

## Zukunft der Individualmedizin

Berlin, 25. Januar 2008

Am 23. und 24. Januar 2008 fand in Berlin die Auftaktveranstaltung des „Dialogforums Pluralismus in der Medizin“ auf Bundesebene statt. Knapp zwei Tage nahmen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Zeit, um über Chancen und Herausforderungen zum Konzept der Individualmedizin miteinander ins Gespräch zu kommen: Die medizinische Versorgung findet immer häufiger im Spannungsfeld von externer Steuerung, Leitlinien und knappen Zeitressourcen statt. Für eine an den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte und integrative Medizin gibt es kaum noch Spielräume. Wie verhält sich diese Entwicklung zu Methodenpluralismus, Therapiefreiheit und zur Autonomie professionellen Handelns in der Medizin – alles wichtige Grundpfeiler unseres Gesundheitswesens?

Wie komplex das Konzept der Individualmedizin ist, zeigte sich angesichts des juristischen Beitrags von Professor Dr. Günter Borchert (Bergische Universität Wuppertal). Zwar gibt es aus juristischer Sicht überhaupt nur eine am Individuum orientierte Medizin, da das Persönlichkeitsrecht des Einzelnen grundlegend zu beachten sei. Aber natürlich gebe es ökonomische Rahmenbedingungen, die sowohl Therapiefreiheit als auch Methodenpluralismus begrenzen können. Die rechtlichen Rahmenbedingungen lassen jedoch nicht erkennen, ob es zu einer Stärkung oder einer Schwächung der Individualmedizin kommen wird. Klare Aussagen trifft das Recht in diesen Fragen also nicht, so der Jurist im Eröffnungsvortrag. Wer gehofft hatte, dass die Zukunft der Individualmedizin „ex jure lux“ (also Erleuchtung durch das Recht) beantwortet werden könne, der wurde enttäuscht.

## Arztbild im Wandel

In der folgenden ersten Sektion der Veranstaltung ging es vor allem um die Autonomie professionellen Handelns in der Medizin und um den Wandel des Arztbildes. Wie sich das Bild des Arztes bis heute entwickelt hat und welche ethischen Dimensionen damit verbunden sind, zeigte Professor Dr. Franz Josef Illhardt (Albert-Ludwigs-Universität Freiburg) in seinem Beitrag auf. Während der Arzt in der Vergangenheit vor allem als paternalistische Figur wahrgenommen wurde, ist die Beziehung zwischen Patient und Arzt heute eher von Autonomie und partizipativer Entscheidungsfindung („Shared Decision Making“) gekennzeichnet – zumindest in der Theorie. Idealerweise sei der Behandlungserfolg heute der Erfolg eines „Teams“, das aus Arzt und Patient bestehe.

Über die Rolle des praktisch tätigen Arztes sprach anschließend Professor Dr. Peter F. Matthiessen (Universität Witten-Herdecke). Matthiessen forderte einen echten Dialog für die Individualmedizin – und zwar auf mehreren Ebenen: zum einen zwischen den verschiedenen Ansätzen in der Medizin und zum anderen zwischen Arzt und Patient, die beide als Experten gelten sollten: Der eine ist Experte durch seine fachliche Ausbildung und Erfahrung, der andere durch sein individuelles Krankheitserleben. Momentan gebe es zwischen diesen beiden Perspektiven aber noch eine sehr große Differenz, so dass es eine wirkliche „Perspektivenbeweglichkeit“ – so der Therapievorschlag von Peter Matthiessen – brauche, um das Konzept der Individualmedizin für die Zukunft zu sichern. Es gelte, sich gegenseitig einzubeziehen, um die Perspektive des Gegenübers kennen lernen zu können – aber auch, Grenzen anzuerkennen. Die Individualmedizin müsse ernst nehmen, was konkrete Erfahrungen erbracht haben. Das kann zum Beispiel

gelingen, wenn eine „narrative based medicine“ gestärkt wird, bei der man lernt, sich gegenseitig besser zuzuhören und ins gemeinsame Gespräch zu kommen. Dabei gilt es auch, das individuelle salutogene Potenzial der Patientinnen und Patienten zu stärken. Als ganz praktische Vision formulierte Matthiessen abschließend seine Vorstellung einer an den individuellen Ressourcen des Patienten ausgerichteten Medizin: „Den Ertrinkenden retten – und ihm dann aber auch das Schwimmen beibringen“.

## Ärztliche Therapiefreiheit und Methodenpluralismus

Als ein beeindruckendes Beispiel für eine gelungene Abbildung der Individualmedizin in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung nannte Professor Dr. Eckhart G. Hahn (Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg) die „Ausbildungsstation Integrative Medizin“ der Universität Witten-Herdecke. In diesem Modell werden Studierende in ihrem Praktischen Jahr aktiv in die Stationsarbeit eines Krankenhauses eingebunden. Damit können Kompetenzen für die Individualmedizin erlernt und geübt werden, die rein mündlich oder schriftlich innerhalb der normalen Aus- und Weiterbildung kaum zu vermitteln sind.

Die ökonomischen Rahmenbedingungen zur Individualmedizin stellten Peter Meister (Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke) und Dr. Wolfgang Klitzsch (Ärztekammer Nordrhein) vor: Durch die begrenzten finanziellen Ressourcen kommt es bei Ärzten immer häufiger zu ethischen Konflikten, wenn es um die Verteilung von medizinischen Leistungen geht. Diese schleichenden Rationierungstendenzen sind eine der großen Herausforderungen für unser Gesundheitswesen. Auf der anderen Seite werden Ärzte aber auch lernen müssen, stärker miteinander zu kooperieren und Chancen zu ergreifen, die ihnen zum Beispiel die neuen Versorgungsformen wie Integrierte Versorgung oder Medizinische Versorgungszentren bieten.

## Forschung und Individualmedizin

Einen hoch interessanten Vortrag hielt Dr. Gunver Kienle (Institut für angewandte Erkenntnistheorie und medizinische Methodologie Freiburg), die über das Verhältnis von ärztlicher Therapiefreiheit und Evidenz-basierter Medizin (EbM) sprach. Gunver Kienle erläuterte, dass die EbM heute in erster Linie auf die externe Evidenz reduziert und zudem häufig als Instrument zur Rationalisierung medizinischer Leistungen eingesetzt werde. Dabei hatte David Sackett das Konzept der EbM immer als Dreieck verstanden, das sich folgendermaßen zusammensetzt: externes und überprüfbares Wissen, klinische Expertise sowie Wissen und Erfahrung des Patienten. Kritisch setzte sich Kienle mit der heute gültigen Priorisierung der randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) auseinander, die – so ihre Ausführungen – als primäres Steuerungsinstrument denkbar ungeeignet seien, da sie für komplexe Entscheidungen nicht ausreichend seien. In der heute gültigen extremen Hierarchisierung sei die Pharmaindustrie privilegiert, da die RCTs extrem aufwändig seien und sich nur für patentierbare und teuer zu vermarktende Pharmaka lohnen. Für Forschung zu Lebensstilveränderungen, komplementärmedizinischen Ansätzen oder Verfahren wie Psychotherapie sei in diesem System kein Platz. Eine Lösung dieses Problems, das natürlich auch in den heute gültigen Leitlinien abgebildet sei, könne darin bestehen, die ärztliche Erfahrung und das klinische Urteil als Zentralelemente der ärztlichen Profession zu stützen, damit der „Arzt als Praktiker zum Forscher seiner eigenen Praxis“ werden kann.

Eine spannende Ergänzung zu den Ausführungen von Gunver Kienle formulierte Professor Dr. Hans-Konrad Selbmann (Eberhard Karls Universität Tübingen) in seinem

Beitrag. In medizinischen Leitlinien sieht Selbmann in erster Linie sinnvolle Entscheidungshilfen, die der Versorgungssituation anzupassen sind. Es sei Aufgabe des Arztes, eine Entscheidung zu einer bestimmten Leitlinie – in Abstimmung mit dem Patienten – zu treffen.

## Einbindung der Patientenperspektive?

Aber wie steht es tatsächlich um die Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten? Gilt im Krankheitsfall tatsächlich die viel beschworene Therapiefreiheit? Sybille Herbert, Journalistin aus Köln, die zwei Bücher zur Alltagsrealität der medizinischen Versorgung geschrieben hat, hat da ihre Zweifel. In ihrem Beitrag wies sie immer wieder darauf hin, dass die medizinische Versorgung mittlerweile immer häufiger je nach Kassenlage ausfalle. Kassenpatienten seien heute – Beispiel off-label-use – einem System ausgesetzt, das kaum noch zu durchschauen sei, von den Betroffenen selbst schon gar nicht. Theoretisch gelte in Deutschland die Therapiefreiheit, praktisch jedoch verhindere ein zunehmend enger werdendes Korsett an Gesetzen und Regelungen eine individuelle Therapieentscheidung: „Ärzte werden zu den Vollstreckern der Rationierung, die Patientinnen und Patienten zu statistischen Standardgrößen“. Da diese Verteilungskämpfe jedoch nicht in die ärztliche Praxis gehören, brauchen wir eine gesamtgesellschaftliche Debatte auch auf politischer Bühne: Was kostet Gesundheit? Wie sollen die vorhandenen Mittel verteilt werden? Wer bekommt was? Auch wenn es auf diese Fragen keine einfachen Antworten geben wird, so müsse doch zumindest offen debattiert werden, so das Fazit der Journalistin.

## Individualisierte Medizin als Utopie?

Abschließend machte Professor Stefan N. Willich (Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité) in seinem Beitrag klar, dass die Individualmedizin nicht lediglich „nice to have“ sei, sondern angesichts der großen Herausforderungen unseres Gesundheitswesens wie zum Beispiel der Hypertonie eine echte Notwendigkeit. Allein auf der Basis von standardisierten Leitlinien seien diese Krankheitsbilder nicht in den Griff zu bekommen, wie die letzten Jahre gezeigt hätten. Um die individualisierte Medizin auch in der Forschung besser abbilden zu können, sprach sich Willich für moderne Forschungskonzepte aus, die eine medizinische Perspektivenvielfalt berücksichtigen. Als Voraussetzungen für eine erfolgreiche Individualmedizin nannte er: entsprechende ärztliche Aus- und Weiterbildung, Prävention als medizinisches Fundament, Änderungen bei Anreizsystemen und Rahmenbedingungen, neue Forschungsansätze sowie eine sinnvollere Ressourcenverteilung.

In der abschließenden Podiumsdiskussion mit Vertretern der Politik wurde jedoch auch immer wieder deutlich, wie weit man von diesen Forderungen teilweise noch entfernt ist. Einig war man sich aber immerhin darin, dass der medizinische Methodenpluralismus in Deutschland fest verankert ist und dass Forschung und Wissenschaft diese Vielfalt auch abbilden sollten.