



DIALOGFORUM PLURALISMUS IN DER MEDIZIN

Individualmedizin – Utopie oder Chance?

Wissenschaftliche Untersuchungen eines individualmedizinischen Vorgehens sind notwendig. Dieses könnte die Wirksamkeit der leitliniengestützten Medizin noch verbessern.

Stefan N. Willich

Der Begriff „Individualmedizin“ deutet auf medizinisches Vorgehen hin, das sich an Determinanten des einzelnen Patienten orientiert, allerdings gibt es bislang keine einheitliche Definition. Zur Individualmedizin gehört das Konzept Personalized Medicine, das genetische und molekularbiologische Informationen des einzelnen Patienten nutzt, um seine medizinische

Versorgung individuell anzupassen. Solche Informationen könnten zum Beispiel bei der Auswahl und Dosierung von Medikamenten helfen oder bei der Empfehlung für individuell sinnvolle präventive Maßnahmen. Die neueren genetischen Forschungserkenntnisse sollen somit die konventionelle medizinische Diagnose und Therapie auf der Basis klinischer Symptome und Beschwerden, anamnestischer Erhebung und Daten von Laboruntersuchungen und bildgebenden Verfahren erweitern.

Ein Beispiel aus der Versorgungsforschung verdeutlicht die potenzielle Bedeutung von Individualmedizin. In der Todesursachenstatistik in Deutschland ist der Schlaganfall für acht Prozent aller Todesursachen verantwortlich (1). Diese bedrohliche Größenordnung überrascht auf den ersten Blick, da doch wichtige zugrunde liegende Risikofaktoren bekannt sind und die therapeutischen Möglichkeiten als hoch entwickelt gelten. So ist ein wesentli-

cher Risikofaktor für Schlaganfall die arterielle Hypertonie, und auf der Basis einer hervorragenden Evidenzlage stehen mehrere Medikamentengruppen zur Verfügung, die einzeln oder in Kombination zur Therapie des Blutdrucks genutzt werden können (2, 3). Außerdem ist die prognostische Bedeutung von entsprechender Lebensstilmodifikation, insbesondere Gewichtsabnahme und regelmäßige körperliche Aktivität, für die Reduktion des Blutdrucks gut etabliert (4).

Unterschiedliche Reaktionen auf einheitliche Therapie

Für die dennoch weiterhin hohe Mortalität durch Schlaganfall gibt es zwei offensichtliche Ursachen:

- Auf der Bevölkerungsebene ist nur ein kleiner Teil der Personen mit arteriellem Hypertonus adäquat behandelt. Die Daten der MONICA-Querschnittsstudien in Augsburg zeigen, dass der Anteil von Hypertonikern mit guter Blutdruckeinstel-

DIALOGFORUM

Mit der Zukunft der „IndividualMedizin“ befasste sich eine Veranstaltung des „Dialogforums Pluralismus in der Medizin“ am 23. und 24. Januar 2008 in Berlin.

Das unter Mitwirkung des Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, im Herbst 2000 ins Leben gerufene „Dialogforum Pluralismus in der Medizin“ hat sich die Aufgabe gestellt, innerhalb der Ärzteschaft einen kritischen Dialog zwischen den unterschiedlichen Richtungen in der Medizin zu verfolgen.

Einige der Beiträge der Veranstaltung vom Januar werden in loser Abfolge im Deutschen Ärzteblatt abgedruckt.



lung bei Frauen nur bei circa zehn Prozent liegt, bei Männern sogar noch darunter (5). Außerdem ist der Wissensstand der Bevölkerung hinsichtlich möglicher Risikofaktoren des Schlaganfalls sehr begrenzt. In einer Bevölkerungsbefragung konnte ein Drittel aller Teilnehmer keinen einzigen Risikofaktor benennen, insbesondere Personen mit begrenzter Schulbildung (6). Trotz der etablierten Therapiestrategien zeigen sich somit dramatische Versorgungs- und Wissenslücken bei dieser Volkskrankheit.

- Die Implementierung von Leitlinien hat bisher nicht zur gewünschten Behandlungsverbesserung geführt. In einer randomisierten Studie zum Vergleich leitliniengestützter Therapie der Hypertonie versus übliche Behandlung im englischen Hausarztssystem zeigte sich nach einem Jahr kein Unterschied in der Rate eingestellter Patienten. Zu konstatieren war lediglich eine deutlich höhere Frequenz von Arztbesuchen bei Patienten im Leitlinienarm (7), das heißt eine ökonomische Verschlechterung bei gleicher medizinischer Wirksamkeit.

Anhand dieser exemplarischen Versorgungslücken wird die Notwendigkeit von individualisierter Herangehensweise bei Prävention, Screening, Diagnostik und Therapie deutlich. Individualmedizin im-

pliziert das bestmögliche Vorgehen unter Berücksichtigung von medizinischen, lebensgeschichtlichen und Persönlichkeitsfaktoren (8). Die Erfahrungen der Versorgungsforschung zeigen eine erhebliche Variabilität bereits bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen vermutlich wegen unterschiedlicher Perspektiven beziehungsweise „Ansprechbarkeit“ und Motivation der Betroffenen. Die medizinische Praxis zeigt, dass Patienten mit vergleichbaren Erkrankungen individuell völlig unterschiedlich auf eine einheitliche Therapie reagieren beziehungsweise relativ am besten auf unterschiedliche Therapiekonzepte ansprechen können.

Diese Überlegungen haben zur Gründung der Charité-Ambulanz für Prävention und Integrative Medizin (CHAMP, siehe www.champ-info.de) geführt. Der Ablaufplan einer typischen CHAMP-Konsultation ist in *Grafik 1* dargestellt. Bei Erstvorstellung des Patienten erfolgt neben der medizinischen Anamnese über Erkrankungen, Risikofaktoren und andere auch die detaillierte Abfrage von Behandlungszielen, Präferenzen, Einstellungen und Überzeugungen, die dann bei präventiven Aspekten in einem individuellen Gesundheitscoaching resultieren. Hiermit wird

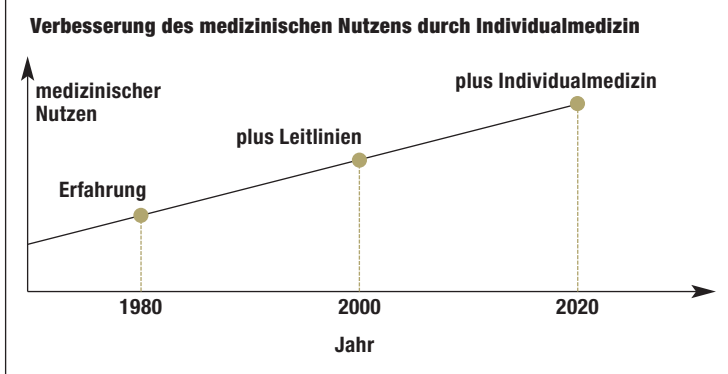
eine Technik für individuelle Gesundheitsberatung und -planung bezeichnet unter partizipativer Entscheidungsfindung zusammen mit dem Betroffenen. Das Ziel ist eine Aktivierung der Ressourcen des Patienten, um zu nachhaltiger Lebensstilmodifikation beziehungsweise bestmöglicher Compliance zu gelangen. Das Gesundheitscoaching mündet bei Patienten in die Therapie beziehungsweise im Fall präventiver Maßnahmen in konkretes Gesundheitstraining. In konsequenter Evaluation wird der gesamte Prozess auf Wirksamkeit überprüft, und es werden gegebenenfalls im

GRAFIK 1

Ablauf des individualmedizinischen Prozesses in der Charité-Ambulanz für Prävention und Integrative Medizin (CHAMP)



GRAFIK 2



erneuten Gesundheitscoaching ergänzende oder alternative Therapiestrategien für die Patienten entwickelt.

Vielzahl von Determinanten für den Therapieerfolg

Eine solche individualmedizinische Strategie wird neben dem medizinischen Nutzen auch zu einer gesundheitlichen Wertschöpfung führen (8). Damit ist gemeint, dass neben den hoch entwickelten Gebieten Akutversorgung und Rehabilitation in Deutschland auch Prävention und Individualmedizin entwickelt werden, zugunsten einer besseren Gesundheit der Betroffenen, deren ökonomischer Arbeitskraft sowie damit insgesamt der volkswirtschaftlichen Leistung.

Bereits etablierte Determinanten bei der Individualmedizin, die auch im üblichen medizinischen Ablauf berücksichtigt werden, sind zum Beispiel Alter und Geschlecht der Patienten, Krankheitsstadium, Komorbidität, bisherige klinische Erfahrungen sowie einige Biomarker mit nachgewiesener Relevanz. Weitere potenzielle Determinanten für den Therapieerfolg dürften lebensgeschichtliche Faktoren beinhalten, Präferenzen und Weltbild der Betroffenen, genomische Faktoren und Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung.

Relevante Voraussetzungen für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Individualmedizin umfassen:

- die Aus- und Weiterbildung von Studierenden und Ärzten im Hinblick auf partizipative medizinische Ansätze
- Prävention als wichtiges medizinisches Element

- entsprechende Anreizsysteme und Rahmenbedingungen, zum Beispiel sektorübergreifende Fallpauschalen (gegebenenfalls sogar erfolgsadjustiert)

- Forschung inklusive der wissenschaftlichen Bewertung individualmedizinischer Ansätze des medizinischen Outcomes und prädiktiver Faktoren für die Bestimmung der bestmöglichen Therapieoption

- ökonomische Ressourcenverteilung auf Akutmedizin und Präventivmedizin im gesellschaftlichen Konsens.

Wertvolle Ergänzung der leitliniengestützten Medizin

Unter diesen Voraussetzungen wird die Individualmedizin medizinische Abläufe, Betreuung und Erfolge substantiell verbessern. Das ist schematisch in *Grafik 2* dargestellt. Im Vergleich zur bis vor circa 20 Jahren üblichen Medizin auf Basis der klinischen Erfahrung hat die aktuelle Praxis der leitliniengestützten Medizin bereits wichtige Fortschritte erbracht. Zusätzliche Etablierung von Individualmedizin wird die medizinische Wirksamkeit insgesamt weiter verbessern. Es geht dabei keinesfalls um „Aufweichung“ leitliniengestützter Medizin, sondern um deren Ergänzung beziehungsweise individualmedizinische Adaptation. Dieses innovative Konzept dürfte zudem die Arzt-Patienten-Beziehung intensivieren und damit Patientenzufriedenheit erhöhen.

Wissenschaftliche Untersuchungen eines individualmedizinischen Vorgehens sind dringend notwendig. Diese können und sollten als randomisierte Studien durchgeführt wer-

den mit einer Zufallszuteilung des Patienten zu entweder individualmedizinisch charakterisierter Therapiestrategie oder üblicher „Normalbehandlung“. Zusätzlich empfiehlt sich die retrospektive Analyse von großen epidemiologischen Untersuchungen, um den potenziellen Einfluss verschiedener Variablen auf den Therapieerfolg zu klären. Eine innovative Plattform zum wissenschaftlichen Austausch dieser Entwicklungen bietet unter anderem der neu gegründete Europäische und Deutsche Kongress für Integrative Medizin, der im November 2008 erstmals in Berlin stattfand (www.ecim-congress.org).

■ Zitierweise dieses Beitrags:

Dtsch Arztebl 2009; 106(10): A 450–2

LITERATUR

1. Statistisches Bundesamt 2008. www.destatis.de, letzter Zugriff 20. 12. 2008.
2. Leitlinien für die Prävention, Erkennung, Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes e.V. (Deutsche Hochdruckliga). 2003. AWMF online, www.awmf.de, letzter Zugriff 20. 12. 2008.
3. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Europ Heart J* 2007; 28: 1598–660.
4. Aldana SG, Greenlaw RL: Effects of an intensive diet and physical activity modification program on the health risk of adults. *J Am Diet Assoc* 105; 2005: 371–81.
5. Hense HW: Epidemiologie der arteriellen Hypertonie und Implikationen für die Prävention. *Dtsch Med Wschr* 2000; 125: 1397–402.
6. Müller-Nordhorn J, Nolte CH, Rosnagel K, Jungehülsing GJ, Reich A, Roll S et al.: Knowledge about risk factors for stroke: a population-based survey with 28,090 participants. *Stroke* 2006; 37: 946–50.
7. Bebb C, Kendrick D, Coupland C, Madeley R, Stewart J, Brown K et al.: A cluster randomised controlled trial of the effect of a treatment algorithm for hypertension in patients with type 2 diabetes. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 136–43.
8. Willich SN: Prävention: Gesundheitliche Wertschöpfung. *Dtsch Arztebl* 2007; 104(26): 1893–5.

Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. med. Stefan N. Willich MPH MBA
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
10098 Berlin
E-Mail: stefan.willich@charite.de