

sich an einem medizinischen Standard zu orientieren. Im weltweiten Vergleich hinkt Deutschland leider dieser Entwicklung nach. Die Meinung, daß Leitlinien „die hohe Flexibilität erfordernden modernen Managementkonzepte“ behindern, kann nicht nachvollzogen werden. Die Anwendung von Leitlinien kann auch nicht bedeuten, daß individuelle Patienteninteressen vernachlässigt werden. Das Gegenteil dürfte eher zutreffen. Der Beitrag entspricht nicht dem zu fordernden Standard des DÄ und dient nicht dazu, Bewußtsein und Motivation der Leser für die in Deutschland notwendige Qualitätskontrolle auf der Grundlage einer evidenz- und leitlinien-orientierten Medizin zu fördern.

Dr. med. Jürgen Hower  
Nachtigallental 3  
45478 Mülheim a. d. Ruhr

### 30 Leitlinien sind praxisgerecht

...Die regulatorische Funktionalität – eine Reglementierung soll ja damit nicht verbunden werden – wird durch Vereinzelung und Perfektionismus konterkariert. Unabhängig von der Notwendigkeit der Auflösung spezieller Probleme durch Leitlinien kommt es vor allem darauf an, im allgemeinärztlichen Praxisalltag Hilfestellung und Orientierung zu leisten. Hier haben wir es überwiegend mit komplexen Problemen zu tun, die angemessen bewältigt werden müssen. Dazu verhelfen Leitlinien dann, wenn sie wesentliche Sachverhalte patientenorientiert, das heißt beschwerdebezogen, und praktischen Bedürfnissen entsprechend (Inzidenz, Prävalenz) in ein diagnostisches Strukturmuster übertragen, aus dem sich wiederum ganz bestimmte Konsequenzen für das medizinische und ärztliche Tun und Unterlassen schlüssig ergeben. Ausgewählte Beispiele: Kopf-, Kreuz-, Bauch-, Brustschmerz, Dyspnoe, Ödeme, Schwindel, Diabetes mellitus, Pruritus, Harninkontinenz.

Eine Begrenzung derartiger komplexer Leitlinien auf maximal 30 halten wir für praxisgerecht und dann auch handhabbar. Eine fortlaufende

Überarbeitung solcher Leitlinien steht außer Frage.

Die praktische Bedeutung, Anwendbarkeit und Akzeptanz sind von herausragendem Stellenwert für die Umsetzung medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse in den praktisch-ärztlichen Handlungsvollzug.

Leitlinien können auch als gemeinsame Bezugsbasis einer konstruktiven Zusammenarbeit von Generalisten und Spezialisten dienen,

### Schlußwort

Anliegen meines Beitrages war es, eine notwendige, hierzulande bisher kaum geführte Diskussion anzustoßen. Die erfreulich lebhaft und kontroverse Resonanz zeigt die Bedeutung der angesprochenen Fragen. Damit Leitlinien die Versorgungsqualität real verbessern, müssen sie in der Lage sein, das eingefahrene Routineverhalten von Ärzten und Patienten zu verändern. Dies ist eine äußerst anspruchsvolle Aufgabe, die nur infolge eines Umdenkens, durch eine Veränderung der (finanziellen) Anreizsysteme und mit einer Fachgesellschaftsgrenzen überwindenden Implementierungsstrategie lösbar sein wird. Daß die zentrale Erstellung von nationalen Leitlinien durch Konsensuskonferenzen, deren Verbreitung über Fachzeitschriften sowie der allgemeine Hinweis, die Ärzteschaft möge sich doch bitte daran orientieren, zu Veränderungen ärztlichen Verhaltens und damit zu verbesserter Versorgungsqualität führt, ist unwahrscheinlich. Dies ist nicht das „unerfindliche“ Ergebnis „überzogener Kritik“, sondern Schlußfolgerung einer Review von 59 Studien, in denen die Wirkungen von Leitlinien evaluiert wurden (1). Diese Erkenntnis wird durch eine Vielzahl von Evaluationsstudien belegt (2, 3).

Der von Kollege Hartel als „üblich“ dargestellte Zusammenhang zwischen „gebündeltem konsentierten“ Expertenwissen und einer dadurch induzierten Ergebnisverbesserung mag für Examensergebnisse von Studenten zutreffen. Für ärztliches Handeln in Klinik und Praxis ist diese Ursache-Wirkung-Beziehung nicht

problemorientiertes Teamwork verstärken und fördern und zur Steigerung von Effektivität, Effizienz und mittel- wie langfristig auch Wirtschaftlichkeit aller professionell in den Prozeß der Beratung, Behandlung und Betreuung eingebundenen Beteiligten wirkungsvoll beitragen.

Dr. med. Paul Kokott  
Stormstraße 21  
38226 Salzgitter

belegt. Da Leitlinien sich vor allem an berufstätige Ärzte richten, läßt der, gegenüber Re-Zertifizierungsabsichten nicht abgegrenzte, Verweis auf abfragbaren „Prüfungstoff“ aufhören. Solange wir in Deutschland die essentielle Forderung nach einer Evaluation als „allzu künstlich“ empfinden und uns weigern, Umsetzung und Folgen eigener Leitlinien vor ihrer flächendeckenden Einführung in Modellversuchen zu evaluieren, solange auch jahrzehntealte Leit- und Richtlinien nicht entsprechend untersucht werden, solange international publizierte Ergebnisse der Qualitäts- und Evaluationsforschung kaum zur Kenntnis genommen werden, so lange wird es bei dem weitgehend widerlegten (4) Irrglauben bleiben, man könne allein durch gedruckte Leitlinien ärztliches Handeln in praxi verändern.

Die Enttäuschung, die Kollege Weißbach darüber zum Ausdruck bringt, daß sich nationale Empfehlungen seiner Fachgesellschaft nicht durchsetzen, bestätigt meine Skepsis und oben genannte Evaluationsergebnisse. Es erscheint allerdings unreflektiert, wenn derjenige, der auf dieses Problem hinweist, für das bisherige und zukünftige Scheitern verantwortlich gemacht werden soll. Offensichtliche Akzeptanzprobleme legen vielmehr nahe, das als allein untauglich erkannte Top-down-Prinzip (vom Ordinarius zum Niedergelassenen) durch ein Bottom-up-Konzept (in entgegengesetzter Richtung) zu ergänzen. Andernorts ist klageworden, daß nationale Leitlinien erst dann ärztliches Verhalten ändern, wenn die Anwender vor Ort bei der Auswahl, Erstellung, Adaptation, Implementierung und Evaluation einbezogen werden (5, 6). Positive Erfahrungen be-

stehen auch mit der Einbeziehung nichtärztlicher Berufsgruppen sowie von Patientenvertretern.

Mit dem Kollegen Ruprecht stimme ich darin überein, daß es auf gut begründete und erprobte Strategien zur Entwicklung, Verbreitung, Umsetzung und Evaluation ankommt. Stellvertretend seien hier genannt: die Vorarbeiten des Institute of Medicine (7), der Agency for Health Care Policy and Research (8) sowie der niederländischen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin (9). Da ich die unendlichen Mühen, die ernsthafte Versuche zur Qualitätsverbesserung mit sich bringen, aus eigener langjähriger Erfahrung zu würdigen weiß, ist es schade, daß angesichts gravierender methodischer Mängel in Deutschland kaum Anstrengungen erkennbar sind, die andernorts gemachten Fehler zu vermeiden und sinnvolle Lösungen zu adaptieren.

Herr Kokott weist zu Recht darauf hin, daß Leitlinien für die Allgemeinpraxis konkrete Hilfestellung für komplexe, praxisepidemiologisch relevante Alltagsprobleme ermöglichen sollen. Es ist daher sinnvoll, von Patientenproblemen („Dyspnoe“) und nicht von verifizierten Diagnosen („Asthma bronchiale“) auszugehen und diese interdisziplinär zu bewältigen. Weil vorliegende Leitlinien oft den Charakter von Lehrbuchkapiteln haben, werden diese Ziele derzeit kaum erreicht. Da andererseits in Deutschland mehr als 1 600 vertragsärztliche Qualitätszirkel

aller Fachrichtungen arbeiten, wäre es sinnvoll, dort erarbeitete Lösungen zumindest zu berücksichtigen und mit anderen Erkenntnisquellen abzugleichen. Ein entsprechender Vorschlag zur Entwicklung allgemeinmedizinischer Leitlinien (10, 11) ließ sich, angesichts des hohen Aufwandes, hierzulande bisher leider nicht realisieren.

Auf weitere Facetten des Problems hat der Präsident der AWMF, Kollege Reinauer, selbst hingewiesen: Er konstatierte auf einer Veranstaltung des AOK-Bundesverbandes am 24. Juni 1997 in Königswinter, daß im Rahmen von inzwischen 306 Leitlinien die Fachgesellschaften „natürlich ihre Claims abstecken“.

Herr Hower, der die völlig unterschiedlichen Konzepte „Leitlinien“ und „Standards“ in einem Atemzug nennt, verlangt das unter Qualitätsforschern (12) als weitgehend obsolet betrachtete und sogar in der Industrie inzwischen verpönte Konzept der „Qualitätskontrolle“. Diese Äußerung weist darauf hin, daß in Deutschland neben einer Begriffsverwirrung noch Unklarheit über Grundlagen des umfassenden, kontinuierlichen Qualitätsmanagements (TQM, CQI) besteht, das auf einer ständigen dynamisch-iterativen Optimierung beruht. Ziel ist dabei nicht die Erreichung uniformer (Minimal-)Standards, sondern das kontinuierliche Anstreben sogenannter Null-Fehler-Ziele. Wenn hier nationale Leitlinien zum Einsatz kommen, dann als institutionsbezo-

gen modifizierte critical pathways mit entscheidungsunterstützender Funktion für Ärzte und Patienten. Zu einer offenen Diskussion über das gemeinsame Bemühen zur Entwicklung, Umsetzung und Evaluation sinnvoller Leitlinien von hoher Qualität bin ich gerne bereit. Es geht dabei um das „Wie“, nicht um das „Ob“.

#### Literatur

1. Grimshaw JM, Russell IT: Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317–1322.
2. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K et al.: Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med* 1989; 321: 1306–1311.
3. Koseoff J, Kanouse DE, Rogers WH et al.: Effects of the National Institutes of Health Consensus Development Program on physician practice. *JAMA* 1987; 258: 2706–2713.
4. Freemantle N, Harvey EL, Grimshaw JM et al.: The effectiveness of printed educational materials in changing the behaviour of healthcare professionals. In: *The Cochrane Database of systematic reviews*. Cochrane Library. The Cochrane Collaboration CD-ROM Oxford, Update Issue 3, 1996.
5. Wise CG, Billi JE: A model for practice guideline adaptation and implementation: empowerment of the physician. *J Qual Improv* 1995; 21: 465–476.
6. Huttin C: The use of clinical guidelines to improve medical practice: main issues in the United States. *Int J Qual Health Care* 1997; 9: 207–214.
7. Field MJ, Lohr KN (eds): *Guidelines for clinical practice. From development to use*. National Academy Press Washington, 1992.
8. Agency for Health Care Policy and Research: *Using clinical practice guidelines to evaluate quality of care. Volume I: Issues, Volume II: Methods*. U.S. Department of Health and Human Services, AHCPR Publication No. 95-0045 and 95-0046, Rockville, 1995.
9. Grol R, Thomas S, Roberts R: Development and implementation of guidelines for family practice: lessons from the Netherlands. *J Fam Pract* 1995; 40: 435–439.
10. Gerlach FM, Bahrs O, Fischer GC, Weiß-Plumeyer M: Leitlinien für die hausärztliche Praxis. Entwicklung, Verbreitung, Umsetzung. *Z Allg Med* 1995; 71: 950–956.
11. Szecsenyi J, Abholz H-H, Gerlach FM, Kochen MM: Handlungsleitlinien für die Praxis entwerfen – aber wie? *Z Allg Med* 1995; 71: 958–966.
12. Berwick DM: Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989; 320: 53–56.

Dr. med. Ferdinand M. Gerlach  
MPH  
Abteilung Allgemeinmedizin  
Arbeitsbereich Qualitätsförderung,  
Medizinische Hochschule  
30623 Hannover

## Aufklärung von Tumorpatienten

Der Aufklärung des Tumorpatienten wird in der Ausbildung von Ärzten, aber auch in der Fachliteratur bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Die Broschüre „Aufklärung von Tumorpatienten“, die vom Interdisziplinären Tumorzentrum in Tübingen und der Bezirksärztekammer Südwürttemberg herausgegeben wird, will diese Lücke schließen.

Die Empfehlungen wollen Klarheit und Sicherheit im Umgang

mit Krebspatienten vermitteln. Hierbei werden rechtliche Grundlagen und psychologische Aspekte des Aufklärungsgesprächs ebenso angesprochen wie seine Durchführung, die Einbeziehung von Pflegekräften und die Rolle des Hausarztes.

Die Empfehlungen können unentgeltlich angefordert werden: Interdisziplinäres Tumorzentrum, Geschäftsstelle, Herrenberger Straße 23, 72070 Tübingen. zyl