

**Masterarbeit**

**Sturzprävention bei PatientInnen und  
HeimbewohnerInnen in Krankenhäusern und  
Langzeitpflegeeinrichtungen -  
Bewertung und Vergleich von internationalen Leitlinien**

eingereicht von  
**Simone Egger, BSc**  
Mat.Nr.: 0533470

zur Erlangung des akademischen Grades  
**Master of Science  
(MSc)**

an der  
**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am  
**Institut für Pflegewissenschaft**

unter der Anleitung von Betreuerin  
**Univ. Prof.<sup>in</sup>Dr.<sup>in</sup>rer.cur Christa Lohrmann**

Graz, am 28. November 2011



## **Eidesstattliche Erklärung**

---

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 28. November 2011

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lepko', is centered on a light green rectangular background.

Keine Schuld ist dringender, als die,  
Dank zu sagen  
(Marcus Tullius Cicero)

Ich möchte mich bei meine Eltern und Romana, Andreas, Heike und den Forschungsmädls, Univ. Prof.<sup>in</sup>Dr.<sup>in</sup>rer.cur Christa Lohrmann, Mag. Michaela Bruckner- Simon und all jenen herzlich bedanken, die mich auf meinem Weg durch das Studium begleitet haben.

# Inhaltsverzeichnis

---

Glossar .....	i
Abkürzungsverzeichnis .....	iv
Abbildungsverzeichnis .....	v
Tabellenverzeichnis .....	vi
Zusammenfassung .....	vii
Abstract.....	viii
Einleitung .....	1
1.1. Sturz.....	2
1.2. Risikofaktoren.....	3
1.3. Folgen von Sturz.....	4
1.4. Sturzprävention mittels Evidenz basierter Praxis .....	6
1.5. Leitlinien.....	10
1.5.1. Möglicher Nutzen von Leitlinien .....	11
1.5.2. Mögliche Einschränkungen von Leitlinien.....	12
1.5.3. Beurteilung von Leitlinien.....	12
1.6. Das AGREE- Instrument .....	13
1.6.1. Psychometrische Testung des AGREE- Instrumentes.....	14
1.7. Bedeutung dieser Arbeit .....	15
1.8. Ziel der Arbeit.....	16
Methode.....	17
2.1. Literaturrecherche .....	17
2.1.1. Ein- und Ausschlusskriterien.....	18
2.1.2. Ergebnisse der Literaturrecherche .....	19
2.2. Bewertung der Leitlinien mit dem AGREE II- Instrument .....	26
2.2.1. Berechnung und Interpretation der Domänenwerte.....	28

Ergebnisse.....	31
3.1. Geltungsbereich und Zweck .....	31
3.2. Beteiligung von Interessensgruppen.....	32
3.3. Methodologische Stärke der Entwicklung.....	33
3.4. Klarheit der Darstellung.....	35
3.5. Anwendbarkeit.....	36
3.6. Redaktionelle Unabhängigkeit.....	39
3.7. Gesamtbeurteilung .....	40
Diskussion .....	44
Implikationen für Praxis und Forschung .....	48
Limitationen .....	50
Literaturverzeichnis.....	xviii
Anhang 1	
Anhang 2	

## Glossar

---

**Audit:** Die systematische und kritische Analyse der Qualität der klinischen Behandlung einschließlich der diagnostischen und therapeutischen Verfahren, des dazugehörigen Einsatzes von Ressourcen sowie der Ergebnisse und der Lebensqualität der PatientInnen (Physio Atria 2010)

**Cronbach's  $\alpha$ :** ein Index für die Reliabilität eines Messinstrumentes oder einer Skala (Zuverlässigkeit) und wird auch als Maß der internen Konsistenz oder Homogenität bezeichnet. Es handelt sich nicht um ein Ergebnis eines statistischen Tests sondern um einen Koeffizienten (Brosius 2011; Polit & Beck 2004, p.715).

**Domäne:** Eine Gruppe von zusammenhängenden Fragen oder Aussagen eines Tests, Fragebogens oder einer Skala

**Evidence based Practice (EBP):** Die Integration der besten Forschungsevidenz mit klinischem Fachwissen sowie PatientInneninteressen und -bedürfnissen bei der Bereitstellung von hochwertiger und kostengünstiger Gesundheitsversorgung (Burns & Grove 2005b, p.717).

**Augenscheinvalidität:** Überprüft ob ein Instrument den Anschein erweckt den gewünschten Inhalt zu messen (Burns & Grove 2005b, p.737).

**Interne Konsistenz:** Das Ausmaß in dem alle Teile eines Instrumentes die gleichen Eigenschaften messen (Polit & Beck 2004, p.721).

**Interrater Reliabilität:** Das Ausmaß der Übereinstimmung von zwei BeobachterInnen, die unabhängig voneinander eine Variable oder eine Eigenschaft untersuchen (Burns & Grove 2005b, p.740).

**Inzidenz:** Zahl der Neuerkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung innerhalb eines bestimmten Zeitraums in einer bestimmten Population (Pschyrembel 2004, p.882).

**Inzidenzrate:** Zahl der Personen mit Neuerkrankungen pro Zeiteinheit im Verhältnis zur Anzahl der exponierten Personen (Pschyrembel 2004, p.882f).

**Item:** Eine einzelne Frage oder Aussage eines Tests, Fragebogens oder einer Skala (Polit & Beck 2004, p.721)

**Kendall's Tau:** Ein Koeffizient, der die Korrelation zwischen Variablen bestimmt, wenn beide Variablen ordinal skaliert sind (Burns & Grove 2005b, p 740).

**Konstruktvalidität:** Das Ausmaß, mit dem ein Instrument das zu untersuchende Konstrukt auch tatsächlich misst (Polit & Beck 2004, p.714).

**Kriteriumsvalidität:** Das Ausmaß, mit dem ein Instrument mit einem externen Kriterium in Verbindung steht (Polit & Beck 2004, p.715).

**Likert- Skala:** Instrument zur Bestimmung einer Meinung oder Einstellung zu einem bestimmten Thema; enthält eine Anzahl deklarativer Aussagen mit einer Skala zur Messung der Zustimmung, nach jeder Aussage (Burns & Grove 2005a, p.568)

**Monitoring:** Systematische Erfassung, Beobachtung oder Kontrolle eines bestimmten Vorgangs sowie Prozesses unter Einsatz technischer Hilfsmittel oder bestimmter Beobachtungssysteme. Ein frühzeitiger Eingriff bei unerwünschten Verläufen wird ermöglicht (Matusiewicz 2009, p.88).

**Prävalenz:** Zahl der Erkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung bzw. Häufigkeit eines bestimmten Merkmals zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder innerhalb einer bestimmten Zeitperiode (Periodenprävalenz) in einer bestimmten Population (Pschyrembel 2004, p.1473)

**Prävalenzrate:** Zahl der Erkrankten bzw. Häufigkeiten des Merkmals zu einem bestimmten Zeitpunkt im Verhältnis zur Anzahl der untersuchten Personen (Pschyrembel 2004, p.1473)

**Psychometrische Testung:** Eine Evaluation der Qualität eines Instrumentes, vorrangig basierend auf den Aussagen der Reliabilität und Validität (Polit & Beck 2004, p.729).

**Randomisierte kontrollierte Studie (RCT):** Ein experimentelles Studiendesign, um eine neue Intervention zu testen. Per Zufall (random) werden die TeilnehmerInnen einer Behandlungsgruppe (Interventionsgruppe) und einer Nicht- Behandlungsgruppe (Kontrollgruppe) zugeordnet. Die Effektivität einer Intervention wird durch den Vergleich der beiden Gruppen festgestellt (kontrolliert) (Burns & Grove 2005b, p.748; Polit & Beck 2004, p.730).

**Reliabilität (Zuverlässigkeit):** Das Ausmaß, mit dem ein Instrument zuverlässig und genau ein bestimmtes Konzept oder eine Eigenschaft misst. Formen der Reliabilität sind Stabilität, Äquivalenz und Homogenität (Burns & Grove 2005a, p. 576; Polit & Beck 2004, p. 730).

**Statistische Signifikanz:** Das Ausmaß in dem die Ergebnisse einer Analyse mit einem bestimmten Grad an Wahrscheinlichkeit nicht durch Zufall entstanden sind (Polit & Beck 2004 p.733).

**Skala:** Messmethode, die zur selbstständigen Beantwortung geeignet ist. Setzt sich aus verschiedenen Items zusammen, von denen angenommen wird, dass sie das zu untersuchende Konstrukt messen (Burns & Grove 2005a, p.577).

**Tool:** Werkzeug, Instrument (Duden online 2011)

**Validität (Gültigkeit):** Das Ausmaß, mit dem ein Instrument das misst, was es messen soll (Polit & Beck 2004, p.735).

## Abkürzungsverzeichnis

---

<b>AGS &amp; BGS</b>	The American geriatrics society & British geriatrics society
<b>AGREE</b>	Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation
<b>ACSQHC</b>	The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care
<b>AWMF</b>	Wissenschaftliche Medizinische Fachgesellschaften
<b>ÄZQ</b>	Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung
<b>bezgl.</b>	bezüglich
<b>Cinahl</b>	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
<b>CTFPHC</b>	Canadian Task Force on preventive Health Care
<b>D 5 QP</b>	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
<b>EBP</b>	Evidence based Practice
<b>Embase</b>	Excerpta Medica Database
<b>etc.</b>	et cetera (und so weiter)
<b>et al.</b>	et alii (und andere)
<b>H</b>	Hospital
<b>inkl.</b>	inklusive
<b>n</b>	Stichprobengröße
<b>RACF</b>	Residential Aged Care Facilities
<b>R 5 AO</b>	Registered nurses' Association of Ontario
<b>trans.</b>	übersetzt
<b>u.a.</b>	und andere(s)
<b>z.B.</b>	zum Beispiel

## Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 1: Model der Evidenz basierten Entscheidungsfindung .....	9
Abbildung 2: Englische Suchbegriffe der Literaturrecherche .....	17
Abbildung 3: Deutsche Suchbegriffe der Literaturrecherche .....	18
Abbildung 4: Verlauf der Literaturrecherche .....	19
Abbildung 5: 7- stufige Bewertungsskala des AGREE II- Instrumentes .....	26
Abbildung 6: Formel zur Berechnung der Domänenwerte .....	29
Abbildung 7: Beispiel zur Berechnung der Domänenwerte .....	29

## Tabellenverzeichnis

---

Tabelle 1: Intrinsische und extrinsische Risikofaktoren für Stürze.....	3
Tabelle 2: Eingeschlossene Leitlinien .....	21
Tabelle 3: Beispiel der Ermittlung der Punktzahl zur Berechnung.....	29
Tabelle 4: Überblick der Domäne Geltungsbereich und Zweck .....	32
Tabelle 5: Überblick der Domäne Beteiligung von Interessensgruppen.....	33
Tabelle 6:Überblick der Domäne Methodologische Stärke der Entwicklung.....	34
Tabelle 7:Überblick der Domäne Klarheit der Darstellung.....	36
Tabelle 8: Überblick der Domäne Anwendbarkeit.....	37
Tabelle 9: Überblick der Domäne Redaktionelle Unabhängigkeit.....	39
Tabelle 10: Überblick über die gesamten Domänenwerte .....	40
Tabelle 11: Überblick über die Gesamtbeurteilung der Leitlinien.....	43

## Zusammenfassung

---

Stürze sind ein Problem, die in nationalen und auch internationalen Gesundheitseinrichtungen bestehen. Die Folgen, die Stürze nach sich ziehen können sind umfassend. Neben den physiologischen Folgen, z.B. Verletzungen und Wunden, kann es zu psychischen Auswirkungen, wie Sturzangst kommen. Durch die verlängerten Krankenhausaufenthalte und die zusätzliche Pflege ziehen Stürze auch finanzielle Folgen nach sich. Es ist daher notwendig effektive Sturzpräventionsmaßnahmen in die Praxis zu implementieren. Die Bewegung der Evidence- based- Practice (EBP) versucht dieses aktuellste, wirksamste verfügbare Wissen aufzuarbeiten und für die Praxis zur Verfügung zu stellen. Speziell Leitlinien stellen eine geeignete Möglichkeit dar EBP in die Praxis zu implementieren. In den letzten Jahren stieg die Zahl an veröffentlichten Leitlinien stetig an. Die Qualität dieser Leitlinien ist jedoch sehr unterschiedlich. Eine Leitlinie sollte mittels systematischer Methoden entwickelt werden, um das beste aktuell verfügbare Wissen zur Verfügung stellen zu können. Jedoch sollten auch der Aufbau und die Logik der Leitlinie einfach und praktikabel sein, da eine Anwendung der Leitlinie ansonsten erschwert wird. Hierfür wurden Bewertungsinstrumente entwickelt, die die Qualität von Leitlinien ermitteln. Das „Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation“ (AGREE)- Instrument stellt ein praktikables, einfach anzuwendendes Beurteilungsinstrument dar. Das AGREE II- Instrument beurteilt die Qualität der Leitlinienentwicklung sowie die Berichterstattung darüber. Zudem werden auch der Aufbau und die Gestaltung der Leitlinien untersucht. Mittels einer Literaturrecherche wurden insgesamt neun Leitlinien identifiziert, die Sturzpräventionsmaßnahmen für Krankenhäuser oder Langzeitpflegeeinrichtungen anbieten. Diese wurden mittels des AGREE II- Instrumentes bewertet. Die Bewertungen zeigten, dass zwei Leitlinien für eine Anwendung in der Praxis empfohlen werden können. Drei Leitlinien weisen zu starke Mängel auf, um eine Empfehlung für eine Implementierung geben zu können. Die übrigen vier können nach Veränderungen in einzelnen Bereichen für einen Einsatz in der Praxis empfohlen werden. Die Bewertungen der Leitlinien zeigten die unterschiedlichen Qualitäten. Für die AnwenderInnen ist es wichtig, die Entscheidung sorgfältig zu treffen. Die Leitlinie muss zum Setting und zum PatientInnenkollektiv passen, um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen.

## Abstract

---

Falls are a common problem in health care institutions all over the world including a broad range of consequences. Falling may cause physical injuries and wounds but also mental consequences like the fear of falling. Due to the extended length of stay in hospitals and additional care after a fall, financial consequences may occur. Therefore the implementations of effective fall prevention interventions are necessary. The Evidence Based Practice (EBP) movement is trying to provide the latest, most effective knowledge available for the use in practice. First and foremost guidelines represent an opportunity to implement EBP in practice. In the last few years the numbers of published guidelines rose steadily. However, the qualities of these guidelines are very different. To provide the best available knowledge guidelines should be developed through systematic methods. The construction and layout of a guideline should also be practicable, easy and user-friendly. Appraisal tools are useful to address the issue of variations in guideline quality. The „Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation” (AGREE) - Tool is a tool that is practicable and easy to use in order to appraise guideline qualities. The AGREE II-Instrument assesses the methodological rigour and transparency in which a guideline is developed.

By means of literary research, nine guidelines of fall prevention in hospitals and long-term care facilities were found. They were assessed using the AGREE II- Instrument. The appraisals show that two guidelines could be recommended for the use in practice. Three guidelines have too many deficits to be recommended for implementation. The remaining four guidelines have to undertake modifications in some domains before an application in practice.

The appraisals of the guidelines show very different qualities. Users are asked to make a careful decision about which guideline is the best for them. To achieve the expected outcome the guideline has to be suitable for the setting and patients.

In theory, there is no difference between theory and practice.  
In practice there is.  
(Berra Yogi)

## Einleitung

---

In Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Krankenhäusern, Pflegeheimen, Rehabilitationszentren u.a. stellen Stürze ein weitverbreitetes Problem dar, das sowohl Frauen als auch Männer betreffen kann (Heinze, Lahmann & Dassen 2002; Evans et al. 2001).

Dies zeigen die Zahlen der europäischen Pflegequalitätserhebungen aus den Jahren 2009 und 2010. In österreichischen Gesundheitseinrichtungen ereignete sich 2009, innerhalb von 30 Tagen, bei 13,1% der 3.655 PatientInnen bzw. BewohnerInnen ein Sturz. Im Jahr 2010 wies die Erhebung bei 4.051 PatientInnen und BewohnerInnen eine Sturzinzidenz von 12,1% auf (Schönherr, Schüssler & Lohrmann 2010; Lohrmann 2009). Eine Prävalenzstudie in Deutschland erfasste die Stürze in Krankenhäusern und Pflegeheimen in den Jahren 2002 und 2004. Die Sturzzraten von PatientInnen und BewohnerInnen lagen 2002 bei 4,4% (n= 4.439) und 2004 bei 4,7% (n= 6.748) (Heinze, Halfens & Dassen 2007). Bei einer Studie, die in der Schweiz von 1999 bis 2003 durchgeführt wurde, lag die Sturzrate bei 7,0% (n=34.972). Ebenso wurde festgestellt, dass die Sturzhäufigkeit in geriatrischen Abteilungen höher ist und Stürze im fortgeschrittenen Alter vermehrt auftreten (Schwendimann et al. 2008; Heinze, Lahmann & Dassen 2002). Das Durchschnittsalter der gestürzten Personen lag in der Studie von Schwendimann et al. (2008) bei 79,8 Jahren und Untersuchungen von Hitcho et al. (2004) zeigt ein durchschnittliches Alter der gestürzten Personen von 63,4 Jahren. Das Risiko zu stürzen steigt mit zunehmendem Alter an. Eine Person, die 70 Jahre oder älter ist hat ein fünfmal höheres Risiko zu stürzen, als jüngere PatientInnen (Heinze, Lahmann & Dassen 2002).

Sturz und die Sturzprävention sind Themen, die auch in der Literatur zunehmend an Interesse gewinnen (Ammer 2007). Neben physiologischen Problemen wie Prellungen oder Frakturen können auch psychischen Folgen auftreten. Die dadurch verlängerten Krankenhausaufenthalte und die notwendige zusätzliche Pflege zieht wiederum finanzielle Konsequenzen nach sich (Lohrmann 2009; National Patient Safety Agency 2007). Ammer (2007) führte im Jahr 2007 eine Literaturstudie in der Datenbank PubMed durch, um festzustellen wie viele Publikationen zum Thema Sturzprävention im Zeitraum von 1.Jänner bis 8.November 2007 veröffentlicht wurden. Es ergaben sich dabei 236 Veröffentlichungen, die sich Großteils mit der Vermeidung von Stürzen bei älteren

Menschen beschäftigt. Neben Veröffentlichungen in medizinischen Fachzeitschriften wurden 81 Publikationen in Journalen der Geriatrie, Rehabilitation und Pflegewissenschaft identifiziert (Ammer 2007).

## **1.1. Sturz**

In der Literatur gibt es zahlreiche Definitionen, die einen Sturz beschreiben. Eine der am häufigsten verwendeten Definitionen für Sturz ist die der Kellogg International Working Group (Hauer et al. 2006):

*“A fall is an event which results in a person coming to rest inadvertently on the ground or other lower level and other than as a consequence of the following: sustaining a violent blow, loss of consciousness, sudden onset of paralysis, as in a stroke, an epileptic seizure”* (Kellogg International Work Group 1987, p.4)

Für die vorliegende Arbeit wird die übersetzte Definition des „Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege“ herangezogen, um eine einheitliches Verständnis für den Terminus „Sturz“ sicher zu stellen.

*„Ein Sturz ist jedes Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt“* (trans. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2006, p.6).

Der zweite Teil der Definition nach der Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly (1987), die einschränkt „dass Ereignisse, die auf Grund (...) eines Stoßes, Verlust des Bewusstseins, plötzlich einsetzender Lähmungen oder eines epileptischen Anfalls“ eintreten, nicht als Stürze angesehen werden“, wird nicht genutzt. Viele Stürze geschehen unbeobachtet und die Ursache kann daher oftmals nicht mehr nachvollzogen werden (DNQP 2006).

## 1.2. Risikofaktoren

Neben dem Alter gibt es weitere Umstände, die Stürze bedingen oder auslösen können. Die Risikofaktoren können in intrinsische und extrinsische Faktoren gegliedert werden (Woolf & Akesson 2003). Intrinsische Faktoren sind Risiken, die auf die Person selbst zurückzuführen sind. Extrinsische Faktoren sind Risikofaktoren, die aufgrund der Umgebungsbedingungen entstehen können (Zippelius 2006). In Tabelle 1 werden extrinsische und intrinsische Risikofaktoren dargestellt.

**Tabelle 1: Intrinsische und extrinsische Risikofaktoren für Stürze (Tinetti & Kumar 2010; Müller et al. 2009; Zippelius 2006; Grob 2005; Heinze, Rissmann & Dassen 2004; Woolf & Akesson 2003; Evans et al. 2001)**

<b>Intrinsische Faktoren</b>	<b>Extrinsische Faktoren</b>
Kognitive Einschränkungen	Medikamente wie Sedativa, Psychopharmaka, Blutdrucksenkende Mittel
Balance-, Gang- und Mobilitätsstörungen	Unpassende Schuhe und Kleidung
Benützung von Gehhilfen	Schlechte Beleuchtung
Depression	Rutschige Oberflächen
Vorangegangene Stürze	Fehlende Handläufe
Gleichgewichtsstörungen und Schwindel	
Allgemeine Schwäche	
Muskuläre Schwäche	
Sehstörungen	
Inkontinenz	

### **1.3. Folgen von Sturz**

Stürze können Ängste, Schmerzen, Verletzungen aber auch Unsicherheit und Abhängigkeit der gestürzten Person hervorrufen (National Patient Safety Agency 2007). Die Konsequenzen von Stürze lassen sich in drei Kategorien einteilen:

- Physiologische Folgen
- Psychologische Folgen
- Finanzielle Folgen

#### **Physiologische Folgen**

Im Rahmen der europäischen Pflegequalitätserhebung werden sturzbedingte Folgen in leichte, mittlere und schwere Verletzungen unterteilt. Zu den leichten Verletzungen zählen Hämatome und leichte Schürfwunden. Mittlere Verletzungen stellen z.B. Prellungen und Schnittwunden dar, die eine Wundversorgung benötigen. Schwere Verletzungen sind Arm- und Beinfrakturen sowie Kopfverletzungen (Lohrmann 2009).

Laut der europäische Pflegequalitätserhebung in den Jahren 2009 und 2010, verletzten sich 50,5% (n=293) bzw. 38,6% (n=85) der gestürzten Personen in österreichischen Gesundheitseinrichtungen (Schönherr, Schüssler & Lohrmann 2010). Von den gestürzten Personen 2010 erlitten 67,1% leichte Verletzungen, 22,4% trugen mittlere Verletzungen davon und 9,4% verletzten sich schwer (Schönherr, Schüssler & Lohrmann 2010).

Andere Studien nehmen eine Trennung in leichte und schwerwiegende Folgen vor. Leichte Verletzungen sind laut Schwendimann et al. (2008) Schmerzen, Prellungen, Hämatome und Platzwunden. Als schwere Verletzungen werden Frakturen, interne Kopfverletzungen und Luxationen verstanden. In der Schweiz zogen Stürze bei 2.512 Personen zu 30,1% leichte und zu 5,1% schwere Verletzungen nach sich (Schwendimann et al. 2008). Müller et al. (2009) beobachteten in einer Fall- Kontroll Studie von 228 gestürzten Personen, 32% leichte und 4,4% schwere Verletzungen.

## **Psychologische Folgen**

Stürze können nicht nur zu Verletzungen, sondern auch zu Unsicherheit, vermindertem Selbstvertrauen und Angst führen (National Patient Safety Agency 2007; Grob 2005). Speziell für ältere Menschen kann ein Sturz ein beängstigendes Erlebnis darstellen. So ist es möglich, dass ein Rückzug aus dem aktiven Leben erfolgt, oder eine Depression entsteht. Diese Reaktion auf ein Sturzerlebnis wird als „Post- fall- Syndrom“ oder „Sturzungst“ bezeichnet. Das Syndrom kennzeichnet sich durch die Angst vor neuerlichen Stürzen und der damit einhergehenden Furcht vor Aktivitäten. In weiterer Folge kommt es zu Unsicherheit beim Stehen und Gehen, sowie vermindertem Selbstvertrauen beim Verrichten von Alltagsaktivitäten. Eine ausgeprägte Sturzungst führt im Laufe der Zeit zu einer Einschränkung der Balance und Mobilität, wodurch das Risiko erneut zu stürzen erhöht wird und die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ansteigt. Für Betroffene kann ein Sturz durch die verminderte Selbstständigkeit und reduzierte Aktivität einen Verlust der sozialen Kontakte ebenso wie eine Einschränkung der Lebensqualität bedeuten (Grob 2005; Rentel-Kruse 2004).

In der Pflegequalitätserhebung 2010 zeigte sich, dass von den 4.051 insgesamt teilnehmenden Personen, 28,4% an einer Sturzungst leiden. Wohingegen von den 490 gestürzten Personen 44,2% angeben, Angst vor weiteren Stürzen zu haben (Schönherr, Schüssler & Lohrmann 2010).

## **Finanzielle Folgen**

Stürze und die damit einhergehenden Verletzungen können in Einrichtungen des Gesundheitswesens zu verlängerten Krankenhausaufenthalten führen (Schwendimann et al. 2008; Kerzman et al. 2004). Die weitere Folge ist, dass die Kosten für das Gesundheitssystem steigen (Heinrich et al. 2010; National Patient Safety Agency 2007). Heinrich et al. (2010) zeigten in einem systematischen Review, dass sturzassoziierte Kosten 0,85% bis 1,5% der gesamten Ausgaben des Gesundheitssystems in den USA, Australien und den EU 15<sup>1</sup> betragen. Zudem schätzen sie die Kosten pro Sturz bzw. pro sturzbedingten Krankenhausaufenthalt zwischen 1.059\$ und 10.913\$ bzw. 5.654\$ und

---

<sup>1</sup> Zu den EU 15 zählen: Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Italien, Irland, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden und Spanien (Bundeskanzleramt Österreich 2011)

42.840\$ (Heinrich et al. 2010). Eine niederländische Studie zeigte, dass bei Personen über 85 Jahre Stürze, nach Demenz und Schlaganfällen, an dritter Stelle der kostenintensivsten Diagnosegruppen stehen (Meerding et al. 1998).

Die hohen Kosten setzen sich aus der verlängerten Verweildauer in Gesundheitseinrichtungen, der zusätzlichen Pflege, sowie den Leistungen anderer GesundheitsanbieterInnen zusammen (Donoghue et al. 2003).

#### **1.4. Sturzprävention mittels Evidenz basierter Praxis**

Stürze und deren Folgen können durch den Einsatz effektiver Maßnahmen reduziert werden. Diese wirksamen Interventionen vermögen im Setting Pflegeheim 20% bis 40% der Stürze zu vermeiden (Heinze, Rissmann & Dassen 2004). Eine effektive und angemessene Gesundheitsversorgung erfordert eine Praxis, die sich auf Evidenz basierte Ergebnisse stützen kann (Mead 2000).

Die Umsetzung neuer Erkenntnisse in die tägliche Praxis steht jedoch vor Problemen. Die verfügbare Literatur ist nicht immer von hoher methodologischer Qualität. Speziell bei der Überprüfung der Effektivität von Maßnahmen stellen Studiendesigns, wie randomisierte kontrollierte Studien (RCT), die beste Evidenz dar (Evans 2003; Trinder 2000). Jährlich werden etwa 20.000 RCTs veröffentlicht. Dennoch bilden sie einen geringen Anteil (weniger als 5%) der Publikationen in Medline (Del Mar & Hoffman 2009). Durch die hohe Anzahl an neuen Veröffentlichungen ist es nicht immer möglich, dass Angehörige der Gesundheitsberufe aktuelle und effektive Erkenntnisse in ihre tägliche Praxis und Arbeit integrieren können (Bucknall & Rycroft-Malone 2010; Trinder 2000).

Kajermo et al. (2010) hat in einem systematischen Review untersucht, welche Barrieren speziell in der Umsetzung von Pflegeforschungsergebnissen, existieren. Häufig genannte Hürden, die eine Anwendung der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse erschweren, sind:

- Zu wenig Zeit bei der Arbeit, neue Ideen umzusetzen
- Pflegepersonen haben keine Zeit, Forschungsergebnisse zu lesen
- Pflegepersonen verfügen nicht über die Autorität, die PatientInnenversorgung zu verändern
- Statistische Analysen sind nicht verständlich
- Relevante Literatur ist nicht gebündelt und zusammengefasst zugänglich

Die Folge ist, dass ineffektive Maßnahmen in der Praxis angewendet werden bzw. nachweislich wirksame Interventionen nicht zur Anwendung kommen. Zusätzlich gibt es nur wenige Handlungsalternativen und die Versorgung der PatientInnen ist nicht einheitlich (Trinder 2000).

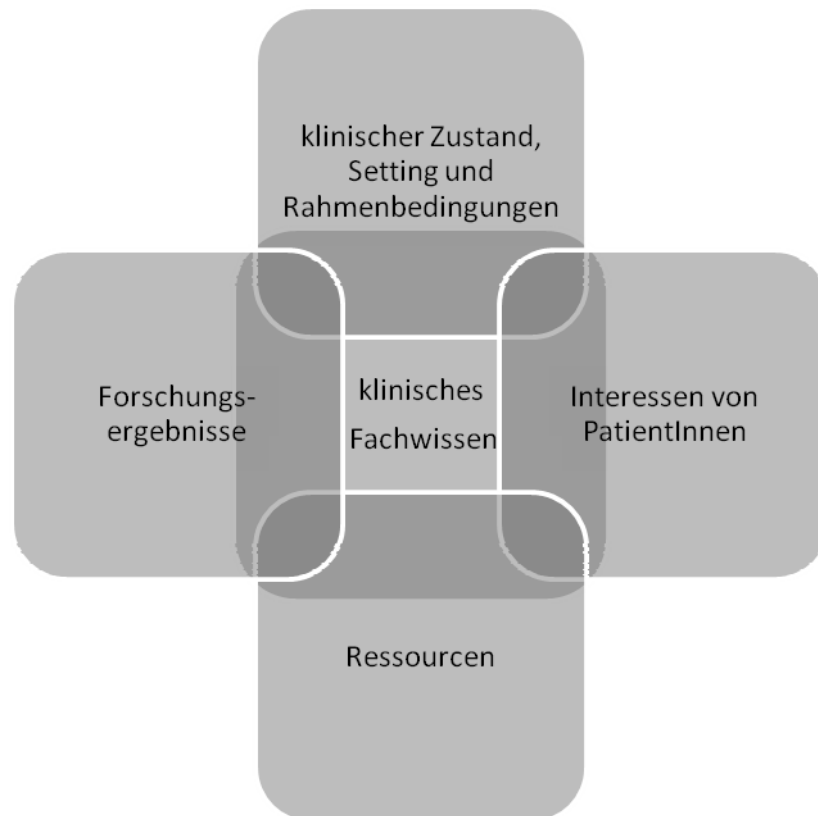
Die Bewegung der „Evidence- based Practice“ (EBP) versucht diese Probleme zu lösen und die klinische und pflegerische Entscheidungsfindung zu unterstützen. Speziell die Identifizierung effektiver und effizienter Versorgungsmöglichkeiten steht im Mittelpunkt von EBP (Trinder 2000).

Eine Definition von EBP lautet:

*„EBP is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values to facilitate clinical decision making“*(Sackett et al. zitiert in DiCenso, Guyatt & Ciliska 2005, p. 4)

*“EBP ist die Verbindung der besten wissenschaftlichen Evidenz mit dem klinischen Fachwissen und den Interessen und Wünschen der Betreuungsbedürftigen, um eine klinische Entscheidungsfindung zu erleichtern“* (übersetzt S.E.)

An dieser Definition ist wesentlich, dass sich eine Evidenz basierte Entscheidungsfindung nicht nur an den besten derzeitig verfügbaren *Forschungsergebnissen* orientiert. Abbildung 1 zeigt ein Model, der in EBP zusammenwirkenden Komponenten, das sich an der oben genannten Definition orientiert. Der *klinische Zustand, das klinische Setting und die Rahmenbedingungen* sollten bei einer Evidenz basierten Entscheidungsfindung ebenso berücksichtigt werden. Personen, die in entlegenen Gebieten leben haben nicht den gleichen Zugang zu den Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten wie Menschen, die in der Nähe von Zentren wohnen. Der klinische Zustand bzw. der Gesundheitszustand (z.B. die Schwere einer Erkrankung) von PatientInnen beeinflusst die Akzeptanz und Reaktion auf eine pflegerische Intervention. Die *Wünsche und Interessen* der PatientInnen sind zentral bei einer Evidenz basierten Entscheidungsfindung. Abhängig von ihrem gesundheitlichen Befinden, persönlichen Werten und Erfahrung haben PatientInnen keine bis sehr starke Vorstellung wie ihre Versorgung und Betreuung stattfinden soll. Dies beeinflusst wiederum die Zustimmung zu empfohlenen Interventionen. Die verfügbaren *Ressourcen* müssen ebenfalls bedacht werden, sowie auch der Kosten- Nutzen Faktor einer Intervention oder Versorgungsstrategie. Die Risiken, Vorteile und Nebenwirkungen müssen mit alternativen Handlungsoptionen abgewogen werden. Die *klinische Expertise* stellt das fünfte Element dar und verbindet die übrigen Komponenten miteinander. Klinische Expertise ist die Anwendung von Fachwissen, sowie von Erfahrungen aus der Vergangenheit. Sie dient dazu, den Gesundheitsstatus, mögliche gesundheitliche Risikofaktoren, Wünsche und Interessen von PatientInnen, sowie auch die möglichen Vorteile von Interventionen zu identifizieren (DiCenso, Guyatt & Ciliska 2005).



**Abbildung 1: Model der Evidenz basierten Entscheidungsfindung (adaptiert nach DiCenso, Guyatt & Ciliska 2005, p. 5)**

Die Umsetzung von EBP in die Praxis ist ein schwieriger Prozess (Godshall 2010). Besonders die hohe Anzahl an Literatur und der Zeitmangel in der Praxis erfordern eine geeignete Herangehensweise (Kajermo et al. 2010; Grol 2009). Eine Methode EBP in die Praxis zu implementieren, stellen Evidenz basierte Leitlinien dar (Godshall 2010; Grol 2009).

## 1.5. Leitlinien

*„Practice guidelines are systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances“ (Field & Lohr 1990, p.38)*

*„Leitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten, anderen im Gesundheitssystem tätigen Personen und Patienten. Das Ziel ist eine angemessene gesundheitsbezogene Versorgung in spezifischen klinischen Situationen“ (trans. Deutsches Cochrane Zentrum 2011)*

Es ist notwendig, dass der im englischen Sprachraum verwendete Begriff „Guideline“ mit der richtigen Bedeutung ins Deutsche übersetzt wird. Während „Guideline“ im Englischen sowohl Richtlinie als auch Leitlinie bedeuten kann, muss dies in der deutschen Sprache streng unterschieden werden. Richtlinien sind Regelungen, die von einer rechtlich legitimierten Institution bewilligt, schriftlich festgehalten und veröffentlicht wurden. Ein Nichteinhalten geht mit definierten Sanktionen einher (Bloch et al. 1997). Leitlinien hingegen, sind nicht rechtsverbindlich (Bachner et al. 2009).

EBP- Leitlinien bieten eine Möglichkeit, um evidenzbasiertes Wissen zur Beantwortung spezieller medizinischer, pflegerischer oder präventiver Fragestellungen, zu nutzen. (Wetterneck & Pak 2005). Sie unterstützen PatientInnen und Personen im Gesundheitswesen bei den Entscheidungen für eine adäquate Vorgehensweise bei gesundheitlichen Problemen. Hierfür beschreiben Leitlinien, was angemessene und unangemessene Versorgung<sup>2</sup> ist und lösen Unklarheiten zwischen wissenschaftlicher Evidenz und der allgemeinen Meinung (Field & Lohr 1990). Sie stellen Handlungsempfehlungen zur Verfügung, die sich an der Praxis orientieren und auf den neuesten Erkenntnissen der Wissenschaft beruhen. Die Empfehlungen von Leitlinien können bzw. müssen in speziellen Fällen abgeändert werden (Bachner et al. 2009; Field & Lohr 1990).

---

<sup>2</sup> Unangemessene Versorgung herrscht dann vor, wenn der erwartete Schaden, den erwarteten Nutzen für die Gesundheit übersteigt (Field & Lohr 1990, p. 40)

Das vorrangige Ziel von Leitlinien ist die Verbesserung der Versorgungsqualität für die PatientInnen. Sie bieten klare Empfehlungen zu speziellen Problematiken an. Durch die leicht zugänglichen Informationen kann die Versorgung der PatientInnen optimiert und verbessert werden (Burgers, Grol & Eccles 2009; Woolf et al. 1999).

### **1.5.1. Möglicher Nutzen von Leitlinien**

Leitlinien ermöglichen es, dass Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung transparenter und somit begründet werden. Sie können unwirksame oder veraltete Methoden identifizieren und dadurch zu deren Abschaffung beitragen. Dadurch kann die Versorgung der PatientInnen effizienter gestaltet und Kosten reduziert werden. (Bachner et al. 2009; Burgers, Grol & Eccles 2009; Wollersheim, Burgers & Grol 2005).

Leitlinien umfassen einen systematischen Überblick über die aktuelle wissenschaftliche Literatur und stellen den Personen im Gesundheitswesen die neuesten Entwicklungen und Forschungsergebnisse zur Verfügung (Burgers, Grol & Eccles 2009). Sie ermöglichen es eine große Menge an Wissen in einem überschaubaren und nutzbaren Format zu erhalten (Godshall 2010). Ebenso können Lücken des aktuellen Wissensstandes erkannt werden und Empfehlungen für weitere Forschung gegeben werden (Bachner et al. 2009; Burgers, Grol & Eccles 2009; Wollersheim, Burgers & Grol 2005).

Die Art und Weise der Versorgung von PatientInnen, hängt von ÄrztInnen, Pflegepersonen, SpezialistInnen sowie geografischen Gegebenheiten ab. So ist es möglich, dass nicht alle PatientInnen mit den identischen gesundheitlichen Problemen die gleiche Behandlung erhalten. Leitlinien bieten eine Möglichkeit, um die Wahrscheinlichkeit einer gleichwertigen Versorgung zu erhöhen, egal wo oder von wem eine Person betreut wird (Woolf et al. 1999).

Viele gesundheitliche Probleme erfordern zudem ein interdisziplinäres BetreuerInnenteam. Leitlinien können die Basis darstellen, um Entscheidungen innerhalb der Behandlung interdisziplinär zu treffen (Burgers, Grol & Eccles 2009).

### **1.5.2. Mögliche Einschränkungen von Leitlinien**

Leitlinien beziehen sich oft auf hypothetische standardisierte PatientInnen. Sie richten sich nicht an die individuelle, einzelne Person mit Wünschen und Vorlieben und die Gefahr der „Kochbuch- Medizin“ kann entstehen. So kann die klinische Praxis zu vereinfacht und die komplexen Vorgänge missachtet werden (Burgers, Grol & Eccles 2009).

Mögliche Mängel von Leitlinien sind aufgestellte Empfehlungen, die wenig effektiv sind. Der Grund dafür ist, dass die wissenschaftliche Evidenz nicht ausreichend ist. Wie bereits erwähnt, werden nicht alle Methoden und Interventionen in angemessenen, qualitativ hochwertigen Studien überprüft. So können verzerrte Ergebnisse entstehen und für Empfehlungen falsch interpretiert werden (Woolf et al. 1999). Forschung wird zudem häufig im Rahmen einer standardisierten Studiensituation durchgeführt und sollte für die tägliche Praxis nicht diskussionslos übernommen werden (Burgers, Grol & Eccles 2009; Wollersheim, Burgers & Grol 2005).

### **1.5.3. Beurteilung von Leitlinien**

Die Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und die Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) empfehlen, dass Leitlinien nach systematischen Methoden und Vorgehensweisen erstellt werden sollen, um die erwarteten gesundheitlichen und ökonomischen Resultate und Ziele zu erreichen. Leitlinien, die auf unsystematischen Literaturrecherchen beruhen oder ausschließlich in Form eines ExpertInnenkonsensus gebildet wurden, werden international als mangelhaft eingestuft (AWMF & ÄZQ 2001).

In den letzten Jahren hat die Veröffentlichung von Leitlinien deutlich zugenommen. Sie werden in vielen Ländern der Welt, von verschiedenen Institutionen wie Regierungen, Versicherungen, Berufs- und PatientInnenvertretungen entwickelt. Zudem werden Leitlinien zu sämtlichen medizinischen und pflegerischen Themen produziert. Diese haben unterschiedliche Ziele und Entwicklungsmethoden und daher kann die Qualität stark variieren (Burgers, Grol & Eccles 2009; Grol 2009; Woolf et al. 1999; Grol et al. 1998).

Dieser Prozess macht es notwendig ein einheitliches, international anwendbares Instrument zur Leitlinienbewertung zu entwickeln, um die Qualität dieser zu ermitteln. So wurden

hierfür zahlreiche Bewertungsinstrumente entwickelt (Vlayen et al. 2005). Vlayen et al. (2005) führten eine systematische Übersichtsarbeit durch, um Bewertungsinstrumente für Leitlinien in der Literatur zu identifizieren und zu vergleichen. Die insgesamt 24 gefundenen Instrumente zeigten Unterschiede in ihren Quellen, Items und der Bewertung. Für eine Anwendung zur Bewertung von Leitlinien wurde von den AutorInnen das Cluzeau- und das Instrument der „The Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation (AGREE) Collaboration“ empfohlen. Das AGREE- Tool wurde aus dem Cluzeau-Instrument entwickelt und ist im Vergleich dazu kompakter und einfacher anzuwenden. Ein weiterer Vorteil des AGREE – Instrumentes ist die numerische Skala, wodurch ein Vergleich der Bewertungen der einzelnen Leitlinien ermöglicht wird. Zudem ist das AGREE- Tool eines der wenigen Instrumente deren psychometrischen Eigenschaften überprüft wurden. (Vlayen et al. 2005).

## **1.6. Das AGREE- Instrument**

„The Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation (AGREE)“ ist ein Instrument, das 2003 von internationalen ExpertInnen aus 13 Ländern erarbeitet wurde und die Qualität einer Leitlinie bestimmt. Das vorrangige Ziel des Bewertungstools ist die Bewertung der Entwicklung einer Leitlinie und die Berichterstattung darüber. Das Bewertungsinstrument beurteilt hingegen nicht die Inhalte der Leitlinie oder die Qualität der zugrunde liegenden Literatur (AGREE Collaboration 2003). Im Jahr 2009 bildeten ExpertInnen der ursprünglichen EntwicklerInnengruppe das „AGREE Next Steps Research Consortium“, um das Bewertungsinstrument weiterzuentwickeln. Die Ziele der Überarbeitung waren die Verbesserung der messtechnischen Eigenschaften, einschließlich der Reliabilität und Validität. Zudem sollten die Items verfeinert werden, um die Bedürfnisse der NutzerInnen zu erfüllen. Die unterstützenden Unterlagen (Trainingshandbuch und Gebrauchsanweisung) wurden verbessert, um die Anwendung des AGREE- Instrumentes zu erleichtern. Aus dieser Weiterentwicklung ging das AGREE II- Instrument hervor. (AGREE Research Trust 2010; Brouwers et al. 2010a).

Das Instrument besteht aus sechs Domänen und setzt sich insgesamt aus 23 Schlüsselitems zusammen (siehe Anhang 1).

### **1.6.1. Psychometrische Testung des AGREE- Instrumentes**

Im Jahr 2003 wurden die psychometrischen Eigenschaften des originalen AGREE-Instrumentes von einer internationalen ExpertInnengruppe validiert. Die Reliabilität wurde durch die interne Konsistenz und Interrater Reliabilität überprüft (AGREE Collaboration 2003). Die interne Konsistenz untersucht, ob alle Items das gleiche Merkmal messen. Die Interrater Reliabilität bestimmt die Übereinstimmung der Ergebnisse von zwei oder mehr unabhängigen BeobachterInnen, die mit den gleichen Methoden eine Beobachtung oder Messung durchführen (Polit & Beck 2004). Die Validität wird durch Augenscheinvalidität, Konstruktvalidität und Kriteriumsvalidität charakterisiert (AGREE Collaboration 2003). Die Konstruktvalidität untersucht, inwieweit das Instrument das Merkmal misst, welches es vorgibt zu messen. Bei der Überprüfung der Kriteriumsvalidität wird die Beziehung des Instrumentes mit einem externen Kriterium bestimmt. Die Augenscheinvalidität zeigt, ob ein Instrument augenscheinlich das angemessene Konstrukt und Merkmal misst (Polit & Beck 2004).

#### **Reliabilität**

Die interne Konsistenz wird für jede Domäne mittels des Cronbach's  $\alpha$  Koeffizienten ermittelt. Der Cronbach's  $\alpha$  Koeffizient ist ein Korrelationskoeffizient, der die Beziehung zwischen den Items eines Fragebogens angibt. Die Werte von Korrelationskoeffizienten können zwischen -1 und +1 liegen. Je näher die Ergebnisse bei 1 sind, desto höher ist die Korrelation. Ein Wert von 1 zeigt eine hohe interne Konsistenz und dass die Items das gleiche Merkmal messen (Burns & Grove 2005b; Polit & Beck 2004). Laut Burns & Grove (2005b) sind Reliabilitätskoeffizienten ab 0,80 zufriedenstellend. Die Cronbach's  $\alpha$  Werte für das AGREE- Instrument liegen zwischen 0,64 und 0,88. Für die meisten Items sind diese Werte befriedigend. Der niedrigste Wert von 0,64 wurde bei Domäne 6 (Redaktionelle Unabhängigkeit) identifiziert und erklärt sich daraus, dass diese Domäne aus nur zwei Items besteht. Die Interrater Reliabilität zeigt bei einer Berechnung mit vier BewerterInnen befriedigende Korrelationswerte zwischen 0,67 und 0,91 (AGREE Collaboration 2003).

## **Validität**

Die Überprüfung der Konstruktvalidität zeigt zufriedenstellende Ergebnisse und es konnte gezeigt werden, dass das AGREE- Instrument das Merkmal misst, welches es messen soll. Die Kriteriumsvalidität wurde anhand des Kendall's Tau B Korrelationskoeffizienten ermittelt. Da kein externes Kriterium vorhanden ist, wurde die Kriteriumsvalidität zwischen den Domänenwerten und der allgemeinen Gesamtbewertung berechnet. Die Korrelationskoeffizienten lagen zwischen 0,67 und 0,88 und waren alle hoch signifikant ( $p < 0,001$ ). Die Augenscheinvalidität zeigt, dass 95% der BeurteilerInnen das Instrument als hilfreich sehen, um Leitlinien zu bewerten. Die Hälfte (49%) der BeurteilerInnen berichten, dass sie mit mindestens einem Item ein Problem haben. Die meisten Schwierigkeiten entstanden bei der Vergabe einer angemessenen Punktezahl, da zu wenige notwendige Informationen vorhanden waren. Nach einer Überarbeitung durch die EntwicklerInnengruppe, berichteten noch 29% der BewerterInnen von Problemen mit einem Item (AGREE Collaboration 2003).

Die Güte des modifizierten AGREE II- Instrument wurde durch die interne Konsistenz, sowie die Interrater Reliabilität ermittelt. Die interne Konsistenz wies Werte zwischen 0,64 und 0,89 auf. Die Interrater Reliabilität ergab, wie das originale Instrument bei vier BewerterInnen, Ergebnisse zwischen 0,63 und 0,84 (Brouwers et al. 2010a)

## **1.7. Bedeutung dieser Arbeit**

Die Zahlen der europäischen Pflegequalitätserhebung machen deutlich, dass Sturz und sturzbedingte Folgen ein relevantes Problem in den Gesundheitseinrichtungen darstellen (Schönherr, Schüssler & Lohrmann 2010). Die Folgen sind zum Einen zusätzliche Kosten für das Gesundheitssystem durch die erhöhte Verweildauer in Krankenhäusern. Zum Anderen können bei den PatientInnen physische sowie auch psychische Konsequenzen auftreten. Zudem stellt das Alter einen großen Risikofaktor dar und aufgrund des demographischen Wandels werden sich die Lebenserwartung und der Anteil der über 75-jährigen in der Gesellschaft erhöhen (Statistik Austria 2011; Schwendimann et al. 2008; Heinze, Lahmann & Dassen 2002). Dies bedingt, dass die Problematik der Stürze in Gesundheitseinrichtungen auch in Zukunft von Bedeutung sein wird.

Daher ist es notwendig, effektive Maßnahmen zur Sturzprävention mittels Evidenz basierter Methoden wie EBP- Leitlinien in die Praxis zu implementieren. Durch die hohe Anzahl an veröffentlichten Leitlinien und die Unterschiede in der Qualität ist es jedoch notwendig, diese zu überprüfen (Godshall 2010; Grol 2009). Aufgrund der guten psychometrischen Eigenschaften und der hohe Praktikabilität wurde für die Bewertung der Leitlinien, in der vorliegenden Masterarbeit, das AGREE II- Instrument herangezogen.

## **1.8. Ziel der Arbeit**

Das Ziel ist der Vergleich und die Bewertung von internationalen Leitlinien zur Sturzprävention von PatientInnen und HeimbewohnerInnen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen, mittels des AGREE II- Instrumentes. Es soll die methodische Stärke der Entwicklung der Leitlinien sowie die Berichterstattung darüber, bewertet werden. Des Weiteren sollen Empfehlungen abgegeben werden, welche Leitlinien in der Praxis angewendet werden sollen bzw. welche Leitlinien eine Überarbeitung benötigen.

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen, die der Arbeit zu Grunde liegen:

- Welche Qualität weisen die Leitlinien zur Sturzprävention von PatientInnen und HeimbewohnerInnen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen auf?
- Welche Leitlinien können für eine Anwendung in der Praxis empfohlen werden?

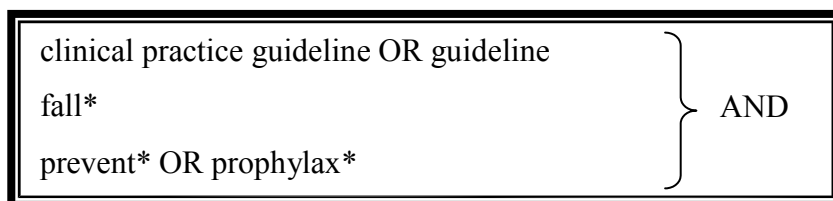
## Method

---

Um die genannte Forschungsfrage zu beantworten, ist es notwendig, internationale Leitlinien zur Sturzprävention zu identifizieren. Hierfür wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

### 2.1. Literaturrecherche

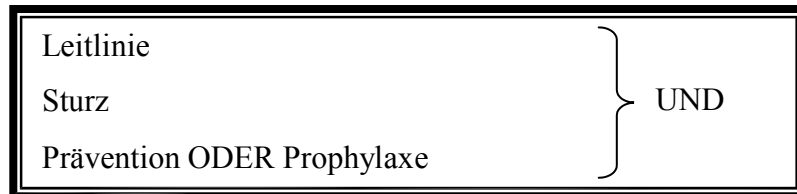
Diese systematische Literaturrecherche wurde im Juni 2011 in den Datenbanken PubMed, Cinahl, Embase, PsycInfo und National Guideline Clearinghouse durchgeführt. Ziel der Recherche war die Identifizierung von Leitlinien zur Sturzprävention von PatientInnen und HeimbewohnerInnen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen. Die Suche wurde in den Datenbanken mit englischen Schlüsselbegriffen durchgeführt (siehe Abbildung 2). Bei der Suche wurden MeSH-Terms und Boolean'sche Operatoren („AND“ und „OR“) verwendet.



**Abbildung 2: Englische Suchbegriffe der Literaturrecherche**

Um die Suchergebnisse einzuschränken wurden Limitationen gesetzt. Es wurde nur nach englisch- oder deutschsprachigen Leitlinien gesucht, welche im Zeitraum von Jänner 2001 bis Juni 2011 veröffentlicht wurden.

Zusätzlich zu den Datenbanken, wurde in den Internetsuchmaschinen Google und Google-Scholar, Ask.com, iSEEK.com und Blekko.com, sowie der TRIP-Database, einer Webseite für evidenzbasierte Medizin, recherchiert. Hierfür wurde sowohl mit den bereits genannten englischen als auch mit deutschen Suchbegriffen gesucht. Die deutschen Schlüsselwörter sind der Abbildung 3 entnehmbar.



**Abbildung 3: Deutsche Suchbegriffe der Literaturrecherche**

### **2.1.1. Ein- und Ausschlusskriterien**

Da das vorrangige Ziel die Bewertung von Leitlinien zur Sturzprävention ist, wurden nur Leitlinien eingeschlossen, die sich mit der Prävention von Stürzen beschäftigen. Leitlinien, die sich lediglich mit der Erfassung des Sturzrisikos oder des Sturzassessments auseinandersetzen, wurden ausgeschlossen. Solche, die mehrere Aspekte beinhalten aber unter anderem auch die Prävention, wurden in die Bewertung eingeschlossen.

Des Weiteren wurden Leitlinien für das Setting Krankenhaus und Langzeitpflegeeinrichtung (institutionalisierte Versorgung) gesucht und eingeschlossen. Jene, die für die ambulante Versorgung entwickelt wurden, wurden ausgeschlossen. Leitlinien, die sich jedoch sowohl an die institutionalisierte als auch an die ambulante Versorgung richten, wurden für die Bewertung herangezogen.

### 2.1.2. Ergebnisse der Literaturrecherche

Zu Beginn der Recherche wurden die Treffer anhand des Titels und des Abstracts untersucht. Alle, die an dieser Stelle die Einschlusskriterien nicht erfüllten, wurden bereits ausgeschlossen.

Insgesamt wurden 24 Leitlinien identifiziert und einer Überprüfung unterzogen. Diese wurden auf die Ein- und Ausschlusskriterien hin untersucht. 11 Leitlinien mussten ausgeschlossen werden, da das Setting nicht zutreffend oder die Prävention von Stürzen nicht das Ziel der Leitlinie war.

Somit erfüllten 13 Leitlinien die Ein- und Ausschlusskriterien. Von fünf Leitlinien waren keine Vollversionen zugänglich und die AutorInnen der jeweiligen Leitlinien wurden bezüglich einer Zusendung dieser kontaktiert. Nur eine EntwicklerInnengruppe schickte Informationen sowie die Internet- Adresse, wo die Leitlinie abgerufen werden konnte und so mussten vier weitere Leitlinien ausgeschlossen werden.

Folglich wurden neun Leitlinien, in ihrer aktuellsten Version zur Bewertung mittels des AGREE- II Instrumentes herangezogen. Abbildung 4 stellt den Suchverlauf in einem Überblick dar.

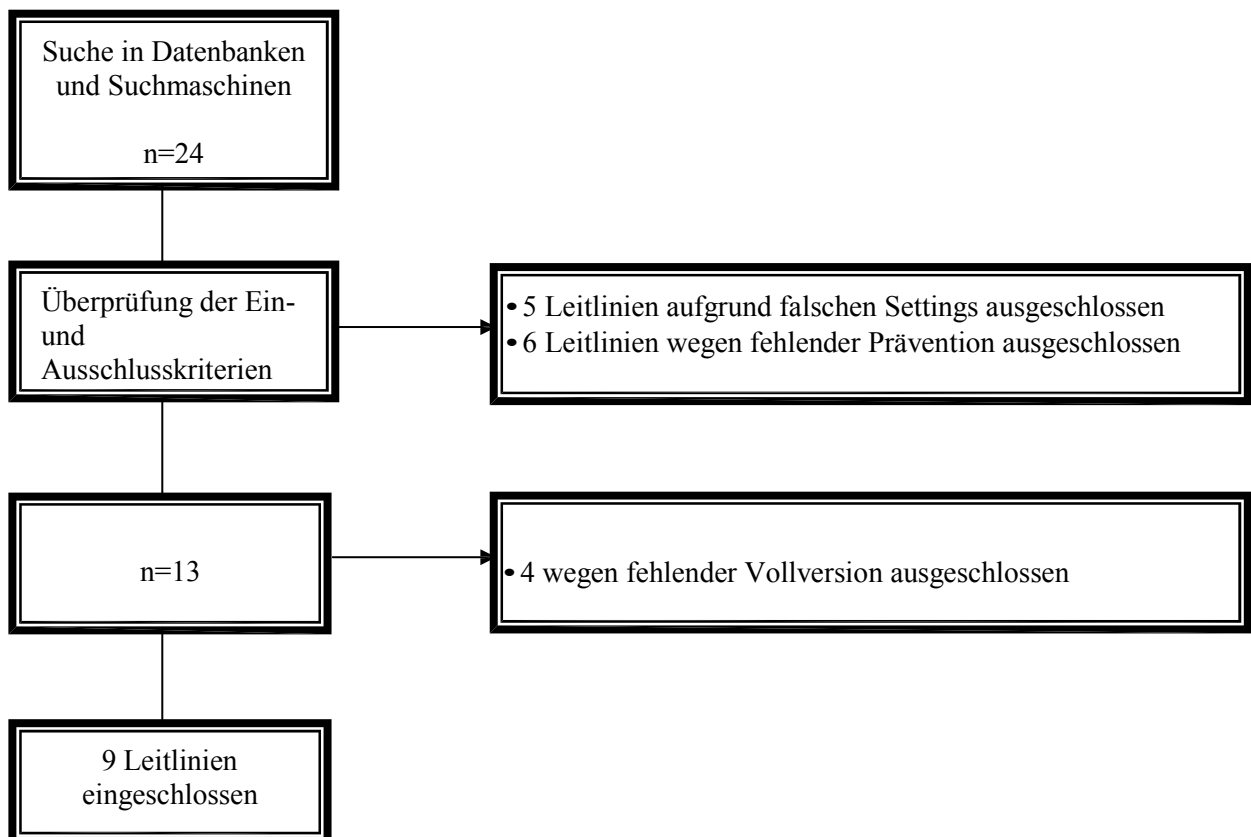


Abbildung 4: Verlauf der Literaturrecherche

In Tabelle 2 werden die eingeschlossenen und bewerteten Leitlinien mit Eckdaten und Details in einer Übersicht dargestellt.

**Tabelle 2: Eingeschlossene Leitlinien**

Titel	AutorInnen und Herkunftsland	Erscheinungsjahr/Jahr der Aktualisierung	Setting	Inhalt	Datenbank
Prevention of falls in older persons	The American geriatrics society/ British geriatrics society  (AGS/BGS)  USA/ England	2001/2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Häusliche Pflege</li> <li>• Langzeitpflegeeinrichtung</li> </ul>	Die Leitlinie hat das Ziel, das Personal des Gesundheitswesens bei der Einschätzung des Sturzrisikos zu helfen. Ebenso soll sie beim Management bei bereits gestürzten Personen und bei jenen unter Risiko unterstützen. Vor allem sollen effektive Maßnahmen zur Sturzprävention für die klinische Praxis identifiziert werden	Über <b>PubMed</b> wurde Artikel gefunden, dort wird auf die Homepage verwiesen
Sturzprävention bei Betreuten in Akut- und Langzeiteinrichtungen	Südtiroler Sanitätsbetrieb  Italien	2010	Akut- und Langzeitpflegeeinrichtungen	Die Leitlinien zielt ab auf: <ul style="list-style-type: none"> <li>– eine Förderung der Bewegungskompetenz und einer Reduktion von Stürzen und sturzbezogenen Verletzungen</li> <li>– eine Förderung eines multiprofessionellen Ansatzes in der Sturzprävention</li> <li>– eine Verbreitung von wissenschaftlich fundiertem bzw. Evidenz basiertem Wissen zur Sturzprophylaxe</li> <li>– Angebot an Empfehlungen, um die MitarbeiterInnen in der praktischen Umsetzung der Sturzprävention zu unterstützen</li> </ul>	<b>Ask.com</b>

				Die Leitlinie beinhaltet Empfehlungen: - zur frühzeitigen Erkennung von Personen mit Sturzrisiko - zu wirksamen präventiven Maßnahmen sowie der Vermeidung von unwirksamen Maßnahmen zur Sturzprävention	
Sturzprophylaxe für ältere und alte Menschen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen- Evidence-based Leitlinie	Bachner Daniela, Hass Waltraud, Schaffer Susanna, Semlitsch Barbara, Uhl Christine, Weiß Richard  EBN- Team Graz  Österreich	2009	Krankenhaus und Langzeitpflegeeinrichtung	Ziel der Leitlinie ist es, mittels der systematisch entwickelten Aussagen Stürze bei älteren und alten PatientInnen im intramuralen Bereich vorzubeugen beziehungsweise zu reduzieren. Die Leitlinie soll dazu dienen, dass Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, PflegehelferInnen, AltenpflegerInnen, PhysiotherapeutInnen sowie auch Angehörige von älteren und alten Menschen Pflegeforschungsergebnisse in die Praxis implementieren. Ebenso soll das Sturzrisiko, durch die Bereitstellung der evidenzbasierten Maßnahmen gesenkt werden	<b>Cinahl</b>

Preventing falls and harm from falls in older people- Best practice guidelines for Australian Hospitals	The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) Australien	2005/2009	Krankenhaus	Die Leitlinie ist für Angehörige der Gesundheitsberufe in australischen Krankenhäusern konzipiert und soll ein einheitliches, landesweites Konzept für die Vermeidung von Stürzen anbieten. Die Leitlinie beruht auf Best-Practice Empfehlungen und richtet sich an alle Personen, die mit der Betreuung von älteren Menschen betraut sind	<b>Google.com</b>
Preventing falls and harm from falls in older people- Best practice guidelines for Australian Residential Aged Care Facilities	The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) Australien	2005/2009	Langzeitpflegeeinrichtung	Die Leitlinie ist für Angehörige der Gesundheitsberufe in australischen Langzeitpflegeeinrichtungen konzipiert und soll ein einheitliches, landesweites Konzept für die Vermeidung von Stürzen anbieten. Die Leitlinie beruht auf Best-Practice Empfehlungen und richtet sich an alle Personen, die mit der Betreuung von älteren Menschen betraut sind	<b>Google.com</b>
Prevention of falls and fall injuries in the older Adult	Registered nurses' Association of Ontario (RNAO) Kanada	2000/2005	Akut- und Langzeitpflegeeinrichtungen	Ziel dieser Leitlinie ist es den Angehörigen der Gesundheitsberufe das Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln, um Personen, die im intramuralen Bereich sturzgefährdet sind zu identifizieren. Speziell soll die Leitlinie Krankenpflegepersonen helfen bei:	<b>tripdatabase.com</b>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- der Identifizierung der Risikofaktoren für Stürze</li> <li>- der Reduzierung der Inzidenz von Stürze</li> <li>- der Reduzierung der Inzidenz von sturzbedingten Verletzungen</li> </ul>	
Fall prevention for older adults	Salsbury Lyons Stacie  USA	1996/2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Häusliche und ambulante Versorgung</li> <li>• Akut- und Langzeiteinrichtungen</li> </ul>	<p>Ziele der Leitlinie sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ermittlung von Faktoren, die eine Person als sturzgefährdet identifizieren</li> <li>- Personen erkennen, die bereits ein Sturzereignis erlebten</li> <li>- das Auftreten von Stürzen vermeiden</li> <li>- sturzbedingte Verletzungen reduzieren</li> </ul> <p>Die Leitlinie enthält Informationen über Risikofaktoren von Stürzen, Sturz Evaluationsinstrumente, Interventionen zur Sturzprävention und Outcome Evaluation</p>	<b>Handsuche/Google.com</b>

Prevention of falls in long-term care facilities	Canadian Task Force on preventive Health Care  (CTFPHC)  Kanada	2003	Langzeitpflegeeinrichtung	Im Zuge des systematischen Reviews wurden Risikofaktoren und effektive Sturzpräventionsprogramme für Stürze in Langzeitpflegeeinrichtungen identifiziert und daraus Empfehlungen formuliert	<b>Google.com</b>
Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults	Moreland Julie, Richardson Julie, Chan David H., O'Neil John, Bellissimo Agostino, Grum Rosa Maria, Shanks Lynne  Kanada	2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Häusliche Pflege</li> <li>• Krankenhaus und Langzeitpflegeeinrichtung</li> </ul>	Ziel der Leitlinie war es, Risikofaktoren sowie effektive Studien zur Sturzprävention für Stürze zu identifizieren und zu dokumentieren. Für Betreuungspersonen wird eine Checkliste zur Verfügung gestellt, um eine Handlungsanleitung bei speziellen Problemen anzubieten. Für Forscher wird eine Liste mit Risikofaktoren angeboten	<b>PubMed</b>

## 2.2. Bewertung der Leitlinien mit dem AGREE II- Instrument

Das AGREE- II Instrument besteht aus sechs Domänen, die sich insgesamt aus 23 Schlüsselitems zusammen setzen. Der Unterschied des originalen AGREE- Instrumentes zur weiterentwickelten Version ist zum Einen die Likert- Skala, die von einer 4- zu einer 7- stufigen Bewertungsskala geändert wurde. Ein weiterer Gegensatz ist die Bedienungsanleitung. Diese vermittelt bei jedem der 23 Items eine Definition des Konzeptes, spezifische Beispiele, Vorschläge wo die Informationen in der Leitlinie zu finden sind und klare Anleitungen wie die Items zu bewerten sind (Brouwers et al. 2010b). Zusätzlich gibt es zwei allgemeine Gesamtbewertungen, die die Gesamtqualität (1- geringste mögliche Qualität bis 7- höchst mögliche Qualität) einschätzen. Jede Domäne erfasst eine Dimension der Leitlinienqualität (AGREE Next Steps Consortium 2009).

Jedes Item des AGREE II- Instrumentes und eine der allgemeinen Gesamtbewertungen wird auf einer 7-stufigen Likert- Skala (1- stimme überhaupt nicht zu bis 7- stimme vollkommen zu) beurteilt (siehe Abbildung 5). Zudem enthält jedes Item eine Gebrauchsanweisung mit drei Abschnitten, die die Bewertung unterstützen soll. Ein Bereich ist die Darstellung der Bedienungsanleitung mit einer groben Beschreibung des Items und Beispielen. Der zweite Abschnitt weist darauf hin, wo die Informationen in den Leitlinien zu finden sein könnten. Dies sind jedoch nur Vorschläge und es liegt in der Verantwortung der BeurteilerInnen die gesamte Leitlinie zu begutachten, um eine faire Bewertung sicher zu stellen. Der dritte Bereich beinhaltet Details über die spezifischen Bewertungskriterien zu jedem Item (AGREE Next Steps Consortium 2009). Das vollständige AGREE II- Instrument ist dem Anhang 1 zu entnehmen.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree						Strongly Agree

Abbildung 5: 7- stufige Bewertungsskala des AGREE II- Instrumentes (AGREE Next Steps Consortium 2009)

Ein Wert von 1 sollte vergeben werden, wenn keine Informationen über das Item vorhanden sind. Eine Punktezahl von 7 sollte gegeben werden, wenn die Kriterien, die in der Gebrauchsanweisung beschrieben sind, erfüllt werden. Werte zwischen 2 und 6 werden vergeben, wenn nicht alle Kriterien erfüllt sind. Welche Punktezahlen zugeordnet werden, hängt von der Vollständigkeit und Qualität der Berichterstattung ab. Je mehr Kriterien erfüllt werden, desto höher sind die Punktwerte (AGREE Next Steps Consortium 2009). Nachfolgend sind die sechs Domänen mit den entsprechenden Kriterien aufgelistet.

### **1. Domäne: Geltungsbereich und Zweck (Item 1-3)**

Die Leitlinie enthält Aussagen über das allgemeine Ziel, die speziellen Forschungsfragen und eine Beschreibung der Zielgruppe.

### **2. Domäne: Beteiligung von Interessensgruppen (Item 4-6)**

Die Leitlinie stellt Informationen über die Zusammensetzung, die Disziplinen und die Expertisen der EntwicklerInnengruppen zur Verfügung und gibt Auskunft über die Beteiligung von PatientInnen und anderen NutzerInnen der Leitlinien, an der Entwicklung. Die AnwenderInnengruppe der Leitlinie wird beschrieben.

### **3. Domäne: Methodologische Stärke der Entwicklung (Item 7-14)**

Die Leitlinie gibt Auskunft über die systematischen Methoden der Suchstrategie sowie die Ein- und Ausschlusskriterien mit der die wissenschaftliche Evidenz gesammelt wurde. Ebenso werden die Methoden beschrieben wie die Empfehlungen formuliert wurden und die Leitlinie aktualisiert wird. Die Stärken und Schwächen der Literatur werden untersucht und mögliche Schäden, Nebenwirkungen und Risiken werden bei der Formulierung der Empfehlungen berücksichtigt. Die zugrunde liegende Literatur der Empfehlungen ist deutlich gekennzeichnet. Die Leitlinie wurde vor der Veröffentlichung extern überprüft und das Prozedere einer Aktualisierung wird beschrieben.

#### **4. Domäne: Klarheit der Darstellung (Item 15- 17)**

Die Empfehlungen sind einfach zu finden, klar und eindeutig formuliert, die Struktur und das Format der Leitlinie ist nachvollziehbar. Es werden unterschiedliche Handlungsoptionen für die spezifischen gesundheitlichen Probleme und Gegebenheiten angeboten.

#### **5. Domäne: Anwendbarkeit (Item 18- 21)**

Die Leitlinie beschreibt Barrieren und erleichternde Faktoren für die Anwendung in der Praxis, bietet Vorschläge an, wie die Empfehlungen in die Praxis implementiert werden können und präsentiert Kriterien für eine Evaluation. Mögliche Kosten und benötigte Ressourcen werden diskutiert.

#### **6. Domäne: Redaktionelle Unabhängigkeit (Item 22- 23)**

Die Leitlinie enthält detaillierte Angaben über die Unabhängigkeit der Kostenträger bezüglich der Empfehlungen. Mögliche Wettbewerbs- und/oder Interessenskonflikte der EntwicklerInnengruppe werden klar deklariert.

#### **7. Allgemeine Gesamtbewertung**

Die Gesamtbewertung besteht aus zwei Items. Bei der ersten Frage ist die Gesamtqualität der Leitlinie auf der 7-stufigen Likert- Skala einzuschätzen (1- niedrigste mögliche Qualität bis 7- höchste mögliche Qualität). Beim zweiten Item soll angegeben werden ob die Leitlinie für die Anwendung in der Praxis geeignet ist, ob Änderungen notwendig sind oder ob eine Nutzung der Leitlinie nicht empfohlen werden kann.

### **2.2.1. Berechnung und Interpretation der Domänenwerte**

Für jede der sechs Domänen kann eine Qualitätskennzahl berechnet werden. Diese Bewertungszahlen sind unabhängig von einander und sollen nicht in einen gemeinsamen Qualitätswert zusammengefasst werden. Die Qualitätskennzahl wird durch die Addition aller Werte der einzelnen Items einer Domäne ermittelt (AGREE Next Steps Consortium 2009). Die Formel sowie ein Beispiel zur Berechnung der Domänenwerte ist den Abbildungen 6 und 7 zu entnehmen.

$$\frac{\text{erreichte Punktzahl} - \text{minimal mögliche Punktzahl}}{\text{maximal mögliche Punktzahl} - \text{minimal mögliche Punktzahl}} = \text{Domänenwert}$$

**Abbildung 6: Formel zur Berechnung der Domänenwerte (AGREE ; ext Steps Consortium 2009)**

Bei einer Domäne, die aus drei Items besteht, beträgt die maximal mögliche Punktzahl 21. Die minimal mögliche Punktzahl hierfür ist drei. Dies ergibt sich aus der Addition der erreichten bzw. möglichen Punktwerte der Items einer Domäne.

**Tabelle 3: Beispiel der Ermittlung der Punktzahl zur Berechnung**

Leitlinie AGS/BGS	Minimal mögliche Punktzahl	Maximal mögliche Punktzahl	Erreichte Punktzahl
Domäne 1			
Item 1	1	7	6
Item 2	1	7	1
Item 3	1	7	6
Summe	3	21	13

Tabelle 3 zeigt exemplarisch an der Leitlinie der „American geriatrics society & British geriatrics society“ (AGS & BGS) wie die Punktwerte zur Berechnung zustande kommen.

**Beispiel: Berechnung der Domänenwerte**

Leitlinie: Prevention of falls in older persons (AGS & BGS), Domäne 1  
(Geltungsbereich und Zweck)

$$\frac{13 - 3}{21 - 3} = 0,555 \times 100 = 55,5\%$$

**Abbildung 7: Beispiel zur Berechnung der Domänenwerte**

Die Domänenwerte sind nützlich, um Leitlinien miteinander zu vergleichen und um eine Empfehlung abzugeben, ob die Leitlinie für eine Anwendung in der Praxis geeignet ist oder nicht. Die EntwicklerInnen des AGREE II- Instrumentes haben keine Grenzwerte bestimmt, die eine hohe oder geringe Qualität kennzeichnen. Diese Entscheidung ist von den BeurteilerInnen und im Kontext, in dem das AGREE II- Instrument verwendet wird, zu treffen (AGREE Next Steps Consortium 2009)

## Ergebnisse

---

Im Rahmen der Ergebnispräsentation werden die Resultate der Bewertung mit dem AGREE II- Instrument für jede Domäne tabellarisch und verbal erläutert. Nach jeder Domäne sind die erreichten Werte der Leitlinien in Tabellen dargestellt und mit Erläuterungen versehen. Die ausführlichen Bewertungen eines jeden Items der Leitlinien sind in Anhang 2 zu finden.

### **3.1. Geltungsbereich und Zweck**

Der Mittelwert aus allen Leitlinien beträgt für diese Domäne 71,5%, wobei der niedrigste Wert bei 55,5% und der höchste bei 100% liegt. Eine Leitlinie (American Geriatrics Society (AGS) & British Geriatrics Society (BGS) 2010) erreichte einen Wert unter 60%, wohingegen die Leitlinie der EBN-Gruppe aus Graz (Bachner et al. 2009) die maximale Punktezahl erreichte. Die Punkteabzüge in dieser Domäne entstanden zu meist dadurch, dass die Forschungsfragen nicht angeführt waren oder die PatientInnengruppe, an die sich die Leitlinie richtet, nicht detailliert beschrieben wurde.

**Tabelle 4: Überblick der Domäne Geltungsbereich und Zweck**

<b>Leitlinie</b>	<b>Domänenwert</b>	<b>Begründung</b>
AGS/ BGS 2010	<b>55,5%</b>	Das allgemeine Ziel und Zielpopulation ist beschrieben, jedoch ohne Details. Die Forschungsfragen fehlen
Südtiroler Sanitätsbetrieb 2010	<b>61%</b>	Das allgemeine Ziel ist detailliert beschrieben. Zielpopulation ist beschrieben, jedoch ohne Details. Die Forschungsfragen fehlen
Bachner et al. 2009	<b>100%</b>	Das allgemeine Ziel, Zielpopulation und Forschungsfragen sind detailliert beschrieben.
ACSQC (H) 2009	<b>61%</b>	Das allgemeine Ziel ist beschrieben, Zielpopulation ist detailliert beschrieben. Forschungsfragen fehlen
ACSQC (RACF) 2009	<b>61%</b>	Das allgemeine Ziel ist beschrieben, Zielpopulation ist detailliert beschrieben. Forschungsfragen fehlen
RNAO 2005	<b>72%</b>	Das allgemeine Ziel und Zielpopulation ist detailliert beschrieben. Eine Forschungsfrage ist exemplarisch dargestellt
Lyons 2004	<b>66%</b>	Das allgemeine Ziel und Zielpopulation ist detailliert beschrieben. Forschungsfragen fehlen
CTFPHC 2003	<b>78%</b>	Das allgemeine Ziel ist detailliert beschrieben, Zielpopulation ist beschrieben. Forschungsfragen angeführt, jedoch nicht klar verständlich
Moreland et al. 2003	<b>89%</b>	Das allgemeine Ziel, Zielpopulation und Forschungsfragen sind detailliert beschrieben.

### **3.2. Beteiligung von Interessensgruppen**

Die durchschnittliche Punktezahl in dieser Domäne beträgt 49%, mit einem Minimal- und Maximalwert von 11% bzw. 78%. Drei Leitlinien (Lyons 2004; Canadian Task Force on preventive Health Care (CTFPHC) 2003; Moreland et al. 2003) erzielten Domänenwerte unter 50%. Ein großes Defizit war die Beteiligung der PatientInnenpräferenzen und Wünsche, da diese lediglich bei einer Leitlinie (Bachner et al. 2009) erhoben wurden. Zudem beschrieben zwei Leitlinien (Südtiroler Sanitätsbetrieb 2010; Registered nurses' Association of Ontario (RNAO) 2005) die EntwicklerInnengruppe vollständig und detailliert, so dass die gesamte Punktezahl für das entsprechende Item (Item 4) vergeben werden konnte. Speziell die Beteiligung aller relevanten Berufsgruppen in den Entwicklungsprozess war mangelhaft.

**Tabelle 5: Überblick der Domäne Beteiligung von Interessensgruppen**

<b>Leitlinie</b>	<b>Domänenwert</b>	<b>Begründung</b>
AGS/ BGS 2010	<b>50%</b>	EntwicklerInnengruppe und AnwenderInnengruppe sind beschrieben, ohne Details. PatientInnenpräferenzen fehlen. Der größte Teil der EntwicklerInnengruppe stammt aus dem medizinischen Fachbereich. Es waren jedoch auch Pflegepersonen sowie Physio- und BeschäftigungstherapeutInnen beteiligt.
Südtiroler Sanitätsbetrieb 2010	<b>67%</b>	AnwenderInnengruppe detailliert beschrieben. EntwicklerInnengruppe beschrieben aber ohne Aufgabenverteilung. PatientInnenpräferenzen fehlen. Die EntwicklerInnengruppe enthält Berufsgruppen aus den Bereichen Pflege, Medizin, Physiotherapie
Bachner et al. 2009	<b>78%</b>	Die Zielgruppe ist detailliert beschrieben. EntwicklerInnengruppe beschrieben, jedoch ohne Aufgabenverteilung. PatientInnenpräferenzen wurden erhoben. Die EntwicklerInnengruppe enthält ExpertInnen aus dem Pflegebereich.
ACSQC (H) 2009	<b>55,5%</b>	Die EntwicklerInnen- und AnwenderInnengruppen sind detailliert beschrieben. Die PatientInnenpräferenzen wurden nicht erhoben. Es werden nicht alle relevanten Berufsgruppen in die Entwicklung integriert.
ACSQC (RACF) 2009	<b>55,5%</b>	Die EntwicklerInnen- und AnwenderInnengruppen sind detailliert beschrieben. Die PatientInnenpräferenzen wurden nicht erhoben Es werden nicht alle relevanten Berufsgruppen in die Entwicklung integriert
RNAO 2005	<b>67%</b>	Die EntwicklerInnen- und AnwenderInnengruppen sind detailliert beschrieben. Die PatientInnenpräferenzen wurden nicht erhoben. Es werden relevante Berufsgruppen in die Entwicklung involviert (Pflege, Medizin)
Lyons 2004	<b>11%</b>	Keine Angaben zur EntwicklerInnengruppe (nur eine Autorin). PatientInnenpräferenzen wurden nicht erhoben. AnwenderInnengruppe ist nicht eindeutig beschrieben.
CTFPHC 2003	<b>22%</b>	Die EntwicklerInnengruppe ist beschrieben. Die PatientInnenpräferenzen wurden nicht ermittelt. Zur Anwendung ist das Setting beschrieben, die genaue AnwenderInnengruppe fehlt jedoch. Es sind Personen aus dem medizinischen Bereich bei der Entwicklung beteiligt
Moreland et al. 2003	<b>33%</b>	Die EntwicklerInnengruppe wird nicht detailliert mit Name, Institution, Ort angegeben. Keine Angaben welcher Berufsgruppe die EntwicklerInnen angehören. Die PatientInnenpräferenzen wurden nicht erhoben. Die AnwenderInnengruppe ist detailliert beschrieben

### **3.3. Methodologische Stärke der Entwicklung**

Die mittlere Qualitätskennzahl in dieser Domäne beträgt 41% und die Werte reichen von 19% bis 69%. Drei Leitlinien erreichten Werte über 50%. Die übrigen sechs, erzielten Werte unter 45%. Von den neun Leitlinien beschrieben vier (Südtiroler Sanitätsbetrieb 2010; Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) 2009a; Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) 2009b; Lyons 2004) keine systematischen Methoden für die Suche nach der wissenschaftlichen Evidenz. Zudem konnte keine Leitlinie bei den Items mit den Nummer 9 (Die Stärken und Schwächen der Literatur sind beschrieben), 10 (Methodik der Formulierung der Empfehlungen sind beschrieben) und 11 (Mögliche Vorteile, Nebenwirkungen und Risiken sind in den Empfehlungen berücksichtigt) die Kriterien vollständig erfüllen. Defizite zeigten auch die Angaben und Beschreibungen über ein externes Review. In einer Leitlinie (RNAO 2005) wurde die Aktualisierung dieser zufriedenstellend beschrieben. Hingegen ist bei acht von neun Leitlinien eine eindeutige Verbindung zwischen den Empfehlungen und der zugrunde liegenden Literatur gegeben.

**Tabelle 6: Überblick der Domäne Methodologische Stärke der Entwicklung**

<b>Leitlinie</b>	<b>Domänenwert</b>	<b>Begründung</b>
AGS/ BGS 2010	<b>42%</b>	Systematische Methoden wurden verwendet inkl. Einschlusskriterien der Literatur genannt. Qualität der Literatur wurde nicht überprüft. Nebenwirkungen, Vor- und Nachteile werden nicht diskutiert. Ein Prozedere für eine Aktualisierung wird nicht beschrieben
Südtiroler Sanitätsbetrieb 2010	<b>19%</b>	Keine systematischen Methoden beschrieben. Keine Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatur. Qualität der Literatur wurde nicht überprüft. Nebenwirkungen, Vor- und Nachteile werden nicht diskutiert. Keine Angaben über ein externes Review. Datum der Aktualisierung genannt, kein genaues Prozedere für eine Aktualisierung beschrieben.
Bachner et al. 2009	<b>64,5%</b>	Systematische Methoden sind beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatur sind beschrieben. Qualität der Literatur wurde mittels Grade-Methodik überprüft. Nebenwirkungen, Vor- und Nachteile werden nicht diskutiert. Externes Review genannt, jedoch keine detaillierten Angaben. Datum der Aktualisierung genannt, keine genauen Prozedere für eine Aktualisierung beschrieben.
ACSQC (H) 2009	<b>23%</b>	Angaben, dass keine systematischen Methoden verwendet wurden. Keine Kriterien für die Auswahl der Literatur und keine Überprüfung der Qualität dieser. Das Prozedere der Empfehlungsformulierung fehlt und für Aktualisierung/Update wird Datum angegeben, aber keine Details. Externes Review wird durchgeführt, aber keine detaillierten Angaben
ACSQC (RACF) 2009	<b>23%</b>	Angaben, dass keine systematischen Methoden verwendet wurden. Keine Kriterien für die Auswahl der Literatur und keine Überprüfung der Qualität dieser. Das Prozedere der

		Empfehlungsformulierung fehlt und für Aktualisierung/Update wird Datum angegeben, aber keine Details. Externes Review wird durchgeführt, aber keine detaillierten Angaben
RNAO 2005	<b>69%</b>	Systematische Methoden wurden verwendet inkl. Ein- und Ausschlusskriterien. Qualität der Literatur mittels Jadad-Tool geprüft. Methodik der Empfehlungsformulierung beschrieben. Nebenwirkungen und Risiken der Empfehlungen wurden nicht diskutiert. Externes Review der Leitlinie nur für Originalentwicklung aus 2000 erwähnt. Genaues Prozedere für Leitlinien- Aktualisierung beschrieben
Lyons 2004	<b>19%</b>	Es werden keine systematischen Methoden und Ein- und Ausschlusskriterien genannt. Qualität der Literatur wurde nicht überprüft. Formulierung der Empfehlungen nicht beschrieben und Nebenwirkungen, Risiken, Vor- und Nachteile der Empfehlungen nicht diskutiert. Externes Review wurde durchgeführt, jedoch keine detaillierten Angaben (Zweck, Informationen daraus). Eine Aktualisierung/Update wurde nicht besprochen.
CTFPHC 2003	<b>64,5%</b>	Systematische Methoden sind beschrieben inkl. Ein- und Ausschlusskriterien. Qualität der Literatur wurde überprüft, die Kriterien sind nicht angeführt. Mögliche Vor- und Nachteile der Empfehlungen werden besprochen. Externes Review wurde durchgeführt, es fehlen jedoch Zweck und Methode des Reviews. Kein Prozedere für eine Aktualisierung/Update der Leitlinie beschrieben.
Moreland et al. 2003	<b>35%</b>	Systematische Methoden wurden verwendet inkl. Ein- und Ausschlusskriterien. Qualität der Literatur wurde mittels Kriterien (Cochrane) ermittelt. Prozedere der Empfehlungsformulierung wurde nicht beschrieben. Vor- und Nachteile, Risiken, externes Review und Aktualisierung/Update der Leitlinie wurden nicht genannt.

### 3.4. Klarheit der Darstellung

Der mittlere Domänenwert beträgt 67% und die Werte reichen von 17% bis 100%. Drei Leitlinien (Lyons 2004; CTFPHC 2003; Moreland et al. 2003) erzielten Domänenwerte unter 50%. Zumeist wurden Punkte abgezogen, da keine unterschiedlichen Handlungsanweisungen für die speziellen Probleme beschrieben sind (Item 16). Zwei Leitlinien (ACSQHC 2009a; ACSQHC 2009b) gestalteten die Leitlinien nach den unterschiedlichen Problematiken. Die speziellen Gegebenheiten (Mobilität, Sehvermögen, etc.) werden in einzelnen Kapiteln behandelt und mit den entsprechenden Interventionen dargestellt. Zwei weitere Leitlinien (Südtiroler Sanitätsbetrieb 2010; Bachner et al. 2009) führen in tabellarischer Form unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten bei speziellen Risikofaktoren an und erläutern diese. Die Empfehlungen und Schlüsselempfehlungen sind bei fünf von neun Leitlinien einfach identifizierbar und verständlich beschrieben. Bei den

übrigen vier Leitlinien (AGS & BGS 2010; Lyons 2004; CTFPHC 2003; Moreland et al. 2003) sind die Schlüsselempfehlungen nicht gut erkennbar.

**Tabelle 7: Überblick der Domäne Klarheit der Darstellung**

<b>Leitlinie</b>	<b>Domänenwert</b>	<b>Begründung</b>
AGS/ BGS 2010	<b>50%</b>	Schlüsselempfehlungen sind nicht einfach identifizierbar. Keine unterschiedlichen Handlungsoptionen sind für spezielle Problematiken angeführt
Südtiroler Sanitätsbetrieb 2010	<b>94%</b>	Schlüsselempfehlungen sind klar, verständlich und einfach identifizierbar. Unterschiedliche Handlungsoptionen bei speziellen Risikofaktoren sind angeführt.
Bachner et al. 2009	<b>89%</b>	Empfehlungen und Schlüsselempfehlungen sind klar, verständlich und einfach identifizierbar. Unterschiedliche Handlungsoptionen bei speziellen Risikofaktoren sind angeführt
ACSQC (H) 2009	<b>100%</b>	Die Empfehlungen sind eindeutig, verständlich und die Schlüsselempfehlungen lassen sich gut identifizieren. Die speziellen Problematiken und Zustände (Mobilität, Sehvermögen, etc.) werden in einzelnen Kapiteln behandelt und mit den passenden Interventionen dargestellt.
ACSQC (RACF) 2009	<b>100%</b>	Die Empfehlungen sind eindeutig, verständlich und die Schlüsselempfehlungen lassen sich gut identifizieren. Die speziellen Problematiken und Zustände (Mobilität, Sehvermögen, etc.) werden in einzelnen Kapiteln behandelt und mit den passenden Interventionen dargestellt.
RNAO 2005	<b>67%</b>	Die Empfehlungen sind eindeutig, verständlich und die Schlüsselempfehlungen lassen sich gut identifizieren. Unterschiedliche Handlungsoptionen für spezielle Problematiken werden nicht angeboten
Lyons 2004	<b>39%</b>	Es werden keine exakten Handlungsempfehlungen beschrieben. Schlüsselempfehlungen sind nicht einfach identifizierbar. Es werden für spezielle Gegebenheiten Handlungsmöglichkeiten angeboten, jedoch nicht sehr detailliert und verständlich
CTFPHC 2003	<b>44%</b>	Den Empfehlungen ist Zielgruppe und Umsetzung in Praxis nicht entnehmbar. Keine unterschiedlichen Handlungsoptionen bei speziellen Problematiken beschrieben. Schlüsselempfehlungen leicht identifizierbar
Moreland et al. 2003	<b>17%</b>	Schlüsselempfehlungen sind nicht identifizierbar, Spezielle Handlungsoptionen werden nicht angeboten und die Empfehlungen sind nicht eindeutig und klar verständlich

### **3.5. Anwendbarkeit**

Der Durchschnittswert dieser Domäne ist 30% und stellt den geringsten Wert aller Domänen dar. Der Maximalwert beträgt 67% und der Minimalwert ist 0%. Insgesamt wurden drei Leitlinien (AGS & BGS 2010; CTFPHC 2003; Moreland et al. 2003) in dieser Domäne mit 0% bewertet. Zwei von neun Leitlinien (Südtiroler Sanitätsbetrieb 2010; Bachner et al. 2009) beschreiben Faktoren oder Barrieren, die eine Anwendung der Leitlinie in der Praxis erleichtern oder erschweren würden (Item 18). Die übrigen sieben machen keine Angaben zu diesem Item. Drei Leitlinien besprechen und evaluieren mögliche Kosten und benötigte Ressourcen für einen Einsatz der Leitlinie in der Praxis (ACSQHC 2009a; ACSQHC 2009b; Bachner et al. 2009). Ein weiteres Defizit und somit Punkteabzüge gab es für die fehlenden Informationen über Monitor- oder Auditkriterien. Vier Leitlinien (Südtiroler Sanitätsbetrieb 2010; Bachner et al. 2009; RNAO 2005; Lyons 2004) führten Kriterien an, anhand derer die Anwendung der Leitlinie evaluiert werden kann.

**Tabelle 8: Überblick der Domäne Anwendbarkeit**

<b>Leitlinie</b>	<b>Domänenwert</b>	<b>Begründung</b>
AGS/ BGS 2010	<b>0%</b>	Barrieren und erleichternde Faktoren für die Anwendung werden nicht beschrieben. Keine Vorschläge oder Tools werden angeboten, um Empfehlungen in Praxis zu implementieren. Keine Kosten- und Ressourcenevaluation. Keine Monitoring und Audit- Kriterien
Südtiroler Sanitätsbetrieb 2010	<b>62,5%</b>	Erleichternde Faktoren für die Anwendung in der Praxis sind zum Teil beschrieben. Vorschläge oder Tools werden angeboten, um Empfehlungen in Praxis zu implementieren. Keine Kosten- und Ressourcenevaluation. Audit- Kriterien werden angeboten.
Bachner et al. 2009	<b>67%</b>	Erleichternde Faktoren für die Anwendung in der Praxis sind beschrieben. Keine Vorschläge oder Tools werden angeboten, um Empfehlungen in Praxis zu implementieren. Kosten- und Ressourcenevaluation wurden bei einzelnen Interventionen durchgeführt. Kriterien zur Evaluation wurden festgelegt
ACSQC (H) 2009	<b>33%</b>	Barrieren oder erleichternde Faktoren für die Anwendung in der Praxis werden nicht genannt. Ein Plan wie die Empfehlungen implementiert werden können wird dargestellt, jedoch ohne Details. Monitor- oder Audit-Kriterien werden nicht angeboten. Eine Kostenevaluation wurde bei den einzelnen Empfehlungen durchgeführt
ACSQC (RACF) 2009	<b>33%</b>	Barrieren oder erleichternde Faktoren für die Anwendung in der Praxis werden nicht genannt. Ein Plan wie die Empfehlungen

		implementiert werden können wird dargestellt, jedoch ohne Details. Monitor- oder Audit-Kriterien werden nicht angeboten. Eine Kostenevaluation wurde bei den einzelnen Empfehlungen durchgeführt
RNAO 2005	<b>50%</b>	Implementierungsstrategien werden beschrieben und Monitor- und Audit-Kriterien sind angeführt. Barrieren und erleichternde Faktoren werden nicht beschrieben und mögliche Kosten/Ressourcen werden nicht diskutiert.
Lyons 2004	<b>25%</b>	Barrieren oder erleichternde Faktoren für die Anwendung in der Praxis werden nicht genannt. Plan wie Empfehlungen implementiert werden können wird nicht dargestellt. Monitor- oder Audit-Kriterien werden angeboten. Kostenevaluation wurde nicht durchgeführt
CTFPHC 2003	<b>0%</b>	Barrieren oder erleichternde Faktoren für die Anwendung in der Praxis werden nicht genannt. Ein Plan wie die Empfehlungen implementiert werden können wird nicht dargestellt. Monitor- oder Audit-Kriterien werden nicht angeboten. Eine Kostenevaluation wurde nicht durchgeführt
Moreland et al. 2003	<b>0%</b>	Barrieren oder erleichternde Faktoren für die Anwendung in der Praxis werden nicht genannt. Ein Plan wie die Empfehlungen implementiert werden können wird nicht dargestellt. Monitor- oder Audit-Kriterien werden nicht angeboten. Eine Kostenevaluation wurde nicht durchgeführt

### 3.6. Redaktionelle Unabhängigkeit

Der mittlere Domänenwert beträgt 48% und die Werte reichen von 0% bis 100%. Zwei Leitlinien (ACSQHC 2009a; ACSQHC 2009b) haben den Einfluss des Kostenträgers sowie mögliche Interessens- und Wettbewerbskonflikte ausreichend diskutiert (Item 22 und 23). Hingegen fehlen bei drei Leitlinien jegliche Angaben zu diesen Items.

**Tabelle 9: Überblick der Domäne Redaktionelle Unabhängigkeit**

Leitlinie	Domänenwert	Begründung
AGS/ BGS 2010	<b>83%</b>	Finanzielle Unabhängigkeit wird erwähnt. Einfluss des Kostenträgers nicht besprochen.
Südtiroler Sanitätsbetrieb 2010	<b>0%</b>	Einfluss des Kostenträgers sowie mögliche Interessens- oder Wettbewerbskonflikte werden nicht genannt
Bachner et al. 2009	<b>8%</b>	Einfluss des Kostenträgers sowie mögliche Interessens- oder Wettbewerbskonflikte werden nicht detailliert genannt
ACSQC (H) 2009	<b>100%</b>	Die Unabhängigkeit des Kostenträgers wird genannt. Ein möglicher finanzieller Interessenskonflikt wurde ausgeschlossen
ACSQC (RACF) 2009	<b>100%</b>	Die Unabhängigkeit des Kostenträgers wird genannt. Ein möglicher finanzieller Interessenskonflikt wurde ausgeschlossen
RNAO 2005	<b>92%</b>	Die Unabhängigkeit des Kostenträgers wird genannt. Ein Statement über mögliche Interessenskonflikte wurde getätigt
Lyons 2004	<b>0%</b>	Es werden keine Aussagen über einen Kostenträger gemacht. Mögliche Interessens- und Wettbewerbskonflikte werden nicht diskutiert
CTFPHC 2003	<b>50%</b>	Die Unabhängigkeit des Kostenträgers wird genannt. Mögliche Wettbewerbs- und Interessenskonflikte werden nicht diskutiert
Moreland et al. 2003	<b>0%</b>	Die Unabhängigkeit des Kostenträgers wird nicht genannt. Mögliche Wettbewerbs- und Interessenskonflikte werden nicht diskutiert

Die Tabelle 9 zeigt die gesamten Domänenwerte für jede Leitlinie in einem Überblick dargestellt.

**Tabelle 10: Überblick über die gesamten Domänenwerte (in %)**

	Geltungsber eich und Zweck	Beteiligung von Interessensgru ppen	Methodologis chen Stärke der Entwicklung	Klarheit der Darstell ung	Anwendbar keit	Redaktionel le Unabhängi gkeit
AGS/BGS 2010	55,5	50	42	50	0	83
Südtiroler Sanitätsbet rieb 2010	61	67	19	94	62,5	0
Bachner et al. 2009	<b>100</b>	<b>78</b>	64,5	89	<b>67</b>	8
ACSQC (H) 2009	61	55,5	23	<b>100</b>	33	<b>100</b>
ACSQC (RACF) 2009	61	55,5	23	<b>100</b>	33	<b>100</b>
RNAO 2005	72	67	<b>69</b>	67	50	92
Lyons 2004	66	11	19	39	25	0
CTFPHC 2003	78	22	64,5	44	0	50
Moreland et al. 2003	89	33	35	17	0	0

**Anmerkung: die höchsten Werte jeder Domäne sind fett gedruckt**

### 3.7. Gesamtbeurteilung

Die Leitlinie der American Geriatrics Society (AGS) und British Geriatrics Society (BGS) (2010) wurde bei der Gesamtbewertung auf der Skala mit fünf von sieben Punkten bewertet. Die Leitlinie ist über die Homepage zugänglich und bietet keine Printversion an. Es bedarf einiger Zeit sich auf der Homepage zu Recht zu finden und die gewünschten Informationen zu erhalten. Die Schlüsselempfehlungen sind erkennbar und näher erläutert. Alle vier Items der Domäne „Anwendbarkeit“ wurden mit eins bewertet und stellt somit die Domäne mit den größten Defiziten dieser Leitlinie dar. Die Methoden der Leitlinienformulierung werden ebenso nicht genannt, wie die Beschreibung des Vorgehens für eine Aktualisierung der Leitlinie. Eine Anwendung in der Praxis kann empfohlen werden, jedoch nur mit Änderungen des Aufbaus und im Bereich der Anwendbarkeit der Leitlinie.

Bei der Gesamtbeurteilung erhielt die Leitlinie des Südtiroler Sanitätsbetriebes (2010) auf der Likert- Skala den Wert fünf. Die Domänen „Methodologische Stärke der Entwicklung“ und „Redaktionelle Unabhängigkeit“ erhielten in dieser Leitlinie die niedrigsten Bewertungen. Der Aufbau der Leitlinie ist sehr benutzerfreundlich, da die Schlüsselempfehlungen farblich sowie grafisch gekennzeichnet sind. Die Empfehlungen sind zudem einfach und klar formuliert. Die Anwendung der Leitlinie in der Praxis ist dadurch gut möglich. Der schwerwiegendste Mangel liegt an der methodologischen Stärke der Entwicklung. Es werden keine systematischen Methoden für die Literaturrecherche genannt, sowie Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatur. Ebenso wird die Qualität der Literatur nicht diskutiert und überprüft. Für eine Anwendung in der Praxis kann die Leitlinie empfohlen werden, jedoch mit Änderungen, speziell in der Berichterstattung über die Entwicklung und Literaturrecherche.

Die Leitlinie des EBN- Teams in Graz (Bachner et al. 2009) erzielte bei der Gesamtbewertung die höchst mögliche Punktezahl, somit sieben von sieben Punkten. Alle Domänen, außer die „Redaktionelle Unabhängigkeit“, erreichten Domänenwerte über 64%. Die Items im Bereich „Geltungsbereich und Zweck“ konnten alle mit der vollen Punktezahl bewertet werden. Punkte wurden abgezogen, da die Methoden der Empfehlungsformulierung nicht beschrieben sind und die Leitlinie keine detaillierten Angaben über eine Aktualisierung macht. Die Methodik der Entwicklung ist gut nachvollziehbar und auch PatientInneninteressen wurden integriert. Es werden zwar keine Instrumente angeboten, die eine Anwendung der Leitlinie in der Praxis erleichtern, dennoch ist die Leitlinie sehr anwenderfreundlich. Die Schlüsselempfehlungen sind einfach zu finden und gut verständlich. Daher kann die Leitlinie für eine Anwendung in der Praxis empfohlen werden.

Die “Australian Commission on Safety and Quality in Health Care” (2009) hat Leitlinien für das Setting Krankenhaus und Langzeitpflegeeinrichtung entwickelt. Diese unterscheiden sich hinsichtlich der Entwicklung und der Berichterstattung nicht. Daher haben die beiden Leitlinien die gleichen Ergebnisse erzielt. Bei der Gesamtbewertung wurden sie auf der Likert- Skala mit fünf beurteilt. Die Bereiche „Klarheit der Darstellung“ und „Redaktionelle Unabhängigkeit“ wurden mit der vollen Punktezahl bewertet. Den übrigen Domänen mussten wegen, zum Teil, ungenauer oder fehlender Beschreibungen Punkte abgezogen werden. Mögliche Kosten und benötigte Ressourcen einzelner

Handlungsempfehlungen wurden in einem systematischen Review untersucht und sind die einzigen Leitlinien, die eine ökonomische Evaluation durchführen. Die Leitlinien sind durch die grafischen Darstellungen benutzerfreundlich. Die Empfehlungen lassen sich einfach identifizieren und sind verständlich. Eine Anwendung der Leitlinien in der Praxis kann empfohlen werden, jedoch mit nur mit Modifikationen, speziell in den Domänen „Methodologische Stärke der Entwicklung“ und „Anwendbarkeit“.

Die Leitlinie der „Registered Nurses’ Association of Ontario“ (2005) wurde bei der Gesamtbewertung mit sechs beurteilt. Die Leitlinie konnte bei allen Domänen zufriedenstellende Ergebnisse erreichen. Die Domäne „Anwendbarkeit“ war mit 50% die mit der geringsten Punktezahl. Punkte mussten abgezogen werden, da keine Barrieren oder erleichternden Faktoren für eine Anwendung der Leitlinie beschrieben sind, sowie keine Kosten- und Ressourcenevaluation durchgeführt wurde. Der Aufbau der Leitlinie ist logisch und daher ist der Umgang mit dieser einfach. Ebenso sind die Empfehlungen grafisch gekennzeichnet, so dass sie gut erkennbar sind. Eine Anwendung der Leitlinie in der Praxis kann daher empfohlen werden.

Bei der Gesamtbeurteilung erhielt die Leitlinie von Lyons (2004) drei von sieben Punkten. Der Bereich „Geltungsbereich und Zweck“ war mit einem Domänenwert von 66% der Zufriedenstendste. Alle übrigen Domänen blieben unter einem Wert von 30%. Der Aufbau der Leitlinie ist nicht logisch bzw. bedarf es einige Zeit, um sich zu orientieren. Die Empfehlungen sind nicht gut gekennzeichnet und lassen sich schwer identifizieren. Zudem sind die Empfehlungen nicht eindeutig formuliert und beschrieben, wodurch sie so nicht in die Praxis implementiert werden können. Eine Anwendung der Leitlinie in der Praxis kann nicht empfohlen werden. Vor allem im Aufbau, den Formulierungen der Empfehlungen und der BenutzerInnenfreundlichkeit zeigt die Leitlinie große Defizite, die überarbeitet werden müssen.

Die Leitlinie der “Canadian Task Force on Preventive Health Care” (2003) wurde bei der Gesamtbeurteilung mit vier bewertet. Die Leitlinie erreichte Domänenwerte die zwischen 0% und 79% liegen. Die Bereiche „Geltungsbereich und Zweck“ sowie die „Methodologische Stärke der Entwicklung“ zeigen gute und zufriedenstellende Ergebnisse. Die Items der Domäne „Anwendbarkeit“ wurden alle mit eins bewertet. Es bedarf einiger Zeit, sich zu orientieren, die Schlüsselempfehlungen sind jedoch gut identifizierbar.

Dennoch ist die Leitlinie nicht sehr anwenderfreundlich, da die zugrunde liegende Literatur der Empfehlungen sehr ausführlich beschrieben ist, aber die Informationen nicht schnell und kompakt erhältlich sind. Die Schlüsselempfehlungen sind nicht klar formuliert und lassen sich so nicht in der Praxis umsetzen. Trotz der guten Qualität der Entwicklung kann eine Anwendung der Leitlinie in der Praxis nicht empfohlen werden.

Die Leitlinie von Moreland et al. 2003 erhielt bei der Gesamtbewertung auf der Likert-Skala den Wert zwei. Drei von den sechs Domänen wurden mit 0% beurteilt. Der größte Teil der Punkte musste abgezogen werden, weil keine Informationen erhältlich waren. Die Empfehlungen sind nur schwer identifizierbar und lassen sich in dieser Form nicht anwenden. Methodologisch ist die Leitlinie gut, einen Einsatz der Leitlinie in der Praxis kann dennoch nicht empfohlen werden.

**Tabelle 11: Überblick über die Gesamtbeurteilung der Leitlinien**

<b>Leitlinie</b>	<b>Gesamtbeurteilung</b>
AGS/ BGS 2010	<b>5</b>
Südtiroler Sanitätsbetrieb 2010	<b>5</b>
Bachner et al. 2009	<b>7</b>
ACSQC (H) 2009	<b>5</b>
ACSQC (RACF) 2009	<b>5</b>
RNAO 2005	<b>6</b>
Lyons 2004	<b>3</b>
CTFPHC 2003	<b>4</b>
Moreland et al. 2003	<b>2</b>

## Diskussion

---

Ziel dieser Masterarbeit war die Qualität von Leitlinien zur Sturzprävention in Krankenhäuser und Langzeitpflegeeinrichtungen zu evaluieren. Dazu wurden neun Leitlinien aus sechs verschiedenen Ländern beurteilt.

Die Qualität der bewerteten Leitlinien reichen von der höchstmöglichen bis hin zur beinahe niedrigst möglichen Qualität. Der Großteil der Leitlinien weist eine mittlere Qualität auf, und würde Veränderungen benötigen, damit eine Anwendung in der Praxis empfohlen werden kann.

Die Leitlinie, welche die größten Mängel aufweist, ist jene von Moreland et al. 2003. Die Leitlinie ist als Artikel mit 24 Seiten zugänglich. Aufgrund der formalen Vorgaben in einem Artikel und den damit eingeschränkten Möglichkeiten des Umfangs und der Gestaltung der Leitlinie, sind einige Informationen fehlend und dies erklärt die zum Teil niedrigen Domänenwerte.

Die PatientInnenpräferenzen stellen im Sinne von EBP eine wichtige und maßgebliche Rolle dar. Speziell Leitlinien, die EBP in die Praxis implementieren, sollten diesen Wünschen und Interessen Beachtung schenken. Von den neun bewerteten Leitlinien, wurden in nur einer Leitlinie PatientInnenpräferenzen erwähnt und auf diese näher eingegangen. Die Beteiligung von PatientInnenpräferenzen an der Leitlinienentwicklung wird auch in anderen Untersuchungen als mangelhaft dargestellt (Chong et al. 2009; Schönemann, Fretheim & Oxman 2006). Nur 25% der LeitlinienentwicklerInnen beziehen Meinungen und Wünsche von PatientInnen in den Entwicklungsprozess ein (Schönemann, Fretheim & Oxman 2006). Die Leitlinie der EBN- Gruppe aus Graz versuchte mithilfe des „Cochrane Consumer Network“ die Interessen der Zielgruppe zu erfassen, um diese in die Leitlinie integrieren zu können. Das Cochrane Consumer Network ist eine Plattform der Cochrane Collaboration, wo PatientInnen bzw. Laien ihre Wünsche, Meinungen und Prioritäten bezgl. spezieller gesundheitlicher Zustände einbringen können. Interventionen sind meist dann erfolgreich und effektiv, wenn die PatientInnen diese akzeptieren und sich bei der Umsetzung aktiv beteiligen (DNQP zitiert in Lorenz 2009, p.8). Werden diese

Wünsche und Meinungen bei der Entwicklung nicht berücksichtigt, muss beim Einsatz der Leitlinie besonders auf die Akzeptanz der Maßnahmen durch die PatientInnen geachtet werden. Leitlinien sollen ohnehin nie als Kochbuch angesehen werden und eine Anwendung der Leitlinie sollte für jeden Einzelfall abgewogen und entschieden werden. Die gesamte Domäne „Beteiligung von Interessensgruppen“ weist Mängel hinsichtlich des Involvieren von unterschiedlichen ExpertInnen und Sichtweisen auf. Nur drei Leitlinien inkludierten ExpertInnen aus unterschiedlichen Fachbereichen wie Medizin, Pflege, Physiotherapie u.a. bei der Entwicklung. Die übrigen Leitlinien wurden entweder von ExpertInnen aus dem Pflegebereich oder aus der Medizin entwickelt. Daher muss davon ausgegangen werden, dass möglicherweise wichtige Sichtweisen in die Leitlinienentwicklung nicht einbezogen wurden. Dem komplexen Thema Sturzprävention könnten so wichtige Komponenten und Aspekte fehlen. Die AnwenderInnen der Leitlinie müssen daher bei der Auswahl einer geeigneten Leitlinie beachten, ob die Empfehlungen für das Setting und die Zielgruppe geeignet ist.

Das Konzept EBP sieht vor, dass in die klinische und pflegerische Entscheidungsfindung auch der klinischen Zustand, das Setting und die Rahmenbedingungen rund um die PatientInnen einbezogen werden. Bei der Bewertung (Item 16) wurde deutlich, dass dies von den Leitlinien der „Australian Commission on Safety and Quality in Health Care“ am besten gelöst wurde. Der Aufbau der Leitlinie in einzelne Kapitel ermöglicht, dass spezielle Gegebenheiten wie das Sehvermögen, die Mobilität, die kognitiven Fähigkeiten oder Umgebungsbedingungen schnell gefunden werden können. So können die AnwenderInnen bei Auftreten eines Problems die angemessenen Interventionen rasch identifizieren, ohne die gesamte Leitlinie durchlesen zu müssen. Zwei weitere Leitlinien (Südtiroler Sanitätsbetrieb 2010; Bachner et al. 2009) stellen in Tabellen angemessene Interventionen bei speziellen Risikofaktoren dar. Wodurch auch hier rasch eine geeignete Maßnahme gefunden werden kann. Bei der Anwendung der übrigen Leitlinien muss die Gesamte gelesen werden, wenn ein Problem auftritt. Dies erfordert zeitliche Ressourcen, die im klinischen und pflegerischen Alltag oftmals begrenzt sind.

Von den neun Leitlinien erfüllten vier die Kriterien des Items 7 („Es werden systematische Methoden verwendet, um nach der Evidenz zu suchen“) nicht. Somit wurde in nur fünf Leitlinien eine systematische Recherche durchgeführt. Eine systematische Literaturrecherche stellt jedoch die Grundlage für eine evidenzbasierte Leitlinie dar.

(AWMF & ÄZQ 2001). Als ein Beispiel weshalb es zu diesen Defiziten kommen kann, wird hier an den Leitlinien der “Australian Commission on Safety and Quality in Health Care” veranschaulicht. Die Domäne „Methodologische Stärke der Entwicklung“ wurde mit geringer Qualität (Domänenwert 23%) bewertet. Die Kriterien des AGREE- Instrumentes wurden zu einem großen Teil nicht erfüllt. Der Grund dafür ist, dass keine systematischen Methoden zur Literaturrecherche verwendet wurden. Ebenso wurden keine Ein- und Ausschlusskriterien oder Suchbegriffe genannt. Die Australian Commission on Safety and Quality in Health Care entwickelte Leitlinien für das Setting Krankenhaus, häusliche Pflege und Langzeitpflegeeinrichtung. Daher begründet das EntwicklerInnenteam, dass eine Aktualisierung von drei Leitlinien mit allen relevanten Aspekten der Sturzprävention mit systematischen Methoden, die Kapazität und den Zeitrahmen übersteigen würde.

Eine systematische Leitlinienentwicklung, die laut dem AGREE-II Instrument alle Kriterien erfüllt, erfordert hohe zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen. Speziell kleinere, mit beschränkten Mitteln ausgestattete Einrichtungen und Organisation können diesem komplexen systematischen Entwicklungsprozess kaum gerecht werden.

Das Item 12 („Die Empfehlungen und die zugrunde liegende Literatur sind deutlich miteinander verknüpft“) erhielt bei acht Leitlinien die höchstmögliche Punktezahl. Dies zeigt, dass sich die zugrunde liegende Literatur der Empfehlungen bei nahezu allen Leitlinien identifizieren lässt. Auch jene Leitlinien die keine systematische Recherche durchführten, zogen Literatur heran und entwickelten sich nicht nur aus ExpertInnenmeinungen oder aus Erfahrungen. Dennoch müssen jene Leitlinien, die keine systematische Literaturrecherche beschreiben, als mangelhaft in ihrer methodologischen Entwicklung bezeichnet werden. Eine Empfehlung für die Praxis kann daher für jene Leitlinien nicht ausgesprochen werden, obgleich andere Bereiche, wie etwa die Darstellung sehr zufriedenstellend sind.

Die Domäne „Anwendbarkeit“ weist die größten Defizite auf. Die Bewertungen von Leitlinien anderer Themenbereiche zeigten ebenso schlechte Ergebnisse im Bereich der Anwendbarkeit (Lo Vecchio et al. 2011; Poitras et al. 2007; Wimpenny & van Zelm 2007). Die möglichen Barrieren einer Anwendung in der Praxis werden von keiner Leitlinie erwähnt. Ebenso wenig werden Implementierungsstrategien angeboten. Vier Leitlinien bieten teilweise Vorschläge an, wie die Empfehlungen implementiert werden können. Effektive Implementierungsstrategien sind jedoch notwendig, um Veränderungen in der

Praxis zu schaffen (Fretheim, Schünemann & Oxman 2006). Für AnwenderInnen ist es einfacher eine Leitlinie anzuwenden, wenn Vorschläge für die Implementierung vorhanden sind. Die Akzeptanz eine Leitlinie einzusetzen wird größer sein, wenn Strategien für die Umsetzung nicht anderweitig identifiziert werden müssen. Für die AnwenderInnen stellt es einen Vorteil dar, wenn die passenden Implementierungsmöglichkeiten für die anzuwendenden Leitlinien bereits vorhanden sind, da die Suche nach diesen wegfällt und Zeit gespart werden kann. Zudem ist es entscheidend, dass die Leitlinien mit effektiven Methoden verbreitet und umgesetzt werden. Hier liegt es an den LeitlinienentwicklerInnen, nicht nur Strategien anzubieten sondern auch jene vorzuschlagen, die sich als nützlich und hilfreich bewiesen haben (Fretheim, Schünemann & Oxman 2006). Vier Leitlinien bieten Monitor/Audit bzw. Evaluationskriterien an. Nur mit positiven Veränderungen kann die Anwendung einer Leitlinie gerechtfertigt werden. Für AnwenderInnen der Leitlinien ist es wichtig, die möglichen Verbesserungen durch die Leitlinie, messbar zu machen. Da aber viele Leitlinien solche Kriterien nicht anbieten, wird es für AnwenderInnen erschwert, die tatsächlichen Folgen des Leitlinieneinsatzes erkennen zu können.

Die möglichen entstehenden Kosten und benötigten Ressourcen für eine Anwendung der Leitlinie in der Praxis werden von nur drei Leitlinien besprochen. Die Gründe hierfür können am zusätzlich notwendigen Arbeitsaufwand liegen. Die "Australian Commission on Safety and Quality in Health Care" führte ein systematische Review durch um die Kosten und ökonomischen Aspekte einer jeden Intervention zu identifizieren. Dies ist sehr zeitintensiv und nicht alle LeitlinienentwicklerInnen verfügen über die personellen und finanziellen Möglichkeiten diesen Mehraufwand zu leisten.

Für die Qualität einer Leitlinie ist die regelmäßige Aktualisierung der Empfehlungen maßgeblich (AWMF & ÄZQ 2001). Die durchschnittliche Bewertung dieses Items (Item 14) liegt bei 2,55. Nur eine Leitlinie (RNAO 2005) stellt den Prozess für eine Aktualisierung in zufriedenstellendem Ausmaß dar. Die anderen Leitlinien nennen zum Teil das Datum oder Jahr in dem eine Aktualisierung stattfinden soll, jedoch fehlen die detaillierten Angaben. Als AnwenderIn muss sichergestellt werden, dass die aktuellste Version verwendet wird. Durch die fehlenden Angaben des Aktualisierungsprozesses kann nicht festgestellt werden, ob die überarbeitete Leitlinie nach systematischen Methoden aktualisiert wird. Die aktualisierte Version muss erneut genau überprüft werden. Dies erfordert wiederum zeitliche und personelle Ressourcen der AnwenderInnen.

Das AGREE II- Instrument hat als vorrangiges Ziel, die Qualität der Entwicklung sowie die Berichterstattung darüber zu bewerten. Dennoch sind alle Domänen gleich bedeutend und die „Methodologische Stärke der Entwicklung“ ist genauso wichtig, wie die Domäne „Redaktionelle Unabhängigkeit“. Leitlinien sollen Wissen und Informationen in kompakter, gut zugänglicher Form bereitstellen. Eine Leitlinie, die methodologisch gut ist, jedoch im Aufbau und der Anwendbarkeit Mängel aufweist, kann dennoch nicht in der Praxis verwendet werden. Dies zeigt, dass es den BewerterInnen bzw. AnwenderInnen überlassen bleibt, persönliche Schwerpunkte zu setzen und dann zu einem Gesamturteil zu kommen.

## **Implikationen für Praxis und Forschung**

Die Bewertung anhand des AGREE II- Instrumentes zeigt die Qualität der Leitlinien zur Sturzprävention in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen.

Zwei Leitlinien können für eine Anwendung in der Praxis empfohlen werden. Dies ist zum Einen die Leitlinie der EBN- Gruppe aus Graz (Bachner et al. 2009), welche bei insgesamt drei Domänen die besten Ergebnisse erzielte. Zum Anderen ist dies die Leitlinie der „Registered Nurses’ Association of Ontario“ die die einzige Leitlinie ist, deren Domänenwerte alle über 50% sind. Die Stärken der beiden Leitlinien liegen vor allem in der methodologischen Qualität der Entwicklung. Es ist sichergestellt, dass die Leitlinien evidenzbasiert sind und die neuesten und effektivsten Erkenntnisse der Sturzprävention vermitteln.

Die Leitlinien von Moreland et al. (2003), der „Canadian Task Force on Preventive Health Care“ (2003) und von Lyons (2004) können für eine Anwendung in der Praxis nicht empfohlen werden. Die Gründe hierfür sind unterschiedlich. Zum Einen ist die systematische Entwicklung nicht beschrieben, wodurch davon auszugehen ist, dass die Leitlinie nicht evidenzbasiert ist. Der andere Grund ist die mangelnde BenutzerInnenfreundlichkeit und Anwendbarkeit. An dieser Stelle muss erneut betont werden, dass die Entscheidung für eine Leitlinie sorgfältig getroffen werden soll. Die AnwenderInnen müssen subjektiv abwägen, welcher Bereich der Leitlinienqualität für sie am bedeutendsten und wichtigsten ist. Es muss die passende Leitlinie für ein PatientInnenkollektiv und Setting gewählt werden.

Die Übrigen Leitlinien können für einen Einsatz in der Praxis empfohlen werden, jedoch nur wenn Veränderungen vorgenommen werden. Die Mängel bilden sich zu meist aus fehlenden Informationen oder ungenauen Beschreibungen. Einzelne Leitlinien benötigen Modifikationen im Aufbau und der Gestaltung.

Für die Akzeptanz einer Leitlinie seitens der AnwenderInnen sind die Implementierungsstrategien wesentlich. Passive Umsetzungen der Leitlinien führen zumeist nicht zu der gewünschten Annahme der Empfehlungen (Fretheim, Schünemann & Oxman 2006). Für eine positive Implementierung sind effektive Strategien notwendig. Neben einer klaren Führungsperson, die deutliche und angemessene Prioritäten setzt sind aktive Implementierungsansätze hilfreich (Stenberg & Wann-Hansson 2011). Es bedarf jedoch noch weiterer Forschung, um die wirksamsten Strategien für die Implementierung von Leitlinien zu identifizieren. Nur so ist es den LeitlinienentwicklerInnen auch möglich relevante Empfehlungen abgeben zu können.

Defizite zeigen sich allgemein in der Beteiligung von Interessensgruppen. Sowohl die Integration von PatientInnen, als auch von allen relevanten Berufsgruppen ist, unzureichend. Hier besteht dringender Handlungsbedarf seitens der LeitlinienentwicklerInnen. Des Weiteren benötigt der Bereich „Anwendbarkeit“ besondere Beachtung. Die Notwendigkeit von Implementierungsstrategien und die Darstellung von Monitor- und Evaluationskriterien muss in das Bewusstsein der EntwicklerInnengruppen gebracht werden.

Bei der Erstellung von Leitlinien ist zu beachten, dass die Entwicklung nach qualitativ hochwertigen, systematischen Methoden durchgeführt wird. Die Gestaltung der Leitlinien, sowie die Anwendbarkeit muss jedoch ebenso berücksichtigt werden. Den LeitlinienentwicklerInnen muss bewusst sein, dass methodologisch gute Leitlinien nicht für eine Anwendung geeignet sind, wenn sie nicht benutzerfreundlich und praktikabel sind.

## **Limitationen**

Trotz systematischer Recherche (Datenbanken, Suchmaschinen) kann die Auswahl der in der vorliegenden Arbeit bewerteten Leitlinien nicht den Anspruch erheben, vollständig zu sein. Für die Bewertung wurden nur Leitlinien herangezogen, die in Vollversion zur Verfügung standen. Ebenso können weitere Organisationen Leitlinien im Bereich der Sturzprävention produziert haben, die anhand der bei dieser Arbeit angewandten Suchstrategie nicht erfasst werden konnten.

Das AGREE II- Instrument empfiehlt, dass die Leitlinien von mindestens zwei BegutachterInnen bewertet werden, um die Zuverlässigkeit der Bewertungen zu erhöhen. Aufgrund von eingeschränkten zeitlichen und personellen Ressourcen, wurde die Bewertung der Leitlinien in der vorliegenden Masterarbeit von nur einer Beurteilerin (=Autorin) gemacht. Daher kann es bei der Beurteilung der Leitlinien durch andere BewerterInnen zu abweichenden Ergebnissen kommen. Die Bewertung erfolgt zum Teil subjektiv, um diese jedoch nachvollziehbar zu gestalten, ist dem Anhang die Beurteilung jeder einzelnen Leitlinie zu entnehmen.

## Literaturverzeichnis<sup>3</sup>

---

AGREE Collaboration 2003, 'Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project', *Quality & Safety in Health Care*, vol. 12, no. 1, pp. 18–23.

AGREE Next Steps Consortium 2009, *The AGREE II Instrument (Electronic version)*. Available from: <http://www.agreetrust.org> [31 August 2011].

AGREE Research Trust 2010. Available from: <http://www.agreetrust.org>.

American Geriatrics Society (AGS) & British Geriatrics Society (BGS) 2010, *Prevention of falls in older Persons*, New York. Available from: <http://www.medcats.com/FALLS/frameset.htm>. [31 October 2011]

Ammer, K 2007, 'Publikationen zur Sturzprävention aus dem Jahre 2007: Ein Überblick', *Österreichische Zeitschrift für Physikalische Medizin und Rehabilitation*, vol. 17, no. 2, pp. 70–79.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) & Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) 2001, 'Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ', *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 95 Suppl 1. Available from: <http://www.awmf.org/index.php?id=256> [11 October 2011].

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) 2009a, *Preventing falls and harm from falls in older people- Best practice guidelines for Australian Hospitals*, Australien. Available from: [www.activeandhealthy.nsw.gov.au/assets/pdf/Hospital\\_Guidelines.pdf](http://www.activeandhealthy.nsw.gov.au/assets/pdf/Hospital_Guidelines.pdf) [08 September 2011].

---

<sup>3</sup> Erstellt mit Hilfe des Literaturverwaltungsprogrammes „Citavi“ (Citavi 2011)

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) 2009b, *Preventing falls and harm from falls in older people- Best practice guidelines for Australian Residential Aged Care Facilities*, Australien. Available from: [www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/com-pubs\\_FallsGuidelines/\\$File/Guidelines-RACF.PDF](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/com-pubs_FallsGuidelines/$File/Guidelines-RACF.PDF) [08 September 2011].

Bachner, D, Haas, W, Semlitsch, B, Schaffer, S, Uhl, C & Weiß, R 2009, *Evidence-based Leitlinie. Sturzprophylaxe für ältere und alte Menschen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen*, Graz. Available from: [www.ebn.at](http://www.ebn.at) [29 March 2011].

Berra, Y in Petsko, GA 2003, 'Everything I need to know about genomics, I learned from Yogi Berra', *Genome Biology*, vol. 4, no. 102.

Bloch, RE, Lauterbach, K, Oesingmann, U, Rienhoff, O, Schirmer, HD & Schwartz, FW 1997, 'Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung', *Deutsches Ärzteblatt*, vol. 94, no. 33, pp. 66–67.

Brosius, F 2011, *SPSS 19*, Hüthig Jehle Rehm, Heidelberg.

Brouwers, MC, Kho, ME, Browman, GP, Burgers, JS, Cluzeau, F, Feder, G, Fervers, B, Graham, ID, Hanna, SE & Makarski, J 2010a, 'Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement', *Canadian Medical Association Journal*, vol. 182, no. 10, pp. 1045–1052.

Brouwers, MC, Kho, ME, Browman, GP, Burgers, JS, Cluzeau, F, Feder, G, Fervers, B, Graham, ID, Hanna, SE & Makarski, J 2010b, 'Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application', *Canadian Medical Association Journal*, vol. 182, no. 10, pp. E472-8.

Bucknall, T & Rycroft-Malone, J 2010, 'Evidence-based practice. Doing the right thing for patients' in *Models and frameworks for implementing evidence-based practice. Linking evidence to action*, eds J Rycroft-Malone & T Bucknall, Wiley-Blackwell, Chichester, West Sussex, pp. 1–21.

Bundeskanzleramt Österreich 2011, *EU-Erweiterung 2004 und 2007*. Available from: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/25/Seite.250200.html> [01 October 2011].

Burgers, J, Grol, R & Eccles, M 2009, 'Clinical guidelines as a tool for implementing change in patient care' in *Improving patient care. The implementation of change in clinical practice*, eds R Grol, M Wensing & M Eccles, Elsevier Butterworth Heinemann, Edinburgh, pp. 71–92.

Burns, N & Grove, SK 2005a, *Pflegeforschung verstehen und anwenden*, Elsevier Urban & Fischer, München.

Burns, N & Grove, SK 2005b, *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization*, 5th ed, Elsevier Health Sciences, St. Louis.

Canadian Task Force on preventive Health care (CTFPHC) 2003, *Prevention of falls in long-term care facilities*, Canadian Task Force on preventive Health Care, Ontario. Available from: [http://canadiantaskforce.ca/\\_archive/index.html](http://canadiantaskforce.ca/_archive/index.html) [08 September 2011].

Chong, CAKY, Chen, I, Naglie, G & Krahn, MD 2009, 'How well do guidelines incorporate evidence on patient preferences?', *Journal of General Internal Medicine*, vol. 24, no. 8, pp. 977–982.

Citavi 2011, *Literaturverwaltung und Wissensorganisation*. Available from: [www.citavi.com](http://www.citavi.com) [01 November 2011].

Del Mar, CB & Hoffman, T 2009, 'Information needs, asking questions and some basics of research studies' in *Evidence-Based Practice. Across the Health Professions*, eds CB Del Mar, T Hoffman, S Bennett & J Bennett, Elsevier Australia, Chatswood, pp. 16–37.

Deutsches Cochrane Zentrum 2011. Available from: [www.cochrane.de/de/leitlinien](http://www.cochrane.de/de/leitlinien). [31 August 2011]

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2006, *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Auszug aus der abschliessenden Veröffentlichung*, Osnabrück. Available from: [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de). [2 June 2011]

DiCenso, A, Guyatt, G & Ciliska, D 2005, *Evidence-based nursing. A guide to clinical practice*, Elsevier Mosby, St. Louis Mo.

Donoghue, J, Graham, J, Gibbs, J & Mitten-Lewis, S 2003, 'Who, where and why: situational and environmental factors contributing to patient falls in the hospital setting', *Australian Health Review*, vol. 26, no. 3, pp. 79–87.

Duden online 2011, Bibliographisches Institut GmbH, Mannheim. Available from: [www.duden.de](http://www.duden.de) [29 October 2011].

Evans, D 2003, 'Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 12, no. 1, pp. 77–84.

Evans, D, Hodgkinson, B, Lambert, L & Wood, J 2001, 'Falls risk factors in the hospital setting: a systematic review', *International Journal of Nursing Practice*, no. 7, pp. 38–45.

Field, MJ & Lohr, KN (eds.) 1990, *Clinical practice guidelines. Directions for a new program*, National Academy Press, Washington D.C.

Fretheim, A, Schünemann, HJ & Oxman, AD 2006, 'Improving the use of research evidence in guideline development: 15. Disseminating and implementing guidelines', *Health Research Policy and Systems*, vol. 4, no. 27.

Godshall, M 2010, *Fast Facts About Evidence-based Practice. Implementing EBP in a nutshell*, Springer Publishing Company, New York.

Grob, D 2005, 'Stürze im Alter. Risikofaktoren und Konsequenzen', *Ars Medici*, vol. 11, pp. 497–504.

Grol, R 2009, 'Implementation of changes in practice' in *Improving patient care. The implementation of change in clinical practice*, eds R Grol, M Wensing & M Eccles, Elsevier Butterworth Heinemann, Edinburgh, pp. 6–14.

Grol, R, Dalhuijsen, J, Thomas, S, Veld, C in 't, Rutten, G & Mokkink, H 1998, 'Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study', *British Medical Journal*, vol. 317, no. 7162, pp. 858–861.

Hauer, K, Lamb, SE, Jorstad, EC, Todd, C & Becker, C 2006, 'Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials', *Age and Ageing*, vol. 35, no. 1, pp. 5–10.

Heinrich, S, Rapp, K, Rissmann, U, Becker, C & König, H 2010, 'Cost of falls in old age: a systematic review', *Osteoporosis International*, vol. 21, no. 6, pp. 891–902.

Heinze, C, Lahmann, N & Dassen, T 2002, 'Sturzhäufigkeit in deutschen Kliniken', *Gesundheitswesen*, vol. 64, no. 11, pp. 598–601.

Heinze, C, Halfens, RJ & Dassen, T 2007, 'Falls in German in-patients and residents over 65 years of age', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, no. 3, pp. 495–501.

Heinze, C, Rissmann, U & Dassen, T 2004, 'Stürze bei älteren Menschen', *Pflegewissenschaft*, no. 2, pp. 105–110.

Hitcho, EB, Krauss, MJ, Birge, S, Claiborne Dunagan, W, Fischer, I, Johnson, S, Nast, PA, Constantinou, E & Fraser, VJ 2004, 'Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis', *Journal of General Internal Medicine*, vol. 19, no. 7, pp. 732–739.

Kajermo, KN, Boström, A, Thompson, DS, Hutchinson, AM, Estabrooks, CA & Wallin, L 2010, 'The BARRIERS scale - the barriers to research utilization scale: A systematic review', *Implementation Science*, vol. 5, p. 32.

Kellogg International Work Group 1987, 'The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly', *Danish Medical Bulletin*, 34 Suppl 4, pp. 1–24.

Kerzman, H, Chetrit, A, Brin, L & Toren, O 2004, 'Characteristics of falls in hospitalized patients', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 47, no. 2, pp. 223–229.

Lo Vecchio, A, Giannattasio, A, Duggan, C, Masi, S de, Ortisi, MT, Parola, L & Guarino, A 2011, 'Evaluation of the quality of guidelines for acute gastroenteritis in children with the AGREE instrument', *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, vol. 52, no. 2, pp. 183–189.

Lohrmann, C (ed.) 2009, *Prävalenzerhebung. 07. April 2009*, Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Graz.

Lorenz, F 2009, *Erfahrungen mit dem Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege*, Rinteln. Available from:

[http://www.altenpflege.vincentz.net/fileserver/vincentzverlag/files/54300/54353/AP\\_11\\_10\\_Titelthema\\_Lorenz\\_Hausarbeit.pdf](http://www.altenpflege.vincentz.net/fileserver/vincentzverlag/files/54300/54353/AP_11_10_Titelthema_Lorenz_Hausarbeit.pdf) [16 October 2011].

Lyons, SS 2004, *Fall prevention for older adults*, University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Iowa. Available from: [www.nursing.uiowa.edu/centers/gnirc/rtdcore.htm](http://www.nursing.uiowa.edu/centers/gnirc/rtdcore.htm) [03 July 2011].

Matusiewicz, D 2009, *Europäisierung des Gesundheitswesens. Die Anwendung des Konzepts der "Offenen Methode der Koordinierung" der Europäischen Union auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Gesundheitssystems*, Grin Verlag, München.

Mead, P 2000, 'Clinical guidelines: promoting clinical effectiveness or a professional minefield?', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 31, no. 1, pp. 110–116.

Meerding, WJ, Bonneux, L, Polder, JJ, Koopmanschap, MA & van der Maas, PJ 1998, 'Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study', *British Medical Journal*, vol. 317, no. 7151, pp. 111–115.

Moreland, J, Richardson, J, Chan, DH, O'Neill, J, Bellissimo, A, Grum, RM & Shanks, L 2003, 'Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults', *Gerontology*, vol. 49, no. 2, pp. 93–116.

Müller, R, Halfens, RJ, Schwendimann, R, Müller, M, Imoberdorf, R & Ballmer, PE 2009, 'Risikofaktoren für Stürze und sturzbedingte Verletzungen im Akutspital. Eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie', *Pflege*, no. 22, pp. 431–441.

National Patient Safety Agency 2007, *Slips, trips and falls in hospital. The third report from the Patient Safety Observatory*, London. Available from:  
<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59821> [23 May 2011].

Physio Austria 2010, *Audit Tool zu den Europäischen Kernstandards für die Physiotherapeutische Praxis*. Available from:  
<http://www.physioaustria.at/sites/default/files/Artikel/audittoolv2010.pdf> [05 November 2011].

Poitras, S, Avouac, J, Rossignol, M, Avouac, B, Cedraschi, C, Nordin, M, Rousseaux, C, Rozenberg, S, Savarieau, B, Thoumie, P, Valat, J, Vignon, E & Hilliquin, P 2007, 'A critical appraisal of guidelines for the management of knee osteoarthritis using Appraisal of Guidelines Research and Evaluation criteria', *Arthritis Research & Therapy*, vol. 9, no. 6.

Polit, DF & Beck, CT 2004, *Eursing research. Principles and methods*, 7th ed, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Pschyrembel, W (ed.) 2004, *Klinisches Wörterbuch*, 260., neu bearb. Aufl., de Gruyter, Berlin.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) 2005, *Prevention of falls and fall Injuries in the older adult*, Toronto. Available from:  
[http://www.rnao.org/Storage/12/617\\_BPG\\_Falls\\_rev05.pdf](http://www.rnao.org/Storage/12/617_BPG_Falls_rev05.pdf) [08 September 2011].

Rentel-Kruse, W von 2004, 'Stürze älterer Menschen. Diagnostik und Therapie', *Deutsche medizinische Wochenschrift*, vol. 129, no. 16, pp. 880–883.

Schönherr, S, Schüssler, S & Lohrmann, C 2010, *Europäische Pflegequalitätserhebung 2010. Ergebnispräsentation*, Institut für Pflegewissenschaften, Medizinische Universität Graz.

Schünemann, HJ, Fretheim, A & Oxman, AD 2006, 'Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement', *Health Research Policy and Systems*, vol. 4, p. 22.

Schwendimann, R, Bühler, H, Geest, S de & Milisen, K 2008, 'Characteristics of hospital inpatient falls across clinical departments', *Gerontology*, vol. 54, no. 6, pp. 342–348.

Statistik Austria 2011, *Bevölkerungsvorausschätzung 2011-2050 sowie Modellrechnung bis 2075 für Österreich (Hauptszenario)*, Wien. Available from:  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html). [31 August 2011]

Stenberg, M & Wann-Hansson, C 2011, 'Health care professionals' attitudes and compliance to clinical practice guidelines to prevent falls and fall injuries', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 8, no. 2, pp. 87–95.

Südtiroler Sanitätsbetrieb 2010, *Sturzprävention bei Betreuten in Akut- und Langzeiteinrichtungen*, Bozen. Available from:  
[www.sabes.it/de/466.asp?aktuelles\\_action=4&aktuelles\\_article\\_id=348518](http://www.sabes.it/de/466.asp?aktuelles_action=4&aktuelles_article_id=348518) [08 September 2011].

Tinetti, ME & Kumar, C 2010, 'The Patient Who Falls. It's Always a Trade-off', *Journal of the American Medical Association*, vol. 303, no. 3, pp. 258–266.

Trinder, L 2000, 'Introduction: the Context of Evidence- based Practice' in *Evidence-based Practice. A Critical Appraisal*, eds L Trinder & S Reynolds, Blackwell Science Ltd, Oxford, pp. 1–16.

Vlayen, J, Aertgeerts, B, Hannes, K, Sermeus, W & Ramaekers, D 2005, 'A systematic review of appraisal tools for clinical practice guidelines: multiple similarities and one common deficit', *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 17, no. 3, pp. 235–242.

Wetterneck, TB & Pak, MH 2005, 'Using clinical practice guidelines to improve patient care', *Wisconsin Medical Journal*, vol. 104, no. 3, pp. 30–33.

Wimpenny, P & van Zelm, R 2007, 'Appraising and comparing pressure ulcer guidelines', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 4, no. 1, pp. 40–50.

Wollersheim, H, Burgers, J & Grol, R 2005, 'Clinical guidelines to improve patient care', *The Netherlands Journal of Medicine*, vol. 63, no. 6, pp. 188–192.

Woolf, AD & Akesson, K 2003, 'Preventing fractures in elderly people', *British Medical Journal*, vol. 327, no. 7406, pp. 89–95.

Woolf, SH, Grol, R, Hutchinson, A, Eccles, M & Grimshaw, J 1999, 'Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines', *British Medical Journal*, vol. 318, no. 7182, pp. 527–530.

Zippelius, K 2006, 'Stürze und Frakturen' in *Der ältere Patient in der chinesischen Medizin. Gesund alt werden, Alterskrankheiten vorbeugen und behandeln*, eds AA Noll & B Ziegler, Elsevier Urban und Fischer, München, pp. 445–454.

# Anhang 1

AGREE II- Instrument

Das gesamte Instrument inkl. näherer Beschreibungen sowie das Handbuch sind unter <http://www.agreetrust.org/> abrufbar und erhältlich

# APPRAISAL OF GUIDELINES FOR RESEARCH & EVALUATION II



AGREE II

INSTRUMENT

---

The AGREE Next Steps Consortium

May 2009

## DOMAIN 1. SCOPE AND PURPOSE

1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.
  2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.
  3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.
- 
-

## SCOPE AND PURPOSE

1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

### User's Manual Description:

This deals with the potential health impact of a guideline on society and populations of patients or individuals. The overall objective(s) of the guideline should be described in detail and the expected health benefits from the guideline should be specific to the clinical problem or health topic. For example, specific statements would be:

- Preventing (long term) complications of patients with diabetes mellitus
- Lowering the risk of subsequent vascular events in patients with previous myocardial infarction
- Most effective population-based colorectal screening strategies
- Providing guidance on the most effective therapeutic treatment and management of patients with diabetes mellitus.

### Where to Look:

Examine the opening paragraphs/chapters for a description of the scope and purpose of the guideline. In some cases, the rationale or need for the guideline is described in a document separate from the guideline, for instance, in the guideline proposal. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: introduction, scope, purpose, rationale, background, and objectives.

### How to Rate:

#### Item content includes the following **CRITERIA**:

- health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.)
- expected benefit or outcome
- target(s) (e.g., patient population, society)

#### Additional **CONSIDERATIONS**:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
- Is the item content easy to find in the guideline?

## SCOPE AND PURPOSE

2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

### User's Manual Description:

---

A detailed description of the health questions covered by the guideline should be provided, particularly for the key recommendations (see Item 17), although they need not be phrased as questions. Following the examples provided in question 1:

- How many times a year should the HbA1c be measured in patients with diabetes mellitus?
- What should the daily aspirin dosage for patients with proven acute myocardial infarction be?
- Does population-based colorectal screening using the fecal occult blood test reduce mortality of colorectal cancer?
- Is self-monitoring effective for blood glucose control in patients with Type 2 diabetes?

### Where to Look:

---

Examine the opening paragraphs/chapters for a description of the scope and purpose of the guideline. In some cases, the questions are described in a document separate from the guideline, for instance in a search specification. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: questions, scope, purpose, rationale, and background.

### How to Rate:

---

**Item content includes the following *CRITERIA*:**

- target population
- intervention(s) or exposure(s)
- comparisons (if appropriate)
- outcome(s)
- health care setting or context

**Additional *CONSIDERATIONS*:**

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
  - Is the item content easy to find in the guideline?
  - Is there enough information provided in the question(s) for anyone to initiate the development of a guideline on this topic or to understand the patients/populations and contexts profiled in the guideline?
- 
-

## SCOPE AND PURPOSE

3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

### User's Manual Description:

A clear description of the population (i.e., patients, public, etc.) covered by a guideline should be provided. The age range, sex, clinical description, and comorbidity may be provided. For example:

- A guideline on the management of diabetes mellitus only includes patients with non-insulin dependent diabetes mellitus and excludes patients with cardiovascular comorbidity.
- A guideline on the management of depression only includes patients with major depression according to the DSM-IV criteria, and excludes patients with psychotic symptoms and children.
- A guideline on screening of breast cancer only includes women, aged between 50 and 70 years, with no history of cancer and with no family history of breast cancer.

### Where to Look:

Examine the opening paragraphs/chapters for a description of the target population of the guideline. The explicit exclusion of some populations (for instance children) is also covered by this item. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: patient population, target population, relevant patients, scope, and purpose.

### How to Rate:

#### Item content includes the following **CRITERIA**:

- target population, gender and age
- clinical condition (if relevant)
- severity/stage of disease (if relevant)
- comorbidities (if relevant)
- excluded populations (if relevant)

#### Additional **CONSIDERATIONS**:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
- Is the item content easy to find in the guideline?
- Is the population information specific enough so that the correct and eligible individuals would receive the action recommended in the guideline?

## DOMAIN 2. STAKEHOLDER INVOLVEMENT

4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.
  5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.
  6. The target users of the guideline are clearly defined.
- 
-

## STAKEHOLDER INVOLVEMENT

### 4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

Comments

### User's Manual Description:

This item refers to the professionals who were involved at some stage of the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations. *This item excludes individuals who have externally reviewed the guideline (see Item 13). This item excludes target population representation (see Item 5).* Information about the composition, discipline, and relevant expertise of the guideline development group should be provided.

### Where to Look:

Examine the opening paragraphs/chapters, acknowledgement section or appendices for the composition of the guideline development group. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: methods, guideline panel member list, acknowledgements, and appendices.

### How to Rate:

#### Item content includes the following **CRITERIA**:

- For each member of the guideline development group, the following information is included:
  - name
  - discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist)
  - institution (e.g., St. Peter's hospital)
  - geographical location (e.g., Seattle, WA)
  - a description of the member's role in the guideline development group

#### Additional **CONSIDERATIONS**:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
- Is the item content easy to find in the guideline?
- Are the members an appropriate match for the topic and scope? Potential candidates include relevant clinicians, content experts, researchers, policy makers, clinical administrators, and funders.
- Is there at least one methodology expert included in the development group (e.g., systematic review expert, epidemiologist, statistician, library scientist, etc.)?

## STAKEHOLDER INVOLVEMENT

5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

### User's Manual Description:

---

Information about target population experiences and expectations of health care should inform the development of guidelines. There are various methods for ensuring that these perspectives inform the different stages of guideline development by stakeholders. For example, formal consultations with patients/public to determine priority topics, participation of these stakeholders on the guideline development group, or external review by these stakeholders on draft documents. Alternatively, information could be obtained from interviews of these stakeholders or from literature reviews of patient/public values, preferences or experiences. There should be evidence that some process has taken place and that stakeholders' views have been considered.

### Where to Look:

---

Examine the paragraphs on the guideline development process. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: scope, methods, guideline panel member list, external review, and target population perspectives.

### How to Rate:

---

#### Item content includes the following **CRITERIA**:

- statement of type of strategy used to capture patients'/public's' views and preferences (e.g., participation in the guideline development group, literature review of values and preferences)
- methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus groups)
- outcomes/information gathered on patient/public information
- description of how the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations

#### Additional **CONSIDERATIONS**:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
  - Is the item content easy to find in the guideline?
- 
-

## STAKEHOLDER INVOLVEMENT

### 6. The target users of the guideline are clearly defined.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

#### User's Manual Description:

---

The target users should be clearly defined in the guideline, so the reader can immediately determine if the guideline is relevant to them. For example, the target users for a guideline on low back pain may include general practitioners, neurologists, orthopaedic surgeons, rheumatologists, and physiotherapists.

#### Where to Look:

---

Examine the opening paragraphs/chapters for a description of the target users of the guideline. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: target user and intended user.

#### How to Rate:

---

##### Item content includes the following **CRITERIA**:

- clear description of intended guideline audience (e.g. specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators)
- description of how the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care)

##### Additional **CONSIDERATIONS**:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
  - Is the item content easy to find in the guideline?
  - Are the target users appropriate for the scope of the guideline?
- 
-

## DOMAIN 3. RIGOUR OF DEVELOPMENT

7. Systematic methods were used to search for evidence.
  8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.
  9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.
  10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.
  11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.
  12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.
  13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.
  14. A procedure for updating the guideline is provided.
- 
-

## RIGOUR OF DEVELOPMENT

### 7. Systematic methods were used to search for evidence.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

Comments

#### User's Manual Description:

---

Details of the strategy used to search for evidence should be provided including search terms used, sources consulted, and dates of the literature covered. Sources may include electronic databases (e.g. MEDLINE, EMBASE, CINAHL), databases of systematic reviews (e.g. the Cochrane Library, DARE), handsearching journals, reviewing conference proceedings, and other guidelines (e.g. the US National Guideline Clearinghouse, the German Guidelines Clearinghouse). The search strategy should be as comprehensive as possible and executed in a manner free from potential biases and sufficiently detailed to be replicated.

#### Where to Look:

---

Examine the paragraphs/chapters describing the guideline development process. In some cases the search strategies are described in separate documents or in an appendix to the guideline. Examples of commonly labelled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: methods, literature search strategy, and appendices.

#### How to Rate:

---

##### Item content includes the following *CRITERIA*:

- named electronic database(s) or evidence source(s) where the search was performed (e.g., MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL)
- time periods searched (e.g., January 1, 2004 to March 31, 2008)
- search terms used (e.g., text words, indexing terms, subheadings)
- full search strategy included (e.g., possibly located in appendix)

##### Additional *CONSIDERATIONS*:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
  - Is the item content easy to find in the guideline?
  - Is the search relevant and appropriate to answer the health question? (e.g., all relevant databases and, appropriate search terms used)
  - Is there enough information provided for anyone to replicate the search?
- 
-

## RIGOUR OF DEVELOPMENT

### 8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

Comments

#### User's Manual Description:

---

Criteria for including/excluding evidence identified by the search should be provided. These criteria should be explicitly described and reasons for including and excluding evidence should be clearly stated. For example, guideline authors may decide to only include evidence from randomized clinical trials and to exclude articles not written in English.

#### Where to Look:

---

Examine the paragraphs/chapters describing the guideline development process. In some cases, the inclusion or exclusion criteria for selecting the evidence are described in separate documents or in an Appendix to the guideline. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: methods, literature search, inclusion/exclusion criteria, and appendices.

#### How to Rate:

---

##### Item content includes the following **CRITERIA**:

- description of the inclusion criteria, including
  - target population (patient, public, etc.) characteristics
  - study design
  - comparisons (if relevant)
  - outcomes
  - language (if relevant)
  - context (if relevant)
- description of the exclusion criteria (if relevant; e.g., *French only* listed in the inclusion criteria statement could logically preclude *non-French* listed in the exclusion criteria statement)

##### Additional **CONSIDERATIONS**:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
  - Is the item content easy to find in the guideline?
  - Is there a rationale given for the chosen inclusion/exclusion criteria?
  - Do inclusion/exclusion criteria align with the health question(s)?
  - Are there reasons to believe that relevant literature may not have been considered?
- 
-

## RIGOUR OF DEVELOPMENT

### 9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

#### User's Manual Description:

Statements highlighting the strengths and limitations of the evidence should be provided. This ought to include explicit descriptions - using informal or formal tools/methods - to assess and describe the risk of bias for individual studies and/or for specific outcomes and/or explicit commentary of the body of evidence aggregated across all studies. This may be presented in different ways, for example: using tables commenting on different quality domains; the application of a formal instrument or strategy (e.g., Jadad scale, GRADE method); or descriptions in the text.

#### Where to Look:

Examine the paragraphs/chapters describing the guideline development process for information on how the methodological quality of the studies (e.g., risk of bias) were described. Evidence tables are often used to summarize quality features. Some guidelines make a clear distinction between description and interpretation of evidence, for instance, in a results section and a discussion section, respectively.

#### How to Rate:

##### Item content includes the following *CRITERIA*:

- descriptions of how the body of evidence was evaluated for bias and how it was interpreted by members of the guideline development group
- aspects upon which to frame descriptions include:
  - study design(s) included in body of evidence
  - study methodology limitations (sampling, blinding, allocation concealment, analytical methods)
  - appropriateness/relevance of primary and secondary outcomes considered
  - consistency of results across studies
  - direction of results across studies
  - magnitude of benefit versus magnitude of harm
  - applicability to practice context

##### Additional *CONSIDERATIONS*:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
- Is the item content easy to find in the guideline?
- Are the descriptions appropriate, neutral, and unbiased? Are the descriptions complete?

## RIGOUR OF DEVELOPMENT

### 10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

#### User's Manual Description:

---

A description of the methods used to formulate the recommendations and how final decisions were arrived at should be provided. For example, methods may include a voting system, informal consensus, and formal consensus techniques (e.g., Delphi, Glaser techniques). Areas of disagreement and methods of resolving them should be specified.

#### Where to Look:

---

Examine the paragraphs/chapters describing the guideline development process. In some cases, the methods used to formulate the recommendations are described in separate documents or in an appendix to the guideline. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include methods and guideline development process.

#### How to Rate:

---

##### Item content includes the following *CRITERIA*:

- description of the recommendation development process (e.g., steps used in modified Delphi technique, voting procedures that were considered)
- outcomes of the recommendation development process (e.g., extent to which consensus was reached using modified Delphi technique, outcome of voting procedures)
- description of how the process influenced the recommendations (e.g., results of Delphi technique influence final recommendation, alignment with recommendations and the final vote)

##### Additional *CONSIDERATIONS*:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
  - Is the item content easy to find in the guideline?
  - Was a formal process used to arrive at the recommendations?
  - Were the methods appropriate?
- 
-

## RIGOUR OF DEVELOPMENT

11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

### User's Manual Description:

---

The guideline should consider health benefits, side effects, and risks when formulating the recommendations. For example, a guideline on the management of breast cancer may include a discussion on the overall effects on various final outcomes. These may include: survival, quality of life, adverse effects, and symptom management or a discussion comparing one treatment option to another. There should be evidence that these issues have been addressed.

### Where to Look:

---

Examine the paragraphs/chapters describing the guideline development process for a description of the body of evidence, its interpretation, and the translation to practice recommendations. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: methods, interpretation, discussion, and recommendations.

### How to Rate:

---

#### Item content includes the following *CRITERIA*:

- supporting data and report of benefits
- supporting data and report of harms/side effects/risks
- reporting of the balance/trade-off between benefits and harms/side effects/risks
- recommendations reflect considerations of both benefits and harms/side effects/risks

#### Additional *CONSIDERATIONS*:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
  - Is the item content easy to find in the guideline?
  - Is the discussion an integral part of the guideline development process? (i.e., taking place during recommendation formulation rather than post-formulation as an afterthought)
  - Has the guideline development group considered the benefits and harms equally?
- 
-

## RIGOUR OF DEVELOPMENT

12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

### User's Manual Description:

---

An explicit link between the recommendations and the evidence on which they are based should be included in the guideline. The guideline user should be able to identify the components of the body of evidence relevant to each recommendation.

### Where to Look:

---

Define and examine the recommendations in the guideline and the text describing the body of evidence that underpins them. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: recommendations and key evidence.

### How to Rate:

---

#### Item content includes the following *CRITERIA*:

- the guideline describes how the guideline development group linked and used the evidence to inform recommendations
- each recommendation is linked to a key evidence description/paragraph and/or reference list
- recommendations linked to evidence summaries, evidence tables in the results section of the guideline

#### Additional *CONSIDERATIONS*:

- Is there congruency between the evidence and recommendations?
  - Is the link between the recommendations and supporting evidence easy to find in the guideline?
  - When evidence is lacking or a recommendation is informed primarily by consensus of opinion by the guideline group, rather than the evidence, is this clearly stated and described?
- 
-

## RIGOUR OF DEVELOPMENT

### 13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

#### User's Manual Description:

---

A guideline should be reviewed externally before it is published. Reviewers should not have been involved in the guideline development group. Reviewers should include experts in the clinical area as well as some methodological experts. Target population (patients, public) representatives may also be included. A description of the methodology used to conduct the external review should be presented, which may include a list of the reviewers and their affiliation.

#### Where to Look:

---

Examine the paragraphs/chapters describing the guideline development process and the acknowledgement section. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: methods, results, interpretation, and acknowledgements.

#### How to Rate:

---

##### Item content includes the following *CRITERIA*:

- purpose and intent of the external review (e.g., to improve quality, gather feedback on draft recommendations, assess applicability and feasibility, disseminate evidence)
- methods taken to undertake the external review (e.g., rating scale, open-ended questions)
- description of the external reviewers (e.g., number, type of reviewers, affiliations)
- outcomes/information gathered from the external review (e.g., summary of key findings)
- description of how the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations (e.g., guideline panel considered results of review in forming final recommendations)

##### Additional *CONSIDERATIONS*:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
  - Is the item content easy to find in the guideline?
  - Are the external reviewers relevant and appropriate to the scope of the guideline? Was there a rationale given for choosing the included reviewers?
  - How was information from the external review used by the guideline development group?
- 
-

## RIGOUR OF DEVELOPMENT

### 14. A procedure for updating the guideline is provided.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

#### User's Manual Description:

---

Guidelines need to reflect current research. A clear statement about the procedure for updating the guideline should be provided. For example, a timescale has been given or a standing panel is established who receives regularly updated literature searches and makes changes as required.

#### Where to Look:

---

Examine the introduction paragraph, the paragraphs describing the guideline development process and the closing paragraphs. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: methods, guideline update, and date of guideline.

#### How to Rate:

---

##### Item content includes the following *CRITERIA*:

- a statement that the guideline will be updated
- explicit time interval or explicit criteria to guide decisions about when an update will occur
- methodology for the updating procedure is reported

##### Additional *CONSIDERATIONS*:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
  - Is the item content easy to find in the guideline?
  - Is there enough information provided to know when an update will occur or what criteria would trigger an update?
- 
-

## DOMAIN 4. CLARITY OF PRESENTATION

15. The recommendations are specific and unambiguous.
  16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.
  17. Key recommendations are easily identifiable.
- 
-

## CLARITY OF PRESENTATION

### 15. The recommendations are specific and unambiguous.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

### User's Manual Description:

---

A recommendation should provide a concrete and precise description of which option is appropriate in which situation and in what population group, as informed by the body of evidence.

- An example of a specific recommendation is: Antibiotics should be prescribed in children two years or older with a diagnosis of acute otitis media if the pain lasts longer than three days or if the pain increases after the consultation despite adequate treatment with painkillers; in these cases, amoxicillin should be given for 7 days (supplied with a dosage scheme).
- An example of a vague recommendation is: Antibiotics are indicated for cases with an abnormal or complicated course.

It is important to note that in some instances, evidence is not always clear cut and there may be uncertainty about the best care option(s). In this case, the uncertainty should be stated in the guideline.

### Where to Look:

---

Define and examine the recommendations in the guideline. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: recommendations and executive summary.

### How to Rate:

---

#### Item content includes the following *CRITERIA*:

- statement of the recommended action
- identification of the intent or purpose of the recommended action (e.g., to improve quality of life, to decrease side effects)
- identification of the relevant population (e.g., patients, public)
- caveats or qualifying statements, if relevant (e.g., patients or conditions for whom the recommendations would not apply)

#### Additional *CONSIDERATIONS*:

- In the event of multiple recommendations (e.g., management guidelines), is there clarity regarding to whom each recommendation applies?
  - If there is uncertainty in the interpretation and discussion of the evidence, is the uncertainty reflected in the recommendations and explicitly stated?
- 
-

## CLARITY OF PRESENTATION

16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

### User's Manual Description:

---

A guideline that targets the management of a disease should consider the different possible options for screening, prevention, diagnosis or treatment of the condition it covers. These possible options should be clearly presented in the guideline.

For example, a recommendation on the management of depression may contain the following treatment alternatives:

- a. Treatment with TCA
- b. Treatment with SSRI
- c. Psychotherapy
- d. Combination of pharmacological and psychological therapy

### Where to Look:

---

Examine the recommendations and their supporting evidence. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: executive summary, recommendations, discussion, treatment options, and treatment alternatives.

### How to Rate:

---

#### Item content includes the following *CRITERIA*:

- description of options
- description of population or clinical situation most appropriate to each option

#### Additional *CONSIDERATIONS*:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
  - Is the item content easy to find in the guideline?
  - Is this pertaining to a guideline broad or narrow in scope? This item may be more relevant to guidelines that are broad in scope (e.g., covering the management of a condition or issue rather than focusing on a particular set of interventions for a specific condition/issue).
- 
-

## CLARITY OF PRESENTATION

### 17. Key recommendations are easily identifiable.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

#### User's Manual Description:

---

Users should be able to find the most relevant recommendations easily. These recommendations answer the main question(s) that have been covered by the guideline and can be identified in different ways. For example, they can be summarized in a box, typed in bold, underlined or presented as flow charts or algorithms.

#### Where to Look:

---

Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: executive summary, conclusions, and recommendations. Some guidelines provide separate summaries with key recommendations (e.g., quick reference guide).

#### How to Rate:

---

##### Item content includes the following *CRITERIA*:

- description of recommendations in a summarized box, typed in bold, underlined, or presented as flow charts or algorithms
- specific recommendations are grouped together in one section

##### Additional *CONSIDERATIONS*:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
  - Is the item content easy to find in the guideline?
  - Are the key recommendations appropriately selected and do they reflect the key messages of the guideline?
  - Are specific recommendations grouped in a section placed near the summary of the key evidence?
- 
-

## DOMAIN 5. APPLICABILITY

18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.
  19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.
  20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.
  21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.
- 
-

## APPLICABILITY

### 18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

### User's Manual Description:

---

There may be existing facilitators and barriers that will impact the application of guideline recommendations. For example:

- i. A guideline on stroke may recommend that care should be coordinated through stroke units and stroke services. There may be a special funding mechanism in the region to enable the formation of stroke units.
- ii. A guideline on diabetes in primary care may require that patients are seen and followed up in diabetic clinics. There may be an insufficient number of clinicians available in a region to enable clinics to be established.

### Where to Look:

---

Examine the paragraph/chapter on the dissemination/implementation of the guideline or, if available, additional documents with specific plans or strategies for implementation of the guideline. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: barriers, guideline utilization, and quality indicators.

### How to Rate:

---

#### Item content includes the following *CRITERIA*:

- identification of the types of facilitators and barriers that were considered
- methods by which information regarding the facilitators and barriers to implementing recommendations were sought (e.g., feedback from key stakeholders, pilot testing of guidelines before widespread implementation)
- information/description of the types of facilitators and barriers that emerged from the inquiry (e.g., practitioners have the skills to deliver the recommended care, sufficient equipment is not available to ensure all eligible members of the population receive mammography)
- description of how the information influenced the guideline development process and/or formation of the recommendations

#### Additional *CONSIDERATIONS*:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
  - Is the item content easy to find in the guideline?
  - Does the guideline suggest specific strategies to overcoming the barriers?
- 
-

## APPLICABILITY

19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

### User's Manual Description:

---

For a guideline to be effective it needs to be disseminated and implemented with additional materials. For example, these may include: a summary document, a quick reference guide, educational tools, results from a pilot test, patient leaflets, or computer support. Any additional materials should be provided with the guideline.

### Where to Look:

---

Examine the paragraph on the dissemination/implementation of the guideline and, if available, the specific accompanying materials that have been produced to support the dissemination and implementation of the guideline. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: tools, resources, implementation, and appendices.

### How to Rate:

---

#### Item content includes the following *CRITERIA*:

- an implementation section in the guideline
- tools and resources to facilitate application:
  - guideline summary documents
  - links to check lists, algorithms
  - links to how-to manuals
  - solutions linked to barrier analysis (see Item 18)
  - tools to capitalize on guideline facilitators (see Item 18)
  - outcome of pilot test and lessons learned
- directions on how users can access tools and resources

#### Additional *CONSIDERATIONS*:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
  - Is the item content easy to find in the guideline?
  - Is there information about the development of the implementation tools and validation procedures?
- 
-

## APPLICABILITY

20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

### User's Manual Description:

---

The recommendations may require additional resources in order to be applied. For example, there may be a need for more specialized staff, new equipment, and expensive drug treatment. These may have cost implications for health care budgets. There should be a discussion in the guideline of the potential impact of the recommendations on resources.

### Where to Look:

---

Examine the paragraph(s) on the dissemination/implementation of the guideline or, if available, additional documents with specific plans or strategies for implementation of the guideline. Some guidelines present cost implications in the paragraphs that discuss the evidence or decisions behind the recommendations. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: methods, cost utility, cost effectiveness, acquisition costs, and implications for budgets.

### How to Rate:

---

#### Item content includes the following *CRITERIA*:

- identification of the types of cost information that were considered (e.g., economic evaluations, drug acquisition costs)
- methods by which the cost information was sought (e.g., a health economist was part of the guideline development panel, use of health technology assessments for specific drugs, etc.)
- information/description of the cost information that emerged from the inquiry (e.g., specific drug acquisition costs per treatment course)
- description of how the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations

#### Additional *CONSIDERATIONS*:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
  - Is the item content easy to find in the guideline?
  - Were appropriate experts involved in finding and analyzing the cost information?
- 
-

## APPLICABILITY

### 21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

### User's Manual Description:

Measuring the application of guideline recommendations can facilitate their ongoing use. This requires clearly defined criteria that are derived from the key recommendations in the guideline. The criteria may include process measures, behavioral measures, clinical or health outcome measures. Examples of monitoring and audit criteria are:

- The HbA1c should be < 8.0%.
- The level of diastolic blood pressure should be < 95 mmHg.
- 80% of the population aged 50 years should receive colorectal cancer screening rates using fecal occult blood tests.
- If complaints of acute otitis media last longer than three days, amoxicillin should be prescribed.

### Where to Look:

Examine the paragraph/chapter on auditing or monitoring the use of the guideline or, if available, additional documents with specific plans or strategies for evaluation of the guideline. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: recommendations, quality indicators, and audit criteria.

### How to Rate:

#### Item content includes the following *CRITERIA*:

- identification of criteria to assess guideline implementation or adherence to recommendations
- criteria for assessing impact of implementing the recommendations
- advice on the frequency and interval of measurement
- descriptions or operational definitions of how the criteria should be measured

#### Additional *CONSIDERATIONS*:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
- Is the item content easy to find in the guideline?
- Are a range of criteria provided including process measures, behavioural measures, and clinical or health outcomes?

## DOMAIN 6. EDITORIAL INDEPENDENCE

22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.
  23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.
- 
-

## EDITORIAL INDEPENDENCE

22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

### User's Manual Description:

---

Many guidelines are developed with external funding (e.g., government, professional associations, charity organizations, pharmaceutical companies). Support may be in the form of financial contribution for the complete development, or for parts of it (e.g., printing of the guidelines). There should be an explicit statement that the views or interests of the funding body have not influenced the final recommendations.

### Where to Look:

---

Examine the paragraphs/chapters on the guideline development process or acknowledgements section. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: disclaimer and funding source.

### How to Rate:

---

#### Item content includes the following *CRITERIA*:

- the name of the funding body or source of funding (or explicit statement of no funding)
- a statement that the funding body did not influence the content of the guideline

#### Additional *CONSIDERATIONS*:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
  - Is the item content easy to find in the guideline?
  - How did the guideline development group address potential influence from the funding body?
- 
-

## EDITORIAL INDEPENDENCE

23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Comments*

### User's Manual Description:

---

There are circumstances when members of the development group may have competing interests. For example, this would apply to a member of the development group whose research on the topic covered by the guideline is also funded by a pharmaceutical company. There should be an explicit statement that all group members have declared whether they have any competing interests.

### Where to Look:

---

Examine the paragraphs/chapters describing the guideline development group or acknowledgements section. Examples of commonly labeled sections or chapters in a guideline where this information can be found include: methods, conflicts of interest, guideline panel, and appendix.

### How to Rate:

---

#### Item content includes the following *CRITERIA*:

- description of the types of competing interests considered
- methods by which potential competing interests were sought
- description of the competing interests
- description of how the competing interests influenced the guideline process and development of recommendations

#### Additional *CONSIDERATIONS*:

- Is the item well written? Are the descriptions clear and concise?
  - Is the item content easy to find in the guideline?
  - What measures were taken to minimize the influence of competing interests on guideline development or formulation of the recommendations?
- 
-

## OVERALL GUIDELINE ASSESSMENT

---

---

# OVERALL GUIDELINE ASSESSMENT

---

For each question, please choose the response which best characterizes the guideline assessed:

## 1. Rate the overall quality of this guideline.

<b>1</b> Lowest possible quality	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Highest possible quality
--	----------	----------	----------	----------	----------	---

## 2. I would recommend this guideline for use.

Yes	
Yes, with modifications	
No	

## NOTES

---

## User's Manual Description:

---

The overall assessment requires the AGREE II user to make a judgment as to the quality of the guideline, taking into account the appraisal items considered in the assessment process.

---

---

## **Anhang 2**

Ausführliche Bewertung jeder Leitlinie inkl. der Begründung für die Beurteilung

**Titel:** Prevention of Falls in Older Persons- AGS/BGS Clinical Practice Guideline

**Organisation/AutorInnen:** The American geriatrics society/ British geriatrics society

**Publikationsdatum:** 2001, 1. Version  
2010 aktualisierte Version

**Leitlinie erhältlich unter:** <http://www.medcats.com/FALLS/frameset.htm>

**Seitenanzahl:** keine, da die Leitlinie virtuell über die Homepage zugänglich ist

**Inhalte** (entnommen aus der Leitlinie, ev. in Originalsprache):

- INTRODUCTION

Background

Selection of Evidence

Structure of the Guideline

Grading the Strength of Recommendations

Goal

Definitions

- SCREENING AND ASSESSMENT:

Algorithm

Annotations

- INTERVENTIONS to PREVENT FALLS:

Older person living in the community

Older persons in long-term care facilities

Older persons with cognitive impairment

- ACKNOWLEDGMENTS:

Panel members and affiliations

- APPENDICES A-C

**Gesamtbeurteilung**

Gesamtqualität der Leitlinie: **5/7**

Leitlinie empfohlen für eine Anwendung? **Ja, mit Veränderungen**

**Anmerkungen:**

- Die Leitlinie ist nur über Homepage zugänglich - der Aufbau der Empfehlungen ist nicht logisch und erschwert die Anwendung - Implementierungsstrategien, Monitoring - und Auditkriterien fehlen gänzlich. Eine Anwendung kann empfohlen werden, wenn die Benutzerfreundlichkeit und Anwendbarkeit erhöht wird.

<b>Domäne</b>	<b>Total</b>
1 - Scope and Purpose	13
2 - Stakeholder Involvement	12
3 - Rigour of Development	28
4 - Clarity of Presentation	12
5 – Applicability	4
6 - Editorial Independence	12

**1. Scope and Purpose** (Erreichte Punktezahl: 13)

**1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 6

siehe Homepage(HP) Introduction(Background):

+ das Ziel der Leitlinie (Unterstützung der „Health professionals“) und die Population sind genannt

- das erwartete Outcome ist nicht beschrieben

**2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es sind keine Schlüsselfragen angegeben

**3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.**

Rating: 6

siehe HP Introduction(Background):

+ die Zielgruppe (Personen unter Risiko bzw. bereits gestürzte Personen) ist genannt

- es fehlen jedoch nähere Angaben zu Alter oder den ausgeschlossenen Personen

**2. Stakeholder Involvement** (Erreichte Punktezahl: 12)

**4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.**

Rating: 6

siehe HP Acknowledgments:

+ EntwicklerInnengruppe ist mit jeweils dem Namen, Titel, Institution und Ort angeführt

- die Aufgabenverteilung der Gruppenmitglieder fehlt

+ es sind Berufsgruppen aus den Bereichen Medizin, Pflege, in die Entwicklung involviert aber auch Physio- und BeschäftigungstherapeutInnen

**5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Die PatientInnenpräferenzen und Wünsche wurden nicht erhoben

**6. The target users of the guideline are clearly defined.**

Rating: 5

siehe HP Introduction (Background):

+ Zielgruppe (Health care professionals) und Absicht (assist health care professionals) ist genannt

- genaues Setting fehlt, daher nicht genau erkennbar an welche „Health care professionals“ sich die Leitlinie richtet

**3. Rigour of Development** (Erreichte Punktezahl: 28)

**7. Systematic methods were used to search for evidence.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe HP Introduction (Selection of Evidence):

+ Datenbanken, Suchzeitraum, Schlüsselwörter und gesuchte Studiendesigns sind genannt

**8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe HP Introduction (Selection of Evidence):

+ für die Suche wurden Limits gesetzt (Alter, Studiendesign, Sprache)

+ ebenso wurden Kriterien gelistet, die den Ausschluss von Studien initiierten

**9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.**

Rating: 2

siehe HP Introduction (Selection of Evidence):

+ das Studiendesign wurde als Limit bei der Suche gesetzt (RCT, SR, HTA, CT, CCT, Meta-Analyse)

- detaillierte Beschreibung der Stärken und Schwächen, der zugrunde liegende Literatur fehlt

**10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Keine Beschreibung wie die Empfehlungen formuliert wurden

**11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine möglichen Vorteile und Schäden, Nebenwirkungen oder Risiken diskutiert

**12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe HP Interventions (Older Persons in Long- Term care Facilities):

+ Die Empfehlungen sind deutlich mit der zugrunde liegenden Literatur verknüpft (Absatz) und Schlüsselempfehlungen lassen sich klar identifizieren

+ Referenzliste ist vorhanden (Bibliography)

**13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.**

Rating: 2

siehe HP Acknowledgments (Peer Review):

+ es gibt Angaben, dass die Leitlinie (Entwurf), vor der Publikation, einem Peer Review unterzogen wurde

- es fehlen jedoch Angaben über das genaue Prozedere und Methodik

- ebenso werden keine Angaben gemacht welche Informationen daraus gewonnen werden konnten und welchen Zweck das Review im Detail hatte

**14. A procedure for updating the guideline is provided.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es wird kein Prozedere für eine Überarbeitung der Leitlinie beschrieben

**4. Clarity of Presentation** (Erreichte Punktezahl: 12)

**15. The recommendations are specific and unambiguous.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe HP Interventions (Older persons in long-term care facilities):

+ die Population und das Setting sind beschrieben, daher erkennbar, an wen sich die Empfehlungen richten

+ der Zweck der Intervention ist ersichtlich

**16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine unterschiedlichen Handlungsoptionen für spezielle Problematiken angeboten

**17. Key recommendations are easily identifiable.**

Rating: 4

siehe HP Interventions (Older persons in long-term care facilities):

- Leitlinie ist nur über die Homepage zugänglich, daher bedarf das Identifizieren der Schlüsselempfehlungen einiger Zeit
- Aufbau nicht gut übersichtlich

**5. Applicability** (Erreichte Punktezahl: 4)

**18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine erleichternden oder erschwerenden Faktoren für die Anwendung beschrieben

**19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine Hilfsmittel/Tools angeboten, um die Empfehlungen einfacher in die Praxis zu implementieren

**20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine möglichen Kosten oder benötigte Ressourcen für die Anwendung der Empfehlungen berücksichtigt

**21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Die Leitlinie bietet keine Monitoring/Audit oder Evaluationskriterien an

**6. Editorial Independence** (Erreichte Punktezahl: 12)

**22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.**

Rating: 5

siehe HP Acknowledgments:

+ die finanzielle Unabhängigkeit der Entwicklergruppenmitglieder wird erwähnt

- ein Statement über einen nicht beeinflussenden Kostenträger fehlt

**23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe HP Acknowledgments:

+ finanzielle Beziehungen und mögliche Einflüsse werden besprochen

+ Statement über mögliche Interessens- und Wettbewerbskonflikte wird somit getätigt

**Titel:** Preventing Falls and Harm from Falls in Older People- Best Practice Guidelines for Australian Hospitals

**Organisation/AutorInnen:** The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

**Publikationsdatum:** 2005, 1. Version  
2009 aktualisierte Version

**Leitlinie erhältlich unter:**  
[www.activeandhealthy.nsw.gov.au/assets/pdf/Hospital\\_Guidelines.pdf](http://www.activeandhealthy.nsw.gov.au/assets/pdf/Hospital_Guidelines.pdf)

**Seitenanzahl:** 236

**Inhalte** (entnommen aus der Leitlinie, ev. in Originalsprache):

- Statement from the chief executive
- Acronyms and abbreviations
- Preface
- Acknowledgments
- Summary of recommendations and good practice points

Part A Introduction

1. Background
2. Falls and falls injuries in Australia
3. Involving older people in falls prevention

Part B Standard falls prevention strategies

4. Falls prevention interventions
5. Falls risk screening and assessment

Part C Management strategies for common falls risk factors

6. Balance and mobility limitations
7. Cognitive impairment
8. Continence
9. Feet and footwear
10. Syncope
11. Dizziness and vertigo
12. Medications
13. Vision
14. Environmental considerations

- 15. Individual surveillance and observation
- 16. Restraints
- Part D Minimising injuries from falls
- 17. Hip protectors
- 18. Vitamin D and calcium supplementation
- 19. Osteoporosis management
- Part E Responding to falls
- 20. Post-fall management
- Appendices 1-12

### **Gesamtbeurteilung**

Gesamtqualität der Leitlinie: **5/7**

Leitlinie empfohlen für eine Anwendung? **Ja, mit Veränderungen**

### **Anmerkungen:**

+ die Darstellung der Empfehlungen ist gut und übersichtlich + die ökonomischen und finanziellen Ressourcen werden diskutiert - die systematischen Methoden der Literaturrecherche, Literaturauswahl und Qualitätsüberprüfung fehlen. Die Leitlinie ist sehr praktikabel und sehr benutzerfreundlich. Die Gestaltung der Leitlinie ist ebenso sehr zufriedenstellend. Mangelhaft ist die methodologische Entwicklung der Leitlinie, wodurch eine Anwendung ohne Modifikationen nicht empfohlen werden kann.

<b>Domäne</b>	<b>Total</b>
1 - Scope and Purpose	14
2 - Stakeholder Involvement	13
3 - Rigour of Development	19
4 - Clarity of Presentation	21
5 - Applicability	12
6 - Editorial Independence	14

**1. Scope and Purpose** (Erreichte Punktezahl): 14

**1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 6

siehe S.3:

+ Population und Setting wird beschrieben

- die Absichten und das erwartete Outcome sind nicht beschrieben

**2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine Schlüsselfragen beschrieben

**3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.4:

+ Zielgruppe ist genannt

+ Alter ist beschrieben (älter als 65 Jahre aber auch jüngere unter Risiko)

**2. Stakeholder Involvement** (Erreichte Punktezahl: 13)

**4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.**

Rating: 5

siehe S.xviii:

+ die Mitglieder der EntwicklerInnengruppe sind mit Name, Institution, Ort angeführt

+ die Aufgaben der Mitglieder sind ebenso angeführt

+ die AutorInnen jedes einzelnen Kapitels sind angeführt

- nicht alle relevanten Berufsgruppen werden abgedeckt

**5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Die PatientInnenpräferenzen und Wünsche wurden nicht berücksichtigt

**6. The target users of the guideline are clearly defined.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.4:

+ Die AnwenderInnengruppe ist beschrieben bzw. das Setting ist exakt angeführt, so dass die AnwenderInnengruppe abgeleitet werden kann

**3. Rigour of Development** (Erreichte Punktezahl: 19)

**7. Systematic methods were used to search for evidence.**

Rating: 1 Strongly Disagree

siehe S.6:

- Es wird explizit angegeben, dass keine systematischen Methoden verwendet wurden

**8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

siehe S.6:

- Es wird explizit angegeben, dass keine Kriterien zur Auswahl der Literatur dokumentiert wurden

**9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Die Stärken und Schwächen bzw. die Qualität der Literatur wurde nicht überprüft und dokumentiert

**10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Das Prozedere der Formulierung der Empfehlungen wurde nicht beschrieben

**11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine möglichen Vorteile oder Schäden, Nebenwirkungen und Risiken diskutiert

**12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe ab S.25:

+ die Empfehlungen sind mit der zugrunde liegenden Literatur deutlich durch Fußnoten verknüpft

+ eine Referenzliste ist vorhanden

**13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.**

Rating: 4

siehe S.6 und Appendix1:

+ die Leitlinie bzw. jedes einzelne Kapitel wurde von externen Experten überprüft

+ jedes Kapitel (in Appendix1) ist mit Autor und Reviewer angeführt

- die Methodik des Reviews wurde nicht beschrieben

- das vorrangige Ziel der Überprüfung wurde nicht angeführt und welche Informationen daraus gewonnen wurden, wird nicht beschrieben

**14. A procedure for updating the guideline is provided.**

Rating: 3

siehe S.7:

- es wird lediglich angegeben, dass die Leitlinie im Jahr 2014 überarbeitet wird. Das Prozedere wird nicht beschrieben

**4. Clarity of Presentation** (Erreichte Punktezahl: 21)

**15. The recommendations are specific and unambiguous.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe ab S.21:

+ die Empfehlungen beziehen sich klar und eindeutig auf Setting und spezielle Population

+ Population und Setting sind klar

+ die empfohlenen Maßnahmen sind deutlich beschrieben

**16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.**

Rating: 7 Strongly Agree

Die Leitlinie bietet für viele unterschiedliche Problematiken und Zustände in einzelnen Kapitel Interventionen an. So gibt es z.B. für Balance und Mobilitätseinschränkungen, kognitive Einschränkungen, Sehvermögen, Medikation, etc. einzelne Kapiteln mit den jeweiligen Interventionen und Informationen

**17. Key recommendations are easily identifiable.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe ab S.21:

+ die Schlüsselempfehlungen sind mittels grafischer Darstellung (Zeichen, Umrahmung, farbliches Hervorheben) gut erkennbar und identifizierbar

**5. Applicability** (Erreichte Punktezahl: 12)

**18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine erleichternden oder erschwerenden Faktoren für die Anwendung der Leitlinie beschrieben

**19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.**

Rating: 3

siehe S.9:

+ Es wird ein Plan dargestellt, wie die Empfehlungen in die Praxis implementiert werden können

- dieser ist jedoch nicht sehr detailliert beschrieben

**20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.6:

+ Es wurde ein systematisches Review durchgeführt, um ökonomische Evaluationen einzelner Interventionen zu identifizieren

+ die Ergebnisse dieses Reviews wurde bei den einzelnen Interventionen diskutiert

**21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.**

Rating: 1 Strongly Disagree

siehe S.9:

- Es wird ein Evaluationsprozess vorgeschlagen, jedoch fehlen die detaillierten Kriterien

**6. Editorial Independence** (Erreichte Punktezahl: 14)

**22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.3:

+ der Name des Kostenträgers (ACSQHC) wurde genannt und ein Statement über die Unabhängigkeit ist vorhanden

**23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.xvii:

+ ein finanzieller Interessenskonflikt der EntwicklerInnengruppe wurde ausgeschlossen

**Titel:** Preventing Falls and Harm from Falls in Older People- Best Practice Guidelines for Australian Residential Aged Care Facilities

**Organisation/AutorInnen:** The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

**Publikationsdatum:** 2005, 1. Version  
2009 aktualisierte Version

**Leitlinie erhältlich unter:**

[www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/com-pubs\\_FallsGuidelines/\\$File/Guidelines-RACF.PDF](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/com-pubs_FallsGuidelines/$File/Guidelines-RACF.PDF)

**Seitenanzahl:** 220

**Inhalte** (entnommen aus der Leitlinie, ev. in Originalsprache):

- Statement from the chief executive
- Acronyms
- Preface
- Acknowledgments
- Summary of recommendations and good practice points

Part A Introduction

1. Background
2. Falls and falls injuries in Australia
3. Involving residents in falls prevention

Part B Standard falls prevention strategies

4. Falls prevention interventions
5. Falls risk screening and assessment

Part C Management strategies for common falls risk factors

6. Balance and mobility limitations
7. Cognitive impairment
8. Continence
9. Feet and footwear
10. Syncope
11. Dizziness and vertigo
12. Medications
13. Vision
14. Environmental considerations
15. Individual surveillance and observation

16. Restraints  
Part D Minimising injuries from falls  
17. Hip protectors  
18. Vitamin D and calcium supplementation  
19. Osteoporosis management  
Part E Responding to falls  
20. Post-fall management  
Appendices 1-12

### **Gesamtbeurteilung**

Gesamtqualität der Leitlinie: **5/7**

Leitlinie empfohlen für eine Anwendung? **Ja, mit Veränderungen**

### **Anmerkungen:**

+ die Darstellung der Empfehlungen ist gut und übersichtlich + die ökonomischen und finanziellen Ressourcen werden diskutiert - die systematischen Methoden der Literaturrecherche, Literatúrauswahl und Qualitätsüberprüfung fehlen. Die Leitlinie ist sehr praktikabel und sehr benutzerfreundlich. Die Gestaltung der Leitlinie ist ebenso sehr zufriedenstellend. Mangelhaft ist die methodologische Entwicklung der Leitlinie, wodurch eine Anwendung ohne Modifikationen nicht empfohlen werden kann.

<b>Domäne</b>	<b>Total</b>
1 - Scope and Purpose	14
2 - Stakeholder Involvement	13
3 - Rigour of Development	19
4 - Clarity of Presentation	21
5 - Applicability	12
6 - Editorial Independence	14

**1. Scope and Purpose** (Erreichte Punktezahl: 14)

**1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 6

siehe S.3:

- + Population und Setting wird beschrieben
- die Absichten sind nicht beschrieben

**2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine Schlüsselfragen beschrieben

**3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.4:

- + Zielgruppe ist genannt
- + Alter ist beschrieben (älter als 65 Jahre aber auch Jüngere unter Risiko)

**2. Stakeholder Involvement** (Erreichte Punktezahl: 13)

**4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.**

Rating: 5

siehe S.xviii und Appendix 1:

- + die Mitglieder der EntwicklerInnengruppe sind mit Name, Institution, Ort angeführt
- + die Aufgaben der Mitglieder sind ebenso angeführt
- + die AutorInnen jedes einzelnen Kapitels sind angeführt
- nicht alle relevanten Berufsgruppen werden abgedeckt

**5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Die PatientInnenpräferenzen und Wünsche wurden nicht berücksichtigt

**6. The target users of the guideline are clearly defined.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.4:

+ Die AnwenderInnengruppe ist beschrieben bzw. das Setting ist exakt angeführt, so dass die AnwenderInnengruppe abgeleitet werden kann

**3. Rigour of Development** (Erreichte Punktezahl: 19)

**7. Systematic methods were used to search for evidence.**

Rating: 1 Strongly Disagree

siehe S.6:

- Es wird explizit angegeben, dass keine systematischen Methoden verwendet wurden

**8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

siehe S.6:

- Es wird explizit angegeben, dass keine Kriterien zur Auswahl der Literatur dokumentiert wurden

**9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Die Stärken und Schwächen bzw. die Qualität der Literatur wurde nicht überprüft und dokumentiert

**10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Das Prozedere der Formulierung der Empfehlungen wurde nicht beschrieben

**11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine möglichen Vorteile oder Schäden, Nebenwirkungen und Risiken diskutiert

**12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe ab S.29

+ die Empfehlungen sind mit der zugrunde liegende Literatur deutlich durch Fußnoten verknüpft

+ eine Referenzliste ist vorhanden

**13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.**

Rating: 4

siehe S.6:

+ die Leitlinie bzw. jedes einzelne Kapitel wurde von externen Experten überprüft

+ jedes Kapitel (in Appendix1) ist mit Autor und Reviewer angeführt

- die Methodik des Reviews wurde nicht beschrieben

- das vorrangige Ziel der Überprüfung wurde nicht angeführt und welche Informationen daraus gewonnen wurden, werden nicht beschrieben

**14. A procedure for updating the guideline is provided.**

Rating: 3

siehe S.7:

- es wird lediglich angegeben, dass die Leitlinie im Jahr 2014 überarbeitet wird. Das Prozedere wird nicht beschrieben

**4. Clarity of Presentation** (Erreichte Punktezahl: 21)

**15. The recommendations are specific and unambiguous.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe ab S.29:

+ die Empfehlungen beziehen sich klar und eindeutig auf Setting und spezielle Population

+ Population und Setting sind klar

+ die empfohlenen Maßnahmen sind deutlich beschrieben

**16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.**

Rating: 7 Strongly Agree

Die Leitlinie bietet für viele unterschiedliche Problematiken und Zustände in einzelnen Kapitel Interventionen an. So gibt es z.B. für Balance und Mobilitätseinschränkungen, kognitive Einschränkungen, Sehvermögen, Medikation, Umgebungsbedingungen etc. einzelne Kapitel mit den jeweiligen Interventionen und Informationen

**17. Key recommendations are easily identifiable.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe ab S.21:

+ die Schlüsselempfehlungen sind mittels grafischer Darstellung (Zeichen, Umrahmung, farbliches Hervorheben) gut erkennbar und identifizierbar

**5. Applicability** (Erreichte Punktezahl: 12)

**18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine erleichternden oder erschwerenden Faktoren für die Anwendung der Leitlinie beschrieben

**19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.**

Rating: 3

siehe S.9:

+ Es wird ein Plan dargestellt, wie die Empfehlungen in die Praxis implementiert werden können

- dieser ist jedoch nicht sehr detailliert beschrieben

**20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.7:

+ Es wurde ein systematisches Review durchgeführt, um ökonomische Evaluationen einzelner Interventionen zu identifizieren

+ die Ergebnisse dieses Reviews wurde bei den einzelnen Interventionen diskutiert

**21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.**

Rating: 1 Strongly Disagree

siehe S.9:

- Es wird ein Evaluationsprozess vorgeschlagen, jedoch fehlen die detaillierten Kriterien

**6. Editorial Independence** (Erreichte Punktezahl: 14)

**22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.3:

+ der Name des Kostenträgers (ACSQHC) wurde genannt und ein Statement über die Unabhängigkeit ist vorhanden

**23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.xvii:

+ ein finanzieller Interessenskonflikt der EntwicklerInnengruppe wurde ausgeschlossen

**Titel:** Prevention of Falls in Long-Term Care Facilities

**Organisation/AutorInnen:** Canadian Task Force on preventive Health Care

**Publikationsdatum:** 2003, 1. Version

**Leitlinie erhältlich unter:** [http://canadiantaskforce.ca/\\_archive/index.html](http://canadiantaskforce.ca/_archive/index.html)

**Seitenanzahl:** 55

Inhalte (entnommen aus der Leitlinie, ev. in Originalsprache):

**Abstract:**

Objectives

Options

Outcomes

Evidence

Benefits, Harms and Costs

Values

Recommendations

Validation

Sponsors

**Gesamtbeurteilung**

Gesamtqualität der Leitlinie: 4/7

Leitlinie empfohlen für eine Anwendung? **#ein**

## Ausführliche Leitlinienbewertung (CTFPHC)

### **Anmerkungen:**

Die Leitlinie ist für eine Verwendung in der Praxis in dieser Form nicht geeignet. Die Empfehlungen lassen sich nicht in die Praxis implementieren, da sie nicht vollkommen klar und verständlich sind. Methodologisch ist die Leitlinie jedoch gut und nachvollziehbar. Trotz der guten Qualität der Entwicklung kann eine Anwendung in der Praxis nicht empfohlen werden

<b>Domäne</b>	<b>Total</b>
1 - Scope and Purpose	17
2 - Stakeholder Involvement	7
3 - Rigour of Development	39
4 - Clarity of Presentation	11
5 - Applicability	4
6 - Editorial Independence	8

**1.ScopeandPurpose** (Erreichte Punktezahl: 17)

**1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe Technical Report S.6:

+ Ziel und Zweck (Feststellung der Risiken für Stürze, Identifizierung von effektiven Sturzpräventionsprogrammen in Langzeitpflegeeinrichtungen) des Reviews wird beschrieben. Ebenso wird beschrieben was nicht dargestellt und untersucht wird

**2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 4

siehe Abbildung 1, S.37:

+ Schlüsselfragen sind angeführt;

- jedoch sind die Zielpopulation, Interventionen, Outcomes nicht exakt beschrieben, daher sind die Fragen nicht klar verständlich

**3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.**

Rating: 6

siehe S.6-7:

+ beschreibt das Setting und damit die Zielgruppe der Leitlinie

+ beschreibt, welche Gruppe ausgeschlossen wird

- detaillierte und exakte Angaben fehlen jedoch

**2. Stakeholder Involvement** (Erreichte Punktezahl: 7)

**4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.**

Rating: 3

siehe S. 32:

- + Name, Institution, Ort, Disziplin sind angeführt
- die detaillierte Beschreibung der Aufgabenverteilung fehlt
- nicht alle relevanten Berufsgruppen wurden bei der Entwicklung inkludiert; nur aus dem medizinischen Bereich

**5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- die PatientInnenpräferenzen und Wünsche wurden nicht ermittelt

**6. The target users of the guideline are clearly defined.**

Rating: 3

siehe S. 6-7:

- + das Setting ist beschrieben
- jedoch nicht wer die AnwenderInnengruppe ist

**3. Rigour of Development** (Erreichte Punktezahl: 39)

**7. Systematic methods were used to search for evidence.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe Appendix 2:

+ die Datenbanken sind angeführt, ebenso der Suchzeitraum und die Suchbegriffe

**8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe Appendix 1:

+ die Ein- und Ausschlusskriterien sind detailliert angeführt, ebenso das Studiendesign, die Teilnehmer, Intervention und Outcomemessung

**9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.**

Rating: 4

siehe S. 10 und Appendix 3:

+ es wird angeführt, dass die Qualität der Literatur überprüft wurde und anhand welcher Kriterien

- jedoch sind diese Kriterien nicht angeführt und daher ist dieser Prozess nicht vollständig nachvollziehbar

**10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.**

Rating: 4

siehe Appendix 3:

+ die Entwicklung der Empfehlungen ist beschrieben

- die Beschreibung ist jedoch nicht detailliert

- das Outcome wurde nicht angeführt und ob der Prozess die Empfehlungen beeinflusste ist ebenso nicht angeführt

**11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.**

Rating: 5

siehe S. 4, 26-27, Recommendation Statement :

- + mögliche Schäden und Vorteile wurden besprochen
- jedoch nicht sehr detailliert und umfangreich

**12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S. 30 und Tabelle 3:

- + die Empfehlungen sind durch Überschriften gekennzeichnet und lassen sich so mit der zugrunde liegenden Literatur verknüpfen, dies ist kein logischer Aufbau und daher ist das nachvollziehen der dazugehörenden Literatur schwer
- + mittels Tabelle 3 wurde die Literatur mit den Empfehlungen jedoch ausreichend verknüpft

**13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.**

Rating: 4

siehe Appendix 3:

- + eine Vorfassung wurde von 2 Experten geprüft
- + das Feedback wurde in eine weitere Vorfassung integriert
- keine näheren Angaben über den Zweck des Review
- keine Angaben mit welcher Methode das Review gemacht wurde und welche Ergebnisse (Key findings) identifiziert wurden

**14. A procedure for updating the guideline is provided.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Kein Prozess für eine Aktualisierung der Leitlinie ist beschrieben

**4. Clarity of Presentation** (Erreichte Punktezahl: 11)

**15. The recommendations are specific and unambiguous.**

Rating: 3

siehe S. 30 und 52:

- Den Empfehlungen ist nicht klar zu entnehmen, wie diese in die Praxis umzusetzen sind und wer die Zielgruppe sein soll

**16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine unterschiedlichen Handlungsoptionen und Möglichkeiten für die spezielle Problematiken der Zielgruppe angeboten

**17. Key recommendations are easily identifiable.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S. 30 und Tabelle:

+ Die Empfehlungen sind durch Überschriften gekennzeichnet und in Tabelle 3 leicht auffindbar

**5. Applicability** (Erreichte Punktezahl: 4)

**18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine erleichternde oder erschwerende Faktoren zur Anwendung der Leitlinie beschrieben

**19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine Tools angeboten, wie die Empfehlungen in die Praxis gebracht werden können

**20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.**

Rating: 1 Strongly Disagree

siehe S. 6:

- es werden keine möglichen Kosten und Ressourcen für die Implementierung beschrieben

**21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine Monitoring oder Audit- Kriterien angegeben

**6. Editorial Independence** (Erreichte Punktezahl: 8)

**22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.5:

+ ein Statement über die Unabhängigkeit ist angeführt

**23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Interessenskonflikte oder Wettbewerbskonflikte werden nicht angesprochen

**Titel:** Evidence- based Leitlinie- Sturzprophylaxe für Ältere und alte Menschen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen

**Organisation/AutorInnen:** Bachner Daniela, Hass Waltraud, Schaffer Susanna, Semlitsch Barbara, Uhl Christine, Weiß Richard

**Publikationsdatum:** 2009, 1. Version

**Leitlinie erhältlich unter:**

[www.ebn.at/cms/dokumente/10218156\\_5081774/e6ce6560/Leitline\\_Langversion\\_Jan\\_09.pdf](http://www.ebn.at/cms/dokumente/10218156_5081774/e6ce6560/Leitline_Langversion_Jan_09.pdf)

**Seitenanzahl:** 124

**Inhalte** (entnommen aus der Leitlinie, ev. in Originalsprache):

Vorwort

1. Evidence-based Leitlinien
2. Erstellerteam
3. Glossar
4. Leitlinie zur Sturzprophylaxe
5. Methodik der Leitlinienerstellung
6. Sturzrisikofaktoren
7. Sturzrisikoassessment
8. Evidence-based Empfehlungen zur Sturzprophylaxe
9. Sturzpräventionsmaßnahmen und Compliance der Teilnehmer
10. Kosten: Stürze und Sturzprävention
11. Ausblick
12. Anhang

**Gesamtbeurteilung**

Gesamtqualität der Leitlinie: 7/7

Leitlinie empfohlen für eine Anwendung? **Ja**

**Anmerkungen:**

Die Leitlinie ist sehr anwenderfreundlich und lässt sich einfach in der Praxis anwenden. Die Entwicklung basiert auf systematischen Methoden und bezieht sich auf die beste aktuell verfügbare Evidenz. Die PatientInnenpräferenzen sind in die Entwicklung einbezogen worden. Ein Mangel ist die Beteiligung von allen relevanten Berufsgruppen, da nur Personen aus dem Pflegebereich in die Entwicklung involviert waren.

<b>Domäne</b>	<b>Total</b>
1 - Scope and Purpose	21
2 - Stakeholder Involvement	17
3 - Rigour of Development	39
4 - Clarity of Presentation	19
5 – Applicability	20
6 - Editorial Independence	3

**1.ScopeandPurpose** (Erreichte Punktezahl: 21)

**1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.21-22:

- + Ziel der Leitlinie exakt beschrieben ("wirksamsten Methoden zur Sturzprophylaxe aufzeigen)
- + der erwartete Effekt wird angeführt
- + Ziel- und AnwenderInnengruppen bzw. Interessensgruppen sind beschrieben

**2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.26:

- + Forschungsfragen enthalten das Setting, Population, Interventionen

**3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.22:

- + Zielgruppe mit Geschlecht, Alter sowie der funktionellen Fähigkeiten ist beschrieben
- + einzelne Empfehlungen beschreiben zusätzlich an wem sie sich richten

**2. Stakeholder Involvement** (Erreichte Punktezahl: 17)

**4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.**

Rating: 3

siehe S.12:

- + Name, Disziplin/Expertise, Ort und Institution sind angeführt
- Rollen- und Aufgabenverteilungen der Mitglieder in der EntwicklerInnengruppe fehlen
- nicht alle relevanten Berufsgruppen wurden in die Entwicklung inkludiert (nur Pflege)

**5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.22:

- + PatientInnenpräferenzen wurden über Cochrane Consumer Network ermittelt
- + Die Ergebnisse dieser wurden detailliert angeführt

**6. The target users of the guideline are clearly defined.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.22:

- + AnwenderInnengruppe ist detailliert angeführt (Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, PflegehelferInnen, AltenpflegerInnen, PhysiotherapeutInnen sowie auch Angehörige von älteren und alten Menschen)

**3. Rigour of Development** (Erreichte Punktezahl: 39)

**7. Systematic methods were used to search for evidence.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.26 bis 27:

- + Name der Datenbanken, Suchzeitraum, Schlüsselwörter und Limits der Suche sind angeführt

**8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.27:

+ Die Ein- und Ausschlusskriterien sind detailliert angeführt

Einschlusskriterien: Studiendesign, Teilnehmer, Setting, Interventionen und Outcomes

**9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S. 8 und S. 29-32:

+ die Literatur wurde mittels der Grade- Methodik evaluiert

+ Beurteilungsbögen für Übersichtsarbeiten, Metaanalysen und Interventionsstudien wurden verwendet

**10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.**

Rating: 2

siehe S.31:

+ keine genauen Angaben über die Formulierung der Empfehlungen

+ keine Angaben über die Ergebnisse des Formulierungsprozesses

**11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.**

Rating: 2

- Keine Angaben über mögliche Nutzen, Schaden und Risiken

+ Es wird lediglich beschrieben, dass eine Abwägung zwischen Nutzen und Schaden einzelner Maßnahmen zu beachten ist

**12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe ab Kapitel 7:

+ Die Empfehlungen und Aussagen, sind deutlich mit Literatur gekennzeichnet und mit Literatur verknüpft (Quellenangaben im Text). Ebenso sind die vollständigen Referenzen im Anhang im Literaturverzeichnis ersichtlich und nachzuvollziehen

**13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.**

Rating: 4

siehe S.81:

+ Die Leitlinie wurde von externen Experten begutachtet und dadurch wurden Änderungen vorgenommen

- Jedoch keine Angaben wie der Review Prozess detailliert statt gefunden hat

- Keine Angaben welchen Zweck das Review hatte und welche Informationen im Detail daraus gewonnen wurden

**14. A procedure for updating the guideline is provided.**

Rating: 3

siehe S.82-83:

+ Erklärung, dass die Leitlinie im Feber 2012 aktualisiert vorliegen wird, wird abgegeben

- keine genauen methodischen Angaben der Aktualisierung

**4. Clarity of Presentation** (Erreichte Punktezahl: 19)

**15. The recommendations are specific and unambiguous.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe ab Kapitel 7:

- + Empfehlungen beziehen sich klar auf ein Setting oder eine speziellen Population (Menschen unter Risiko, ...)
- + Zweck der Empfehlungen sind klar ersichtlich
- + die empfohlenen Maßnahmen sind detailliert beschrieben

**16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.**

Rating: 5

siehe S.52-53: In einer Tabelle werden für individuelle Risikofaktoren, spezielle Interventionen vorgeschlagen

**17. Key recommendations are easily identifiable.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe ab Kapitel 7:

- + Schlüsselempfehlungen sind klar durch die Umrahmung sowie durch die Grafik der Empfehlungsklassifizierung erkennbar

**5. Applicability** (Erreichte Punktezahl: 20)

**18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S. 81-82:

- + Vor der Dissemination wurde die Akzeptanz der AnwenderInnengruppe untersucht
- + positive Rückmeldung bzgl. Brauchbarkeit, Praktikabilität,...
- + Leitlinie wird über mehrere Wege verbreitet, um eine große Anzahl an Anwender zu erreichen (elektronische und gedruckte Form erhältlich)
- + Schulungsmaßnahmen sowie Implementierungsansätze werden kurz diskutiert
- + Angaben darüber, dass keine zusätzlichen Kosten oder Ressourcen notwendig sind, jedoch eine mögliche Umstrukturierung der Organisation und Einrichtung

**19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.**

Rating: 2

- eine Kurzversion der Leitlinie ist erhältlich, dadurch zusammengefasste Empfehlungen
- kein Algorithmus, keine Check-Listen oder Handbücher
- Keine Instrumenten, um Barrieren zu minimieren oder wie auf Tools und Ressourcen zugegriffen werden kann

**20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.**

Rating: 5

siehe ab Kapitel 7:

- + Einzelne Empfehlungen enthalten Aussagen über mögliche notwendige Ressourcen und Kosten
- Jedoch keine Angaben wie und wodurch diese Kosten identifiziert wurden

**21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.**

Rating: 6

siehe S.82:

+ Nutzung und Auswirkungen der Leitlinie sollen evaluiert werden und Indikatoren und Kriterien hierfür wurden festgelegt

- wie, wann, von wem die Kriterien jedoch evaluiert werden sollen, wird nicht angeführt

**6. Editorial Independence** (Erreichte Punktezahl: 3)

**22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.**

Rating: 2

siehe S. 2:

+ Aussage von wem die Leitlinie finanziert wurde ist vorhanden (LKH Univ. Klinikum Graz)

- Keine Angaben ob es einen Einfluss durch den Kostenträger gab

**23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Keine Aussagen darüber, ob es mögliche Wettbewerbs- oder Interessenskonflikte gegeben hat

**Titel:** Fall Prevention for Older Adults- Evidence Based Practice Guideline

**Autorin:** Salisbury Lyons Stacie

**Publikationsdatum:** 1996, 1. Version  
2004 aktualisierte Version

**Leitlinie erhältlich unter:** [www.nursing.uiowa.edu/centers/gnirc/rtdcore.htm](http://www.nursing.uiowa.edu/centers/gnirc/rtdcore.htm)

**Seitenanzahl:** 61

**Inhalte** (entnommen aus der Leitlinie, ev. in Originalsprache):

- I. Evidence-Based Guideline
  - A. Purpose
  - B. Definition of Falls
  - C. Individuals at Risk for Falls
  - D. Setting-Specific Fall Risk Factors
  - E. Fall Prevention for Older Adults Algorithm
  - F. Multidimensional Fall Assessment
  - G. Description of Interventions--Implementing Fall Prevention Interventions
- II. Evaluation: Process and Outcome Indicators
  - A. Process Indicators
  - B. Outcome Indicators
- III. Appendices A-L

**Gesamtbeurteilung:**

Gesamtqualität der Leitlinie: **3/7**

Leitlinie empfohlen für eine Anwendung? **"ein**

## Ausführliche Leitlinienbewertung (Lyons)

### **Anmerkungen:**

- Die Entwicklung der Leitlinie ist nicht dargestellt - Die Empfehlungen sind nicht klar und eindeutig formuliert, so lassen sie sich nicht in die Praxis implementieren - Keine detaillierten Angaben zur EntwicklerInnengruppe, lt. den Angaben nur eine Autorin /Entwicklerin. Eine Empfehlung für die Anwendung in der Praxis kann nicht ausgesprochen werden.

<b>Domäne</b>	<b>Total</b>
1 - Scope and Purpose	15
2 - Stakeholder Involvement	5
3 - Rigour of Development	17
4 - Clarity of Presentation	10
5 – Applicability	10
6 - Editorial Independence	2

**1.ScopeandPurpose** (Erreichte Punktezahl: 15)

**1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.4:

+ das Ziel der Leitlinie ist sehr detailliert beschrieben (Risiko erkennen, Sturz vermeiden,...)

+ das Setting und die Population ist angegeben

**2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es sind keine Schlüsselfragen beschrieben

**3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.4:

+ Die Zielgruppe ist angegeben (Personen unter Risiko, Personen die bereits gestürzt sind,...)

+ Setting ist beschrieben

**2.StakeholderInvolvement** (Erreichte Punktezahl: 5)

**4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.**

Rating: 1 Strongly Disagree

siehe S.60:

- es sind keine näheren Angaben zur EntwicklerInnengruppe vorhanden

- es ist eine Autorin angegeben, mit Kontaktadresse

**5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Die PatientInnenpräferenzen und Wünsche wurden nicht berücksichtigt bzw. erhoben

**6. The target users of the guideline are clearly defined.**

Rating: 3

siehe S.4:

- die AnwenderInnengruppe ist nicht eindeutig beschrieben

- eine Beschreibung wie die Leitlinie von den AnwenderInnen genutzt werden soll, fehlt

**3. Rigour of Development** (Erreichte Punktezahl: 17)

**7. Systematic methods were used to search for evidence.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine Angaben zu einer systematischen Methodik gemacht

**8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine Ein- und Ausschlusskriterien für die Auswahl der Literatur angeführt

**9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Die möglichen Stärken und Schwächen der Literatur werden nicht diskutiert

**10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Die Methodik der Formulierung der Empfehlungen wird nicht beschrieben

**11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine möglichen Vorteile, Schäden oder Risiken diskutiert oder beschrieben

**12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe ab S.19:

+ die Empfehlungen sind eindeutig mit der zugrunde liegenden Literatur verknüpft (Literaturangaben nach der Empfehlung)

+ Referenzliste ist vorhanden

**13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.**

Rating: 4

siehe S.60:

+ es werden Angaben gemacht, dass die Leitlinie extern überprüft wurde

- jedoch keine Angaben des Zweckes des Reviews und wie das Review durchgeführt wurde, sowie den Informationen, die daraus gewonnen wurden

**14. A procedure for updating the guideline is provided.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine Angaben für ein Prozedere einer Aktualisierung gemacht

**4. Clarity of Presentation** (Erreichte Punktezahl: 10)

**15. The recommendations are specific and unambiguous.**

Rating: 3

siehe ab S.19:

- + anhand der Überschriften lässt sich das Setting der Empfehlung zuordnen
- die Empfehlungen sind jedoch nicht sehr spezifisch (keine exakten Handlungsempfehlungen)
- Empfehlungen sind nicht so formuliert, dass sie eindeutig in der Praxis angewendet werden können

**16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.**

Rating: 3

siehe ab S.19:

Es werden unterschiedliche Möglichkeiten und Empfehlungen abgegeben wie bei Medikation, speziellen Umgebungsbedingungen etc. umgegangen werden soll. Jedoch nicht sehr detailliert

**17. Key recommendations are easily identifiable.**

Rating: 4

siehe S.8 und ab S.19:

- + Empfehlungen sind in einem Algorithmus dargestellt, jedoch nicht sehr detailliert
- die Schlüsselempfehlungen sind nicht gut gekennzeichnet und nicht einfach zu identifizieren

**5. Applicability** (Erreichte Punktezahl: 10)

**18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine erleichternden oder erschwerenden Faktoren für die Anwendung der Leitlinie beschrieben

**19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine expliziten Instrumente angeführt, wie die Empfehlungen in die Praxis gebracht werden können

**20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine möglichen Kosten oder Ressourcen berücksichtigt

**21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe ab S.24 und Appendix H,I,J:

+ Es werden Kriterien angeführt, wie eine effektive Implementierung der Leitlinie gemessen werden kann

+ Tool zur Feststellung des Wissens von Pflegepersonen über Stürze wird angeboten

**6. Editorial Independence** (Erreichte Punktezahl: 2)

**22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine Angaben zum Kostenträger gemacht

**23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Mögliche Interessens- oder Wettbewerbskonflikte werden nicht diskutiert

**Titel:** Evidence- based Guidelines for the secondary Prevention of Falls in Older Adults

**Organisation/AutorInnen:** Moreland Julie, Richardson Julie, Chan David H., O'Neil John, Bellissimo Agostino, Grum Rosa Maria, Shanks Lynne

**Publikationsdatum:** 2003, 1. Version

**Leitlinie erhältlich unter:** Gerontology 2003;49:93- 116

**Seitenanzahl:** 24

**Inhalte** (entnommen aus der Leitlinie, ev. in Originalsprache): Identifizierung und Dokumentation von Risikofaktoren sowie effektive Studien zur Sturzprävention. Für Betreuungspersonen wird eine Checkliste zur Verfügung gestellt, um eine Handlungsanleitung bei speziellen Problemen, anzubieten. Für Forscher wird eine Liste mit Risikofaktoren angeboten.

### **Gesamtbeurteilung**

Gesamtqualität der Leitlinie: **2/7**

Leitlinie empfohlen für eine Anwendung? "**ein**

**Anmerkungen:**

Die Leitlinie ist nur in Form eines Artikels erhältlich, dadurch sind viele Informationen nicht verfügbar. Der Aufbau ist nicht sehr übersichtlich und die Leitlinie ist nicht praktikabel. AnwenderInnen können keine eindeutigen Empfehlungen und Interventionen entnehmen. Eine Anwendung in der Praxis kann daher nicht empfohlen werden.

<b>Domäne</b>	<b>Total</b>
1 - Scope and Purpose	19
2 - Stakeholder Involvement	9
3 - Rigour of Development	25
4 - Clarity of Presentation	6
5 - Applicability	4
6 - Editorial Independence	2

**1. Scope and Purpose** (Erreichte Punktezahl: 19)

**1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 6

siehe Artikel "Objectives“:

- + es ist detailliert beschrieben was das Ziel der Leitlinie und des Artikels sein soll
- die Population und das Setting ist im Abschnitt "Objectives" nicht angeführt, jedoch dem Abstract und "clinical presentation" entnehmbar

**2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 6

siehe "Evidence Model“:

- die Zielpopulation ist nicht genannt
- + die Schlüsselfragen sind spezifisch formuliert

**3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe "clinical presentation“:

- + Alter, Setting, und Voraussetzungen sind angegeben
- + ebenso wird beschrieben welche PatientInnengruppe ausgeschlossen wird

**2. Stakeholder Involvement** (Erreichte Punktezahl: 9)

**4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.**

Rating: 1 Strongly Disagree

siehe "Objectives":

+ es wird genannt, dass die Leitlinie von einer Zahl an ExpertInnen unterschiedlicher Disziplinen und Bereichen entwickelt wurde

- Namen sind genannt, jedoch nicht ersichtlich ob der Leitlinienentwicklung und welcher Disziplin zugehörig

**5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Die PatientInnenpräferenzen und Wünsche wurden nicht erhoben

**6. The target users of the guideline are clearly defined.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe "Objectives":

+ es wird knappt beschrieben für wen die Leitlinie ist

+ ebenso wird beschrieben was die Leitlinie den einzelnen AnwenderInnengruppen bietet (practitioners, researchers)

**3. Rigour of Development** (Erreichte Punktezahl: 25)

**7. Systematic methods were used to search for evidence.**

Rating: 6

siehe "Evidence Model":

+ Datenbanken, Suchwörter, Suchzeitraum sind angegeben

- vollständige und detaillierte Beschreibung der Suche fehlt

**8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.**

Rating: 6

siehe "Evidence Model":

+ Kriterien wurden zum Teil genannt (Studiendesign, Population, Sturzereignis)

**9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.**

Rating: 6

siehe "Evidence Model":

+ die Qualität der Studien wurde mittels Kriterien des Cochrane Reviews ermittelt

**10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Das Prozedere der Formulierung der Empfehlungen ist nicht beschrieben

**11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Die möglichen Vorteile und Schäden, Nebenwirkungen und Risiken wurden nicht diskutiert

**12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.**

Rating: 3

siehe Results:

- Den Empfehlungen ist die zugrunde liegende Literatur nicht eindeutig zuzuordnen

**13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine Angaben zu einer externen Überprüfung gemacht

**14. A procedure for updating the guideline is provided.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine Angaben für ein Prozedere einer Aktualisierung gemacht

**4. Clarity of Presentation** (Erreichte Punktezahl: 6)

**15. The recommendations are specific and unambiguous.**

Rating: 4

siehe "Results":

- die Empfehlungen sind nicht vollkommen klar und eindeutig
- es fehlen Population und AnwenderInnengruppe

**16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine unterschiedlichen Handlungsmöglichkeiten angeboten

**17. Key recommendations are easily identifiable.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Die Schlüsselempfehlungen sind nicht identifizierbar

**5. Applicability** (Erreichte Punktezahl: 4)

**18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine erleichternden oder erschwerenden Faktoren für die Anwendung der Leitlinie dargestellt

**19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine Instrumente oder Strategien für die Implementierung der Leitlinie in die Praxis angeboten

**20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine möglichen Kosten oder Ressourcen diskutiert

**21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werde keine Monitoring oder Audit Kriterien beschrieben

**6. Editorial Independence** (Erreichte Punktezahl: 2)

**22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Der Kostenträger wird nicht genannt und es fehlen jegliche Angaben

**23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Mögliche Interessens- oder Wettbewerbskonflikte sind nicht angeführt

**Titel:** Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult

**Organisation/AutorInnen:** Registered nurses' Association of Ontario

**Publikationsdatum:** 2000, 1. Version  
2005 aktualisierte Version

**Leitlinie erhältlich unter:** [http://www.rnao.org/Storage/12/617\\_BPG\\_Falls\\_rev05.pdf](http://www.rnao.org/Storage/12/617_BPG_Falls_rev05.pdf)

**Seitenanzahl:** 59

**Inhalte** (entnommen aus der Leitlinie, ev. in Originalsprache):

- Summary of Recommendations
- Interpretation of Evidence
- Responsibility for Development
- Purpose & Scope
- Original Guideline Development Process – 2000
- Revision Process – 2005
- Definition of Terms
- Background Context
- Practice Recommendations
- Education Recommendations
- Organization & Policy Recommendations
- Research Gaps & Future Implications.
- Evaluation/Monitoring of Guideline
- Implementation Strategies.
- Process for Update/Review of Guideline
- References
- Bibliography
- Appendix A-F

**Gesamtbeurteilung**

Gesamtqualität der Leitlinie: **6/7**

Leitlinie empfohlen für eine Anwendung? **Ja**

## Ausführliche Leitlinienbewertung (RNAO)

### **Anmerkungen:**

Die Leitlinienentwicklung ist qualitativ hochwertig, da alle wichtigen und notwendigen Informationen zur Verfügung stehen. Daher ist die Entwicklung gut nachvollziehbar. Auch der Aufbau ist sehr benutzerfreundlich und die Empfehlungen sind gut in der Praxis anwendbar. Die Beteiligung relevanter Interessensgruppen bei der Entwicklung ist zufriedenstellend. Fehlend ist jedoch die Berücksichtigung der Wünschen und Interessen der PatientInnen.

<b>Domain</b>	<b>Total</b>
1 - Scope and Purpose	16
2 - Stakeholder Involvement	15
3 - Rigour of Development	41
4 - Clarity of Presentation	15
5 - Applicability	16
6 - Editorial Independence	13

**1.ScopeandPurpose** (Erreichte Punktezahl: 16)

**1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.13:

- + gut beschrieben welches Vorhaben die Leitlinie hat (Verbesserung des Wissens und Fähigkeiten, unterstützen bei der Verminderung von Stürzen, etc...)
- + Setting und Population sind genannt

**2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 2

- Es wird beschrieben, dass mittels des PICO- Schemas Forschungsfragen generiert wurden. Es wurde jedoch nur eine exemplarische Forschungsfrage in Appendix A angeführt

**3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.13:

- + die Zielgruppe der Leitlinie ist beschrieben, mit Setting und Alter bzw. Personen unter Risiko
- + ebenso sind Personengruppen genannt, die ausgeschlossen werden

**2. Stakeholder Involvement** (Erreichte Punktezahl: 15)

**4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.1-4:

- + es werden alle Mitglieder der EntwicklerInnengruppe mit Name, Disziplin, Ort und Institution angeführt
- + die Aufgabenverteilung ist ebenso zum Teil angegeben
- + es werden sowohl die Mitglieder aus dem Jahr 2000 (Erstentwicklung) als auch aus dem Jahr 2005 (Überarbeitung) angeführt
- + relevante Berufsgruppen wurden inkludiert (Pflege, Medizin)

**5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Die PatientInnenpräferenzen und Wünschen wurden nicht explizit erhoben, es wird jedoch genannt, dass diese bei der Anwendung der Leitlinie beachtet werden sollten

**6. The target users of the guideline are clearly defined.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.13:

- + die Zielgruppe ist detailliert angeführt
- + das Setting und die angestrebte Berufsgruppe (RNs und RPNs) sind beschrieben

**3. Rigour of Development** (Erreichte Punktezahl: 41)

**7. Systematic methods were used to search for evidence.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.16 und Appendix A:

- + der Suchzeitraum und die Datenbanken sind angeführt
- + im Appendix A wird die detaillierte Suche beschrieben und lässt sich gut nachvollziehen

**8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.16 und Appendix A:

- Ein- und Ausschlusskriterien wurden nicht explizit aufgestellt
- + Jedoch wurden Parameter genannt, anhand derer die Literatursuche durchgeführt wurde und die Literatur ausgewählt wurde. Das PICO- Schema wurde hierfür verwendet
- + Somit wurden die Bereiche, Population, Studiendesign, Outcome, Intervention abgedeckt
- + Appendix B enthält einen Fragebogen, anhand diesem die Ein- und Ausschlusskriterien, für jede einzelne Studie/Literaturquelle, erneut sicher gestellt werden können

**9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.**

Rating: 6

siehe S.16:

- + die Literatur wurde von zwei unabhängigen Reviewer bewertet
- + die Qualität der zugrunde liegenden Literatur wurde mittels des Jadad Tools überprüft
- + die Jadad Scores wurden von den beiden Reviewer verglichen
- + über den endgültigen Ein- oder Ausschluss einer Studie in die Leitlinie wurde innerhalb der Entwicklergruppe eine Diskussion geführt und ein Konsens gefunden
- der Jadad Score bzw Tool wird nicht näher angeführt oder beschrieben

**10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.**

Rating: 4

siehe S.16-17:

- + es wird beschrieben wie die Empfehlungen getroffen und formuliert wurden
- es fehlen jedoch die Angaben wie dies bei der Originalentwicklung stattgefunden hat, da nur die Überarbeitung und Fortschreibung beschrieben ist

**11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine möglichen Vorteile, Schäden, Risiken oder Nebenwirkungen diskutiert

**12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe ab S.22:

- + die Empfehlungen sind deutlich (durch Absatz) mit der zugrunde liegenden Literatur verknüpft

**13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.**

Rating: 2

siehe S.4:

- + bei der Originalentwicklung 2000, wurde die Leitlinie vor der Veröffentlichung einem externen Review unterzogen
- für die überarbeitete Version sind hierfür keine Angaben gemacht

**14. A procedure for updating the guideline is provided.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.41:

+ ein Prozess wie die Leitlinie überarbeitet und aktualisiert werden soll ist detailliert angeführt

**4. Clarity of Presentation** (Erreichte Punktezahl: 15)

**15. The recommendations are specific and unambiguous.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe ab S.22:

+ die Empfehlungen sind klar und eindeutig

+ relevante Population und Vorhaben sind angegeben

**16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es sind keine unterschiedlichen Handlungsoptionen angeführt. Spezielle Problematiken, Zuständen werden nicht mit speziellen Interventionen berücksichtigt

**17. Key recommendations are easily identifiable.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe ab S.22:

+ Aufgrund der grafischen Darstellung sind die Schlüsselempfehlungen einfach und klar identifizierbar

**5. Applicability** (Erreichte Punktezahl: 16)

**18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine erleichternden oder erschwerenden Faktoren beschrieben

**19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.40:

+ es werden detaillierte Strategien beschrieben, die die Implementierung der Leitlinie in die Praxis unterstützen sollen

**20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Mögliche Kosten oder Ressourcen werden nicht berücksichtigt

**21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.36-39:

+ die Leitlinie präsentiert detaillierte Monitoring- und Evaluationskriterien

**6. Editorial Independence** (Erreichte Punktezahl: 13)

**22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.13:

+ ein Statement über die Unabhängigkeit der EntwicklerInnengruppe zum Kostenträger der Leitlinie wird getätigt

**23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.**

Rating: 6

siehe S.2:

+ eine Statement über mögliche Interessenskonflikte wird getätigt

+ werden nähere Informationen hierfür erwünscht, wird in der Leitlinie darauf hingewiesen, die RNAO zu kontaktieren

**Titel:** Leitlinie Sturzprävention bei Betreuten in Akut- und Langzeiteinrichtungen

**Organisation/AutorInnen:** Südtiroler Sanitätsbetrieb

**Publikationsdatum:** 2010, 1. Version

**Leitlinie erhältlich unter:**

[http://www.sabes.it/de/466.asp?aktuelles\\_action=4&aktuelles\\_article\\_id=348518](http://www.sabes.it/de/466.asp?aktuelles_action=4&aktuelles_article_id=348518)

**Seitenanzahl:** 47

**Inhalte** (entnommen aus der Leitlinie, ev. in Originalsprache):

1. Über die Leitlinie
  - 1.1. Mitglieder der Arbeitsgruppe
  - 1.2. Zielsetzung und Inhalte der Leitlinie
  - 1.3. Zielgruppe der Leitlinie
  - 1.4. Anwendungsbereich der Leitlinie
  - 1.5. Organisation und Methodik in der Ausarbeitung der Leitlinie
  - 1.6. Überarbeitung der Leitlinie
  - 1.7. Danksagung
  - 1.8. Kontakt
2. Definition – Sturz
3. Sturzprävention – Flussdiagramme
4. Erhebung - Sturzrisiko und Sturzereignisse
5. Übersicht - Interventionen zur Sturzprävention
6. Interventionsmöglichkeiten bei personenbezogenen Sturzrisikofaktoren
7. Interventionsmöglichkeiten bei umgebungsbezogenen Sturzrisikofaktoren
8. Empfehlungen für die Organisation
9. Auditkriterien

### **Gesamtbeurteilung**

Gesamtqualität der Leitlinie: **5/7**

Leitlinie empfohlen für eine Anwendung? **Ja, mit Veränderungen**

## Ausführliche Leitlinienbewertung (Südtiroler Sanitätsbetrieb)

### **Anmerkungen:**

Die methodologische Qualität ist vermindert, da keine Angaben über die Literaturrecherche vorhanden sind. Die Benutzerfreundlichkeit ist hoch, da die Interventionen personenbezogen und umgebungsbezogen dargestellt werden. Auditkriterien werden angeboten sowie Empfehlungen für die Organisation welche Rahmenbedingungen für eine Umsetzung der Leitlinie geschaffen werden müssen.

<b>Domain</b>	<b>Total</b>
1 - Scope and Purpose	14
2 - Stakeholder Involvement	15
3 - Rigour of Development	17
4 - Clarity of Presentation	20
5 - Applicability	19
6 - Editorial Independence	2

**1. Scope and Purpose** (Erreichte Punktezahl: 14)

**1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.6:

+ Das Ziel der Leitlinie wird beschrieben, mit detaillierter Beschreibung des erwarteten Outcomes

**2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es sind keine Schlüsselfragen angeführt

**3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.**

Rating: 6

siehe S.7:

+ die Zielgruppe ist angeführt

- eine genauere Beschreibung (Alter, Geschlecht) fehlt

- mögliche Personen, die auszuschließen sind, sind nicht beschrieben

**2. Stakeholder Involvement** (Erreichte Punktezahl: 15)

**4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.5:

+ Alle Mitglieder sind mit Name, Disziplin, Institution und Ort angeführt

+ alle relevanten Berufsgruppen wurden in die Entwicklung inkludiert (Pflege, Medizin, Physiotherapie)

- die Aufgabenverteilung der Mitglieder fehlt

**5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es wurden keine PatientInnenpräferenzen oder Wünsche erhoben

**6. The target users of the guideline are clearly defined.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.6:

+ die AnwenderInnengruppe (Berufsgruppen, die in der Prävention, Pflege, Betreuung, Behandlung und Rehabilitation von sturzgefährdeten Menschen in Akut- und Langzeiteinrichtungen tätig sind) ist angeführt

**3. Rigour of Development** (Erreichte Punktezahl: 17)

**7. Systematic methods were used to search for evidence.**

Rating: 2

siehe S.7:

+ die Datenbanken, in denen gesucht wurde, sind aufgeführt  
- es fehlt jedoch, der Suchzeitraum und die Schlüsselwörter  
- es werden keine systematischen Methoden beschrieben

**8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Ein- und Ausschlusskriterien sind nicht beschrieben

**9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Die Stärken und Schwächen der Literatur werden nicht beschrieben

**10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Keine Angaben, wie die Empfehlungen formuliert wurden

**11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Die möglichen Vorteile, Nebenwirkungen und Risiken werden nicht beschrieben und diskutiert

**12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe ab Kapitel 4, S.12:

+ Den Empfehlungen ist eindeutig die zugrunde liegende Literatur entnehmbar (Quelleangabe nach Empfehlung)

+ eine Referenzliste ist vorhanden

**13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine Angaben darüber gemacht, ob die Leitlinie extern begutachtet wurde

**14. A procedure for updating the guideline is provided.**

Rating: 3

siehe S.7:

- + Angaben über eine geplante Überarbeitung im Jahr 2013 werden gemacht
- es fehlt jedoch das genaue Prozedere

**4. Clarity of Presentation** (Erreichte Punktezahl: 20)

**15. The recommendations are specific and unambiguous.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe ab Kapitel 4, S.12:

- + die Empfehlungen sind eindeutig und spezifisch
- + lassen sich deutlich einer Population zu ordnen und den Zweck der Intervention erkennen

**16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.**

Rating: 6

siehe Kapitel 4, ab S.12:

- + die Empfehlungen bieten zum Teil Handlungsoptionen an z.B. S.16: Tabelle mit speziellen Handlungsmöglichkeiten bei individuellen Risikofaktoren. Jede Intervention in der Tabelle enthält einen Verweis an welcher Stelle, in der Leitlinie, die Empfehlungen näher beschrieben sind

**17. Key recommendations are easily identifiable.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe ab Kapitel 4, S.12:

- + Die Schlüsselempfehlungen sind aufgrund des grafischen Aufbaus gut erkennbar. Umrahmung und Grafik der wissenschaftlichen Fundierung

**5. Applicability** (Erreichte Punktezahl: 19)

**18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.**

Rating: 4

siehe S.33:

+ es werden Empfehlungen aufgestellt, welche Rahmenbedingungen eine Organisation bereit stellen sollte, um die Leitlinie in die Praxis umzusetzen

- erschwerende und erleichternde Faktoren werden an sich jedoch nicht aufgeführt

**19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.33:

+ Es werden Empfehlungen aufgestellt, wie die Leitlinie erfolgreich in die Praxis eingeführt werden kann

**20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Mögliche Kosten und benötigte Ressourcen werden nicht ermittelt und evaluiert

**21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.**

Rating: 7 Strongly Agree

siehe S.35-36: + Die Leitlinie bietet Auditkriterien an, um die Leitlinie umzusetzen und zu evaluieren

**6. Editorial Independence** (Erreichte Punktezahl: 2)

**22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.**

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine Angaben über den möglichen Einfluss des Kostenträgers gemacht

**23. Competing** interests of guideline development group members have been recorded and addressed.

Rating: 1 Strongly Disagree

- Es werden keine Angaben über mögliche Wettbewerbs- oder Konfliktinteressen getätigt