

Betrachtet man die Diskussion um Leitlinien in der Medizin der letzten Jahre, so mag die Leitlinie selber als Produkt eines »dialektischen Sprungs« erscheinen – des bekannten Umschlags von Quantität in Qualität nämlich – nur in umgekehrter Richtung. Nicht ein Immer-Mehr an medizinischem Wissen führt hier zu einer neuen »höheren« Qualität der Medizin, sondern ein Immer-Weniger von verteilbaren Ressourcen innerhalb des solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherungssystems erzeugt den Druck, effiziente Instrumente eines durchgreifenden Qualitätsmanagements zu implantieren, wobei der »Leitlinie« eine strategische Bedeutung zukommt. Wenigstens im gesundheitspolitischen Diskurs gelingt damit der Sprung vom jammervollen Beklagen mangelnder Ressourcen hin zur Hoffnung auf das Erklimmen neuer Qualitätsstandards, mit denen gleichzeitig die ungeahnten Schätze verheißener Wirtschaftlichkeitsressourcen gehoben werden können. Mit Dialektik hat das freilich wenig zu tun, jedenfalls wenn man unter Dialektik mehr verstehen will, als eine Unterdisziplin der Rhetorik.

Zweifelsohne können Leitlinien notwendige und vorteilhafte Instrumente in der ärztlichen Entscheidungsfindung sein. Sie bündeln den Stand medizinischer Forschung, machen ärztliche Entscheidungen transparent, bieten für definierte Problemstellungen ein rationales und rationelles Lösungsschema an, verhelfen dem Patienten zum medizinisch Notwendigen und schützen ihn gleichzeitig vor überflüssiger Diagnostik und nutzloser Therapie. Für die Kostenträger dienen sie zur Planung von Ausgaben, der Begründung von Einsparungen ebenso wie der notwendigen Kontrolle von Leistungserbringern.

Aber unter dem Druck der Verhältnisse und durch die Möglichkeiten des Internets boomt die »Leitlinie«, die an sich Überblick schaffen und Wissen bündeln sollte, ins Unüberschaubare. Mittlerweile gibt es allein in Deutschland über 1 500 Leitlinien von Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Kostenträgern, Ärztekammern, Krankenhausverbänden bis hin zu wissenschaftlichen Instituten, Medizinindustrie, Praxisverbänden und Einzelexperten. Übersteigt die Beurteilung der Aussagekraft einer wissenschaftlichen Studie oft schon die Möglichkeiten des Arztes/der Ärztin, die seine/ihre Entscheidungen wissenschaftlich begründen will, so ist die Beurteilung der Qualität von Leitlinien mittlerweile selber Gegenstand spezialisierter Forschung.

Da es keine Erkenntnis ohne Interesse gibt, gibt es auch keine Leitlinie, deren Autorenschaft nicht reflektiert gehört. Auch bei strengster Anwendung der Regeln wissenschaftlicher Evidenz durch »unabhängige« Expertengremien können Leitlinien uns allzu oft doch nur trügerische Entscheidungssicherheit bieten. Die wissenschaftlichen Tatsachen, die die Leitlinien begründen, können nur solche sein, deren Gegenstand der wissenschaftlichen Untersuchung auf möglichst hoher Evidenzstufe zugänglich ist. Akupunktur, Psychoanalyse, chirurgische Interventionen lassen sich aber nicht doppelblind untersuchen. Schwerwiegender noch beeinflusst der enorme finanzielle Aufwand der Studien die wissenschaftlichen Erkenntnisse, die uns am Ende zur Verfügung stehen. Es werden neue industriell gefertigte Substanzen untersucht, deren Patentschutz Gewinne garantieren sollen und die Entwicklungskosten wieder einspielen müssen. Steht am Ende einer teuren Forschung kein gewinnträchtiges Produkt, so besteht auch kein entsprechendes Forschungsinteresse.

Der vorliegende Band beschäftigt sich mit Leitlinien in der Medizin aus unterschiedlichsten Perspektiven. *Michael Fiene*, *Hanna Kirchner* und *Günter Ollenschläger* von der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) weisen darauf hin, dass auch die Entwicklung der besten Leitlinie nur Ressourcenverschwendung ist, wenn nicht auch Verbreitung, Implementierung und Evaluation abgesichert werden. So ist im ambulanten Sektor zum Beispiel die Kenntnis über relevante Leitlinien marginal, ihre Umsetzung rudimentär. Die Akzeptanzprobleme sind begründet in der Angst vor Reglementierung, Angst vor juristischen Implikationen, unklarer Evidenzlage unter Alltagsbedingungen und vor allem auch mangelnder methodischer Qualität der Leitlinien. *Fiene et al.* weisen auf eine Vielzahl von Möglichkeiten hin, um die Akzeptanz von Leitlinien zu erhöhen und sie effektiv zu implementieren und zu evaluieren.

Insbesondere in der hausärztlichen Versorgung stößt die Entwicklung und Anwendung von Leitlinien auf Probleme. *Silke Brockmann* und *Dieter Borgers* berichten vom Leitlinien-Projekt der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM). Sie hinterfragen den Wert von evidenzbasiertem Wissen, das als Produkt einer reduktionistischen biometrischen Wissenschaftlichkeit durch eine »Trial-Industrie« an folg-samen, gut kontrollierten Krankenhauskollektiven gewonnen wurde für die Lösung von Problemen in der hausärztlichen Versorgung. Hier sind die Problemlagen nicht Diagnosen, sondern Beschwerdekomplexe, hier werden nicht normierte Fallkollektive behandelt, sondern Menschen in ihrem jeweiligen soziokulturellen Umfeld und ihren individuellen Bedürfnissen.



Am Beispiel der Erstellung der DEGAM-Leitlinie Nr. 2 »Müdigkeit« erörtern *Erika Baum, Christa Dörr, Peter Maisel* und *Norbert Donner-Banzhoff* die Probleme der Erstellung von Leitlinien für den hausärztlichen Bereich. Hierbei werden die unterschiedlichen Herangehensweisen von Spezialisten und Allgemeinmedizinerinnen deutlich und damit auch die sehr unterschiedlichen Erwartungen und Anforderungen, die an Leitlinien gestellt werden müssen.

Leitlinien bewerten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach Möglichkeit auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenz. Wissenschaftliche Evidenz ist auch die Grundlage für die Bewertung dieser Methoden durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Diesem kommt dabei für den ambulanten Sektor eine exklusive Definitionsmacht über den gesetzlichen Leistungskatalog zu. Der Bundesausschuss ist zwar der wissenschaftlichen Methodenbewertung verpflichtet, jedoch als politisches Gremium Instrument für die Umsetzung politischer und ökonomischer Interessen der jeweiligen Akteure. *Hans-Jürgen Urban* referiert über die historisch gewachsene Bedeutung des Selbstverwaltungsgremiums, das sich mit weitreichenden Kompetenzen ausgestattet hervorragend eignet, unpopuläre Entscheidungen über Leistungsausgrenzungen den von Wahlen abhängigen staatlichen Akteuren abzunehmen. Der Autor analysiert darüber hinaus die Interessenlage der Ärzte und Krankenkassen in diesem Gremium vor dem Hintergrund der Beitragssatzstabilität, der Budgetierung und des Kassenwettbewerbs.

Im Anschluss berichtet *Norbert Schmacke* von der inhaltlichen Arbeit des Bundesausschusses anhand einiger konkreter Beispiele und bietet Einblick in die angewandten Bewertungsverfahren. Dabei nimmt er Stellung zu den Vorbehalten, denen der Ausschuss als politisches Gremium begegnet.

Kosten zu senken und gleichzeitig die Qualität heben ist nun nicht nur Ziel bei der Implementierung von Leitlinien. Auch die Einführung des Primärarztsystems ist unter diesem Anspruch diskutiert worden, ohne dass bislang entscheidende Schritte hin zu einem solchen, bislang unpopulären, System in Deutschland gegangen worden sind. Demgegenüber sollte in Frankreich schon 1996 »dem Hausarzt sein zentraler Platz zurückgegeben werden«. Außerhalb unseres Themenschwerpunkts untersuchen *Claudia Kilbinger* und *Hendrik van den Bussche* die politischen Bedingungen, unter denen die Reform in Frankreich vorgenommen werden konnte, mit welchen Maßnahmen sie umgesetzt werden sollte und auf welche Probleme sie dabei stieß.

Einen weiteren Blick ins Ausland bietet *Werner Maschewskys* Artikel über »Gesundheitliche Ungleichheit und Umweltbelastung«. Während in Deutschland das Thema soziale Ungleichheit von Gesundheit und

Krankheit zwar ein Thema für den wissenschaftlichen Diskurs ist, spielt er keine Rolle als Focus für eine sozialökologische Bewegung. Der Autor berichtet demgegenüber von der »Umweltgerechtigkeitsbewegung« in den USA, die als soziale Bewegung ökologische, ökonomische und Bürgerrechtsfragen integriert habe und regt an, das Thema Umweltgerechtigkeit als Thema für Public Health neu zu entdecken und damit den Bereich Public Health insgesamt zu repolitisieren.

Ebenfalls außerhalb unseres Themenschwerpunkts greift *Rainer Herrn* in die vor allem in den USA geführte Debatte um neue biologische Deutungen der Homosexualität ein. Er setzt sich kritisch mit den Hoffnungen auf Toleranz und Anerkennung auseinander, die mit diesen Deutungsmustern verbunden werden. Der Autor sieht in diesem Diskurs einen Rückfall vor die Erkenntnisse von Psychologie, Psychoanalyse und Sozialwissenschaften der letzten 50 Jahre. In der Reduktion auf dichotome biologische Kategorien (Mann vs. Frau, schwul vs. nicht-schwul) sieht er einen Verlust an Vielfalt von Lebensstilen und Sinnggebung. Dass von Forschungen und Deutungen dieser Art Gefahren ausgehen, belegt der Autor anhand von Diskussionen verschiedener Biomediziner über die Möglichkeiten und die Legitimität pränataler Diagnostik, eugenischer und genchirurgischer Eingriffe.