

G. Ollenschläger · H. Kirchner · M. Fiene

Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung – Deutsches Leitlinien-Clearingverfahren

# Leitlinien in der Medizin – scheitern sie an der praktischen Umsetzung?

## Zum Thema

Die Leitliniendiskussion wird in Deutschland seit einigen Jahren geführt, doch seit der Novellierung des SGB V haben medizinische Leitlinien einen neuen gesundheitspolitischen Stellenwert erlangt. Nach § 137e SGB V soll der Koordinierungsausschuss auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien Kriterien für zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung beschließen: Kriterien, die für alle Leistungserbringer, Krankenhäuser und Kostenträger unmittelbar verbindlich sind. Bisher finden Leitlinien in der Alltagspraxis aber nur wenig Berücksichtigung. Die Kluft zwischen theoretischem Wissen und praktischem Handeln wird immer größer. Die bisher erarbeiteten Konzepte zur Qualitätsförderung von Leitlinien verbessern vor allem die methodische Qualität der Leitlinienentwicklung, die einen großen Einfluss auf die Leitlinienakzeptanz hat. Ein Einfluss auf das ärztliche Handeln kann aber nur erreicht werden, wenn zusätzlich Konzepte und Strategien zur Disseminierung und Implementierung entwickelt werden. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für die flächendeckende und erfolgreiche Umsetzung medizinischer Handlungsleitlinien.

## Schlüsselwörter

Leitlinien · Qualitätsmanagement · Evidenzbasierte Medizin · Disseminierung · Implementierung

## Leitlinien – Instrumente des Qualitätsmanagements und zur Steuerung im Gesundheitswesen

Das breite Interesse an medizinischen Leitlinien im In- und Ausland beruht auf der Tatsache, dass derzeit die Gesundheitssysteme aller industrialisierten Länder mit vergleichbaren Problemen konfrontiert werden: steigenden Kosten infolge erhöhter Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen, immer teurer werdenden Technologien, alternden Bevölkerungen; Qualitätsschwankungen mit zum Teil inadäquater Gesundheitsversorgung (Über- und Unterversorgung); und dem selbstverständlichen Wunsch der Leistungsanbieter bzw. der Patienten nach bestmöglicher Versorgung. Vor diesem Hintergrund verstehen Ärzte, Entscheidungs- und Kostenträger Leitlinien als ein Instrumentarium, mit dem die Gesundheitsversorgung konsistenter und effizienter, der Unterschied zwischen ärztlichem Handeln und wissenschaftlicher Erkenntnis gemindert werden kann [47].

Medizinische Leitlinien werden international als bedeutendes Instrumentarium des Qualitätsmanagements akzeptiert [15]. Dabei dienen Leitlinien nach Vorstellung der ärztlichen Körperschaften und Fachgesellschaften in Deutschland unter anderem

- der Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung,
- der Motivation zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener ärztlicher Vorgehensweise unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten,

- der Vermeidung unnötiger und überholter medizinischer Maßnahmen und unnötiger Kosten,
- der Verminderung unerwünschter Qualitätsschwankungen in der Versorgung,
- der Information der Öffentlichkeit über notwendige und allgemein übliche ärztliche Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen [5].

Leitlinien haben dabei die Aufgabe, das umfangreiche Wissen (wissenschaftliche Evidenz und Praxiserfahrung) zu speziellen Versorgungsproblemen zu werten, gegensätzliche Standpunkte zu klären und unter Abwägung von Nutzen und Schaden das derzeitige Vorgehen der Wahl zu definieren, wobei als relevante Zielgrößen (Outcome) nicht nur Morbidität und Mortalität, sondern auch Patientenzufriedenheit und Lebensqualität zu berücksichtigen sind [43].

Die Erfahrung aus verschiedenen Projekten zur Leitlinienimplementierung haben gezeigt, dass die Ärzte hinsichtlich des Leitlinienthemas noch starke Vorbehalte haben. Dies liegt zum einen daran, dass Patienten, Ärzte, Kostenträger, Gesundheitsverwaltung „Qualität“ aus verschiedenen Interessenlagen zum Teil sehr unterschiedlich bewerten, zum anderen an der Tatsache, dass die Evidenzlage bezüglich der Wirksamkeit von Leitlinien unter Alltagsbedingungen noch unzulänglich ist [47] und die Emp-

---

Prof. Dr. Günter Ollenschläger  
Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung,  
Aachenerstraße 233–237, 50931 Köln,  
E-Mail: ollenschlaeger@azq.de;  
<http://www.azq.de>

Tabelle 1

### Definitionen: Leitlinien – Richtlinien (Nach [7])

- ▶ **Leitlinien** sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen
- ▶ Leitlinien stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (ggf. unter Berücksichtigung von Patienten) zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen dar
- ▶ Leitlinien sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen
- ▶ Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss
- ▶ Leitlinien werden regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und ggf. fortgeschrieben
- ▶ Der Begriff **Richtlinien** sollte hingegen Regelungen des Handelns oder Unterlassens vorbehalten bleiben, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurden, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht

fehlungen häufig widersprüchlich oder nicht eindeutig sind.

In Deutschland muss noch ein weiterer, die Akzeptanz und Nutzung von Leitlinien beeinträchtigender Faktor erwähnt werden: Leitlinien werden nicht nur als Instrument des internen Qualitätsmanagements genutzt, sondern auch als Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen – so z. B. bei der Auswahl von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, bei Entscheidungen über den Umfang von Versorgungsmaßnahmen, über die Angemessenheit der Leistung. In diesem Zusammenhang sind die Übergänge zwischen Leitlinien und Richtlinien hinsichtlich ihrer rechtlichen Bedeutung (Tabelle 1) häufig fließend, und zwar bei vertraglicher Verpflichtung der Leistungserbringer zum Einhalten von Leitlinienempfehlungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung – also des Sozialrechts.

Die juristischen Implikationen von Leitlinien beschränken sich aber nicht auf das *Sozialrecht*. Institutionelle Handlungsregeln (z. B. Richtlinien, evtl. auch Leitlinien der Ärztekammern) sind im Rahmen ihrer jeweiligen Bindungswirkung auch *berufsrechtlich* bindend. Ihre Nichtbefolgung ist – unter Berücksichtigung von Abweichungsvorbehalten – eine berufsrechtliche Verfehlung [28]. Darüber hinaus zeigen erste Beispiele, dass medizinische Leitlinien durchaus auch geeignet sind, ärztliches Handeln normativ zu begründen und somit auch im *Haftungsrecht* eine Rolle spielen [18].

Die medikolegale Stellung von Leitlinien ist also vielschichtig und führt zur Unsicherheit der Gesundheitsberu-

fe gegenüber dieser Problematik. Experten gehen davon aus, dass dies einer der wesentlichen Gründe für die teilweise mangelnde Akzeptanz von Leitlinien ist [31].

### Leitlinien in Deutschland – historischer Rückblick und aktuelle Entwicklungen

In die gesundheitspolitische Diskussion wurden medizinische Leitlinien erstmalig 1924 von F. Kraus eingeführt [38] und vom Reichsgesundheitsrat in seinen „Leitsätzen für eine sparsame und doch sachgemäße Behandlungsweise der Kranken durch Aerzte“ festgeschrieben (Tabelle 2).

Tabelle 2

### Leitsätze des Reichsgesundheitsrates für eine sparsame und doch sachgemäße Behandlungsweise der Kranken durch Aerzte vom 09.11.1924

1. Wirtschaftlich zweckmäßige, möglichst einfache Behandlungsweise...
2. Unter gleichwertigen Arzneimitteln stets das billiger verordnen, ... die mit Namensschutz versehenen ... Spezialpräparate durch gleichwertige Präparate... ersetzen ...
3. Neueste Arzneimittel nur dann verschreiben, wenn ihr Wert durch systematische Untersuchungen ... erwiesen oder wahrscheinlich gemacht worden ist ...
4. ... , dass Vielverschreibung und sonstige Polypragmasie, die freilich oft durch die Neigung des Publikums selbst gefördert, unterbleibt.
5. Die Verordnungen der Kassenärzte unter strenge Kontrolle gestellt ...
6. Wirksamer als die obligatorische Beschränkung des ärztlichen Handelns werden sein: In kollegialer Weise gegebene Richtlinien ... , umfassende, aber kurz dargestellte therapeutische Ratschläge vom Gesichtspunkt ökonomischer Krankenbehandlung aus, verfasst von hervorragenden Praktikern und Theoretikern ... , wiederholte Fortbildungskurse für Ärzte, Einwirkung auf den ärztlichen Nachwuchs ... Aber auch das Krankenkassenpublikum sollte von seiten der Krankenkassen darüber aufgeklärt werden, dass Sparsamkeit bei der Verordnung von Arzneien durchaus sachgemäß und für den Kranken nutzbringend sein kann.

Zitat gefunden von Dr. Geldmacher, KV Südbaden

Aktuell wiederaufgegriffen wurde das Thema 1993 vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Auf seine Anregung hin erarbeiteten die Mitgliedsgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) bis heute hunderte fachspezifischer Leitlinien für Ärzte, die über Internet für jedermann zugänglich sind. Daneben gibt es noch eine Reihe von anderen Interessenskreisen, die medizinische Handlungsempfehlungen teilweise schon seit Jahren und unter den verschiedensten Bezeichnungen (Leitlinien, Empfehlungen, Richtlinien, Standards etc.) herausgeben (Tabelle 3).

Durch die Novellierung des SGB V werden medizinische Leitlinien erstmals explizit in einem Gesetzestext erwähnt. Dies hat zur Folge, dass alle in der gesetzlichen Krankenversicherung tätigen Ärzte und Krankenhäuser seit dem 01. Januar 2000 zur Berücksichtigung leitliniengestützter Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gesetzlich verpflichtet sind (Deutscher Bundestag 1999).

### Das Leitlinienthema in der gesundheitspolitischen Diskussion – ungeklärte Fragen

Die Unsicherheit im Umgang mit Leitlinien ist mit der Novellierung des SGB V nicht geringer geworden. § 137e schreibt

**Anzeige**

**Anzeige**

Tabelle 3

**Herausgeber ärztlicher Leitlinien**

- ▶ AWMF – Medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften
- ▶ Berufsgenossenschaften
- ▶ Berufsverbände
- ▶ Bundesärztekammer: Wissenschaftlicher Beirat, Arzneimittelkommission der Ärzteschaft
- ▶ Kliniken, Klinikverbände
- ▶ Krankenhausträger
- ▶ Praxen, Praxisverbände
- ▶ Wissenschaftliche Institute, Experten

vor, dass „der Koordinierungsausschuss auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens 10 Krankheiten pro Jahr beschließt und Empfehlungen zu den zur Umsetzung und Evaluierung der Kriterien notwendigen Verfahren gibt; die Kriterien sind unmittelbar verbindlich für Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen“ [12].

Diese Vorgaben regen zu zahlreichen Fragen an:

- ▶ Was verstanden die Autoren des Gesetzes unter „evidenzbasierten“ Leitlinien?
- ▶ Mit welcher Methodik sollen die genannten Kriterien identifiziert oder definiert werden?
- ▶ Welche Sanktionen sind vorgesehen, wenn die Kriterien – und damit indirekt die entsprechenden Leitlinien – nicht berücksichtigt werden?
- ▶ Wie soll die Fülle der Vorgaben („Leitlinien für 10 Entitäten pro Jahr“) abgearbeitet werden?

Tabelle 4

**Ursachen für mangelnde Akzeptanz von medizinischen Leitlinien**

- ▶ Unterschiedliche Definitionen der Begriffe „Qualität“ und „Leitlinie“
- ▶ Angst vor Reglementierung
- ▶ Unklare juristische Implikationen
- ▶ Unzureichende Evidenzlage unter Alltagsbedingungen
- ▶ Widersprüchlichkeit der Empfehlungen
- ▶ Mangelnde methodische Qualität
- ▶ Orientierungslosigkeit (Leitlinieninflation)

- ▶ Wer bezahlt die – bekanntermaßen teure – Implementierung der Kriterien und Indikatoren?

Viele Fragen warten auf eine Antwort. Und dies trägt nicht gerade zur Akzeptanz von Leitlinien im deutschen Gesundheitswesen bei (s. a. Tabelle 4).

**Qualität und Adressatenbezug – Voraussetzungen für die Wirksamkeit von Leitlinien**

In der Literatur besteht Konsens darüber, dass Akzeptanz und damit die Wirksamkeit von Leitlinien ganz wesentlich von deren Qualität abhängen [15, 16, 25, 26]. Allerdings entspricht die Mehrzahl der in den deutschen und englischen Sprachbereichen publizierten Leitlinien nicht den internationalen methodischen Standards [10, 29, 46].

Die Qualitätsdefizite betreffen im Allgemeinen

- ▶ Autorschaft, Konsens- und Auswahlverfahren für Empfehlungen, Unabhängigkeit von interessierten Kreisen (häufig nicht beurteilbar),
- ▶ Belege für Empfehlungen (unzureichende Dokumentation von Quellen, Recherchestrategie, Auswahlverfahren, Verknüpfung von Empfehlungen und Belegen),
- ▶ Angaben zum Umfang von Nutzen und Kosten der Empfehlungen (fehlen meist),
- ▶ Angaben über Disseminierung und Implementierung (fehlen meist).

Neben den genannten formalen Qualitätsdefiziten fehlt Leitlinien häufig der Adressatenbezug: praktizierende Ärzte akzeptieren Leitlinien, deren Empfehlungen keinen Bezug zur individuellen Situation des Berufsalltages haben, nur selten. Für verschiedene Versorgungsbereiche macht es deshalb durchaus Sinn, unterschiedliche Leitlinien (in Format und Fragestellung angepasste Empfehlungen) zu entwickeln. Hier ist auch eine Form von „Kundenorientierung“ bzw. Zielgruppenorientierung erforderlich (so genanntes „Tailoring“). Dies ist z. B. die Stärke von Leitlinien, die auf regionaler Ebene von Anwendern selbst entwickelt werden (siehe z. B. [45]).

Es hat sich gezeigt, dass die Akzeptanz einer Leitlinie steigt, wenn die späteren Anwender direkt in den Erstel-

lungs-/Entwicklungsprozess miteinbezogen werden. Leider müssen dafür häufig andere methodische Schwächen (unsystematische Recherche und Bewertung der Evidenz u. a.) in Kauf genommen werden (Tabelle 5).

Zur Lösung der Qualitätsproblematik sind in vielen Ländern Qualitätssicherungsprogramme für die Leitlinienentwicklung etabliert worden. So fördert die Europäische Kommission die Bemühungen der „AGREE-Gruppe“ zur Entwicklung eines europäischen Instrumentes für die Qualitätsbewertung von Leitlinien [10]. Der Europarat hat die Erarbeitung eines Grundsatzpapiers zur Qualität von Leitlinien in Auftrag gegeben. In Deutschland wurden die Leitlinien-Clearingstelle der AWMF [5] und das Deutsche Leitlinien-Clearingverfahren der Selbstverwaltungskörperschaften im Gesundheitswesen bei der ÄZQ [8] eingerichtet (Tabelle 6), mit dem Ziel, die Disseminierung und Implementierung guter Leitlinien zu unterstützen.

Das Verfahren richtet sich an Leitlinienanbieter und -nutzer. Es zielt auf Entwicklung und Implementierung von Leitlinien, die sich an den besten verfügbaren Leitlinienprogrammen orientieren. Zu diesem Zweck wurden verschiedene Instrumente und Maßnahmen, die sich im Ausland bewährt haben, an deutsche Verhältnisse adaptiert und neu entwickelt:

- ▶ Instrumente zur formalen Leitlinienbewertung für Anwender und Autoren („Beurteilungskriterien für Leitlinien“ [7], „Checkliste zur kritischen Bewertung von Leitlinien“ [1]),
- ▶ Verfahren zur Bewertung der inhaltlichen Angemessenheit von Leitlinien [2],
- ▶ Die Ergebnisse des Clearingverfahrens werden in Form von „Leitlinien-clearing-Berichten“ ins Internet eingestellt und veröffentlicht ([1, 2, 13]; <http://www.leitlinien.de>). Die Träger des Verfahrens entwickeln daraus einen Maßnahmenkatalog zur Realisierung der Empfehlungen [3].
- ▶ Das „Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ“ – ein Trainingsprogramm für Leitlinienautoren ([5]; <http://www.awmf.leitlinien.de> und <http://www.leitlinien.de>),
- ▶ das Trainingsprogramm für Ärztenetze, die interne Leitlinien erarbeiten [36],

Tabelle 5

## Vor- und Nachteile regionaler und nationaler Leitlinien (Nach [20])

Entwicklungsstrategie	Potentielle Vorteile	Potentielle Nachteile
Dezentrale Entwicklung (z. B. in Qualitätszirkeln, Kliniken, Praxen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Pädagogischer Effekt für alle Beteiligten</li> <li>▶ Engagement der Zielgruppe, Identifizierung mit der Leitlinie</li> <li>▶ Leitlinien sind der lokalen Situation angepasst</li> <li>▶ Akzeptanz und Übernahme erleichtert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Zeitintensive, schwierige Aufgabe</li> <li>▶ Mangel an spezifischer Expertise/Fähigkeiten</li> <li>▶ Keine systematische Literaturanalyse</li> <li>▶ Ergebnisse häufig von Gruppenprozessen beeinflusst</li> <li>▶ Durchschnittliches Handeln wird zur Leitlinie</li> </ul>
Zentrale Entwicklung (z. B. nationale Leitlinien einer Fachgesellschaft)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Gründliche wissenschaftliche Fundierung</li> <li>▶ Strukturierter umfassender Prozess</li> <li>▶ Breite professionelle Basis</li> <li>▶ Beitrag zur Einheitlichkeit</li> <li>▶ Berücksichtigung neuer Einsichten und Forschungsergebnisse</li> <li>▶ Ausstrahlung auf Fort- und Weiterbildungsinhalte</li> <li>▶ Effizientes Vorgehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Zeitaufwendig, teuer</li> <li>▶ Zielgruppe nicht involviert</li> <li>▶ Notwendigerweise global</li> <li>▶ Nicht an spezifische Bedürfnisse und lokale Besonderheiten angepasst</li> <li>▶ Provoziert Angst vor Reglementierungen</li> </ul>

- ▶ das erste deutschsprachige Programm zur Qualitätsförderung von medizinischen Laieninformationen ([www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de); [1]).

Insbesondere die erwähnten Trainingsprogramme für Autoren und Anwender von Leitlinien (z. B. in Arztnetzen; [36]) zielen darauf, die unterschiedlichen Zielsetzungen und Schwerpunkte nationaler und lokaler Leitlinien künftig besser aufeinander abzustimmen, sowie Vor- und Nachteile auszugleichen (Tabelle 5). Nur so kann erreicht werden, dass Leitlinien in der Versorgung berücksichtigt werden, die den international akzeptierten Standards für gute Leitlinien entsprechen und gleichzeitig die alltäglichen Probleme der Patientenbetreuung angemessen behandeln.

## Systematische Disseminierung und Implementierung – Voraussetzung für die Umsetzung von Leitlinien

Die Wirksamkeit einer Leitlinie hängt ganz wesentlich von Art und Umfang der Maßnahmen ab, die Verbreitung (Disseminierung) und Implementierung von Leitlinien zum Ziel haben [17, 25, 47]. Unter der Implementierung versteht man den Transfer von Handlungsempfehlungen in individuelles Handeln bzw. Verhalten von Ärzten, anderen Gesundheitsberufen, Patienten, Betroffenen usw. [9]. Um diesen Transfer erfolgreich zu gestalten, müssen im Allgemeinen verschiedene, sich ergänzende Maßnahmen vorgenommen werden.

Dabei handelt es sich um edukative, finanzielle, organisatorische und/oder regulatorische Strategien (Tabelle 7). Zweifelsfrei führt die alleinige Produktion und Publikation einer Leitlinie –

oder auch die Verbreitung ausschließlich mit Hilfe passiver edukativer Maßnahmen (z. B. durch Frontalvorträge) – nicht zur Verhaltensänderung [11, 23, 24].

Aus diesen Gründen sollten bereits vor dem Entschluss zur Entwicklung einer Leitlinie Überlegungen zu Form, Aufwand und Kosten der Disseminierungsstrategie angestellt werden. Die Entwicklung einer Leitlinie – und sei diese noch so gut – ist eine Verschwendung von Ressourcen, wenn nicht auch Verbreitung, Implementierung und Evaluation geplant und abgesichert werden [15, 16].

In Deutschland – wie in den meisten anderen Ländern – werden Leitlinien jedoch vorwiegend mittels eher konventioneller Maßnahmen verbreitet, also primär passiv durch Fachzeitschriften, Lehrbuchartikel, über CD-Roms oder Internet sowie durch Vorträge auf Konferenzen und Seminaren [22]. Dabei ist bisher nicht bekannt, wie viele Ärzte wirklich Kenntnis von der Existenz spezieller Leitlinien haben. Die Zugriffszahlen auf die Leitliniendatenbank der AWMF ([www.awmf.leitlinien.de](http://www.awmf.leitlinien.de)) und auf die Linksammlung der ÄZQ zu ausländischen Leitlinien ([www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de)) lässt aber vermuten, dass das Interesse an deutschen und englischsprachigen Leitlinien kontinuierlich zunimmt. Darüber hinaus engagiert sich die Medizinindustrie international sehr stark an der Verbreitung von Leitlinien. Sie sieht Leitlinien offensichtlich als ein überaus effektives Marketinginstrumentarium an [41, 39a].

Allerdings existiert offensichtlich eine große Lücke zwischen Kenntnis

Tabelle 6

## Aufgaben des Leitlinien-Clearingverfahrens der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung

- ▶ Bewertung (*formal und inhaltlich*) von wichtigen Leitlinien (gemessen an dem zu erwartenden Nutzen bzw. der Wirtschaftlichkeit) anhand vorab festgelegter Kriterien; ggf. Empfehlungen zur Verbesserung
- ▶ Kennzeichnung der für gut befundenen Leitlinien
- ▶ Monitoring der Fortschreibung von Leitlinien
- ▶ Information über Leitlinien
- ▶ Unterstützung bei der Verbreitung und Implementierung von Leitlinien
- ▶ Unterstützung bei der Evaluation von Leitlinien

**Anzeige**

und Berücksichtigung von Leitlinien durch die Ärzteschaft [22]. Die Überwindung dieses sog. „knowledge-performance-gap“ durch adressatenorientierte Disseminierung und Implementierung ist ein weiterer wichtiger Faktor für den Erfolg von Leitlinienprogrammen.

### Implementierung von Leitlinien und Richtlinien in der ambulanten Versorgung

Hinsichtlich der systematischen Implementierung von Leitlinien existieren im deutschen Gesundheitssystem deutliche Unterschiede, und zwar in Abhängigkeit vom Versorgungsbereich, in dem Leitlinien angewendet werden. Die in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte sind seit Jahrzehnten an nationale Vorgaben (in Form von vertragsärztlichen Richtlinien) gewöhnt. Hingegen ist die systematische Berücksichtigung überregionaler Leitlinien in Akutkrankenhäusern, Rehabilitationskliniken, ambulanten Versorgung oder ambulant-stationären Versorgungsnetzen [14, 19, 44, 45] eine eher neuere Entwicklung.

### Implementierung von verpflichtenden Direktiven – Beispiel vertragsärztliche Richtlinien

Verpflichtende Direktiven im Sinne von Richtlinien (Tabelle 1) existieren seit Jahren auf der Grundlage des SGB V für die vertragsärztliche Versorgung. Dabei orientieren sich insbesondere die Richtlinien des Ausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu präventiven und gesundheitsfördernden Themen (Neugeborenen-, Kinderuntersuchung, Gesundheitsuntersuchung, Krebsvorsorge) trotz ihrer Verbindlichkeit sehr stark an der üblichen Form von Leitlinien (im Sinne unverbindlicher Handlungsempfehlungen; [30]). Zur Realisierung der Vorgaben wurden verschiedene der in Tabelle 7 dargestellten Aktivitäten genutzt.

Seit einigen Jahren werden zunehmend Versorgungsverträge zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen und kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen, die verpflichtende Vorgaben zu Indikationsstellung, Ablauf der Patientenbetreuung und interprofessioneller Kooperation enthalten. Voraussetzung für die Honorierung der verabredeten Leistungen ist die schriftliche Verpflichtung der beteiligten Ärzte, dass sie

die leitliniengestützten Direktiven einzuhalten gewillt sind. Der Erfolg dieser Strategie, gemessen an der Optimierung der Blutzuckereinstellung, konnte mittlerweile an über 1000 Patientenverläufen belegt werden [37].

### Implementierung von Leitlinien in Versorgungsverträgen – Beispiel: Diabetikerschulung

Bis vor 10 Jahren fand systematische Diabetikerschulung primär in Krankenhäusern statt. Erst 1991 traten die ersten Verträge in Kraft, die eine standardisierte,

leitliniengestützte Diabetesversorgung im ambulanten vertragsärztlichen Bereich ermöglichten [32, 39, 42]. Dabei erwiesen sich die folgenden Implementierungsmaßnahmen als erfolgreich [6, 27]:

- ▶ Training von Ärzten und Praxispersonal in kleinen Gruppen durch speziell ausgebildete Moderatoren unter Verwendung leitliniengestützter Lern- und Patientenmaterialien,
- ▶ Vorgabe von Dokumentationsmodulen,
- ▶ finanzielle Bonusleistungen für Leistungserbringer,

Tabelle 7  
Strategien zur Implementierung von Leitlinien. (Nach [40])

Interventionen	Aktivitäten (Beispiele)
Edukative	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Leitlinienkonferenzen</li> <li>▶ Lokale Konsensusverfahren</li> <li>▶ Information durch bekannte Meinungsführer</li> <li>▶ Erfahrungsaustausch mit lokalen Experten</li> <li>▶ Nachfrage seitens der Patienten</li> <li>▶ Qualitätszirkel</li> <li>▶ Praxishilfen (Kurzfassungen, Checklisten, Doku-Hilfen)</li> <li>▶ Fokusgruppen</li> <li>▶ Konsil</li> </ul>
Finanzielle	<p><b>A. Leistungserbringer-/Institutionen-orientiert</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Honorierungssystem (Einzelleistung, Budget, Gehalt)</li> <li>▶ Bonusleistungen</li> <li>▶ Vergütungsabschläge</li> <li>▶ Leistungsausschlüsse (Arzneimittellisten usw.)</li> </ul> <p><b>B. Patientenorientiert</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Prämienhöhe, Kostenbeteiligung</li> <li>▶ Bonusleistungen</li> <li>▶ Leistungsabschläge, Strafzahlungen</li> </ul>
Organisatorische	<p><b>A. Strukturorientiert</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Form, Ort, Institution, Ausstattung der Leistungserbringung</li> <li>▶ Telemedizin</li> <li>▶ Bericht- und Informationssysteme</li> <li>▶ Ziele, Umfang, Ablauf der Dienstleistungen</li> <li>▶ Existenz, Organisation von Qualitätsmanagementprogrammen</li> </ul> <p><b>B. Leistungserbringerorientiert</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Revision von Rolle, Qualifikation der Leistungserbringer</li> <li>▶ Multidisziplinäre Teams</li> <li>▶ Individuelle Beratung im Sinne von „Case Management“</li> <li>▶ Konsumentenorientierte Dienstleistungen</li> </ul> <p><b>C. Patientenorientiert</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Individuelle Aktivitäten: Entscheidungshilfen für Patienten</li> <li>▶ Gruppenaktivitäten: Patientenbeiräte, Fokusgruppen</li> </ul>
Regulative	<p>Vorgaben für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Verantwortlichkeit der Leistungserbringer</li> <li>▶ Umgang mit Patientenbeschwerden</li> <li>▶ Lizenzierung, Akkreditierung, Zertifizierung</li> </ul>



- ▶ Arbeit in moderierten Qualitätszirkeln [21].

Innerhalb weniger Jahre wurde diese leitlinienorientierte Diabetikerversorgung in ganz Deutschland realisiert.

### Scheitern Leitlinien an der praktischen Umsetzung?

In den Diskussionen um die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems wird medizinischen Leitlinien eine Schlüsselrolle für die Bewältigung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsproblemen zugemessen. Der politische Anspruch ist hoch, doch bisher ist die Implementierung nur in wenigen Modellprojekten gelungen.

Die wesentliche Chance von Leitlinien liegt in der möglichen Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung. Dass sich dies realisieren lässt, ist zwar in systematischen Studien belegt worden [23, 24]. Ob Leitlinien aber auch im ärztlichen Alltag so wirken, ist weniger klar [25, 26]. Eine andere Frage ist die, ob sich die Implementierung von Leitlinien flächendeckend in Deutschland günstig auswirkt auf

- ▶ Verhalten von Therapeuten, Patienten und Konsumenten,
- ▶ strukturelle Probleme (insbesondere die Schnittstellenproblematik),
- ▶ Versorgungsqualität,
- ▶ Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

Zwar berechtigen die ausländischen und erste deutsche Erfahrungen zu dieser Annahme. Schon jetzt ist aber abzusehen, dass die Nutzung von Leitlinien nicht obligatorisch zur „Kostendämpfung“ führen wird: Einerseits ist die flächendeckende Implementierung teuer, andererseits werden bei erfolgreicher Implementierung von Leitlinien für unterversorgte Gebiete (z. B. Diabetikerschulung) die Betreuungskosten pro Patient zunächst steigen.

### Fazit für die Praxis

Um die Berücksichtigung von Leitlinien in der täglichen medizinischen Versorgung zu verbessern, müssen zahlreiche Verbesserungen realisiert werden. Dies betrifft insbesondere folgende Problemfelder:

1. Problemorientierte Priorisierung von Leitlinienthemen: Berücksichtigung

des Bedarfs an Leitlinien in der täglichen Arbeit.

2. Ausreichende finanzielle Ausstattung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften für die professionelle Erstellung von Leitlinien.
3. Stärkere Einbeziehung der Betroffenen (praktizierende Ärzte und Patienten) in die Entwicklung von Leitlinien, Implementierungsinstrumenten und Patientenleitlinien unter Berücksichtigung von Marketinginstrumenten (Zielgruppenorientierung).
4. Bessere inhaltliche Abstimmung zwischen verschiedenen Leitlinien zur selben Thematik (z. B. Hypertonie).
5. Berücksichtigung der Ergebnisse von Evaluationsstudien zu medizinischen Technologien („health technology assessment“) in Leitlinien.
6. Berücksichtigung von Leitlinienempfehlungen bei Qualitätssicherungsprogrammen.
7. Entwicklung und Nutzung leitlinienbezogener Honorierungssysteme.
8. Stärkere Nutzung guter Leitlinien in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie der Qualitätszirkelarbeit.
9. Entwicklung praktikabler Technologien für die Verknüpfung von Routine-

Tabelle 8

### Qualitätssicherung durch Implementierung von Leitlinien

<b>1 Gesetz</b>	Vorgabe von QM und QS ↓	
<b>2 Spitzenorganisationen der Ärzte/Krankenkassen definieren</b>	Prioritäre Versorgungsziele ↓	⇐ Leistungserbringer, Selbstverwaltung, Interessierte ⇐ Kreise schlagen prioritäre Versorgungsziele vor
<b>3 Clearingstelle recherchiert, bewertet, empfiehlt</b>	Nationale Leitlinien mit Definition der Versorgungsprozesse, Qualitätsanforderungen, Schnittstellen zu prioritären Versorgungsbereichen ↓	⇔ Informationsfluss von und zu in- und ausländischen ⇔ EBM-/HTA-Gruppen, wiss. Fachgesellschaften, ⇔ Selbstverwaltung, Leistungserbringern, Patienten, ⇔ Öffentlichkeit ⇐ Selbstverwaltung schlägt Regelungsbereiche vor
<b>4 Spitzenorganisationen der Krankenkassen, Ärzte beschließen</b>	Regelungen zu Qualitätssicherung und Finanzierung auf der Grundlage anerkannter Leitlinien ↓	⇔ Standesorganisationen regeln in ihrem ⇔ Verantwortungsbereich auf der Grundlage ⇔ anerkannter Leitlinien
<b>5 Selbstverwaltung auf Länderebene implementiert</b>	Programme zur Qualitätssicherung auf der Grundlage anerkannter Leitlinien ↓	⇔ Standesorganisationen implementieren in ihrer ⇔ Verantwortung QS-Programme auf der Grundlage ⇔ anerkannter Leitlinien ↑
<b>6 Leistungserbringer garantieren</b>	Qualitätsgesicherte Patientenversorgung auf der Grundlage anerkannter Leitlinien	⇐ Selbstverwaltung, Standesorganisationen ⇐ kontrollieren Qualität

QM: Qualitätsmanagement, QS: Qualitätssicherung

**dokumentation und Leitlinienempfehlungen in Computerprogrammen für Klinik und Praxis.**

10. **Entwicklungen von einfachen Controllinginstrumenten, um die Effekte der Leitlinienanwendung darzustellen.**
11. **Klärung der juristischen Implikationen von Leitlinien insbesondere im Rahmen des Haftungsrechtes.**

**Nur durch nahtlose Einbindung des Leitlinienthemas in das komplexe Geflecht von Regelungen und Verantwortlichkeiten des deutschen Gesundheitssystems (Tabelle 8) kann verhindert werden, dass Leitlinien an der praktischen Umsetzung scheitern.**

## Literatur

1. Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2000) Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ – 2. Version (8/1999), gültig: bis 31. August 2001. <http://www.leitlinien.de> Dtsch Arztebl 97: A1170–1172
2. Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2000) Leitlinien Clearing-Bericht „Hypertonie“. ÄZQ-Schriftenreihe, Bd. 5. Zuckschwerdt, München
3. Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2000) Das Leitlinien-Clearingverfahren „Hypertonie“: Zusammenfassung der Ergebnisse und Gremienbeschlüsse. Dtsch Arztebl 97: A2260–2261
4. Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2000) Das DISCERN-Handbuch. Qualitätskriterien für Patienteninformationen. ÄZQ-Schriftenreihe, Bd. 4. Zuckschwerdt, München. [www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de)
5. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2001) Das Leitlinien-Manual. Z ärztl Fortbild Qualitätssicherung (ZaeFQ) 95 (Suppl. I): 1–84
6. Berger M, Jorgens V, Flatten G (1996) Health care for persons with non-insulin-dependent diabetes mellitus. The German experience. *Ann Intern Med* 124: 153–155
7. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997) Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Dtsch Arztebl 94: A2154–2155, B 1622–1623, C 1754–1755
8. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (1999) Das Leitlinien-Clearingverfahren von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherungen: Ziele und Arbeitsplan. Dtsch Arztebl 96: A-2105–2106; <http://www.leitlinien.de>
9. Centers for Disease Control and Prevention (1996) CDC guidelines: improving the quality. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta
10. Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw J, Feder G, Moran S (1999) Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *Int J Qual Health Care* 11: 21–28
11. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB (1995) Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 274: 700–705
12. Deutscher Bundestag (1999) Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). <http://www.bmggesundheits.de/gesetze/2000/aus.htm>
13. Donner-Banzhoff N, Echterhoff HH, Hense HW et al. (2000) Das Leitlinien-Clearingverfahren „Hypertonie“ – Zusammenfassung und Empfehlungen für eine nationale Hypertonie-Leitlinie für Deutschland. *Z ärztl Fortbild Qualitätssicherung* 94: 341–349
14. Egner U, Gerwin H, Müller-Farnow W, Schliehe F (1998) The quality improvement programme in medical rehabilitation of the statutory pension insurance – Concepts, state of realization, prospects. *Rehabilitation* 37 (Suppl): S2–S7
15. Europarat (1998) The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care – Recommendation No. R(97)17. ISBN 92-871-3534-7. Europarat, Straßburg
16. Europarat – Committee of Experts on guidelines on the best medical practices (2000) Draft Recommendation no R (2000) xx of the Committee of Ministers to Member States on developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practices. Straßburg, unveröffentlicht
17. Feder G, Eccles M, Grol R, Griffiths C, Grimshaw J (1999) Using clinical guidelines. *BMJ* 318: 728–730
18. Fischer G, Berndt M (2000) Medizinische Leitlinien: Juristische Implikationen. Dtsch Arztebl 97: A-1942
19. Geraedts M, Lorenz G, Selbmann HK (2000) Konzeption und Erprobung einer regionalen Leitlinienadaptierung am Beispiel Asthma bronchiale. *Z ärztl Fortbild Qualitätssicherung* 94: 351–358
20. Gerlach FM, Beyer M, Szecsenyi J, Fischer GC (1998) Leitlinien in Klinik und Praxis: Welche Anforderungen sollten moderne Leitlinien erfüllen? Welche Strategien zur Entwicklung, Verbreitung und Implementierung haben sich bewährt? welchen Beitrag können Leitlinien zur Qualitätsförderung in der Medizin leisten? Dtsch Arztebl 95: A1014–1016
21. Gerlach FM, Beyer M, Römer A (1998) Quality circles in ambulatory care: state of development and future perspective in Germany. *Int J Qual Health Care* 10: 35–42
22. Gernreich C (1999) Acceptance and use of the German Cancer Society guidelines for diagnosis and treatment of lung cancer. MA Thesis. Medizinische Hochschule, Hannover
23. Grimshaw JM, Russell IT (1993) Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 342: 1317–1322
24. Grimshaw JM, Russell IT (1994) Achieving health gain through clinical guidelines: II. Ensuring guidelines change medical practice. *Qual Health Care* 3: 45–52
25. Grol R (1997) Personal paper: Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 315: 418–421
26. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, in t'Veeld C, Rutten G, Mookink H (1998) Attributes of clinical guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 317: 858–861
27. Gruesser M, Hartmann P, Schlottmann N, Joergens V (1996) Structured treatment and teaching programme for type 2 diabetic patients on conventional insulin treatment: evaluation of reimbursement policy. *Patient Educ Couns* 29: 123–130
28. Hart D (1998) Ärztliche Leitlinien – Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen. *MedRecht* 1: 8–16
29. Helou A, Perleth M, Bitzer EM, Dörning H, Schwartz FW (1998) Methodische Qualität ärztlicher Leitlinien in Deutschland. *Z ärztl Fortbild Qualitätssicherung* 92: 421–428
30. Hutzler D (1995) Ambulatory physician performances in health counseling – possibilities, organization and payment. *Z Arztl Fortbild (Jena)* 89: 57–63
31. Hurwitz B (1999) Legal and political considerations of clinical practice guidelines. *BMJ* 318: 661–664
32. Joergens V, Gruesser M (1998) Diabetology in the German medical system in 1998. *Diabetes Metab* 24 (Suppl): 18–23
33. Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Vereinbarung zum Diabetes-Management. <http://www.dgn.de/doc/public/Anbieter/KVMV/Homepage/RECHT/StartseiteAOK/index.html>
34. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2000) Informationen zu den Diabetes-Verträgen. <http://www.kvno.de/texte/aerzte/vetraeg/diabetes/idx diab.htm>
35. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (2000) Diabetes-Vereinbarungen. <http://www.kvsa.de/recht/vereinb.htm>
36. Kirchner H, Ollenschläger G (2000) Implementierung von Leitlinien in Praxisnetzen. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg) *Handbuch für Netzberater*. KBV, Köln
37. Kunath H (2000) Verteilung der HbA1-Werte der an Schwerpunktpraxen überwiesenen Patienten 1998 bis 1999. Inst. für Med. Informatik und Biometrie, TU Dresden, pers. Mitteilung

38. Kraus F (1924) Wie ließe sich die ärztliche Behandlung der Kranken angesichts der jetzigen wirtschaftlichen Notlage der Bevölkerung sparsam und doch sachgemäß gestalten? *Dtsch Med Wochenschr* 50: 391–393
39. Kronsbein P, Joergens V, Muehlhauser I, Scholz V, Venhaus A, Berger M (1988) Evaluation of a structured treatment and teaching programme on non-insulin-dependent diabetes. *Lancet* 2: 1407–1411
- 39a. Lander T, Volmer T (1999) Are principles of evidence-based medicine taken into account in the area of the pharmaceutical market? *Z ärztl Fortbild Qualitätssicherung* 93: 409–419
40. Mäkelä M, Thorsen T (1999) A framework for guidelines implementation studies. In: Thorsen T, Mäkelä M (eds) *Changing professional practice – Theory and practice of clinical guidelines implementation*. DSI, Copenhagen, pp 34ff
41. Mattison N, Tilson H (1998) Guidelines for clinical practice – The international challenge. *Proceedings of the Marlow Workshop 1997*. Pharmaceutical Partners for Better Healthcare, London
42. Mueller UA, Femerling M, Reinauer KM et al. (1999) Intensified treatment and education of type 1 diabetes as clinical routine. A nationwide quality-circle experience in Germany. *ASD (the Working Group on Structured Diabetes Therapy of the German Diabetes Association)*. *Diabetes Care* 22 (Suppl): B29–34
43. Ollenschläger G, Helou A, Lorenz W (2000) Kritische Bewertung von Leitlinien. In: Kunze R, Ollenschläger G, Raspe HH, Jonitz G, Kolkmann FW (Hrsg) *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis*. Deutscher Ärzteverlag, Köln, S 156–176
44. Sauer H (1999) Regional implementation of guidelines by German Comprehensive Cancer Centers. *Z ärztl Fortbild Qualitätssicherung* 93: 23–27
45. Schrappe M, Bollschweiler E, Grüne F et al. (1999) The Cologne Guidelines Committee: Computer-assisted clinical practice guidelines on clinical diagnosis. *Z ärztl Fortbild Qualitätssicherung* 93: 447–453
46. Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J (1999) Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed literature. *JAMA* 281: 1900–1905
47. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J (1999) Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 318: 527–530

**G. Riecker**  
**Wissen und Gewissen**  
**Über die Ambivalenz und die Grenzen**  
**der modernen Medizin**

Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2000.  
 260 S., (ISBN 3-40-67089-0), brosch., DM 39,90



Dass viele Ärzte nicht in der Spezialisierung auf ihr enges Fachgebiet aufgehen, sondern darüber hinaus erstaunliche weitere Talente offenbaren, beweisen ihre zahlreichen literarischen und musikalischen Aktivitäten. Eine Spe-

zialität emeritierter Internisten scheint die philosophische Reflexion der rasch wachsenden Möglichkeiten und Gefahren ihres Fachgebietes zu sein. Ähnlich wie sich z.B. Felix Anschutz Gedanken machte über „Ärztliches Handeln: Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen, Widersprüche“ und Rudolf Gross u.a. über Erfahrungen, Intuition, diskursives Denken, Ethik und geistige Grundlagen, so hat nun auch der Kardiologe Gerhard Riecker die philosophischen, ethischen, erkenntnis- und wissenschaftstheoretischen Grundlagen seines Berufes analysiert. Der ehemalige Leiter der Medizinischen Klinik I des Klinikum Großhadern der LMU München ist vielen Ärzten immer noch ein Qualitätsbegriff als Erstherausgeber der beiden Standardwerke „Klinische Kardiologie“ und „Therapie innerer Krankheiten“.

An „Wissen und Gewissen“ imponiert zunächst einmal der große Umfang der verarbeiteten Literatur. So liest sich denn das 378 Titel umfassende Verzeichnis wie ein Auszug aus der Philosophie-, Medizin- und Wissenschaftsgeschichte. Entsprechend vorbildlich ist die Belegung seiner Aussagen und Zitate, auch aus der einschlägigen Fachliteratur, so beispielsweise im Kapitel „was die Medizin therapeutisch leisten kann“.

Das Spektrum der behandelten Themen ist entsprechend breit und reicht von der Genforschung, Euthanasie und Abortindikation über Tierversuche, Qualitätssicherung, Expertensysteme, Lebensqualität und Sterbehilfe bis hin zu Hirntod und Organentnahme, um nur einige zu nennen. Daneben kommen auch allgemeinere Themen wie Reduktionismus vs. Ganzheitlichkeit nicht zu kurz.

Eine derart umfangreiche tour d’horizon medizinischer Kontroversen auf nur 260 Seiten im DIN A5 Format erfordert eine kurze und prägnante Ausdrucksweise, die der Autor in seiner aktiven Zeit Legionen von Assistenten beibrachte. In „Wissen und Gewissen“ beweist er seine Abneigung

gegen weitschweifige und blumige Ausführungen auch in der Behandlung philosophischer Themen.

Ausgangspunkt der Überlegungen sind die drei berühmten Kantschen Fragen (Was kann ich wissen? Wie soll ich handeln? Was kann ich hoffen?), bei deren Beantwortung die positivistisch-naturwissenschaftliche Medizin auf philosophische Hilfe angewiesen ist. Da der Autor in beiden Welten gleichermaßen beheimatet ist, gelingt es ihm, die Medizin als integralen Bestandteil der modernen Gesellschaft darzustellen, deren Einstellungen und Werte folgeschwer auf sie zurückwirken.

Typisch für Rieckers Aufgeschlossenheit neuen Methoden gegenüber war kurz nach seiner Emeritierung der Besuch eines Fortbildungskurses über medizinische Expertensysteme. Er ließ es nicht damit bewenden, sondern bestand auf der praktischen Erprobung der vom Referenten behaupteten enormen Möglichkeiten der neuen Technik, woraus sich, in Zusammenarbeit mit dem Verfasser dieser Zeilen, das erste kommerziell verfügbare Expertensystem für kardiologische Diagnostik in Deutschland entwickelte. Aufgrund der dabei gemachten Erfahrungen kann er auch dieses Thema in „Wissen und Gewissen“ ex cathedra abhandeln.

Bei allem durchscheinenden Zweifel hütet sich der Autor vor einer pauschalen Verurteilung ambivalenter Tendenzen der modernen Medizin, deren Zukunft er in seinem Resümee jedoch skeptisch beurteilt: „Was wissenschaftlich-technisch machbar ist, wird ... gemacht werden; und zwar ... ungeachtet aller Folgen, geblendet durch Erfolg (Fortschritt, Geld und Geltung)“. Dieser wohl realistischen Einschätzung stellt er in seinem Buch das individualmoralische Motto eines Klassikers der philosophischen Ethik entgegen: bene agere et laetari (Spinoza).

Die Kombination von bedeutsamer Thematik, wissenschaftlicher Präzision in ihrer Behandlung mit Erschließung einer umfangreichen Literatur und flüssigem Stil machen „Wissen und Gewissen“ zu einem Lesevergnügen, dem man recht viele interessierte Leser wünscht.

Nachdem uns der Autor in seinem Werk die abstrakte Quintessenz seines mehr als vier Jahrzehnte umfassenden Medizinerlebens präsentiert, wäre es aufschlussreich zu erfahren, auf welchen konkreten Erfahrungen seine ausgewogenen Urteile basieren. Eine anschauliche Autobiographie – nach Art der mehr oder weniger gelungenen, in jüngster Zeit erschienenen, u.a. von Wolfgang Spann, Jörg Rehn, Friedrich Stelzner, Ernst Kern, Kurt Wiemers, Gotthard Schettler – mit vielen Episoden und Anekdoten aus Klinik, Lehre und Forschung, eingebettet in den allgemeinen medizinischen und spez. kardiologischen Entwicklungsgang, wäre ein spannendes Komplement.

B. Puppe (Würzburg)