

**Systematische  
Leitlinienrecherche und  
-bewertung sowie Extraktion  
relevanter Inhalte zu  
Adipositas für die Erstellung  
eines DMP-Moduls Adipositas**

**Berichtsplan**

Auftrag V06-06  
Version 1.0  
Stand: 06.02.2008

# Impressum

**Herausgeber:**

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

**Thema:**

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Inhalte zu Adipositas für die Erstellung eines DMP-Moduls Adipositas.

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

19.12.2006

**Interne Auftragsnummer:**

V06-06

**Anschrift des Herausgebers:**

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Dillenburger Str. 27

51105 Köln

Tel.: 0221/35685-0

Fax: 0221/35685-1

Berichte@iqwig.de

www.iqwig.de

Im folgenden Text wurde bei der Angabe von Personenbezeichnungen jeweils die männliche Form angewandt. Dies erfolgte ausschließlich zur Verbesserung der Lesbarkeit.

Zu allen Dokumenten, auf die via Internet zugegriffen wurde und die entsprechend zitiert sind, ist das jeweilige Zugriffsdatum angegeben. Sofern diese Dokumente zukünftig nicht mehr über die genannte Zugriffsadresse verfügbar sein sollten, können sie im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen eingesehen werden.

Schlagwörter: Disease-Management-Programm, Adipositas, Methodische Leitlinienbewertung, Evidenzbasierte Leitlinien

Der vorliegende Berichtsplan soll wie folgt zitiert werden:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion und Gegenüberstellung relevanter Inhalte zu Adipositas für die Erstellung eines DMP-Moduls Adipositas. Berichtsplan V06-06 (Version 1.0). Köln: IQWiG; 2008.

# Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>iv</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>iv</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>v</b>
<b>1 Hintergrund .....</b>	<b>1</b>
<b>2 Ziele der Untersuchung .....</b>	<b>5</b>
<b>3 Projektablauf .....</b>	<b>6</b>
<b>3.1 Verlauf des Projektes .....</b>	<b>6</b>
<b>3.2 Dokumentation der Änderungen des Berichtsplans .....</b>	<b>6</b>
<b>4 Methoden.....</b>	<b>8</b>
<b>4.1 Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Untersuchung .....</b>	<b>8</b>
4.1.1 Population.....	8
4.1.2 Versorgungsaspekte .....	8
4.1.3 Leitlinienscreening .....	9
4.1.3.1 Allgemeine Ein-/Ausschlusskriterien.....	9
4.1.3.2 Methodische Ausschlusskriterien.....	9
<b>4.2 Leitlinienrecherche.....</b>	<b>10</b>
<b>4.3 Leitlinienbewertung .....</b>	<b>10</b>
<b>4.4 Synthese der Empfehlungen.....</b>	<b>11</b>
<b>4.5 Spezifizierung „relevanter“ Empfehlungen.....</b>	<b>13</b>
<b>5 Literaturverzeichnis.....</b>	<b>14</b>

### **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Ablaufschema von Leitlinienscreening, -bewertung und -synthese ..... 12

### **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Gewichtsklassifikation von Adipositas anhand des BMI bei Erwachsenen ..... 2

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BMI	Body-Mass-Index
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (engl.: chronic obstructive pulmonary disease)
DELBI	Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung
DMP	Disease-Management-Programm
EMBASE	Excerpta Medica Database
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-I-N	Guidelines International Network
HTA	Health Technology Assessment
IOM	Institute of Medicine
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KHK	Koronare Herzkrankheit
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NGC	National Guideline Clearinghouse
RSaV	Risikostrukturausgleichsverordnung
RCT	Randomized Controlled Trial
THV	Taille-Hüft-Verhältnis
WHO	Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organization)

## 1 Hintergrund

### Auftrag

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Beschluss vom 19.12.2006 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt, für ein zukünftiges Disease-Management-Programm (DMP)-Modul Adipositas den Sachstand von entsprechenden Leitlinien aufzuarbeiten [1].

Der Auftrag beinhaltet folgende Arbeitsschritte:

1. Es sollen im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche aktuelle, thematisch relevante Leitlinien zu Adipositas, die sich auf das deutsche Gesundheitswesen übertragen lassen, identifiziert werden.
2. Es sollen Leitlinien anhand methodischer Kriterien bewertet und ausgewählt werden. Auch jene Leitlinien, die nicht berücksichtigt werden, sind zu benennen.
3. Es soll eine Extraktion und Gegenüberstellung der für die Entwicklung des DMP-Moduls Adipositas relevanten Inhalte der Leitlinien vorgenommen werden. Die Extraktion soll sowohl gleichlautende als auch voneinander abweichende Empfehlungen in den verschiedenen Leitlinien deutlich machen. Des Weiteren sollen die sich daraus ergebenden Empfehlungen für das DMP-Modul Adipositas dargestellt werden.
4. Es sollen jene Inhalte, die nicht als relevant eingestuft und deshalb nicht extrahiert wurden, ebenfalls benannt werden.
5. Eventuell wird – im Rahmen eines Folgeauftrags – in enger Abstimmung mit der entsprechenden Arbeitsgruppe des Untersuchungsausschusses DMP eine weiterführende Literaturrecherche und -bewertung zu einzelnen, von der Arbeitsgruppe festzulegenden Empfehlungen in den Leitlinien durchgeführt.

### DMP

DMP sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, die auf den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin beruhen. Im Rahmen der Programme werden vorrangig Behandlungsmethoden eingesetzt, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen [2]. Die Patienten erhalten damit eine Versorgung, die das Risiko von Folgeschäden und akuten Verschlechterungen der Krankheit so weit wie möglich verhindern und die Lebensqualität der Patienten verbessern soll. Neben der Optimierung der Behandlung ist es Ziel der DMP, die Zusammenarbeit der Leistungserbringer zu fördern und somit diagnostische und therapeutische Abläufe besser miteinander zu verzahnen [3].

Bisher wurden für die folgenden chronischen Erkrankungen DMP entwickelt [4]:

Brustkrebs, Diabetes mellitus (Typ 1 und Typ 2), chronische obstruktive Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale und chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)) und koronare Herzerkrankung (KHK). Das Modul Adipositas soll zunächst die bestehenden DMPs ergänzen.

## Adipositas

Adipositas ist definiert als eine Erkrankung, bei der es zu einer übermäßigen Vermehrung des Körperfettes kommt. Synonyme für diese Erkrankung sind Obesität, krankhaftes Übergewicht, Fettleibigkeit und Fettsucht. Zur Ermittlung eines zu hohen Körpergewichtes hat sich die Messung des Body-Mass-Index (BMI) etabliert. Der BMI ist definiert als das Körpergewicht dividiert durch das Quadrat der Körpergröße ( $\text{kg/m}^2$ ). Zur Abgrenzung von Übergewicht und Adipositas wird vorwiegend eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angewendet [5]. Dieser Klassifikation zufolge gilt eine Person ab einem BMI von 25 als übergewichtig und ab einem BMI von 30 als adipös (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Gewichtsklassifikation von Adipositas anhand des BMI bei Erwachsenen

Kategorie	BMI	
Untergewicht	< 18,5	
Normalgewicht	18,5–24,9	
Übergewicht	$\geq 25,0$	
	Präadipositas	25,0–29,9
	Adipositas Grad I	30,0–34,9
	Adipositas Grad II	35–39,9
	Adipositas Grad III	$\geq 40$

Grundsätzlich wird Adipositas durch das Zusammenwirken von genetischer Veranlagung und einer durch ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel manifestierten positiven Energiebilanz verursacht [6,7]. Da sich die genetische Veranlagung in den letzten Jahrzehnten nicht maßgeblich verändert hat, wird die Zunahme von Adipositas vor allem auf veränderte soziokulturelle Faktoren (z. B. passive Freizeitgestaltung, sitzende Tätigkeiten, Geschmacksprägung durch Zuckerzusatz etc.) zurückgeführt [8]. Als Risikofaktoren der Adipositas in Deutschland konnten in epidemiologischen Studien steigendes Lebensalter aber auch soziale Lebensumstände wie geringe Schulbildung, niedriger beruflicher Status oder geringes Einkommen identifiziert werden [9].

Adipositas gehört zu den bedeutendsten Risikofaktoren für die häufigsten nichtübertragbaren Krankheiten [10]. Zu den schwerwiegendsten Folgeerkrankungen von Adipositas zählen Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit (KHK), Typ-2-Diabetes, Fettstoffwechselstörungen (Hyperlipidämie, Dyslipidämie), Schlaganfall, Schlafapnoesyndrom, Hyperurikämie/Gicht, Gallenblasenerkrankungen, Krebserkrankungen, orthopädische Komplikationen und psychosoziale Komplikationen [7]. Das Morbiditätsrisiko ist positiv mit dem Übergewicht assoziiert, d.h. je stärker das Übergewicht, desto höher das Risiko für Begleiterkrankungen [7]. Darüber hinaus wird das Risiko für Folge- und Begleiterkrankungen durch das Verteilungsmuster des Fettgewebes am Körper beeinflusst. Besonders gefährlich sind Fettdepots im Bauchraum und an den inneren Organen (viszerales Fettgewebe), weil sie dort den Fett- und Kohlenhydratstoffwechsel beeinflussen [11]. Zur Beurteilung des viszeralen Fettgewebes kann der Taillenumfang oder das Taille-Hüft-Verhältnis (THV) (engl. waist-to-hip ratio) herangezogen werden [12]. Ab einem Taillenumfang von 88 cm bzw. einem THV von 0,85 bei Frauen und 102 cm Taillenumfang bzw. einem THV von 1,0 bei Männern wird gegenwärtig von einem deutlich erhöhten Morbiditätsrisiko ausgegangen [7,13].

Während der negative Einfluss von Adipositas auf die Lebensqualität gut belegt ist [14,15], wird der Einfluss auf die Mortalität zum Teil kontrovers diskutiert. In einer Kohortenstudie des National Institutes of Health mit 527.265 Männern und Frauen erhöhte sich bei übergewichtigen Personen im mittleren Alter die Mortalität um 20 bis 40 %, bei Adipositas sogar um das Zwei- bis Dreifache [16]. Die Düsseldorf Obesity Mortality Study weist indessen darauf hin, dass die erhöhte Mortalität von Übergewichtigen altersabhängig ist und mit zunehmendem Alter sinkt [7,17]. Gegenstand aktueller wissenschaftlicher Debatten ist die Frage, inwiefern der BMI als Bestimmungsmaß des Übergewichtes auch für ältere Personen (> 65 Jahre) geeignet ist und ob ein hoher BMI bei älteren und morbidem Personen (bspw. Herzinsuffizienz) nicht sogar mit einer niedrigeren Mortalität verbunden ist [18-20].

Wie in allen europäischen Ländern steigt auch in Deutschland die Prävalenz der Adipositas in allen Bevölkerungsschichten und Altersgruppen weiter an [17]. Derzeit sind ca. 50 % aller erwachsenen Männer in Deutschland übergewichtig ( $BMI \geq 25$ ) und etwa 18 % adipös ( $BMI \geq 30$ ). Bei den Frauen sind dagegen ca. 35 % übergewichtig und etwa 20 % adipös [21]. In den letzten 20 Jahren hat vor allem der Anteil der Adipösen deutlich zugenommen [9,21]. Schätzungen der WHO zufolge wird in den nächsten 5 Jahren die Prävalenz der Adipositas in der europäischen Region um durchschnittlich 2,4 % bei den Frauen und 2,2 % bei den Männern ansteigen. Für Deutschland erwartet die WHO einen noch stärkeren Anstieg [10].

## **Leitlinien**

Für den vorliegenden Berichtsplan wird der Begriff „Leitlinien“ entsprechend der Definition des Institutes of Medicine (IOM) verwendet: Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer und Patienten zur angemessenen Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen [22]. Darüber hinaus sind evidenzbasierte Leitlinien

gemäß den Empfehlungen des Europarates aus dem Jahre 2001 folgendermaßen definiert: „Evidenzbasierte Leitlinien werden auf der Grundlage der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz erstellt. Sie sind das Resultat einer systematischen Zusammenstellung und Aufarbeitung der Literatur, werden regelmäßig aktualisiert oder enthalten einen Hinweis auf ihre Geltungsdauer“ [23,24].

## 2 Ziele der Untersuchung

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, durch eine systematische Recherche aktueller evidenzbasierter Leitlinien und eine Synopse der extrahierten Empfehlungen, grundlegende Informationen für die Erstellung eines DMP-Moduls Adipositas bereitzustellen.

Die Untersuchung gliedert sich in folgende Arbeitsschritte:

- Recherche und Auswahl evidenzbasierter, aktueller Leitlinien zum Thema Adipositas, die auf das deutsche Gesundheitswesen übertragbar sind.
- Bewertung der methodischen Qualität der ausgewählten Leitlinien.
- Extraktion, Synthese und Auflistung der Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien.
- Dokumentation der Evidenz, auf der die extrahierten Empfehlungen laut Leitlinie(n) beruhen.
- Identifikation der methodisch relevanten Empfehlungen.

Ziel der Untersuchung ist es nicht, Empfehlungen im Sinne einer Nutzenbewertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) abzugeben. Die Empfehlungen aus den Leitlinien sind somit als Zitate zu verstehen, deren zugrunde liegende Evidenz als solche nicht erneut geprüft wird.

### 3 Projektablauf

#### 3.1 Verlauf des Projektes

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Schreiben vom 19.12.2006 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Erstellung des Berichts V06-06 beauftragt.

Der Berichtsplan in der Version 0.1 vom 19.09.2007 wurde am 26.09.2007 im Internet veröffentlicht. Zu dieser Version konnten bis zum 24.10.2007 Stellungnahmen eingereicht werden. Die Stellungnahmen sind in einem gesonderten Dokument („Dokumentation und Würdigung der Stellungnahmen zum Berichtsplan“) im Internet veröffentlicht. Die vorliegende Version 1.0 des Berichtplans ist die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung aktuelle Version. Sie beinhaltet auch die Änderungen, die sich durch die Stellungnahmen ergeben haben.

Die vorläufige Bewertung des IQWiG wird in einem Vorbericht veröffentlicht. Der Vorbericht wird zusätzlich einem externen Review unterzogen. Im Anschluss an die Veröffentlichung des Vorberichts erfolgt eine Anhörung zum Vorbericht mittels schriftlicher Stellungnahmen, die sich u.a. auch auf die Vollständigkeit der Informationsbeschaffung beziehen können. Relevante Informationen aus der Anhörung können in die Berichtserstellung einfließen. Gegebenenfalls wird eine wissenschaftliche Erörterung zur Klärung unklarer Aspekte aus den schriftlichen Stellungnahmen durchgeführt.

Nach der wissenschaftlichen Erörterung wird das IQWiG einen Abschlussbericht erstellen. Dieser Bericht wird an den G-BA übermittelt und 8 Wochen später im Internet veröffentlicht.

Der aktuelle Zeitplan für den Auftrag V06-06 wird auf den Internetseiten des Institutes veröffentlicht.

#### 3.2 Dokumentation der Änderungen des Berichtplans

Durch das Stellungnahmeverfahren zu Version 0.1 des Berichtplans haben sich folgende Änderungen am Berichtplan ergeben:

- Im Abschnitt 2 wurden die Angaben zur Extraktion, Synthese und Auflistung der Empfehlungen konkretisiert.
- In Abschnitt 4.1.2 wurde der erste Satz geändert und lautet nun: „Die spezifisch für Adipositas entwickelten Leitlinien sollen Empfehlungen zu einem oder mehreren der folgenden Versorgungsaspekte beinhalten“. Die unterstrichene Ergänzung wurde vorgenommen, um zu verdeutlichen, dass die Benennung der Versorgungsaspekte der Adipositas, zu denen die eingeschlossenen Leitlinien Empfehlungen beinhalten sollen, eine Oder-Verknüpfung darstellt.

- Des Weiteren wurden in Abschnitt 4.1.2 die Versorgungsaspekte differenziert. Der Aspekt „Qualitätsindikatoren der Adipositasstherapie“ wird zusätzlich aufgenommen. Des Weiteren wird der Aspekt „Psychosoziale Betreuung und Patienteninformation“ spezifiziert. Zu dem Aspekt „psychosoziale Betreuung“ wird nun noch der Aspekt „Beratung“ hinzugefasst. Der Aspekt „Patienteninformation“ wird in Kombination mit „allgemeinen Therapiemaßnahmen“ unter dem Versorgungsaspekt „Therapie“ dargestellt. Darüber hinaus wird der Aspekt „langfristige Gewichtsstabilisierung und Monitoring“ unter „Therapie“ aufgenommen.
- Abschnitt 4.3 wurde um einen erklärenden Satz zur Bedeutung der methodischen Bewertung von Leitlinien mithilfe des Deutschen Instrumentes zur methodischen Leitlinienbewertung (DELBI) in dieser Untersuchung erweitert.
- Der Abschnitt 4.5 wurde für eine Erläuterung der Spezifizierung relevanter Empfehlungen eingefügt.
- Der Begriff „Kernempfehlungen“ wird im gesamten Dokument durch den Begriff „Empfehlungen“ ersetzt.

## **4 Methoden**

### **4.1 Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Untersuchung**

#### **4.1.1 Population**

Die Zielpopulation der zu bewertenden Leitlinien sind erwachsene adipöse Patientinnen und Patienten, die an den bestehenden DMP teilnehmen. Nicht adressiert sind somit adipöse Kinder und Jugendliche.

#### **4.1.2 Versorgungsaspekte**

Die spezifisch für Adipositas entwickelten Leitlinien sollen Empfehlungen zu einem oder mehreren der folgenden Versorgungsaspekte beinhalten:

- Diagnostik
- Therapie (einschließlich präventiver Maßnahmen)
  - Allgemeine Therapiemaßnahmen und Patienteninformation
  - Ernährungstherapie
  - Bewegungstherapie
  - Verhaltenstherapie
  - Pharmakotherapie
  - Operative Therapie
  - Langfristige Gewichtsstabilisierung und Monitoring
- Psychosoziale Betreuung und Beratung
- Versorgungskoordination
- Qualitätsindikatoren der Adipositas therapie

### 4.1.3 Leitlinienscreening

#### 4.1.3.1 Allgemeine Ein-/Ausschlusskriterien

Die in die Untersuchung einbezogenen Leitlinien:

- müssen alle nachfolgenden Einschlusskriterien erfüllen
- dürfen keines der nachfolgenden Ausschlusskriterien erfüllen.

<b>Einschlusskriterien</b>	
E1	Leitlinie beinhaltet Empfehlungen zu unter 4.1.2 definierten Versorgungsaspekten
E2	Publikationszeitraum 2002–2007
E3	Publikationssprachen: Deutsch, Englisch, Französisch

<b>Ausschlusskriterien</b>	
A1	Anderer Publikationstyp (z. B. Evidenzreport, Review, HTA-Bericht)
A2	Mehrfachpublikationen ohne relevante Zusatzinformation
A3	Es existiert eine aktualisierte Version dieser Leitlinie
A4	Es handelt sich um eine Entwurfsfassung einer Leitlinie
A5	Die Leitlinie ist nicht mehr aktuell (Überarbeitungsdatum überschritten bzw. von den Autoren als nicht mehr aktuell eingestuft)
A6	Keine Vollpublikation verfügbar
A7	Klinikinterne Behandlungspfade oder Leitlinien mit regionalem Geltungsanspruch
A8	Die Leitlinie adressiert Kinder und Jugendliche als Zielpopulation

Gemäß dem Auftrag sollen Leitlinien recherchiert und ausgewählt werden, deren Empfehlungen grundsätzlich im deutschen Gesundheitswesen anwendbar sind. Entscheidend für den Einschluss der Publikationen ist hierbei die Nachvollziehbarkeit der Formulierung der Empfehlungen. Ausländische Leitlinien werden klar gekennzeichnet werden, um zu verdeutlichen, dass einige ihrer Empfehlungen nicht unkritisch auf den deutschen Kontext übertragbar sind.

#### 4.1.3.2 Methodische Ausschlusskriterien

Bei den in die Bewertung eingeschlossenen Leitlinien muss erkennbar sein, dass bei der Generierung und Formulierung der Leitlinie eine methodische Systematik zur Anwendung kam, die die Evidenzbasierung der Leitlinie dokumentiert.

Ausgeschlossen werden Leitlinien, in denen keine Evidenz im Sinne von Literaturzitierten in Kombination mit Evidenzeinstufungen bzw. Empfehlungsgraden angegeben wird.

Für jede der gesichteten Leitlinien wird dokumentiert, aufgrund welcher der genannten Kriterien ein Ein- bzw. Ausschluss stattfand.

## 4.2 Leitlinienrecherche

Die Suche nach relevanten Leitlinien wird in folgenden Quellen durchgeführt:

Quelle	Kommentar
Leitlinien-datenbanken	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guidelines International Network (G-I-N)</li> <li>▪ Leitlinien.de</li> </ul>
Bibliographische Datenbanken	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Excerpta Medica Database (EMBASE)</li> <li>▪ Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)</li> </ul>
Unterlagen des G-BA	Es wurden keine Unterlagen durch den G-BA übermittelt
Sonstiges	<p>Ggf. Kontaktaufnahme mit Sachverständigen/Experten/Fachgesellschaften</p> <p>Ggf. Kontaktaufnahme mit Autoren einzelner Publikationen</p>

Die Recherche erfolgt in mehreren Schritten. Zunächst wird über die Leitliniendatenbank des Guideline International Network (G-I-N) nach potenziell relevanten Leitlinien gesucht. Im zweiten Schritt werden Leitlinien sowohl über die thematische Suche als auch über die Linksammlung von Leitlinien.de identifiziert. Hierbei werden systematisch die Webseiten der in Leitlinien.de gelisteten Leitlinienanbieter bzw. -datenbanken (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF], National Guideline Clearinghouse [NGC] etc.) durchsucht. Im letzten Schritt erfolgt eine Recherche nach Leitlinien in den bibliographischen Datenbanken MEDLINE und EMBASE. Eine zusätzliche Recherche nach Leitlinien über Suchmaschinen wie Google (Scholar), SumSearch oder ähnliche wird nicht durchgeführt werden, da sie zu unspezifisch ist und nicht davon auszugehen ist, hier relevante zusätzliche Leitlinien zu identifizieren. Sofern die genannten Datenbanken auf tote Links verweisen, werden die jeweiligen Leitlinienanbieter bzw. Institutionen direkt aufgerufen. Der gesamte Rechercheablauf und die Rechercheergebnisse werden im Vorbericht dokumentiert und erläutert.

## 4.3 Leitlinienbewertung

Die angewandten Methoden zur Informationsbewertung beruhen auf dem derzeit gültigen Methodenpapier des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [25].

Die strukturierte methodische Bewertung der eingeschlossenen, evidenzbasierten Leitlinien wird mithilfe des Deutschen Instrumentes zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) erfolgen [26]. DELBI ist ein Instrument zur Einschätzung der methodischen Qualität einer Leitlinie und kann nicht für die Bewertung der inhaltlichen Angemessenheit von Leitlinienempfehlungen genutzt werden. DELBI enthält 29 Beurteilungskriterien. Diese Kriterien sind 7 Domänen, die jeweils eine separate Dimension methodologischer Leitlinienqualität beschreiben, zugeordnet. Die Domänen 1–6 entsprechen dabei den Domänen des validierten und international genutzten Appraisal-of-Guidelines-for-Research-&-Evaluation (AGREE)-Instrumentes [27]. Die von den DELBI-Entwicklern (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF] und Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin [ÄZQ]) hinzugefügte Domäne 7 beschreibt spezielle Anforderungen an die bewerteten Leitlinien in Bezug auf deren Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitswesen sowie im Hinblick auf Verbreitungs- und Implementierungskonzepte der Leitlinie.

Die Anwendung des DELBI-Instrumentes zur Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien ist deskriptiv und kein Kriterium für den Einschluss von Leitlinien in die Untersuchung. Mithilfe des DELBI soll aufgezeigt werden, ob und in welchen Domänen des Instrumentes die eingeschlossenen evidenzbasierten Leitlinien besondere Stärken und Schwächen aufweisen.

Jede DELBI-Bewertung wird durch 2 Wissenschaftler unabhängig voneinander durchgeführt. Bei unterschiedlichen Einschätzungen werden die Fragen diskutiert und einer erneuten Bewertung unterzogen. Bleibt ein Dissens bestehen, der durch eine Autorenanfrage nicht zu lösen ist, werden die unklaren Aspekte gesondert dokumentiert.

#### **4.4 Synthese der Empfehlungen**

Nachdem die eingeschlossenen Leitlinien hinsichtlich ihrer methodischen Qualität bewertet wurden, werden sie einer strukturierten Informationssynthese unterzogen. Diese Synthese wird separat für die oben aufgeführten Versorgungsaspekte erfolgen.

Als Leitlinienempfehlungen werden Empfehlungen identifiziert, die als solche von den Autoren der Leitlinie gekennzeichnet sind. Für jede extrahierte Empfehlung wird hierbei dargestellt, auf welcher Evidenz diese beruht (systematische Literaturrecherche und/oder Konsens).

Der gesamte Ablauf von Leitlinienscreening, -bewertung und -synthese ist in Abbildung 1 dargestellt.

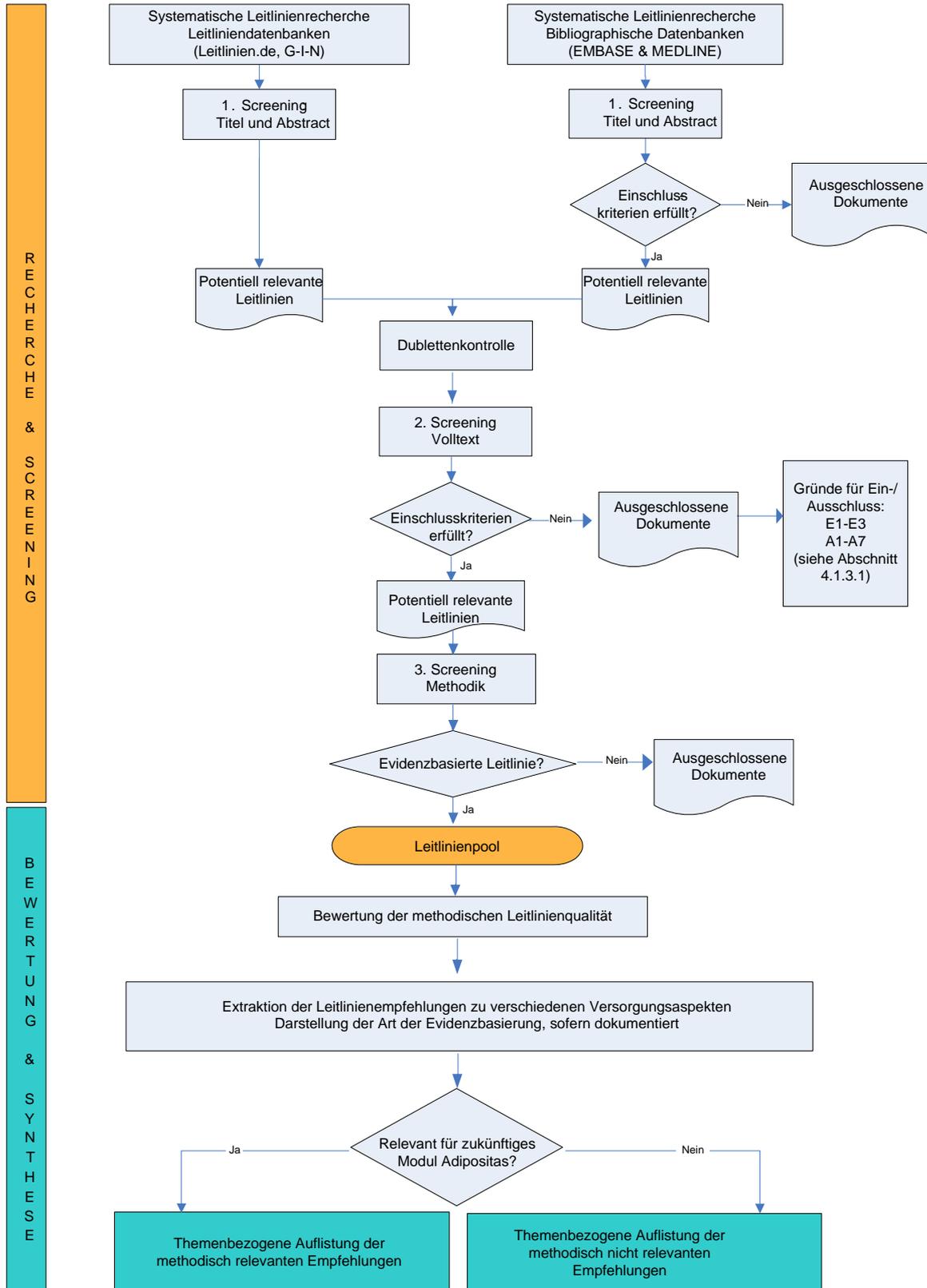


Abbildung 1: Ablaufschema von Leitlinienscreening, -bewertung und -synthese

#### **4.5 Spezifizierung „relevanter“ Empfehlungen**

Im Bericht werden nur diejenigen Empfehlungen als methodisch relevant eingestuft, die auf einer hohen Evidenzklasse der jeweiligen Leitlinien beruhen. Dabei handelt es sich um Leitlinienempfehlungen, die auf randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) und Übersichtsarbeiten, die auf RCTs beruhen, da RCTs das beste Instrument zum Nachweis einer kausalen Ursache-Wirkungsbeziehung darstellen. Dies entspricht in der Regel der Evidenzklasse I oder A der Leitlinien.

## 5 Literaturverzeichnis

1. Gemeinsamer Bundesausschuss. Beauftragung IQWiG: Leitlinienempfehlungen für das DMP-Modul Adipositas und die Aktualisierung bestehender DMP [Online-Text]. 2006 [Zugriff am 29. Dez. 2006]. Gelesen unter: <http://www.g-ba.de/downloads/39-261-361/2006-12-19-IQWiG-DMP.pdf>.
2. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung. Sozialgesetzbuch SGB (SGB V): Gesetzliche Krankenversicherung - § 137f Absatz 2 [Online-Text]. 2006 [Zugriff am 09. Mai 2007]. Gelesen unter: [http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb\\_5/gesamt.pdf](http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf).
3. Bundesministerium für Gesundheit. Glossar zur Gesundheitsreform. Strukturierte Behandlungsprogramme: Erläuterungen und Informationen [Online-Text]. 2006 [Zugriff am 09. Mai 2007]. Gelesen unter: [http://www.gesundheitsglossar.de/glossar/strukturierte\\_behandlungsprogramme.html](http://www.gesundheitsglossar.de/glossar/strukturierte_behandlungsprogramme.html).
4. Gemeinsamer Bundesausschuss. Chronikerprogramme [Online-Text]. 2006 [Zugriff am 24. Mai 2007]. Gelesen unter: <http://www.g-ba.de/informationen/chronikerprogramme/>.
5. Obesity: preventing and managing the global epidemic [Report]. World Health Organ Tech Rep Ser 2000; 894( ): i-xii, 1-253.
6. Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin. Prävention und Therapie der Adipositas [Online-Text]. 2007 [Zugriff am 29. Mai 2007]. Gelesen unter: <http://www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Adipositas-Leitlinie-2007.pdf>.
7. Robert Koch Institut. Übergewicht und Adipositas. Berlin: RKI; 2003.
8. Schauder P, Ollenschläger G. Ernährungsmedizin: Prävention und Therapie. Edingburgh: Elsevier; 2006.
9. Helmert U, Strube H. The development of obesity in Germany in the period from 1985 until 2000. Gesundheitswesen 2004; 66(7): 409-415.
10. World Health Organisation. Adipositas: Eine Herausforderung für die Europäische Region der WHO. Faktenblatt EURO/13/05. Kopenhagen, Bukarest, 12. September 2005 [Online-Text]. 2005 [Zugriff am 09. Mai 2007]. Gelesen unter: <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1305g.pdf>.
11. Despres JP, Lemieux I, Prud'homme D. Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. BMJ 2001; 322(7288): 716-720.
12. Dalton M, Cameron AJ, Zimmet PZ, Shaw JE, Jolley D, Dunstan DW et al. Waist circumference, waist-hip ratio and body mass index and their correlation with cardiovascular disease risk factors in Australian adults. J Intern Med 2003; 254(6): 555-563.

13. Reincke M, Beuschlein F, Slawik M. Neue Leitlinien zur Adipositas-Therapie - Langfassung. Eine Behandlung sollte bei einem BMI von 25 beginnen. MMW Fortschr Med 2006; 148(33): 2-8.
14. Larsson U, Karlsson J, Sullivan M. Impact of overweight and obesity on health-related quality of life--a Swedish population study. Int J Obes Relat Metab Disord 2002; 26(3): 417-424.
15. Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JW. Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. JAMA 2003; 289(14): 1813-1819.
16. Adams KF, Schatzkin A, Harris TB, Kipnis V, Mouw T, Ballard-Barbash R et al. Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. N Engl J Med 2006; 355(8): 763-778.
17. Bender R, Jockel KH, Trautner C, Spraul M, Berger M. Effect of age on excess mortality in obesity. JAMA 1999; 281(16): 1498-1504.
18. Janssen I, Mark AE. Elevated body mass index and mortality risk in the elderly. Obes Rev 2007; 8: 41-59.
19. Evangelista LS, Miller PS. Overweight and Obesity in the Context of Heart Failure. Implications for Practice and Future Research. J Cardiovasc Nurs 2006; 21(1):27-33.
20. Curtis JP, Selter JG, Wang Y, Rathore SS, Jovin IS, Jadbabaie F. et al. The Obesity Paradox. Body Mass Index and Outcomes in Patients with Heart Failure. Arch Intern Med 2005; 165: 55-61.
21. Mensink GB, Lampert T, Bergmann E. Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984-2003. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2005; 48(12): 1348-1356.
22. Field MJ, Lohr KN, Institute of Medicine, Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Clinical practice guidelines: Directions for a new program [Online-Text]. 1990 [Zugriff am 09. Mai 2007]. Gelesen unter: <http://books.nap.edu/openbook.php?isbn=0309043468>.
23. Council of Europe. Developing a Methodology for Drawing-Up Guidelines on Best Medical Practices. Recommendation Rec(2001)13 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 10 October 2001 and explanatory memorandum [Online-Text]. 2002 [Zugriff am 09. Mai 2007]. Gelesen unter: <http://www.g-i-n.net/download/files/COErec1301.pdf>.
24. Europarat. Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis: Empfehlung Rec(2001)13 des Europarates und Erläuterndes Memorandum [Deutschsprachige Ausgabe]. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 2002; 96(Suppl III): 1-60.

25. Steuergremium des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Methoden [Online-Text]. 2006 [Zugriff am 10. Mai 2007]. Gelesen unter: <http://www.iqwig.de/methoden.428.html>.
26. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI): Fassung 2005/2006. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2005; 99(8): 468-519.
27. The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation. AGREE Instrument [Online-Text]. 2001 [Zugriff am 09. Mai 2007]. Gelesen unter: <http://www.agreecollaboration.org/pdf/agreeinstrumentfinal.pdf>.