

Qualitätsförderung

Das Leid mit den Leitlinien

Die wissenschaftliche Evidenz für die These, daß die zentrale Produktion von Leitlinien die Qualität der Versorgung tatsächlich verbessert, ist dürftig. Studien, in denen dies nachgewiesen wurde, liegen bisher nicht vor. Es existieren vielmehr Indizien für gegenteilige Annahmen. So beklagen wissenschaftliche Fachgesellschaften schon jetzt enttäuscht, daß sich in der Praxis kaum jemand nach ihren breitpublizierten Empfehlungen richtet.

Angesichts der rekordverdächtigen Zahl von 297 bereits vorliegenden und 276 weitgehend fertiggestellten Leitlinien, die nach Angaben der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) inzwischen beziehungsweise in Kürze verfügbar und im Internet für jedermann abrufbar sind, drängen sich bislang ungeklärte Fragen auf: Welche Wege zur Entwicklung, Verbreitung und Umsetzung von Leitlinien sind im Hinblick auf die verfolgten Ziele überhaupt effektiv? Wer ist zur Leitlinienentwicklung legitimiert und sorgt für deren Praktikabilität und Akzeptanz auch unter gegebenen Praxisbedingungen? Inwiefern und unter welchen Bedingungen münden Leitlinien in praktisch verändertes Handeln? Wird die Ergebnisqualität durch Leitlinien überhaupt spürbar besser oder kommt es in Teilbereichen sogar zu einer Verschlechterung der Versorgungssituation?

Wie berechtigt diese Fragen sind, zeigen ernüchternde Erfahrungen aus Ländern, in denen zentral erstellte und explizit vereinbarte Leitlinien in der Medizin eine längere Tradition haben als bei uns. Potentielle Ursachen für absehbare Probleme bestehen zuhauf: zum Beispiel unzureichende wissenschaftliche Evidenz einzelner Empfehlungen, regionale Erfordernisse, individuelle Qualifizierungsunterschiede, Festhalten an Leitlinien auch in Fällen, in denen ein Abweichen sinnvoll gewesen wäre, Mißbrauch von Leitlinien zur Ressourcen-Allokation sowie kontraproduktive Effekte durch bestehende Vergütungs- und Anreizsysteme.

Die Gefahr, daß zentral erstellte Leitlinien und erst recht starre Richtlinien mit definitionsgemäß hohem Verbindlichkeitsgrad die Umsetzung von modernen, hohe Flexibilität erfordernden Qualitätsmanagement-Konzepten eher behindern, wird selten erkannt. Publierte Studien zeigen, daß es mit Neuetikettierungen von Lehrbuchkapiteln oder eilends durchgeführten Konsensuskonferenzen nicht getan ist. Das eigentliche Ziel einer Verhaltensänderung in der Praxis wird dabei regelhaft verfehlt.

Der Aufwand, um dem Ideal evidenzbasierter, praktikabler und breitakzeptierter Leitlinien wirklich näherzukommen, ist allerdings sehr groß: Die Erstellung von vorbildlichen „guidelines for clinical practice“ durch die renommierte amerikanische „Agency

for Health Care Policy and Research“ verursachte Kosten zwischen 340 000 und 675 000 \$ – je Leitlinie, versteht sich!

Solange eine fundierte Evaluation aussteht und die in Deutschland bisher beschrittenen Wege zur Entwicklung von Leitlinien in teilweise krassem Widerspruch zu den internationalen Erfahrungen stehen, fehlt die wissenschaftliche Begründung, sowohl für die Annahme, daß Leitlinien ärztliche Alltagsroutine relevant verändern, als auch für die These, daß diese die Ergebnisqualität medizinischer Versorgung verbessern.

Blieben nichtevaluierte Leitlinien ohne Effekt, wäre es nur schade um die vergeudeten Energien. Sollte sich allerdings im nahen die eine oder andere zuvor nichtevaluierte Leitlinie als Lei(d)tlinie erweisen, die unter Vernachlässigung individueller Patienteninteressen eher zu einer Verschlechterung der Ergebnisqualität beigetragen hat, wäre dies fatal. Die Medizingeschichte und die wissenschaftliche Literatur enthalten zu viele Beispiele, um diese Möglichkeit von der Hand zu weisen. Im Interesse der Patienten muß daher eine konsequente Evaluation der Inhalte sowie der Effekte unterschiedlicher Entwicklungs-, Verbreitungs- und Umsetzungsstrategien von Leitlinien Voraussetzung und Folge gleichermaßen sein.

Dr. med. Ferdinand M. Gerlach,
MPH, Hannover