

2001



LEITLINIEN

Rezepte für eine gute Medizin

Wenn es um Leitlinien geht, sehen manche Ärztesfunktionäre rot: Von „Kochbuchmedizin“ ist dann die Rede und von einer Einschränkung der Therapiefreiheit durch bürokratische Vorgaben. Doch dem ist nicht so: Praxistaugliche Leitlinien sorgen für Transparenz der ärztlichen Entscheidungen und für mehr Qualität. **Von Norbert Schmacke**

Standards zu setzen, sollte ein allgemein akzeptiertes Ziel einer patientenorientierten Medizin sein. Die dieser Intention verpflichtete Etablierung einer leitliniengestützten Versorgung stößt gleichwohl auf vielfältige Widerstände. Nicht zuletzt wird der Vorwurf erhoben, der einzelne Patient mit seinen unverwechselbaren gesundheitlichen Problemen gerate in einer standardisierten Medizin aus dem Blickfeld, Leitlinien engten die ärztliche Autonomie ein und könnten als Rationierungsinstrument missbraucht werden.

Dem ist entgegenzuhalten, dass es vor allem darum geht, durch Beschreibung guter Standards einer unbegründeten Abweichung von der best verfügbaren Medizin entgegenzusteuern. Hierfür sind der Einsatz der Evidence based Medicine (EbM) und die daraus abgeleitete Leitlinienorientierung unverzichtbare Mittel geworden. Das Hauptproblem von Leitlinien liegt nicht in ihrem konzeptionellen Ansatz, auch nicht in einem prinzipiellen Gegensatz zwischen ärztlicher Autonomie und der Vorgabe von medizinischen Standards, sondern in der Unterentwicklung klinisch bedeutsamer, die Versorgungswirklichkeit angemessen abbildender Leitlinien. Ethisch verantwortliches Handeln in der Medizin setzt voraus, dass die sich inflationär entwickelnden Informationsbestände der Medizin für Therapeuten und Patienten transparent aufbereitet und bewertet werden. Ärzte müssen von dem Verdacht freigestellt werden, dass sie durch Interessengruppen eher beeinflusst werden als durch wissenschaftliche Evidenz. Hochwertige, alltagstaugliche Leitlinien sind hierfür ein zukunftsweisendes Instrument; Sie werden sich letztlich als ein stabilisierendes Element für eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung erweisen.



Vertrauen in die Arztprofession: Einen guten Zugang zur Frage der Leitlinienorientierung in der Medizin bietet die Professionstheorie, die sich mit der Frage beschäftigt, wodurch die Ärzteschaft ihre Autorität bezieht. Basiert traditionell der gesellschaftliche Vertrag mit der Ärzteschaft

darauf, dass diese sowohl die fachlichen Standards wie die ökonomischen Rahmenbedingungen ihrer Arbeit autonom setzen konnte, so wird dieser Vertrauensvorschuss in allen entwickelten Gesundheitssystemen spätestens seit den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts in Frage gestellt. Und unabhängig von den parallel sich verändernden ökonomischen Rahmenbedingungen ist dies auf der fachlichen Ebene ein Ergebnis des Zweifels, ob die Ärzteschaft die Wissensbestände tatsächlich noch über ihre Fachgesellschaften und die Universitäten so aufbereiten kann, dass daraus eine gleiche und dem Stand der Wissenschaft entsprechende Versorgung resultiert. Douglas Black spricht davon, dass die Ärzteschaft wieder um „gerechtfertigtes Vertrauen“ werben müsse. Er sieht dies als zweischrittigen Prozess:

1. Die Ärzteschaft muss sich stärker darauf konzentrieren, was die Patienten ernsthaft bewegt. Das nennt Black (fußend auf Weed, der bereits 1968 gefordert hatte, dass die übliche ärztliche Dokumentation durch eine problemorientierte Krankengeschichte ersetzt werden müsse) die Philosophie der problemorientierten Medizin. Ihr Handlungsmuster soll die Ärzteschaft auf die beste vorhandene Evidenz stützen, die sich aus der Kombination von individueller klinischer Erfahrung und systematischer Erforschung der Wissensbestände ergibt (evidenzbasierte Medizin). Erst so wird Professionalisierung ein kontinuierlicher Prozess, mit dem die Ärzteschaft auf der Höhe der Entwicklung bleibt.

2. Ist damit das Herstellen relevanter Fragestellungen und der Zugang zu den besten Quellen gewährleistet, so muss für Black etwas hinzukommen, was er „Attitude“ nennt: die innere Bereitschaft der Ärzte, sich auf die neue Zeit einzustellen. Er fasst einschlägige sozialwissenschaftliche Studien dahingehend zusammen, dass das weit verbreitete Misstrauen gegenüber der Ärzteschaft folgende Gründe habe: die Abwesenheit von ausreichender Information, von angemessener Aufklärung der Patienten und von Vermittlung des notwendigen Sicherheitsgefühls. Erst durch eine geänderte Grundhaltung so Black,

könne sich im Verbund mit dem problemorientierten Ansatz und der Evidenzbasierung des Handelns eine neue professionelle Identität entwickeln.

Zu ganz ähnlichen Ergebnissen waren 1998 die Pflegewissenschaftlerinnen Thorne und Robinson gekommen, die mittels narrativer Interviews Grundmuster der Arzt-Patient-Beziehung ermittelt hatten. Ihre Quintessenz geht über den klassischen Gegensatz von paternalistischer zu patientenzentrierter Medizin hinaus, indem sie darlegen, dass erst die Kombination der Kompetenz des Patienten in seinen eigenen Krankheitsangelegenheiten mit dem Vertrauen in den Arzt etwas über den Charakter der Arzt-Patient-Beziehung aussagt. Nach Thorne und Robinson schwanken Patienten zwischen Vergötterung, Resignation, Konsumentenhaltung und tragender Partnerschaft, welche die Autorinnen als „Team Playing“ bezeichnen. Eine stabile Arzt-Patient-Beziehung könnte danach so etwas wie ein „zurückhaltendes Arbeitsbündnis“ sein (siehe Abbildung „Wovon die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung abhängt“ auf Seite 36).



Wissen verfügbar machen: Eine notwendige, sicher nicht ausreichende Bedingung zur Herstellung eines solchen Arbeitsbündnisses ist nun eben die Nutzung des Prinzips der Evidence-based-Medicine: Diese wird verstanden als „der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“ (Sacket, et al. 1997). Die EbM-Philosophie geht also erstens von der Überlegung aus, dass der einzelne Arzt nicht in der Lage sein kann, die vorhandenen Wissensbestände zu sichten und zu gewichten, und zweitens von der Erkenntnis, dass der alleinige Rückgriff auf medizinische Behandlungsschulen und auf die persönlichen therapeutischen Erfahrungen dem Patienten keine Gewähr bieten, dass er angemessen behandelt wird. Und genau hier fügt sich die Entwicklung medizinischer Leitlinien logisch ein. Die Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) definierte Leitlinien als „systematisch entwickelte Darstellungen und Empfehlungen mit dem Zweck, Ärzte und Patienten bei der Entscheidung über zweckdienliche Maßnahmen der Krankenversorgung (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) unter spezifischen klinischen Umständen zu unterstützen“.

Dass es sinnvoll ist, über die Gründe für Unterschiede in der medizinischen Versorgung zu forschen, ist spätestens seit den Arbeiten der Gruppe um Wennberg in den 70er Jahren unstrittig. Im Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001 heißt es hierauf aufsetzend zu Leitlinien: „Die Kernaufgabe von Leitlinien besteht darin, die in der medizinischen Routineversorgung unter durchschnittlichen Umgebungsbedingungen auftretenden Abweichungen vom idealen Nut-

zenkorridor zu optimieren“. Jeder Patient muss davon ausgehen dürfen, dass Ärzte Aussagen darüber treffen können, ob unterschiedliche Behandlungsstrategien zu unterschiedlichen Resultaten führen.

Die Frage nach der Standardisierung ist deshalb im Kern eine Frage der Qualitätssicherung. Das Problem kann nicht ernsthaft sein, ob Leitlinien notwendig sind oder nicht. Es kann ausschließlich darum gehen, ob Leitlinienbefolgung zu besserer Qualität führt oder nicht. Inzwischen liegen Untersuchungen zu der Frage vor, weshalb es so schwer ist, Leitlinien in der Praxis zum Durchbruch zu verhelfen. Grol u.a. haben 1998 ermittelt, dass Leitlinien vor allem dann breit angewendet werden, wenn die enthaltenen Empfehlungen konkret und klar sind, Leitlinien tatsächlich evidenzbasierte Empfehlungen enthalten und keine gravierende Umstellung von Praxisroutinen erforderlich sind. Demgegenüber werden nach einer empirischen Untersuchung von Cabana u.a. (1999) Leitlinien vor allem nicht befolgt, weil sie nicht bekannt sind, die Praxisroutinen gegen die Übernahme sprechen und die Erfolgserwartung niedrig ist.

Es ergibt sich somit eine Bündelung an Problemen, welche die Einführung von Leitlinien behindern. Am trivialsten ist die Tatsache, dass viele Ärzte keine Kenntnis von Leitlinien nehmen; dann behindern in allen Systemen eingeschliffene Routinen (teils aus Gewohnheit, teils aus ökonomischen Gründen) die Übernahme neuer Behandlungsmuster; und drittens spielt die Plausibilität der Leitlinieninhalte eine wichtige Rolle.

Ein klassisches Argument gegen Leitlinien kann prin-



ziell als widerlegt gelten: dass Leitlinien gar nicht zur Qualitätsverbesserung führen. Grimshaw u.a. haben schon 1995 nachgewiesen, dass sich in fast 100 vorliegenden Studien herauskristallisierte, dass Prozess- und Ergebnisqualität von Behandlungen in hohem Umfang durch den Einsatz hochwertiger Leitlinien verbessert werden können.

Obwohl es von Studien dieser Art immer noch ein weiter Weg zum Alltag der Versorgung ist, entkräftet das den Wert dieser ersten großen Übersicht der Auswirkungen von Leitlinien nicht. Es verwundert vielmehr, wie zäh die Diskussion um eine leitliniengestützte Versorgung in Deutschland verläuft. Viele deutsche Fachgesellschaften haben nach einer ersten Phase des Ignorierens der Leitlinienentwicklung ihre jeweilige Expertenmeinung in einem undurchsichtigen Konsensverfahren als Leitlinie ausgegeben, ohne den Qualitätsansprüchen für die Erarbeitung von Leitlinien auch nur ansatzweise gerecht zu werden. Diese im wesentlich berufspolitischen oder gruppenegoistischen Interessen dienenden Pseudo-Leitlinien haben den gesamten Ansatz einige Zeit unnötig belastet. Eine Untersuchung zeigte 1999, dass die Mehrzahl der damals 329 in das Internet gestellten Leitlinien der deutschen Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) den anerkannten Qualitätskriterien nicht genügten (Helou, u.a. 1999). Der Weg der Definition von Leitlinien in medizinischen Fachgesellschaften lässt insbesondere fast immer außer acht, wie eine verlässliche Patientenversorgung bei chronischen Erkrankungen erreicht werden kann und wie es um die Kosten-Nutzen-Relation so genannter optimaler Medizin aussieht.

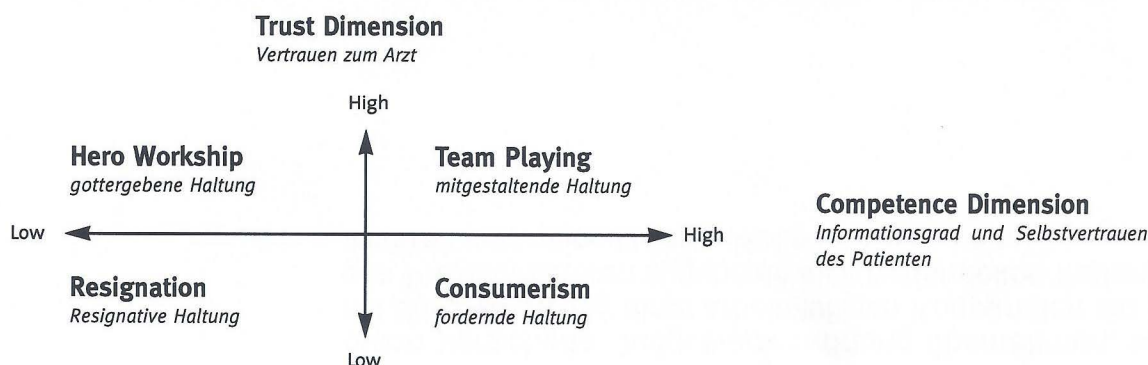
Inzwischen besteht Einigkeit darüber, dass die Entwicklung von Leitlinien ohne Heranziehung und Bewertung der gesamten verfügbaren Evidenz nichts wert ist. Ein Ausdruck dieser Verständigung ist auf der Ebene der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung die Einrichtung des Leitlinien-Clearingverfahrens bei der ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung. Hier sichten Leistungserbringer, Kassen und

Wissenschaftler gemeinsam, welche der publizierten Leitlinien den notwendigen Qualitätsanforderungen Stand halten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in ihrem Positionspapier zur Weiterentwicklung der Qualität in Medizin und Pflege (August 2001) formuliert: „Bezüglich handwerklicher Qualität ist die gemeinsame Selbstverwaltung auf dem richtigen Weg, bezüglich der Relevanz gibt es massive Defizite“. Eine zentrale Frage ist, ob die Entwicklung der Leitlinien die Probleme der medizinischen Versorgung tatsächlich sinnhaft einfängt: Gray hat bei Verneinung dieser Frage den Begriff des „relevance gap“ gebildet: Formale Qualität von Leitlinien steht eben nicht automatisch in einem gescheiterten Verhältnis zur Lösung der Alltagsprobleme. Komplexe Versorgungsprobleme, etwa bei multimorbiden alten Menschen, fallen häufig durchs Netz der Leitlinien-Entwickler; von Beschwerden ausgehende Leitlinien bleiben gegenüber diagnosebezogenen Leitlinien im Hintertreffen. Dies wird insbesondere von den Allgemeinmedizinem beklagt.

Eine weitere wichtige Frage ist, wie Leitlinien so aktuell gehalten werden können, dass sie ihren hohen Ansprüchen nachhaltig genügen können. Insgesamt besteht die Chance, durch evidenzbasierte Leitlinien einen Beitrag zur besseren Ressourcenverteilung und zur Begrenzung unangemessener Variationen in der medizinischen Behandlung zu leisten (Grimshaw und Hutchinson 1995).

Es fragt sich, ob Leitlinien die juristischen Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Patienten verschärfen. Die Ärzteschaft äußert immer wieder die Sorge, dass Leitlinien förmlichen Richtliniencharakter annehmen könnten, sie dadurch ihren Charakter als Entscheidungskorridor verlieren und zu einklagbaren Anweisungen mutieren. Diese Sorge ist vermutlich umso weniger berechtigt, je rascher der Prozess der Einigung auf hochwertige Leitlinien verläuft, denn es wird deutlich werden, dass es in vielen wichtigen therapeutischen Fragen verschiedene Optionen gibt, aber eben nicht beliebig viele. Oder dass es mangels wissenschaftlicher Erkenntnisse keine eindeuti-

WOVON DIE QUALITÄT DER ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNG ABHÄNGT



Die Pflegewissenschaftlerinnen Thorne und Robinson sind der Frage nachgegangen, ob sich charakteristische Typen von Arzt-Patient-Beziehungen beschreiben lassen. Sie fanden heraus, dass für die Qualität der Beziehung zwischen Ärzten und ihren Patienten zwei Dimensionen von herausragender Bedeutung sind: das Ausmaß des Vertrauens zum Arzt sowie das Wissen und das Selbstvertrauen auf Patientenseite. Die für Patienten ungünstigste Konstellation ergibt sich, wenn das Vertrauen fehlt und die

Eigenkompetenz schwach ausgebildet ist. Der Kranke resigniert. Die optimale Beziehung ist dagegen von einem hohen Maß an Vertrauen in den Arzt und guter Information des Patienten über sein Erkrankungsbild gekennzeichnet. Die Wissenschaftlerinnen gehen davon aus, dass es darauf ankommt, zwischen Ärzten und Patienten eine tragfähige Arbeitsbeziehung zu entwickeln (guarded alliance). Quelle: Sally E. Thorne/Carole A. Robinson: *Image: Journal of Nursing Scholarship* 21; 1998: 153-157.

gen Empfehlungen geben kann. In beiden Fällen wird die Rechtssicherheit zu- und nicht abnehmen (in diese Richtung plädiert etwa Rosoff).

Angesichts der immer wieder geäußerten, freilich unbegründeten Sorge der Ärzteschaft, dass Gesetzgeber und Krankenkassen den Fehler begehen, Leitlinien und Richtlinien zu verwechseln, erscheint es geboten, darauf hinzuweisen, dass die sinnvolle Forderung nach Privilegierung von evidenzbasierten und konsentierten Leitlinien zwangsläufig dazu führt, dass Leitlinien aus der Perspektive von Sozialgerichten immer näher an die gefürchteten Richtlinien heranrücken. Dies ist gewissermaßen ein Qualitäts-Paradox: Je besser Leitlinien dem Stand der Forschung entsprechen und je eindeutiger sie von allen wichtigen Fachleuten akzeptiert werden, umso mehr werden sie den Grad an Verbindlichkeit bekommen, der die Grenzen zwischen Leitlinien und Richtlinien tendenziell auflösen wird.

Im Übrigen ist es irrig anzunehmen, dass nur die Leistungserbringer durch Leitlinien gebunden werden. Auch die Kran-

- Die Ermittlung der Wirksamkeits- und Nutznachweise unter Alltagsbedingungen der Versorgung erfordert wiederum aufwändigere Ansätze, für die Mittel nur spärlich fließen.

- Für große Felder der medizinischen Versorgung liegen hochwertige Nutznachweise (oder auch qualifizierte Konsensbeschlüsse) bislang nicht vor, so dass hierdurch der Einsatz von Leitlinien seine Grenzen findet.

- Die Mehrzahl der heutigen Leitlinien sind diagnosebezogen; für ebenso wichtige, teils deutlich relevantere symptom- bzw. problembezogene Leitlinien (erstes Beispiel in Deutschland: Leitlinie zu Brennen beim Wasserlassen) besteht ein eindeutiger Entwicklungsstau.

Lauterberg hat drei wesentliche Hürden für die Nutzung evidenzbasierter Leitlinien in der GKV herausgestellt, die längerfristig überwunden werden müssten:

1. Vergleichsstudien, die den Effekt derartiger Leitlinien für die Versorgung ermittelt haben, gibt es hierzulande bisher nicht – diese Art von Versorgungsforschung ist chronisch defizitär.



„Leitlinien sind nicht nur für die Leistungserbringer verbindlich. Auch die Krankenkassen müssen ihre Leistungen daran orientieren.“

kenkassen begeben sich mit der Leitlinienorientierung auf den Weg einer Konkretisierung der Leistungsversprechungen.

Der Gesetzgeber war bei der Entwicklung der Grundlagen für den Koordinierungsausschuss so vorsichtig, die Entwicklung von Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung „insbesondere“ an die Verwendung evidenzbasierter Leitlinien zu knüpfen. Es wird auch künftig so sein: Bei allem Vertrauen in den Fortschritt der Bewertungsverfahren in der Medizin geht es immer um die best verfügbare Evidenz, nicht um die schlichte Zusammenstellung von Leitlinien. Dort, wo es hochwertige Leitlinien gibt, sollten aber letztlich alle Seiten froh darum sein, auf diesem Weg zur Sicherheit der Patientenversorgung beitragen zu können.



Aufgaben der Zukunft: Wären die grundsätzlichen Barrieren nach wie vor nicht so mächtig, könnten wir einen ganzen Schritt weiter sein, die tatsächlichen Probleme der evidenzbasierten Medizin für die Entwicklung und den Einsatz hochwertiger Leitlinien zu bearbeiten. Eine moderne Gesundheitspolitik müsste sich vor allem um folgende Verbesserungen bemühen:

- Kontrollierte Studien in der Medizin untersuchen aus methodischen Gründen überwiegend eindimensionale Versorgungsprobleme. Aufwändigere Ansätze, die zum Beispiel ein ganzes Therapiekonzept in das Blickfeld nehmen, sind kostenintensiv und langwierig.

- Innerhalb der Forschungs- und Untersuchungsthemen gibt es vor allem eine Privilegierung von Arzneimittelstudien und Untersuchungen zu High-Tech-Verfahren, weil hier die Industrie ein genuines Interesse hat. Hier wird zudem fortwährend ein enormer Druck aufgebaut, weil sich das Argument „Verzögerung der Einführung von Innovationen“ sehr gut kommunizieren lässt.

2. Datenschutzhemmnisse und Kooperationsmängel behindern den Einsatz von Leitlinien.

3. Die für jede Evaluation erforderliche Zusammenführung der Leistungsdaten ist bislang außerhalb von umschriebenen Forschungsprojekten nicht möglich.

Die Entwicklung von Leitlinien ist somit immer nur die Hälfte des Erfolges. Die andere Hälfte besteht in der Praxiserprobung: Die führenden Köpfe der jeweiligen Fachdisziplinen und Organisationen müssen dafür gewonnen werden, Leitlinien einzusetzen und zu evaluieren, Widerstände verschiedenster Art müssen überwunden werden. Einigkeit besteht darin, dass auch hochwertige Leitlinien erst einmal durch geeignete Verfahren in der Praxis eingepflanzt werden müssen – unabhängig davon, ob es gilt, die Abneigung von Ärzten gegen Reglementierung zu überwinden, oder für gut befundene Neuerungen in einer Flut von Informationen zum Durchbruch zu verhelfen (Helou und Schwartz 1999).

Bei dem Versuch, die verschiedenen Dimensionen von Wissens- und Verhaltensbeeinflussung in und durch die Medizin neu zu ordnen, liegt der Schluss nahe, dass leitliniengestützte und patientenorientierte Versorgung zusammen kommen müssen, um gute Standards in der Versorgung durchzusetzen. Wenn Patienten sich erstens darauf verlassen können, dass Ärzte sich auf ein qualitätsgeprüftes und aktuelles Informationssystem stützen können – und hier haben Leitlinien ihren unverzichtbaren Standort –, und wenn die Ärzte zweitens ihre diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen verständlich kommunizieren – und nur so kommt „informed decision making“ zustande –, dann wäre ein Idealzustand erreicht (siehe Abbildung „Neues Denken der Ärzte gefragt“ auf Seite 38):

- Medizin wird für die Kranken transparent.

- Empfohlene Maßnahmen haben einen hohen Nutzen und einen hohen Sicherheitsstandard.

- Die Medizin kann für sich beanspruchen, alle wichtigen Neuerungen zu berücksichtigen (durch Ausschluss oder Aufnahme in die Routinen).
- Patienten werden ermutigt, ihre Rolle als Koproduzenten von Gesundheit wahrzunehmen.

Eine entsprechende Umorientierung in Forschung und Praxis hat natürlich ihren Preis. Aber wer fragt bisher nach den Summen, die Krankenversicherte und Bürger über das Abwälzen von Kosten für eindimensionale und fragwürdige Forschungsansätze und für schlechte Versorgungsqualität bezahlen?

nicht zu nutzen und den Prozess nicht voranzutreiben, verlängert die Phase der Resignation. Wir erwarten überall in unserem Alltag hohe Standards von Produkten. Es stimmt: Die Gesundheit ist ein ganz besonderes, häufig auch ein sehr fragiles „Produkt“. Umso mehr kommt es darauf an, die Suche nach hohen Standards endlich selbstverständlich werden zu lassen.

Und zu guter Letzt: Immer wieder wird versucht, den Weg der Leitlinien und der Standardisierung als „Kochbuchmedizin“ zu diffamieren. In der Regel beeilen sich Experten dann, diesen Vergleich weit von sich zu weisen. Warum eigentlich?



„Der Einsatz von Leitlinien kann nicht bedeuten, mehr Geld ins System zu pumpen. Denn gute Medizin sollte selbstverständlich sein.“

Es wäre aller Mühe wert, einmal nur die letzten zehn Jahre darauf hin zu untersuchen, wie viele der vollmundigen Versprechungen der Pharma- und Apparateindustrie zu realen Verbesserungen in der Versorgung geführt haben. Insofern kann es auch nicht wieder einmal darum gehen, mehr Geld für neue Forschung und Leitlinienentwicklung zu fordern (im Zweifelsfall von den Krankenkassen) und dies additiv zur bisherigen Forschungsförderung und -politik zu sehen. Ähnliche Fragen sind an diejenigen zu richten, die fordern, den Einsatz von evidenzbasierten Leitlinien durch Ärzte ökonomisch anzureizen. Ergebnisorientierte Vergütung mag ja ein spannendes Thema sein. Aber warum es nötig sein sollte, eine gute Medizin mit besserer Vergütung zu belohnen, das müsste vielleicht anderen Berufen erst einmal plausibel gemacht werden. Über eine Sanktionierung schlechter Qualität wäre mit mindestens derselben Berechtigung zu verhandeln.

Die evidenzbasierte Versorgung unter Achtung des Gebots der informierten Patientenentscheidung ist einstweilen sicher noch ein Traum. Aber die Chancen, hochwertiger Leitlinien

Ein gutes Essen entsteht sicher eher mit Hilfe eines erstklassigen Kochbuchs als aus der Inspiration des Moments.

Zurück zur Ausgangsfrage: Wie steht es um die gesundheitspolitische und die ethische Dimension einer leitlinienorientierten Medizin? Zunächst wird in der Zukunft noch weit intensiver als bisher darüber zu reden sein, wie die individualmedizinische Perspektive mit bevölkerungsbezogenen Ansätzen in ein verträgliches Gleichgewicht gebracht werden können. Public Health, wofür wir in unserer Sprache bezeichnenderweise keine wirklich vernünftige Übersetzung haben, wird zu einer unverzichtbaren Disziplin für die strukturierte Weiterentwicklung hochkomplexer Gesundheitssysteme. Ibrahim u.a. haben fünf Kernprinzipien von bevölkerungsbezogenen Ansätzen im Gesundheitswesen herausgestellt:

- die gemeindebezogene Perspektive,
- die klinisch-epidemiologische Perspektive,
- evidenzbasiertes Handeln,
- die Betonung der Ergebnisqualität und
- die Betonung der Prävention.

NEUES DENKEN DER ÄRZTE GEFRAGT

	Paternalistische Medizin	Patientenorientierte Medizin
Klassische Versorgung	Transparenz ↓	Transparenz ↑
	Nutzen ↓ ↑	Nutzen ↑ ↓
	Sicherheit ↓ ↑	Sicherheit ↑ ↓
	Aktualität ↓	Aktualität ↓
	Ermutigung ↓	Ermutigung ↑
Leitliniengestützte Versorgung	Transparenz ↓	Transparenz ↑
	Nutzen ↑	Nutzen ↑
	Sicherheit ↑	Sicherheit ↑
	Aktualität ↑	Aktualität ↑
	Ermutigung ↓	Ermutigung ↑

Eine zukunftsweisende medizinische Versorgung muss sowohl die Wissensebene wie die Beziehungsebene ins Blickfeld nehmen. Eine „eminenzbasierte“ Medizin mit rein paternalistischer Grundhaltung der Ärzte ist die denkbar schlechteste Variante: Transparenz und Aktualität der ärztlich festgelegten Entscheidungen fehlen, Nutzen und Sicherheit der Maßnahmen sind ungewiss und der Patient wird nicht ermutigt, sich an der Wiederherstellung seiner Gesundheit zu beteiligen. Den Gegenpol stellt eine Versorgung dar, in der Ärzte Untersuchungs- und Behandlungspläne auf dem Boden der besten vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz entwickeln und dem Patienten Raum geben, sich an den Entscheidungen zu beteiligen. So sind Transparenz und Aktualität der Maßnahmen gewährleistet, Nutzen und Sicherheit der Maßnahmen bewegen sich auf dem höchst erreichbaren Niveau, und der Patient erfährt im Prozess der Behandlung die notwendige Ermutigung, sich aktiv mit seinen Erkrankungen auseinanderzusetzen.

Quelle: Eigene Darstellung nach Schmacke

Es wird immer wieder gesagt, diese hehren Ansätze seien in der konkreten Arzt-Patient-Beziehung nicht zu benutzen oder gingen an der Welt der praktischen Medizin meilenweit vorbei. Dies ist ein gravierender Kurzschluss. Die Leitlinienthematik zeigt vielmehr auf, dass eine qualitätsgesicherte Diagnostik und Therapie ohne die Suche nach der best möglichen Evidenz nicht möglich ist und dass insofern Ärzte wie Patienten davon profitieren können. Diese Evidenz kann aber nun einfach am besten durch populationsbezogene Ansätze in Forschung und Praxis-evaluation gewonnen werden. Warum dadurch die ärztliche Freiheit begrenzt werden soll, bleibt unverständlich. Die Spitzenverbände der Krankenkassen führen im oben zitierten Papier aus: „Hochwertige, konsenterte Leitlinien müssen künftig stärker im Vertrags- und Anreizsystem berücksichtigt werden. Dabei muss vorausgeschickt werden, dass der ‚state of the art‘ Grundlage jeden diagnostischen und therapeutischen Handelns sein muss, und es keine Zweiteilung in ‚Basismedizin‘ und ‚qualitätsgesicherte Medizin‘ geben kann. Die Ausbildung der Fachberufe des Gesundheitswesens muss vom Prinzip der Meisterlehre weiterentwickelt werden zu einem System, in dem die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit evidenzbasierter Entscheidungsprozesse selbstverständlich geworden ist“.

Der Sachverständigenrat hat in seinen Ausführungen zu Leitlinien noch auf einen anderen, besonders wichtigen Aspekt hingewiesen: „Eine ausschließlich evidenzbasierte Strategie der Leitlinienerwicklung ist andererseits auch nicht unproblematisch, da die Generierung, Auswahl, Interpretation und Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse bei der Entwicklung von Leitlinien nicht frei von Interessen ist. Aus diesem Grunde sollte die Entwicklung von Leitlinien von unabhängiger Seite beaufsichtigt werden.“ Der Vorschlag, dies durch Begutachtung durch neutrale externe Experten sicherzustellen, kommt freilich der Forderung nach Einführung des Prinzips der Gerechtigkeit in die GKV gleich. Die Sozialversicherung muss rechtssichere Beschlüsse fassen, aber sie kann das individuelle Gerechtigkeitsempfinden im Zweifelsfall doch nicht befriedigen. Experten liefern im besten Falle nicht nur evidenzbasierte, sondern auch vollständig transparente Empfehlungen; Neutralität aber bleibt allemal ein frommer Wunsch. So wiesen Haycox u. a. auf die „versteckten Kosten“ in der Leitliniendebatte hin, die in einer Auseinandersetzung zwischen Public Health und den Partialinteressen von Fachgruppen und Pharmaindustrie zu thematisieren wären. Sie machten darauf aufmerksam, dass Leitlinien ein ideales Vehikel sein können, eine rasche Marktdurchdringung zu erzielen, besonders dann, wenn die dadurch erzeugten Kostensteigerungen nicht erwähnt werden. Ohne Reflexion solcher Interessengeflechte können Leitlinien, so die Autoren, zur Tyrannei des Möglichen über das Finanzierbare beitragen.



Fazit: Auf gute Leitlinien zu verzichten, und insgesamt die Chancen der systematischen Suche nach der best möglichen Evidenz zu verpassen, ist ethisch nicht zu verantworten und gesundheitspolitisch passé. Ebenso wenig wäre es verantwortbar, mit dem momentanen Stand der Leitlinienentwicklung zufrieden zu sein.

Die Verbesserung der Relevanz von Leitlinien bleibt die ganz große Herausforderung des nächsten Jahrzehnts. Leitlinien sind

auch keine Allzweckwaffe zur Qualitätsverbesserung in der Medizin, sondern müssen Teil eines umfassenderen Qualitätsmanagements sein.

● Aus der Mühsal der Suche nach guten Standards zu schließen, die gute alte „eminenzbasierte“ Medizin sei doch zu bevorzugen, ist ethisch nicht verantwortbar. Es gibt ein großes Defizit an qualitätsgesicherten, praxisrelevanten und von Partikularinteressen freigehaltenen Leitlinien. Gesundheitspolitik hat dieses Feld gerade erst entdeckt.

● Standards sind dann ein Gewinn, wenn evidenzbasierte Medizin als ein demokratisches Instrument verstanden und gelebt wird. Es geht um nichts anderes als um das Infragestellen unge-rechtfertigter Autorität. Dabei ist der Weg zur Evidenzbasierung und Konsentierung von Leitlinien kein akademischer Spaziergang, vielmehr ein mühevoller Aushandlungsprozess.

● Leitlinien für die Leistungserbringer müssen Schritt für Schritt ergänzt werden durch gleichwertige Informationen für Patienten. Die Verständnissicherung der Vermittlung medizinischer Informationen ist die Megaaufgabe des 21. Jahrhunderts.

● Anwendung ethischer Prinzipien muss vor allem bedeuten, die Offenlegung der unvermeidlichen Interessenlagen im Prozess der Suche nach der best möglichen Evidenz einzufordern. Wo große Summen in der gesetzlichen Sozialversicherung bewegt werden, werden sich Wissen und Macht stets aneinander reiben. Es gibt keine neutralen Informationsbestände.

● Der Einfluss von Leitlinien auf die Ergebnisqualität ebenso wie auf die Patientenzufriedenheit muss beforscht werden. „Wem nutzt es?“ ist die letztentscheidende Frage im Streit um den Sinn von Standards in der Medizin. ♦

Professor Dr. Norbert Schmacke leitet den Stabsbereich Medizin des AOK-Bundesverbandes.

LESETIPPS

- Gray, J.A.M.: Evidence-based Health Care. New York 1997.
- Grimshaw, J./Freemantle, N./Wallace, S./Russell, I./Hurwitz, B./Watt, I./Sheldon, T.: Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care* 1995; 4: 55-64.
- Helou A./Perleth, M./Bitzer, E.M./Dörning, H./Schwartz, F.W.: Methodische Qualität ärztlicher Leitlinien in Deutschland. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 1998; 92: 421-428.
- Helou A./Schwartz, F.W.: Der Beitrag von Leitlinien zur Versorgung chronisch Kranker. In: Arnold, M./Litsch, M./Schwartz, F.W. (Hrsg.): *Krankenhausreport '99*: Schattauer Verlag, Stuttgart 2000, 149-161.
- Helou A., et al.: Leitlinien in der Medizin – Wissen, wo's lang geht, in: *G+G* 8/1999: 22-27.
- Thorne, S.E./Robinson, C.A.: Guarded Alliance – Health Care Relationships in Chronic Illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 21: 1998: 153-157.
- Weed, L.L.: New Connections between medical knowledge and patient care. *British Medical Journal* 1997; 315: 231-235.
- Woolf, S.H./Grol, R./Hutchinson, A./Eccles, M./Grimshaw, J.: Clinical benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *British Medical Journal* 1999; 318: 527-530.

Weitere Lesetipps des Autors sind bei der Redaktion erhältlich.