

# Das Kind beim richtigen Namen nennen

Vom 24.-26. März 2011 kamen mehr als 350 Vertreter einer Evidenz-basierten und Patienten-orientierten Medizin nach Berlin. Dort fand unter dem Motto „EbM & Individualisierte Medizin“ die 12. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. statt.

Sylvia Sänger

**D**en Lichthof der Technischen Universität Berlin ziert eine Rauminstallation. Zwar bunt und schön anzusehen ist es doch ein wahres Durcheinander. So mag es vielleicht in manchen Köpfen aussehen, wenn es um die Vorstellungen zum Begriff „Individualisierte Medizin“ geht. Die Plenarsitzung dürfte für viele ein richtiger „Augenoffner“ gewesen sein, blickt der Kongresspräsident David Klemperer zurück. In seinem Vorwort zum Kongressprogramm hatte er bereits seine Skepsis gegenüber dem Konzept der „Individualisierten Medizin“ ausgedrückt. „Hier geht es nicht darum, die Behandlung zu verbessern, sondern um Marketing“, davon ist Klemperer überzeugt. Er vergleicht den „Medienhype“ um die Individualisierte Medizin mit den Ereignissen um das Humane Genome Project, bei dem bereits vor 10 Jahren die Revolutionierung der Diagnose, Prävention und Therapie der meisten, wenn nicht aller Krankheiten angekündigt wurde, woraus aber - wenig überraschend - nichts geworden ist. „Die Politik neigt dazu, sich solchen Strömungen hinzugeben. Unsere Aufgabe besteht darin, mit anderen eine



kritische Öffentlichkeit herzustellen. Dafür war der Kongress ein guter Auftakt.“ Klemperer weist darauf hin, dass es in Kürze ein Schwerpunktheft der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im

Gesundheitswesen zum Thema „Individualisierte Medizin“ geben wird. „Wir können die Verbreitung falscher Vorstellungen nicht aufhalten, aber wir können unseren Beitrag dazu leisten, die Diskussion in ra-



tionale Bahnen zu lenken.“ Hierzu habe es gerade in der Plenarsitzung klare und klärende Worte gegeben und Klemperer hofft, dass die anwesenden Journalisten dies auch in die Laienpresse tragen.

## Statistiken zu einem Menschen funktionieren nicht

Die „Individualisierte Medizin“ klingt wie ein Versprechen. Es geht um maßgeschneiderte Behandlungsmethoden, die dadurch besonders nutzbringend sind und kaum Nebenwirkungen haben. Aussichtslose Therapien sollen der Vergangenheit angehören. Patientenindividuelle Interventionen mit therapeutischen Unikaten, Biomarker-basierte Stra-

tifizierungen mit dem Ziel individueller Behandlungen und Risikoprofilstellungen werden als Lösung hierfür propagiert. Wie weit es um diese Versprechen bestellt ist, war Gegenstand der Plenarsitzung am 25. März 2011. Bärbel Hüsing, Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung (Fraunhofer ISI), Jürgen Windeler, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Wolf-Dieter Ludwig, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und Norbert Donner-Banzhoff (Philipps-Universität Marburg) nahmen eine Begriffsbestimmung vor und diskutierten Möglichkeiten und Grenzen der „Individualisierten Medizin“. Bärbel Hüsing ist der Überzeugung, dass der Euphorie um die „Individualisierte Medizin“ jetzt die Ernüchterung folgt.



Die Genomforschung liefert ständig eine Vielzahl neuer Biomarker, deren Validierung ein anspruchsvoller zeit- und ressourcenorientierter Prozess ist, bei dem die Gefahr einer vorschnellen Einführung nicht ausreichend validierter Biomarker in die Versorgung besteht.

Die Bezeichnung „Individualisierte Medizin“ sollte nach Meinung von Jürgen Windeler gar nicht gewählt werden. Es geht hier um die Klassifikation von Subgruppen mit gleichen Merkmalen, erläutert der Leiter des IQWiG. Er hält deshalb die Begriffe „Stratifizierte Medizin“ oder „Subgruppenmedizin“ für angemessener. Der Anspruch, eine maßgeschneiderte Behandlung für Gruppen von Individuen zu bieten, sei jedoch methodisch aussagekräftig zu prüfen.

Trotz großer Fortschritte in der molekularbiologischen Forschung sei das Verständnis der exakten Wirkungsweise neuer Wirkstoffe in der Onkologie noch sehr lückenhaft, berichtet Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Nur für wenige Tumorerkrankungen gibt es bisher zielgerichtete Therapiestrategien. Die Entwicklung solcher Behandlungsstrategien sei grundsätzlich zu begrüßen, jedoch benötige man hierfür eine evidenzbasierte Wissensbasis, die im Rahmen kontrollierter, klinischer Studien erarbeitet werden müsse, sagt Ludwig.

Für den „robusten Charme des Einfachen“ plädiert Norbert Donner-Banzhoff. Der Marburger Allgemeinmediziner ist davon überzeugt, dass es bei der heute propagierten „Individualisierten Medizin“ weniger um das Individuum als Person als um den



> Fortsetzung auf S. 38

## Nachgefragt: Was nehmen Sie mit?

**Brigitte Ettl, Ärztliche Direktorin des Krankenhauses Hietzing in Wien, Rita Offenberger, Österreichische Ärztekammer, Qualitätssicherung und Patientensicherheit:**

Sehr wichtig ist die Gründung der Österreichischen Sektion im Netzwerk. Dass sich bei uns jetzt ein solches Netzwerk bildet, kam genau zur richtigen Zeit. Wir brauchen einfach dieses Forum, wo wir uns austauschen, und bauen jetzt unsere Arbeitsstrukturen auf. Die nächsten Termine haben wir schon vereinbart.

**Bärbel Hüsing, Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI:**

Ich nehme die vielen kritischen Positionen gegenüber der individuellen Medizin mit. Da gibt es viele offene Fragen, die sich jetzt noch stellen. Es hat sich auf alle Fälle gelohnt, hierher zu kommen und nicht nur, weil ich als Referentin eingeladen war. Die Atmosphäre war wohlthuend kreativ und es hat mich gefreut, dass auch mal Positionen ausgetauscht wurden, die abseits vom „Mainstream“ sind.

**Jürgen Matzat, Patientenvertreter:**

Was den Kongress angeht, so hatte ich das Gefühl, hier kommen Leute aus verschiedenen Feldern zusammen und es herrscht große Einigkeit überall. Wie hier diskutiert wird zur Problematik der „Individualisierten Medizin“, das hat mir sehr gut gefallen. Das muss unbedingt nach außen getragen werden. Der Begriff „Individualisierte Medizin“ hat eine hohe Attraktivität für Patientinnen und Patienten. Das Wort ist mächtig und manchmal auch ein „Fälschungsetikett“. Das Netzwerk muss dringend seine Sicht nach außen tragen, sie muss in der Bevölkerung und auch in der Gesundheitspolitik zur Kenntnis genommen werden. Das Deutsche Netzwerk EbM habe ich bisher nur von außen wahrgenommen, trotzdem sehe ich die Selbsthilfebewegung als natürliche Verbündete der EbM-Bewegung an. EbM hat sehr große Stärken, die auch Patienten erkennen lernen müssen. Aber es gibt auch Schwächen aus meiner Sicht. Ich erlebe oft, dass nur auf Studien geschaut wird, und der Denkfehler, dass etwas nicht wirkt, nur weil es bisher (noch) keine Studien dazu gibt, steckt doch tief.

**Christian Auer, Gert Kronabethleitner, klinisch tätige Ärzte aus Österreich:**

Wir sind klinisch tätige Ärzte und fanden vieles, was wir auf dem Kongress gehört haben, zu theoretisch und noch zu wenig praktisch für die tägliche Umsetzung. Wir wünschen uns für die Zukunft mehr praktische Handreichungen, also eher eine EbM „zum Anfassen“. Wie das Gesundheitswesen als Ganzes organisiert wird, darauf haben wir keinen Einfluss, auf unsere eigene Arbeit schon!

**Tobias Weberschock, Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt und seit 2011 Beisitzer im Vorstand des DNEbM:**

Dass aktuelle Themen objektiv diskutiert werden, das nehme ich jedes Jahr mit, wenn ich die Jahrestagung des Netzwerks besuche. Für mich ist individualisierte Medizin ein Teil der Evidenzbasierten Medizin. Den Begriff „Individualisierte Medizin“ finde ich schlecht gewählt. Ich bin mit dem Vorschlag, dies eher „stratifizierende Medizin“ zu nennen, deutlich zufriedener. Vor dem Kongress hat mir dieses Thema ziemliche Kopfschmerzen gemacht, jetzt habe ich einige klare Antworten bekommen und kann besser damit umgehen.

**Nataša Ivanovic, Institut für angewandte Pflegewissenschaften St. Gallen:**

Von individualisierter Medizin hatte ich ein völlig anderes Verständnis, bis ich hier gemerkt habe, dass das nicht unbedingt mit dem Individuum als Ganzes zu tun hat. Mir gefällt der Begriff überhaupt nicht, weil die Bevölkerung etwas ganz anderes darunter versteht, als eigentlich gemeint ist. Ich kann das jetzt besser differenzieren. Es hat sich auf jeden Fall gelohnt, hierher zu kommen und im Austausch mit Kollegen aus der Pflege und Medizin habe ich gemerkt, dass es zwischen Evidence based Nursing (EbN) und Evidence based Medicine (EbM) eigentlich gar keinen Unterschied gibt. Und das ist auch gut so, denn EbM soll ja die Interdisziplinarität fördern!



## Wie muss man sich eine „Evidenzbasierte Medizin“ vorstellen?

Evidenzbasierte Medizin bringt drei Komponenten zusammen: den aktuellen Erkenntnisstand gewonnen aus der systematischen Forschung, die klinische Erfahrung der Ärzte und die Wertevorstellungen und Präferenzen der Patienten. „Gute“ Ärzte treffen Entscheidungen gemeinsam mit ihren Patienten. Sie nutzen dabei sowohl ihre klinische Expertise als auch die beste verfügbare externe Evidenz, da keiner der beiden Faktoren allein ausreicht. Ohne die Berücksichtigung der klinischen Erfahrung läuft EbM Gefahr, zur „Kochbuchmedizin“ zu werden. Die Ergebnisse der besten Studie sagen letztendlich nichts darüber aus, ob diese Erkenntnisse im individuellen Fall auch tatsächlich zutreffend und anwendbar sind.

Andererseits besteht ohne Berücksichtigung der aktuellen externen Evidenz die Gefahr, dass eine Diagnostik oder Behandlung überholt ist, nämlich dann, wenn längst wirksamere Methoden verfügbar sind, deren Nutzen durch gute Studien nachgewiesen ist. Erst die Kombination aus klinischer Erfahrung und externem Wissen bietet die Basis, im Individualfall unter Berücksichtigung der Patientenpräferenzen entscheiden zu können.

Mehr dazu unter: [www.ebm-netzwerk.de/grundlagen/wasistebm/](http://www.ebm-netzwerk.de/grundlagen/wasistebm/)



> Fortsetzung von S. 36

Verkauf von Technologien geht. Donner-Banzhoff hält eine Individualisierung der Medizin gar nicht in jedem Fall für sinnvoll. Er fordert, in belastbaren Studien zu prüfen, ob die Individualisierung – oder besser Stratifizierung – von Behandlungen einen Vorteil bringt.

**Die Abstracts aller Vortragenden sind frei zugänglich unter:**

[www.egms.de/de/meetings/ebm2011](http://www.egms.de/de/meetings/ebm2011).

**Die Präsentationen aller Beiträge finden Sie unter:** [www.ebm-kongress.de](http://www.ebm-kongress.de)

## Anspruch und Wirklichkeit von Leitlinien

In Verbindung mit der Jahrestagung veranstaltete das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ein Symposium zum Thema „15 Jahre Leitlinien in Deutschland – Anspruch und Wirklichkeit“, an dem mehr als 150 Personen teilgenommen haben.

Auf eine hochkarätig besetzte Podiumsdiskussion, moderiert vom Past Präsidenten der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Albrecht Encke, folgten Erfahrungsberichte aus einzelnen Leitlinienentwicklergruppen sowie von Patientenvertretern, die an der Erstellung von Leitlinien und Patientenleitlinien beteiligt waren.

„Wir haben viel erreicht in den vergangenen 15 Jahren“, fasst Günter Ollenschläger, Leiter des ÄZQ, zusammen. „Dazu gehören die Entwicklung von Methoden für Leitlinien, Qualitätsindikatoren und Patientenleitlinien, die nationale und internationale Vernetzung, die Produkte, die wir gemeinsam mit unseren Partnern erarbeitet haben wie die Nationalen Versorgungsleitlinien, Patientenleitlinien, Qualitätschecklisten und natürlich auch deren Verbreitung.“ Diskutiert wurde vor allem die Wichtigkeit der aktiven Verbreitung von Leitlinien, die Bedeutung der Identifikati-

on der Beteiligten mit dem Leitlinienprogramm, die Notwendigkeit handhabbarer Leitlinienformate, die stärkere Berücksichtigung multimorbider Erkrankungsbilder in Leitlinien, die Regulierung von Interessenkonflikten, der Einsatz von Leitlinien und Patientenleitlinien in der Aus- und Fortbildung, Qualitätsanforderungen an die Evidenzgrundlage der Leitlinien und Voraussetzungen zur Ableitung von Qualitätsindikatoren aus Leitlinien. Um die Implementierung der Leitlinien in den Vordergrund zu stellen, wurde auch über ein Moratorium für Leitlinien nachgedacht.

Die Präsentationen aller Vorträge des Symposiums sind frei zugänglich verfügbar unter:  
[www.aezq.de/aezq/symposium](http://www.aezq.de/aezq/symposium)

## Ehrungen und Preise des Netzwerks

Der Chirurg und langjährige Präsident der AWMF, Albrecht Encke, erhielt auf einstimmigen Beschluss der Mitgliederversammlung 2011 die Ehrenmitgliedschaft des DNEbM.

Der „David-Sackett-Preis 2011“ wurde am 25. März 2011 an das Ressort Arzneimittelbewertung des IQWiG verliehen. Stellvertretend nahmen Beate Wieseler und Thomas Kaiser den Preis entgegen. Er zeichnet herausragende und nachhaltige Arbeiten auf dem Gebiet der Evidenzbasierten Medizin und Gesundheitsversorgung aus. Gewürdigt werden insbesondere die Bemühungen des Ressorts zur Verminderung der Auswirkung ergebnisgesteuerten Publizierens von Studiendaten, oft unter dem Begriff des „Publikationsbias“ zusammengefasst.

Für den Beitrag „Check oder nicht Check“, erschienen als Titelgeschichte im stern Heft 10 vom 04.03.2010, hat Nicole Heißmann den Journalistenpreis des DNEbM 2011 erhalten. Ein Journalistenpreis/Sonderpreis wurde an Ursel Sieber für das Buch „Gesunder Zweifel. Einsichten eines

Pharmakritikers. Peter Sawicki und sein Kampf für eine unabhängige Medizin“, Berlin Verlag verliehen.

Die Ehrengabe des DNEbM erhielt Günter Ollenschläger, Initiator und Gründungsmitglied des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Mit der Ehrengabe werden Mitglieder geehrt, die durch ihren persönlichen Einsatz die Entwicklung des Netzwerks grundsätzlich und maßgeblich mitgestaltet haben.

Der geschäftsführende Vorstand verleiht im Rahmen der Mitgliederversammlung die Jahressgabe des DNEbM an Persönlichkeiten, die sich für das Netzwerk in besonderem Maße eingesetzt haben. Empfänger der Jahressgabe des DNEbM 2011 ist der niedergelassene Arzt Wolfgang Blank, Sprecher des Fachbereiches „EbM in Klinik und Praxis“.

## Neuer Vorstand im Netzwerk

Monika Lelgemann (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) ist die neue Vorsitzende des DNEbM. Ihr zur Seite stehen als Stellvertreter David Klemperer (Hochschule Regensburg) und Gabriele Meyer (Universität Witten/Herdecke) sowie als Schriftführer Günter Ollenschläger (ÄZQ Berlin). Als Beisitzer wurden gewählt: Norbert Donner-Banzhoff (Universität Marburg), Klaus Koch (IQWiG, Köln), Daniel Strech (Medizinische Hochschule Hannover) und Tobias Bernd Weberschock (Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main).

Dieser Beitrag erscheint mit freundlicher Nachdruckgenehmigung des Berliner Ärzteblatts.

Sylvia Sängler, QUALITAS-Chefredaktion Deutschland. Fotos: R. Schaffler

## „Von Kalkutta nach Alaska“

Ein Führungs-Lehrgang der anderen Art





**ab**  
alphabetter

Vom Fach-VOR-Gesetzten zur anerkannten Führungskraft

**Führungsausbildung kompakt und intensiv**

Modul 1 - 3./4. Oktober 2011  
 Modul 2 - 7./8. November 2011  
 Modul 3 - 12./13. Dezember 2011  
 Modul 4 - 16./17. Jänner 2012

www.alphabetter.at - weitere Informationen - www.schafzahl.info



**schafzahl**  
WIRKLICH FÜHREND