phlebologen befanden sich während dieser Zeitspanne in Urlaub bzw. aus anderen Gründen nicht in der Praxis. Da den Teilnehmenden die Materialien einheitlich und zu einem nahen Zeitpunkt zugesandt werden sollten, wurden diese nicht wieder kontaktiert. In Bezug auf Praxisgröße und Niederlassungsdauer (im Mittel 11–12 Jahre) gab es zwischen Nicht-Teilnehmenden und Teilnehmenden keine Unterschiede. Ein möglicher Auswahlbias (z. B. größere Motivation, größeres thematisches Interesse, höhere Bereitschaft zur Leitlinienanwendung, höhere Fachkompetenz) der Teilnehmenden gegenüber den Nicht-Teilnehmenden war angesichts des explorativen Charakters des Praxistests akzeptabel.

Den 22 teilnehmenden Phlebologen im Projekt wurden die neu erstellte laminierte Kurz- und die vorliegende Langfassung der DGP-Leitlinie zum UCV einheitlich und zum gleichen Zeitpunkt zugesandt. Die Ärzte wurden angehalten, sich innerhalb von zwei Wochen mit der Leitlinie sowie der zweiseitigen Kurzfassung zu befassen, sie wenn möglich in ihrem Praxisalltag anzuwenden und dies offen und in Stichpunkten zu dokumentieren. Während der Leitlinien-Testperiode im August 2006 erfolgte ca. eine Woche nach Zugang der Unterlagen ein telefonisches Monitoring in allen Praxen.

Datenerhebung und -auswertung

Anfang September 2006 fanden zwei ca. zweistündige Fokusgruppen (5, 7) mit insgesamt sechs Phlebologen (zusammen mit Hausärzten) an der Universität Witten/Herdecke statt. Die Teilnahme an einer Fokusgruppe wurde mit vier Fortbildungspunkten zertifiziert; eine Vergütung erfolgte nicht. Die teilnehmenden Ärzte kannten sich untereinander zuvor nicht. Die Gruppen wurden von einer den Teilnehmern nicht bekannten, mit der Technik vertrauten Ärztin moderiert (16). Die Diskussionen liefen größtenteils ungesteuert, unter aktiver Beteiligung aller Teilnehmer und anhand von mitgebrachten Patientenbeispielen ab.

Die nicht an den Fokusgruppen teilnehmenden Ärzte wurden anschließend von ei-

Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie	
Ulcus cruris venosum	
Kurzversion	
	
Definition und Ursachen	
<p>Unter einem Ulcus cruris venosum versteht man einen Substanzdefekt in pathologisch veränderten Gewebe des Unterschenkels infolge einer Chronischen Venösen Insuffizienz (CVI). Ursache ist ein langfristiger Hochdruck des Venensystems einhergehend mit einer venösen Hypervolämie. Durch eine Insuffizienz der subfaszialen, transfaszialen und/oder epifaszialen Venen kommt es zu Störungen der Mikro- und Makrozirkulation. Ursächlich für die venöse Insuffizienz ist zumeist eine Klappeninsuffizienz, seltener eine Thrombose.</p> <p>Das Ulcus cruris venosum ist die häufigste Ursache nicht spontan abheilender Wunden. Es tritt gehäuft im höheren Lebensalter auf. Rezidive sind häufig.</p>	
Abwendbar gefährliche Verläufe - spezifische Probleme	
<ul style="list-style-type: none"> ❗ Übersehen einer behandlungsbedürftigen arteriellen (Mit-)Verursachung ❗ Fehleinschätzung bei mangelndem Heilungsfortschritt als therapieresistent, obwohl Therapie und/oder Zusammenarbeit Patient/Arzt nicht ausreichend waren ❗ Weiterbehandlung bei fehlender Heilungstendenz länger als drei Monate ohne zusätzliche kollegiale Supervision ❗ Lokale allergische Reaktionen ❗ Lokale Wundinfektionen 	
Beachte: Patienten mit venösen Ulzera sind in ihrer Lebensqualität mäßig bis schwer gestört. [ⓑ] Dabei liegen Schmerzen bei subjektiv empfundenen Leiden an erster Stelle. Weitere Folgen sind Einschränkungen der Mobilität und Einschlaf- und Durchschlafschwierigkeiten.	
Diagnostik	
Anamnese	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Vorausgegangene chronische Wunden</u> und Ulcera crures sowie ihre Therapie • <u>Begleiterkrankungen</u> (z.B. Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, Polyneuropathie, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises) • <u>Risikofaktoren</u> (familiäres Auftreten, berufliche Situation, sportliche Aktivitäten, Operationen und Traumatisierungen der unteren Extremitäten und der Beckengürtelregion, vorangegangene Thrombosen, Gelenkerkrankungen oder periphere arterielle Verschlusskrankheit) • <u>Tetanus-Impfschutz</u> [Ⓐ] • <u>Unverträglichkeiten</u> externer Substanzen (Therapeutika, Wundaufgaben und Pflegeprodukte) [Ⓐ] 	
Körperliche Untersuchung	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Inspektion und Palpation</u> (z.B. Hyperpigmentierung, Dermatosklerose, Ekzeme, Ödeme, Venen- und Pulsstatus, Narben, Ulkuslage, -größe und -morphologie) • Ganzkörperuntersuchung einschließlich orientierender neurologischer (Sensibilität) und orthopädischer Untersuchung (Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks) • (Foto-) <u>Dokumentation</u> der Ulkusgröße zu Beginn und im Verlauf [ⓑ] 	
Basisdiagnostik	
<ul style="list-style-type: none"> • Dopplersonographie der Bein-Arterien mit Bein-Arm-Quotient • Dopplersonographie der Bein-Venen • Funktionelles Untersuchungsverfahren wie z.B. Lichtreflexionsrheographie [ⓑ] • Ausschluss von Erkrankungen, die ihrerseits zu Gewebeuntergang führen können (z.B. Diabetes mellitus) • Histologische Abklärung therapieresistenter Ulzerationen (keine Heilungstendenz innerhalb von drei, keine Abheilung innerhalb von 12 Monaten) und von morphologisch ungewöhnlichen Ulzerationen [ⓑ] • Chronische Ulzerationen sind üblicherweise von Mikroorganismen kolonisiert. Ein Abstrich ist <u>nur</u> erforderlich, wenn Hinweise auf eine systemische Infektion vorliegen, die vom Ulkusbereich ausgeht (Erregerbestimmung, Antibiogramm). [Ⓐ] 	

Abb. 1 Kurzfassung der Leitlinie der DGP zum Ulcus cruris venosum

ner geschulten Interviewerin zeitnah durch offene Interviews mit einer narrativen Erzählaufforderung am Telefon befragt (9). Zusätzliche Nachfragen bezogen sich lediglich auf die Mitarbeit der Arzthelferinnen bzw. medizinischen Fachangestellten sowie die Erfahrungen mit der Leitlinie, wenn die-

se Themenbereiche nicht bereits auf die Erzählaufforderung hin angesprochen wurden.

Da die Ärzte sowohl in den Fokusgruppen als auch Telefoninterviews immer wieder gebeten wurden, ihre Aussagen anhand ihrer ganz konkreten Patienten mit UCV detailliert zu erzählen, ermöglichte dies, die

Therapie	
<p>Medizinische Kompressionstherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundlage der Therapie bildet die <u>Kompressionstherapie</u> zusammen mit einem <u>Bewegungstraining</u>.^A • Verwendung kurzzug-elastischer Materialien ermöglicht einen niedrigen Ruhedruck und einen hohen Arbeitsdruck. • Hauptwirkung der Kurzzugbinden besteht in Zusammenwirken mit der Muskel-Venen-Pumpe (z.B. regelmäßige Gehübungen). • Anwendung spezieller Kompressionsstrümpfe führt zu einer ausreichend guten Kompression. Durch leichtere Handhabbarkeit (im Vergleich zum Kompressionsverband) kann die Akzeptanz der Kompressionstherapie bei den Patienten erhöht werden.^C 	<p>Kontraindikationen:</p> <p>Absolute</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortgeschrittene periphere arterielle Verschlusskrankheit • Dekompensierte Herzinsuffizienz • Septische Phlebitis • Phlegmasia coerulea dolens <p>Relative (Schaden-Nutzen-Abwägung)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilitätsstörungen bei peripheren Neuropathien (Diabetes mellitus) • Unverträglichkeit von Bindenmaterial • Kompensierte periphere arterielle Verschlusskrankheit
<p>Sklerotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die <u>Verödung</u> von Stammvenen in Kombination mit einer Kompressionstherapie beschleunigt die Abheilung venöser Ulzerationen.^A <p>Reinigung der Wunde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zur <u>Reinigung</u> des Ulkus kann Trinkwasser oder physiologische Kochsalzlösung verwendet werden.^B • Wegen der Gefahr der Hemmung der Wundheilung und der Kontaktsensibilisierung sollten alle anderen externen Substanzen allenfalls <u>gezielt</u> und <u>zeitlich befristet</u> zum Einsatz kommen.^B <p>Lokale Wundtherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wundauflagen ermöglichen ein sogenanntes „feuchtes Wundmilieu“ (<u>feuchte Wundbehandlung</u>). Als entsprechend optimierte Verbandstoffe gelten: wirkstofffreie Fettgazen, Schaumstoffe (z.B. aus Polyurethan), Calciumalginatwatten bzw. -kompressen, Hydrogele, Hydrokolloide und hydroaktive Verbände.^C • Bei gleichzeitiger Kompressionstherapie hat keine Form der nicht mit der Wunde verklebenden Wundauflagen Überlegenheit gegenüber den anderen Formen nachweisen können.^A • Venöse Ulzera sind unter hydrokolloidalen und Schaumstoff-Wundverbänden weniger schmerzhaft.^C <p>Bei Nekrosen und Belägen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Entfernung nekrotischen Gewebes und fibrinöser Beläge ist empfehlenswert.^B 	
<p>Rezidivprophylaxe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsequente Kompressionstherapie • Sicherung der Mitarbeit des Patienten (z.B. Wissensvermittlung) • Bei Intaktheit des tiefen Leitvenensystems: Operative Therapie epifaszialer Refluxstrecken^B 	
<p>Stärke der Empfehlungen:</p> <p>A basiert auf wissenschaftlichen Studien hoher Qualität</p> <p>B basiert auf sonstigen Studien,</p> <p>C basiert auf Konsensusaussagen oder Expertenurteilen</p>	
<p>Autoren: U. Ehresmann, G. Gallenkemper, H.J. Hermanns, Y. Herouy, M. Jünger, B. Kahle, E. Rabe, K. Scharffetter-Kochanek, C. Schwahn-Schreiber, M. Stücker, W. Vanscheidt, F. Waldermann, S. Wilm (Mai 2004) Kurzversion: A. Wollny, S. Wilm, M.A. Rieger (Praxistestfassung, Juni 2006)</p>	

Abb. 1 Fortsetzung

Alltagshandlungen der Ärzte mit ihren Patienten genauer abbilden und so Schlussfolgerungen für den täglichen Umgang mit der Leitlinie formulieren und Implementierungshindernisse identifizieren zu können.

Fokusgruppen und Telefoninterviews wurden aufgezeichnet und protokolliert. Die Diskussionen der Fokusgruppen wurden protokollgesteuert (d. h. mit Zuordnung der Teilnehmer zu dem gesprochenen Text) vollständig durch einen erfahrenen Bearbei-

ter transkribiert. Die zu jedem Telefoninterview angefertigten Protokolle enthielten u. a. Transkriptionen zu langen und narrativen Erzählungen der Ärzte und wurden als solche im Protokoll kenntlich gemacht.

Die dann als anonymisierte Texte vorliegenden Diskussionen der Fokusgruppen, die Protokolle der Interviews sowie die Tonaufzeichnungen wurden von zwei Forschern unabhängig voneinander inhaltsanalytisch (12) unter der globalen Fragestellung des

Projektes in offener Analyse systematisch ausgewertet. In einem zweiten Schritt wurde aus den Auswertungen der beiden Forscher im Konsensverfahren ein gemeinsames, induktiv entwickeltes Kategoriensystem mit acht Kategorien erarbeitet.

Die acht Kategorien repräsentierten sowohl wichtige Thematisierungen zum Umgang mit der Leitlinie als auch zur Umsetzbarkeit und Alltagsrelevanz der Leitlinie in der täglichen Praxis. Mit diesem Kategorienschema wurde das Datenmaterial (Fokusgruppentranskripte, Interviewprotokolle und Tonaufzeichnungen) in einem dritten Schritt von beiden Forschern unabhängig voneinander inhaltsanalytisch nach der Matrixmethode (13) erneut systematisch ausgewertet. Die Inhalte der Matrixfelder wurden wiederum konsentiert und sollen im Folgenden ergebnisorientiert und verdichtet in vier Punkten zusammengefasst vorgestellt werden.

Ergebnisse

Bewertung der Leitlinie

Die Leitlinie der DGP zu Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum wurde von den Phlebologen als eine Art „Gold- bzw. Sollstandard“ (direkte Zitate aus den Fokusgruppen bzw. Telefoninterviews sind mit Anführungszeichen gekennzeichnet) betrachtet, der für alle Fachrichtungen gültig sein müsse. Ihrer Meinung nach sollte die Leitlinie sich nicht am Machbaren orientieren, sondern eine optimale Versorgung der Patienten mit UCV aufzeigen, die auch im Rahmen von Qualitätsdiskussionen herangezogen werden kann. Damit könnte diese auch als Forderung an die Politik dienen, die nötigen finanziellen Mittel zur Diagnostik und Behandlung des Krankheitsbildes zur Verfügung zu stellen. Damit sich jedoch die Leitlinie für die Ärzte nicht in eine Bedrohung für sie selbst verwandelt, war ihnen die Betonung besonders wichtig, dass die Leitlinie nicht die Entscheidungsmöglichkeiten des Arztes einschränken darf; eine Abweichung von der Leitlinie muss bei guter Dokumentation möglich sein.

Die Leitlinie zum UCV stellte für die

Phlebologen in der Regel „eine komplette Sache“ dar, die zum einen zwar „sinnvoll“ erschien, aber zum anderen eben auch „nicht viel Neues“ enthielt. Sie bezogen dies sowohl auf die Lang- wie auf die komprimierte Kurzfassung. Sie betonten immer wieder, dass sie sich in ihrem täglichen Handeln bestätigt fühlten und die Leitlinie die „Standards in der Phlebologie“ wiedergibt. Dies führte allerdings wiederum dazu, dass die Sinnhaftigkeit einer solchen Leitlinie bezweifelt wurde; vor allem wenn es um „einfache Fälle“ ging, erschien sie ihnen als „überflüssig“, und bei „schwierigen Fällen hilft sie nicht weiter“. In der Darstellung ihrer Meinungen zu einzelnen Punkten in der Leitlinie fiel besonders auf, dass lediglich der Hinweis auf eine Tetanusimpfung als interessant sowie die Empfehlung der Wundreinigung mit Trinkwasser und die Beschreibung der Kompressionstherapie, wenn auch nicht für neu, aber für gut befunden wurden. Ansonsten spiegelte sich vor allem wider, dass die Erfahrungen der Ärzte oft im Widerspruch zur Leitlinie standen. Das wurde besonders deutlich, wenn die Forderung der Leitlinie nach einem Wundabstrich vor der Gabe eines Antibiotikums von den Teilnehmern als zu zurückhaltend interpretiert wurde, denn aus ihrer Perspektive sollte die Gabe von Antibiotika bei multimorbiden Patienten „routinemäßig gemacht werden“. Die Angabe von Risikofaktoren, die Forderung der Leitlinie nach einer Ganzkörperuntersuchung sowie der Hinweis auf eine kontinuierliche Bewegungstherapie der Patienten wurden von den Ärzten als „unerheblich“ oder „unrealistisch“ und „praxisfern“ bezeichnet. Bemängelt wurde weiterhin das Fehlen einer Angabe zum Dopplerindex (da der einfache Doppler nicht ausreicht). Das Ersetzen von Diagnoseverfahren wie der Lichtreflexionsrheographie und dem Ultraschall Doppler durch das Tasten der Fußpulse wurde als großer Widerspruch empfunden. Dies lässt sich jedoch dadurch erklären, dass die Ärzte die Leitlinie als Theoriegebäude ansehen, von dem sie in ihrer Praxis dann aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen abweichen.

Auf die Langfassung der Leitlinie gingen die Phlebologen im Einzelnen nur selten ein. Ihrer Meinung nach ist deren Ausführlichkeit hauptsächlich angemessen für diejeni-

gen, die in ihrer Praxistätigkeit wenig mit dem Krankheitsbild des UCV zu tun haben: „Für jemanden, der nicht täglich damit zu tun hat, ist das sehr ausführlich und gar nicht schlecht.“ Für sie selbst ist es allerdings „gar nicht alles durchzulesen“. Die Kurzfassung wurde dagegen als „sehr gut“ und „kurz, prägnant“ beurteilt. Sie war im „Praxisbetrieb einprägsamer“ und diente den Ärzten vor allem zur schnellen Information. Trotz der geschätzten Handlichkeit der Kurzfassung wurde angeregt, diese noch übersichtlicher und „peppiger“ zu gestalten.

Hemmende Faktoren

Im vorigen Abschnitt konnte ein Widerspruch zwischen der Einschätzung der phlebologischen Leitlinie als „Goldstandard“ und der Nicht-Umsetzbarkeit der Leitlinie in der täglichen Praxis aufgezeigt werden. Diesen Zwiespalt begründeten die Ärzte mit drei entscheidenden Faktoren, die in gleichem Maße die Praktikabilität der Leitlinie behindern.

Zum ersten führten sie die unzureichenden Vergütungsstrukturen an, die sie bei der Umsetzung der Leitlinie hemmten: „Ein grundsätzliches Problem ist halt, dass diese Leitlinie im Grunde genommen in der Summe nicht durch den EBM (...), durch die Vergütungsstrukturen abgebildet ist“. Für die Phlebologen bestand ein „kostentechnisches Problem“. Diagnostische Verfahren werden nicht angewendet, weil sie nebeneinander nicht abgerechnet werden können: „Dopplersono von Beinen und Armen die darf ich nicht abrechnen, die mach ich natürlich nicht, obwohl der Armindex ist sicherlich wichtig.“ Bestimmte Verbandsmaterialien werden nicht benutzt, weil es auch preiswertere Möglichkeiten gibt, z. B. die Verwendung von Zucker oder „Hausaltstraubenzucker“.

Zum zweiten stehen der Praktikabilität der Leitlinie die Patienten als eigenständige Personen entgegen, die sich einerseits erst gar nicht für ihre offenen Beine interessieren und auf diese Weise die Ärzte andererseits bei der direkten Umsetzung der Leitlinie hemmen. Dies liegt ihrer Meinung nach daran, dass die Patienten „eh schon nichts für sich selber tun (...) und auch nicht bereit

sind selber irgendwas zu tun“. Die Patienten kommen viel zu spät zu ihnen, weil sie es viel zu lang „selbst beobachten“. Die verordnete Kompressionstherapie wird oft abgelehnt, weil sie „als lästig“ empfunden wird oder „nicht in den Schuh“ passt. Trotz Engagement haben die phlebologisch tätigen Ärzte ihrer Meinung nach keinen Einfluss auf das individuelle Verhalten ihrer Patienten. Daneben wird die Behandlung aber auch durch Begleiterkrankungen und die Lebensumstände der Patienten beeinflusst: „schwierige soziale Hintergründe“, „persönliche Lebensverhältnisse“, „Verlust des Arbeitsplatzes“ oder „Eheschwierigkeiten“. Weder Ärzte noch Patienten selbst haben keinen oder nur wenig Einfluss darauf.

Zum dritten fühlten sich die Teilnehmer durch Rahmenbedingungen, die sie nicht beeinflussen können, bei der Umsetzung der Leitlinie behindert. Dazu gehört zum einen, dass sie die Behandlung eines Ulcus cruris als „an sich schwierig“ einschätzen und als ein grundsätzliches Managementproblem in ihrer Praxis ansehen. Hinzu kommt, dass dies mit „enorme(m) Zeitaufwand, der ja auch nicht vergütet wird“ verbunden ist. Zum anderen sehen sie sich auch von der Gesundheitspolitik „in die Enge getrieben“, da sie die Behandlung „immer billiger“ machen sollen, was ihrer Meinung nach im Widerspruch zur Leitlinie steht.

Evidenzbasierte Medizin und das Handeln im ärztlichen Alltag

In den Fokusgruppen und Telefoninterviews konnte bei den Phlebologen kein durchgängiges Muster bzw. keine eindeutige Richtung in den Meinungsäußerungen zum Thema „Evidenz“ festgestellt werden, vielmehr ergab sich ein sehr vielschichtiges Bild. Evidenzangaben wurden vor allem dann als „überflüssig“ empfunden, wenn diese den eigenen Erfahrungen (z. B. der Verwendung von Zinksalbe oder enzymhaltigen Salben zur Schmerzlinderung) widersprachen. Dabei war es den Teilnehmern wichtig, dass die Empfehlungen der Leitlinie das persönliche Wissen des Arztes aufgrund seiner Erfahrungen nicht ausschließen dürfe. Immer wieder wurde von ihnen angesprochen, dass der Angabe mit Evidence-Level nicht

ge(ver)traut wird: „Evidence based ist auch ein dubioses Ding“. Sie regten an, dass das „kritisch geprüft werden“ sollte, weil sie oft einen finanziellen Hintergrund vermuteten. Einen Sinn sahen sie in der Leitlinie und den Evidenzangaben nur, „um (...) sagen zu können, wir haben uns leitlinienkonform verhalten“, und um somit ihr eigenes Tun rechtfertigen zu können. Einige Ärzte gaben aber auch an, dass die Nennung der „A-, B-, C-Kriterien (...) in Ordnung“ ist, weil jemand für sie die Qualität der Studien einschätzt, damit sie auf einen Blick sehen können, „was wirklich wichtig ist“.

Allgemein gilt, dass das Thema der Evidenz nur selten angesprochen wurde, was vermuten lässt, dass sich die Phlebologen nur unregelmäßig mit evidenzbasiertem Wissen in ihrer Praxis auseinandersetzen. Dies wurde auch darin deutlich, wie die Ärzte ihr eigenes Handeln und den Einfluss der Leitlinie auf ihre tägliche Arbeit beschrieben. Die Teilnehmer gaben an, dass sie mit der Leitlinie nicht anders gehandelt haben als ohne diese und im Gegensatz zu früher „nichts anderes gemacht“ haben; mit der Begründung, dass sie es so gelernt hätten, keinen Widerspruch zur Leitlinie sähen und „80% der Sachen (...) automatisch“ ablaufen. Einzig die Empfehlung zur Tetanusimpfung wollten sie in Zukunft in ihre Handlungen mit einbeziehen. Darüber hinaus gaben sie an, dass sie in ihren Praxen bereits eigene Schemata zur Behandlung des UCV aufgestellt haben, an denen sie sich in erster Linie orientieren.

Nahtstellen zwischen Phlebologen und Hausärzten

In den Fokusgruppendifkussionen und einzelnen Interviews war die Nahtstelle zum Hausarzt bei der Behandlung eines UCV ein besonderes, die Ärzte bewegendes Thema, was sich nur zum Teil dadurch erklären lässt, dass die Teilnehmer wussten, dass die Studie beide Gruppen einbezog. Die Phlebologen vertraten die Meinung, dass die Allgemeinmediziner häufig zu lange warten, bis sie ihre Patienten zum Facharzt überweisen, und schrieben den Hausärzten einen sehr „heterogenen“ Wissens- und Fortbildungsstand in Bezug auf das Krankheitsbild zu. Aufgrund

dessen stellten sie verschiedene Forderungen an die Hausärzte, z. B. dass jeder Patient mit venösem Ulkus mindestens einmal innerhalb von sechs Wochen (nicht wie in der Leitlinie empfohlen nach drei Monaten) einem „phlebologisch schwerpunkttätigen Arzt“ vorgestellt oder die Diagnostik und Therapie ganz den Phlebologen überlassen werden sollte. In diesem Zusammenhang sahen sie, dass die Leitlinie nicht „den Anspruch erheben (kann) jeden Allgemeinmediziner mit dem Wissen auszustatten einen Ulkus (...) therapieren“ zu können. So urteilten die phlebologisch tätigen Ärzte einerseits, dass es zwar „nicht schaden“ kann, wenn die Hausärzte die Leitlinie zur Hand nehmen würden, sie aber eben nicht die fehlenden Kompetenzen bei diesen (z. B. in Bezug auf das Anlegen eines korrekten Kompressionsverbandes) ersetzen könnte. Andererseits bezweifelten sie, dass die Leitlinie in der jetzigen Form überhaupt von den Hausärzten aufgrund fehlender Gerätschaften und fehlender chirurgischer Ausbildung umgesetzt werden könnte.

Diskussion

Der Einfluss von Leitlinien auf das Alltagshandeln von Ärzten ist in Deutschland bislang begrenzt. Ihre Umsetzung wird u. a. von der Akzeptanz in der Benutzergruppe und ihrer erlebten Alltagsrelevanz und Praktikabilität bestimmt. Um dies für die DGP-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum einschätzen zu können, wurde sie in der ambulanten phlebologischen Versorgung einem Praxistest unterzogen.

Die befragten Phlebologen sehen in der Leitlinie zum UCV einen „Goldstandard“ verwirklicht, der für alle Fachrichtungen gelten sollte. Damit nehmen sie die Leitlinie aber auch als Theorie in Abweichung zur eigenen Praxistätigkeit wahr, deren Ansprüche sie in ihrer Arbeit aufgrund von verschiedenen hemmenden Faktoren (Vergütungsstrukturen, Patienten und Rahmenbedingungen) nicht verwirklichen können. Aufgrund dessen zweifeln sie die Sinnhaftigkeit der Leitlinie für ihre Berufsgruppe als erfahrene Phlebologen an. Den angegebenen Empfehlungen mit entsprechenden

Evidenzgraden in der Leitlinie stehen eine eingeübte Routine und die Erfahrungen in der täglich praktischen Behandlung des UCV entgegen. Denn obgleich das ärztliche Verhalten zu einem gewichtigen Teil bereits leitlinienkonform ist (z. B. Kompression), werden andere Teile der Leitlinie nicht umgesetzt. Bei einem Widerspruch zwischen den evidenzgestützten Empfehlungen der Leitlinie und ihren persönlichen Erfahrungen und Alltagsroutinen entscheiden sich die Ärzte gefühlsmäßig für die eigene Erfahrung. Insofern können wir festhalten, dass die Leitlinie – obgleich es sich dabei um eine Leitlinie ihrer eigenen phlebologischen Fachgesellschaft handelt – ihr tägliches Handeln bislang nicht beeinflusst.

Wenn Leitlinien das Alltagshandeln der Phlebologen und die Versorgungsqualität verändern sollen, müssen die analysierten Implementierungshindernisse in Zukunft überwunden werden.

- Zum einen ist es wichtig, dass die täglich praktizierten Handlungsweisen der Ärzte von ihnen selbst über den Weg der Reflexion des eigenen Tuns wahrgenommen und damit auch mögliche neue Handlungsoptionen (z. B. in der Arzt-Patienten-Kommunikation) sichtbar werden. Diese Reflexion und die Diskussion der Problematik, das bei Widersprüchen Erfahrung über Evidenz gestellt wird, könnten Kern eines langfristigen Fortbildungsmoduls zur Leitlinie werden.
- Zum anderen können die Ergebnisse des Praxistests in eine Überarbeitung der Leitlinie, die bereits für das Jahr 2006 vorgesehen war, einbezogen werden. Dabei erscheint es den Befragten besonders wichtig, dass die Leitlinie deutlich machen muss, zu welchen Diagnostik- und Therapiemethoden gute Evidenz vorliegt, und zu welchen nicht. Dazu gehören Hinweise ggf. zu Sponsoren von Studien und zu Interessenskonflikten von Autoren, um den hier abgebildeten Bedenken der Ärzte gegenüber finanziellen Hintergründen bei der Leitlinienerstellung angemessen zu begegnen.

Die Betrachtung des Patienten als Hindernis in der Behandlung des UCV und der ärztliche Wunsch, die Patienten mögen auch in die Verantwortung genommen werden (u. a.

Fußpflege, Schuhwerk), könnten durch eine engere Einbeziehung der Betroffenen (z. B. über mit der Leitlinie verbundene Patienteninformationen) unter Beachtung ihrer Individualität (u. a. Multimorbidität, Immobilität) in der Leitlinienerstellung gleichermaßen berücksichtigt werden. Darüber hinaus wünschten sich die Phlebologen den Ausbau des Themas der Schmerztherapie und eine bessere an ihren ärztlichen Alltag angepasste Anleitung für die Behandlung der Patienten mit UCV. Hierbei könnte es sich auch um eine Hilfestellungen für die Kommunikation mit „schwierigen Patienten“ handeln.

Schlussfolgerung

Die Einführung einer zweiseitigen Kurzfassung der Leitlinie zur Verwendung im Alltag würde die Praktikabilität verbessern. Schließlich sollten die Berufsverbände der Phlebologen versuchen, die täglich erlebten Diskrepanzen zwischen Evidenz und Vergütungsstrukturen bei den Verhandlungen über einen neuen EBM zu vermindern.

Danksagung

Das Projekt wurde in Teilen gefördert durch die P.G.-Unna-Stiftung, Göttingen, und durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM).

Interessenkonflikt

A. Wollny und S. Wilm sind auf mehreren Ebenen in die Entwicklung und Verbreitung (hausärztlicher Leitlinien eingebunden. M. Rieger leitet aktuell eine Studie zur Erhöhung der Selbstpflegekompetenz von Patienten mit Ulcus cruris venosum durch das interdisziplinäre Angebot einer Tandempraxis.

Literatur

- AWMF. Wissenschaftlich begründete Leitlinien für Diagnostik und Therapie. www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II_index.htm (Stand: 3.4.2006).
- Brockmann S, Maisel P. Praxistest der Leitlinie Kreuzschmerzen: Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung unter Hausärzten. *Z Ärztl Fortb Qual* 2006; 100: 461–465.
- Brockmann S, Wilm S. Überlegungen zum Studiendesign für explorative Praxistest von evidenzbasierten Leitlinien. *Z Ärztl Fortb Qual* 2006; 100: 478–480.
- Brockmann S. Hausärztliche Leitlinien zwischen Erfahrung und „Evidenz“. Düsseldorf: Omikron 2004.
- Dreher M, Dreher E. Gruppendiskussionsverfahren. In: Flick U, von Kardorff E, Keupp H, von Rosenstiel L, Wolff S (Hrsg). *Handbuch Qualitativer Forschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. 2. Aufl. Weinheim: Beltz 1995; 186–188.
- Ehresmann U, Gallenkemper G, Hermanns J, Herouy Y, Jünger M, Kahle B, Rabe E, Scharffetter-Kochanek K, Schwahn-Schreiber C, Stücker M, Vanscheidt W, Waldermann F, Wilm S. Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum. *Phlebologie* 2004; 33: 166–185.
- Finch H, Lewis J. Focus groups. In: Ritchie J, Lewis J (ed). *Qualitative research practice*. London: Sage 2003.
- Gerlach FM, Abholz HH, Berndt M, Beyer M, Fischer GC, Helmich P, Hummers-Pradier E, Kochen MM, Wahle K für den DEGAM-Arbeitskreis ‚Leitlinien‘ in der Sektion ‚Qualitätsförderung‘. Konzept zur Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis. Hannover 1999.
- Hopf C. Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, Hrg. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt 2000; 349–360.
- <http://www.kvwl.de/earzt/> (Stand Juni 2006).
- Hutchinson A, McIntosh A, Cox S, Gilbert C. Towards efficient guidelines: how to monitor guideline use in primary care. *Health Technol Assess* 2003; 7: 1–97.
- Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse – ein Überblick. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, Hrg. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt 2000; 468–475.
- Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis. An expanded sourcebook*. 2nd ed. London: Sage 1995.
- Ollenschläger G, Thomeczek C, Thalau F, Heymanns L, Thole H, Trapp H, Sängler S, Lelegemann M. *Medizinische Leitlinien in Deutschland, 1994 bis 2004. Von der Leitlinienmethodik zur Leitlinienimplementierung*. *Z ärztl Fortb Qual* 2005; 99: 7–13.
- Rabe E, Pannier-Fischer F, Bromen K, Schuldt K, Stang A, Poncar C, Wittenhorst M, Bock E, Weber S, Jöckel KH. Bonner Venestudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. *Phlebologie* 2003; 32: 1–14.
- Reventlow S, Tulinis C. The doctor as focus group moderator – shifting roles and negotiating positions in health research. *Fam Pract* 2005; 22: 355–340.
- Selbmann HK, Kopp I. Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. *Die Psychiatrie* 2005; 2: 33–38.
- Vermeire E, van Royen P, Griffiths F, Coenen S, Peremans L, Hendricks K. The critical appraisal of focus group research articles. *Eur J Gen Pract* 2002; 8: 104–108.
- Wilm S, Meidl J. Inzidenz und Prävalenz des Ulcus cruris venosum in der Hausarztpraxis. *Vasomed* 2005; 17: 143.

Korrespondenzadresse:

Anja Wollny, M.Sc.
 Universitätsklinikum Düsseldorf, Abteilung für Allgemeinmedizin
 Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
 Tel. 02 11/810 40 48, Fax: 02 11/811 87 55
 E-Mail: Anja.Wollny@med.uni-duesseldorf.de