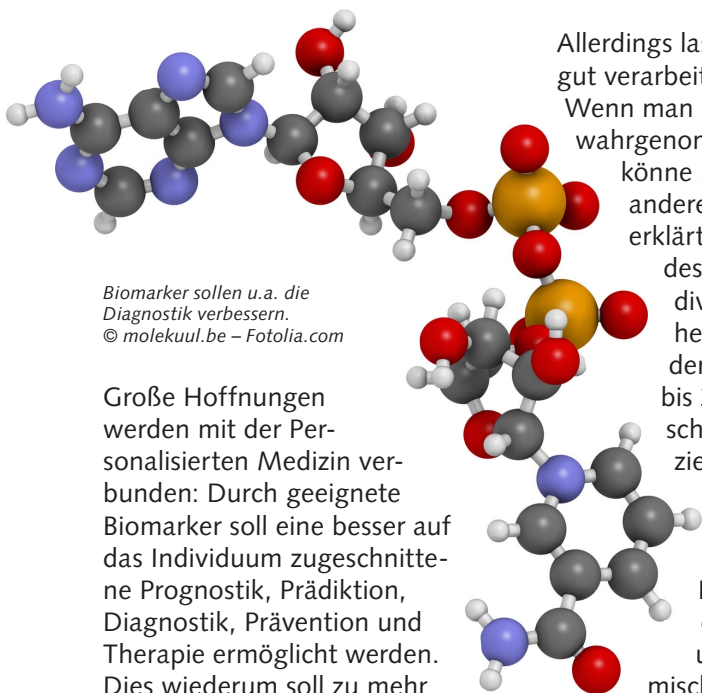


## > Individualisierte Patientenversorgung

Große Hoffnungen und viele offene Fragen

Berlin – Die Individualisierte Gesundheitsversorgung, gemeinhin auch unter dem Schlagwort Personalisierte Medizin bekannt, stellt das Gesundheitswesen vor zahlreiche Herausforderungen. Wissenschaftler haben vier Jahre lang ethische, gesundheitsökonomische und rechtliche Implikationen erforscht. Die Ergebnisse stellten sie kürzlich in Berlin vor.



Biomarker sollen u.a. die Diagnostik verbessern.  
© molekuul.be – Fotolia.com

Große Hoffnungen werden mit der Personalisierten Medizin verbunden: Durch geeignete Biomarker soll eine besser auf das Individuum zugeschnittene Prognostik, Prädiktion, Diagnostik, Prävention und Therapie ermöglicht werden. Dies wiederum soll zu mehr Effektivität und Effizienz in der gesamten Gesundheitsversorgung führen. Ob diese Hoffnungen realistisch sind ist ebenso umstritten wie der Begriff der Personalisierten Medizin selbst.

„Die korrekte Bezeichnung müsste Biomarker-basierte, stratifizierte Medizin lauten“, sagt Prof. Georg Marckmann, Leiter des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU).



Allerdings lasse sich diese nicht so gut verarbeiten. Hinzu komme: Wenn man im öffentlichen Diskurs wahrgenommen werden wolle, könne man nicht einen ganz anderen Namen nehmen. So erklärt der Ethiker den Titel des Verbundprojektes „Individualisierte Gesundheitsversorgung (IGV) in der GKV“, das von 2011 bis 2014 vom Bundesforschungsministerium finanziert und von Marckmann koordiniert wurde. Im Fokus der Arbeit stand dabei die Frage, unter welchen ethischen, rechtlichen und gesundheitsökonomischen Bedingungen eine IGV flächendeckend zur Anwendung kommen beziehungsweise in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden könnte.

---

**„Die korrekte Bezeichnung müsste Biomarker-basierte, stratifizierte Medizin lauten.“**

---

Prof. Georg Marckmann, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der LMU  
© pag, Maybaum

### Moralisch wichtige Gesundheitsversorgung

Auf der Veranstaltung in Berlin präsentieren Dr. Rolf Rogowski, Helmholtz-Zentrum München, und sein Team unter anderem eine ökonomische

Evaluation der Individualisierten Medizin anhand zweier Fallstudien aus Prävention und Behandlung – beides zum Thema Darmkrebs. Die ethische Perspektive vermittelt Sebastian Schleidgen, LMU. Er stellt Priorisierungskriterien vor, die auf folgendem Prinzip beruhen: „Je mehr Gesundheitsversorgung zu Chancengleichheit beiträgt, desto moralisch wichtiger ist sie.“ Mögliche Priorisierungskriterien sind demnach die Schwere der Erkrankung, das Krankheitsrisiko, die Dringlichkeit der Intervention, der Nutzen der Intervention sowie das Kosten-Nutzen-Verhältnis.



Dr. Rolf Rogowski, Helmholtz-Zentrum München  
© pag, Maybaum



Sebastian Schleidgen, LMU  
© pag, Maybaum

### Partizipation ist nicht nur Mittel zum Zweck

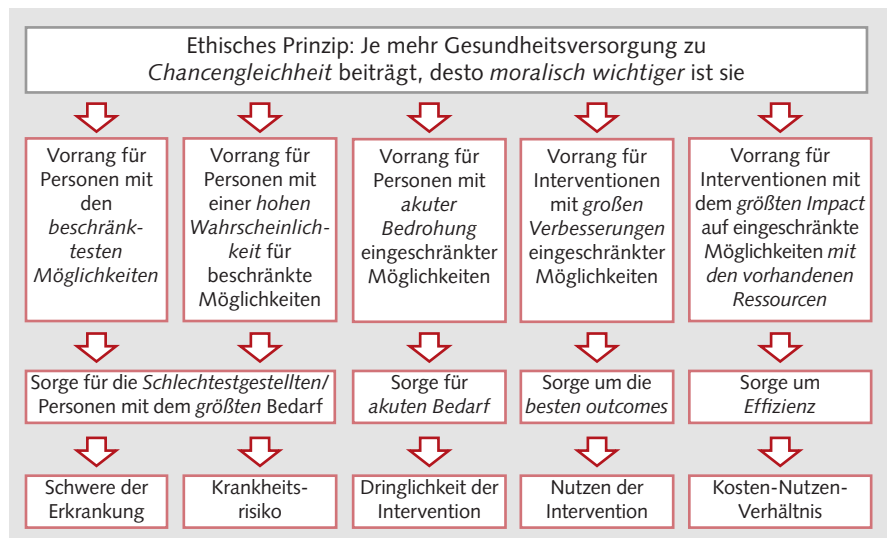
Und wie stehen die Chancen, dass sich Politiker einer Debatte über solche Kriterien stellen? Vermutlich nicht allzu gut. Das weiß auch

Schleiden, der beklagt, dass es bislang keinen offenen politischen Diskurs über die Grenzen der solidarischen Gesundheitsversorgung gibt.



Prof. Silke Schicktanz, Universitätsmedizin Göttingen © pag, Maybaum

Die Überlegungen der Philosophen aus München ergänzt der Vortrag von Prof. Silke Schicktanz, Universitätsmedizin Göttingen, die sich auf das mögliche Prozedere einer Allokationsreflexion konzentriert. Gegenwärtig finde eine expertenzentrierte Form der Kriterienfindung



Quelle: Folie (Priorisierungskriterien) aus dem Vortrag von Sebastian Schleiden u. Georg Marckmann, Ludwig-Maximilians-Universität München: „Priorisierung individualisierter Gesundheitsversorgung: Ethische Grundlagen und praktische Umsetzung“

statt, merkt sie an – „ein Stück weit individualisiert in Form von impliziten Entscheidungen der einzelnen Ärzte am Krankenbett.“ Gerechter wäre es, all diejenigen an den Über-

legungen zu beteiligen, die von den Entscheidungen betroffen sind. Die Professorin für Kultur und Ethik der Biomedizin nennt konkret: Experten, GKV und politische Akteure, Versicherungsteilnehmer und Patienten. Was die Art der Partizipation angeht, so seien Bürgerkonferenzen, sozialemprirische Forschung, mediale Diskurse sowie die Repräsentanz in Gremien die wichtigsten Formen. Einen methodischen Königsweg gibt es nicht, so Schicktanz. Sie betont: „Partizipation ist nicht nur ein Mittel zum Zweck der Kriterienfindung, sondern sie muss selbst als ein Zweck an sich verstanden werden.“ Schicktanz verlangt unter anderem, bestehende Intransparenz abzubauen und marginalisierten Gruppen Repräsentanz zu geben. Mit Blick auf andere Länder fragt die Professorin: „Warum tun wir uns so schwer damit, transparentere und partizipative Verfahren in der Breite zu implementieren?“ Sie liefert eine Antwort gleich mit – ein Aspekt sei es, dass Experten ihren hegemonialen Status aufgeben müssten. „Und das tut erst einmal weh.“ <<<

## Individualisierte Gesundheitsversorgung – die Sichtweise des IQWiG

Der Stellenwert von Subgruppenbetrachtungen ist „erheblich gestiegen“. Das räumt PD Dr. Stefan Lange in seinem Vortrag ein. Der stellvertretende Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) kritisiert aber auch, dass Forschungsmittel verschwendet werden, um prognostische Marker zu ermitteln, die nicht handlungsleitend für Therapieentscheidungen seien. „Prognostische Merkmale reichen in der Regel nicht aus, um den Nutzen einer Intervention zu belegen.“ Außerdem macht Lange deutlich, dass die Nutzenbewertung von individualisierten Interventionen eine „ganzheitliche Betrachtung von Diagnostik und nachfolgender therapeutischer Konsequenz“

erfordere. Eine getrennte Betrachtungsweise müsse man aufgeben. Die Prinzipien der Solidargemeinschaft erlauben dem Wissenschaftler zufolge für individualisierte Interventionen keine erleichternden oder besonderen Bedingungen. „Die Definition des Zusatznutzens ist allgemeingültig.“



PD Dr. Stefan Lange, IQWiG © pag, Maybaum