

Hat das Heilen ausgedient?

Vom Energieren um das Krankenhaus Nord über „Bäume-Uarmen“ in öffentlich (mit-)finanzierten Kureinrichtungen bis zu Energetikern, Kinesiologen und anderen wie Schwammerln aus dem Boden wachsenden Angeboten auf dem Esoterikmarkt: Die Nachfrage ist enorm und scheint weiter zu wachsen. Das ist die eine Seite.

Die andere Seite ist die der wissenschaftlichen Medizin, die mit großer Energie und hohem finanziellen Einsatz zu beweisen sucht, dass das, was sie tut, den Menschen auch tatsächlich zum Nutzen gereicht. Die Erfolge der wissenschaftlichen Medizin sind unbestreitbar. Dennoch expandiert der Jahrmarkt des Aberglaubens. Eine Trennung zwischen Methoden, die, wenn nicht wissenschaftlich erforscht, aber doch einer Schule folgend, gelehrt und gelernt werden und für die es einerseits zumindest plausiblen Erfahrungshintergrund und ein gewisses Maß an Transparenz gibt, andererseits aber solche Angebote, die esoterisch, intransparent und vollkommen willkürlich sind und mit der Abhängigkeit der Hilfesuchenden arbeiten, erfolgt nicht immer konsequent.

Erklärungsversuche für dieses Phänomen greifen immer kurz, auch weil uns verlässliche Zahlen und ein solider Überblick über diesen höchst vielfältigen Markt fehlen. Wir können mögliche Schäden nicht quantifizieren, wir kennen nur die anekdotischen Fälle, die irgendwann doch in unseren Praxen auftauchen.

Der Schutz des Patienten ist eine hausärztliche Kernaufgabe, wir sollten uns also Gedanken machen: Was vermissen unsere Patienten bei uns beziehungsweise bei der wissenschaftlich fundierten Medizin?

Wissenschaftliche Medizin ist immer und per se auch eine Medizin des Zweifels und Hinterfragens, der Ungewissheit, eine Medizin der Entzauberung. Genau wegen dieser Verpflichtung zur permanenten Selbstreflexion bietet sie die größte mögliche Sicherheit. Die diversen esoterischen Strömungen haben bei aller Unterschiedlichkeit eines gemeinsam: Sie sind frei von Zweifeln, strahlen Gewissheit und Geschlossenheit aus, lassen keine Fragen

offen, haben immer Antworten, verströmen Sicherheit und Geborgenheit. Genau das macht sie so unsicher.

Wir haben in einem langen Prozess und aus guten Gründen gelernt, auf Aura und Magie des Berufs weitgehend zu verzichten. Vielen Menschen in gesundheitlichen Ängsten und Nöten fällt dieser Verzicht offenbar schwer. Mit dem Verzicht auf die intransparente, autoritäre Komponente hat sich auch die ärztliche Haltung, die „Ärztlichkeit“ als solche verändert. Wir sind nüchterner geworden. Wir begeben uns unter die „aurafreie“ berufliche Sammelbezeichnung „Gesundheitsdienstleister“ – unser Beruf wird immer „normaler“, aber offensichtlich wurde damit vielen Menschen auch etwas weggenommen.

Wir müssen aus diesen Phänomenen lernen können. Rationale, auf Evidenz beruhende Medizin muss sich mit den komplexen Bedürfnissen kranker Menschen rational und offen auseinandersetzen.

Dazu gehört auch die Auseinandersetzung mit magischem Denken, das so alt ist wie die Menschheit. Wenn wir unsere Patienten vor Scharlatanerie und Geschäftemacherei schützen wollen, führt an einer Analyse des komplexen Phänomens der Heilung kein Weg vorbei. ■



Autorin: Dr. Susanne Rabady
Vorstandsmitglied der ÖGAM und Allgemeinmedizinerin

Komplementärmedizin

Pro und Contra

Das Thema wissenschaftliche Medizin und/oder komplementäre Medizin sorgt aktuell wieder für Diskussionen. In dieser Ausgabe der *ÖGAM-News* finden Sie mehrere Artikel, die sich mit diesem so wichtigen Thema auseinandersetzen. Die folgenden Nachdrucke aus der *deutschen Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA)* zeigen teils unterschiedliche Standpunkte in der Bedeutung von wissenschaftlicher Medizin und komplementärer Medizin für die Versorgung von Patienten.

CAM oder der Versuch, ärztliche Basispflichten „outzusourcen“

Kein Zweifel: Die sogenannte komplementär-alternative Medizin (CAM) ist in Deutschland auf einem Siegeszug, der ihr von der Ärzteschaft, den medizinischen Fakultäten und jetzt auch von einer Fachgesellschaft bereitet wird. Die Bundesärztekammer unterstützt ein Dialogforum „Pluralismus in der Medizin“ und lässt ihren wissenschaftlichen Beirat eine Placebotherapie verteidigen, offensichtlich in der Absicht, die Verfahren der CAM auf diese Weise zu erhalten. Gehen doch die von CAM angebotenen Heilmethoden in der Regel über Placeboeffekte nicht hinaus. Im ökonomisierten Wissenschaftsbetrieb bereichern Stiftungsprofessuren für alternative Heilmethoden die Fakultäten. Zuletzt bekannte sich in einem Interview mit der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* auch der Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft zu CAM. CAM ist bisher jeglichen Beleg schuldig geblieben, auch nur eine einzige Krankheit heilen oder verhindern zu können oder das Leben kranker Menschen zu verlängern. Bestenfalls ist sie in der Lage, Symptome zu lindern. Das kann im Alltag, vor allem auch bei nicht heilbaren Krankheiten, sehr viel bedeuten.

In nahezu allen Studien erweist sich dieser Effekt einer Anwendung „alternativer“ Mittel jedoch als untrennbar vom verständnisvoll empathischen Umgang des Therapeuten mit dem Patienten. Diese methodischen Probleme sind es, die den wissenschaftlichen Beirat veranlassten, einen erweiterten Placeboeffekt zu definieren, der die Wirkungen des therapeutischen Kontextes einschließt. Es sind wohl die therapeutischen Kontexte, die zum CAM-Hype besonders beitragen. Ein Beispiel hierfür ist eine besonders nachdenklich stimmende Feststellung des Präsidenten der Deutschen Krebsgesellschaft: „Wir versuchen, unsere Fähigkeiten möglichst vielen Menschen zukommen zu lassen. Das führt dazu, dass sich der einzelne Patient nicht ausreichend beachtet fühlt. Und auch zeitlich zu kurz kommt.“ Kann aber eine Delegation – betriebswirtschaftlich formuliert ein „Outsourcing“ – spezifisch ärztlicher Aufgaben an Nichtfachleute, hier an Nichtonkologen, die Lösung sein? Bestenfalls ist dies möglich, wenn ihre Beziehung zur wissenschaftlich somatischen Medizin eng genug ist; bei CAM-Vertretern ist dies in der Regel nicht der Fall.

Es ist der schulmedizinisch gut fortgebildete Hausarzt, dem hier eine zentrale Funktion zukommt. Über Verlauf und Therapieoptionen der Erkrankungen seiner Patienten muss er Bescheid wissen. Wenn dem betreuenden Spezialisten schon die Zeit für individuelle Patientenprobleme fehlt, so muss er sie zumindest für die kollegiale Fortbildung und Beratung aufbringen, um nicht den Erfolg seiner Therapie zu gefährden. Zu selten machen wir uns klar, dass fast alles, was wir als EbM-Basis unserer Entscheidungen betrachten, unter optimalen Betreuungsbedingungen erzielt wurde. Mehr als bisher könnte der Hausarzt allerdings auch von Psychosomatik und medizinischer Psychologie unterstützt werden. Unstrittig gibt es einzelne sinnvolle phytotherapeutische und naturheilkundliche Verfahren. Für eine generelle CAM-Rechtferkung eignen sie sich nicht. Sie sind entweder bereits Bestandteil der Schulmedizin oder ließen sich nach entsprechender Evaluation zwanglos der Schulmedizin zuordnen und gehörten damit nicht mehr zu CAM. Sie werden aber aus Profilierungsgründen lieber als CAM vermarktet, oder man wendet sie unter Vorstellungen über ihre Wirkmechanismen an, die mit der Schulmedizin nicht verträglich sind. Dabei wird häufig ein entscheidendes Merkmal der Schulmedizin verkannt, nämlich die prinzipielle Offenheit ihres Systems, eben ihre „Nicht-Verschulung“. Erweist sich nämlich wider Erwarten zum Beispiel mit den Methoden des kontrollierten Versuchs eine Behandlung eindeutig als wirksam, verlässt die Schulmedizin ihre alten Überzeugungen und entwickelt neue, wie beispielsweise zur Rolle der Betarezeptoren bei herzinsuffizienten Patienten. Hier waren Betablocker zunächst kontraindiziert, jetzt sind sie ein wichtiger Therapiebestandteil. Setzt man jedoch auf CAM, so öffnet man einem trojanischen Pferd das Tor. Eine Fülle von Vorstellungen, die mit einer wissenschaftlichen Medizin weder vereinbar noch in sie integrierbar sind, wird weiter Einzug halten und bei Patienten und Arzt noch mehr Verwirrung stiften als bisher. Aber auch Vertreter von CAM, so wird man einwenden, sprechen inzwischen von EbM – und nicht nur in der Umdeutung von „evidence-based“ in „experienced-based medicine“. Wenn sie aber mit dem Argument der Komplexität des Gegenstandes die überaus erfolgreichen Strategien eines notwendigen Reduktionismus und einer statistischen Entscheidungsfindung ablehnen (beides Vorgehensweisen, gegen die im Übrigen auch Komplexitätstheoretiker keine Einwände haben), so

sind dies Lippenbekenntnisse. Bleibt das Argument einer angeblich unumgänglichen und gut gemeinten Placebothherapie.

Soweit damit der liebe- und verständnisvolle Umgang mit dem Patienten gemeint ist, gehört er zu den ärztlichen Basispflichten, und jeder Arzt muss sich gegen die Infamie wehren, dass er dafür nicht bezahlt werde. Soweit der Arzt aber ohne Aufklärung des Patienten Placebomittelchen einsetzt oder Placeboeingriffe vornimmt, sollte er sich klarmachen, dass er damit unter anderem in den Augen des Patienten die Vertrauenswürdigkeit seiner Verumtherapie aufs Spiel setzt. Es waren gerade Onkologen, die immer wieder für eine offene und ehrliche Arzt-Patienten-Beziehung eingetreten sind. Scheinheilmittel und Scheinbehandlungen sind damit nicht vereinbar. „Trick or Treatment?“ – so der Titel eines beachtenswerten Buches von S. Singh und E. Ernst zu CAM – man muss sich entscheiden!

Prof. Dr. Manfred Anlauf
Medizinische Universitätsklinik in Essen

Z Allg Med 2011; 87:163-164

Was wäre, wenn CAM nur Placebowirkung hätte?

Wie häufig in diesem Zusammenhang unterstellt auch Herr Prof. Anlauf, dass CAM eigentlich keine Wirkung habe, sondern nur einen Placeboeffekt. Und er konzediert, dass Placebos bestenfalls Symptome lindern können, nicht aber heilen oder Krankheit verhindern können. Ich bin nicht CAM-Betreiber, interessiere mich aber für die Wirksamkeit von Placebo und glaube an die Notwendigkeit, diese einzusetzen. Dass Placebos eine Wirkung haben, wird, so glaube ich, von niemandem mehr bestritten. Zum einen gibt es inzwischen zahlreiche Studien mit Beleg hierfür, zum anderen kann man sich als „Beleg“ hierfür vor Augen führen, dass zum Nutznachweis heutzutage fast immer Verum gegen Placebo getestet werden muss: eben, weil es diese Placebowirkung gibt. Warum also sollte man Placebo nicht auch nutzen?

Eine Indikation ergibt sich in folgenden Situationen: 1. Es gibt keine schulmedizinische Hilfe, und der Patient verlangt dennoch nach Hilfe (bei sowohl banalen als auch lebensbedrohlichen Erkrankungen eine sehr häufige Situation in der Versorgung). 2. Die schulmedizinischen Behandlungsmethoden haben objektive oder für den Patienten nicht tolerierbare Nebenwirkungen – dann kommt man in die Situation 1. 3. Der Patient lehnt vorhandene schulmedizinische Verfahren explizit ab (dies gibt es zum Beispiel oft bei Kortikosteroiden, Antibiotika, sehr häufig bei psychotherapeutischen Verfahren). Patienten haben uns auch für diese häufigen Situationen den Behandlungsauftrag gegeben: „Tue das Beste für mich“. Kaum ein Patient hat einen Auftrag mit dem Inhalt „Tue das Beste schulmedizinisch für mich“ gegeben. Wenn wir nun wissen – und Prof. Anlauf bestätigt dies –, dass Placebos auf Symptome ihre Wirkung haben, dann können wir dies als Ärzte nicht verweigern. Denn was bliebe ansonsten? 1. Die Aufklärung über das Fehlen einer (gemeint: schulmedizinischen) Therapie – etwas, was nicht viele Patienten akzeptieren. 2. Die von Herrn Prof Anlauf berechnete geforderte Zuwendung für den Patienten:

also Trost, Empathie, Mitleid. Nur reicht dies in unserer Welt – man mag es bedauern – dem „modernen Menschen“ in der Regel nicht mehr. Es müsse doch etwas geben, man sehe doch allenthalben, was die Medizin könne – und dann nur „Nettigkeit“ vom Arzt, das muss ein Kunstfehler sein: so ist die in der Regel aufzufindende Reaktion. Zudem aber gibt es eben auch – neben der Wirkung mittels Zuwendung – eine Eigenständigkeit der Wirkung der „Pille“. Und diese Wirkung würden wir vorenthalten.

Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz
Universitätsklinikum Düsseldorf

Z Allg Med 2011; 87:168

Komplementärmedizin im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin

Es ist Prof. Anlauf zu danken, dass er seine Skepsis CAM gegenüber so explizit zum Thema gemacht hat. Bei einigen Zitaten möchte ich auf einige grundsätzliche Kritikpunkte eingehen.

1. Die Definition der Komplementärmedizin oder die Abgrenzung zur Schulmedizin ist unstrittig, da es einzelne sinnvolle phytotherapeutische und naturheilkundliche Verfahren gibt. Für eine generelle CAM-Rechtfertigung eignen sie sich nicht. Sie sind entweder bereits Bestandteil der Schulmedizin oder ließen sich nach entsprechender Evaluation zwanglos der Schulmedizin zuordnen und gehörten damit nicht mehr zur CAM.

Für den Bereich CAM existieren zahlreiche teilweise synonym verwendete Begriffe: Naturheilkunde, Alternativmedizin, integrative Medizin, besondere Therapierichtungen, unkonventionelle Verfahren, sanfte Medizin et cetera. Die Begriffe finden abhängig vom Kontext Verwendung und weisen jeweils eine etwas unterschiedliche Nuancierung auf. So zahlreich wie die Begriffe, so zahlreich sind auch die Begriffsdefinitionen, wobei verbindliche Begriffsdefinitionen weder für die Komplementärmedizin noch für die Schulmedizin vorliegen und somit auch deren Abgrenzung schwierig beziehungsweise unscharf ist. Charakteristisch für die Schulmedizin ist, dass sie eine naturwissenschaftliche, kausalanalytische Grundlage aufweist, weshalb auch häufig der Begriff „wissenschaftliche Medizin“ gebraucht wird. In diesem Aspekt liegt eine (vermeintliche) Abgrenzung zur Komplementärmedizin: Sie stamme nicht aus naturwissenschaftlichem Denken und – so unterstellt Prof. Anlauf – sie entzieht sich dem Nutznachweis. Dies stimmt so nicht (mehr). In den letzten zwei bis drei Jahrzehnten hat auch in CAM sehr wohl die evidenzbasierte Medizin Einzug gehalten und damit sind sich beide – die sogenannte wissenschaftliche Medizin und CAM – erheblich nähergekommen. Die implizite Definition, die Prof. Anlauf an anderer Stelle benutzt, nach der alles aus dem komplementärmedizinischen Bereich, für das Evidenz vorliegt, dann der Schulmedizin zugeordnet wird, macht die Entwicklung hin zu einer evidenzbasierten Komplementärmedizin geradezu unmöglich – und behindert die Diskussion miteinander.

2. Evidenzlage Komplementärmedizin CAM ist bisher jedweden Beleg schuldig geblieben, auch nur eine einzige Krankheit heilen ▶

oder verhindern zu können oder das Leben kranker Menschen zu verlängern. Bestenfalls ist sie in der Lage, Symptome zu lindern.

Ein Blick in MEDLINE genügt, um zu sehen, dass sich allein für den Suchbegriff „acupuncture“ 1.868 und für „phytotherapy“ 2.101 randomisierte und kontrollierte Studien finden lassen (Recherche durchgeführt am 18. 3. 2011). Auch ein Blick auf die Top 10 der am meisten aufgerufenen Cochrane Reviews ist erhellend und spricht neben der Relevanz dieser Thematik für die wissenschaftlichen Aktivitäten im Bereich Komplementärmedizin. In den Top 10 befinden sich 6 Reviews zu komplementärmedizinischen Themen: Antioxidanzien, Johanniskraut, Bewegung, Pelargonium sidoides (Umckaloabo), Mistel und Cranberrys (Moosbeeren). Vier dieser Reviews schließen mit einer positiven Aussage im Hinblick auf die Wirksamkeit ab. Sicherlich gibt es auch weniger gut erforschte Verfahren wie beispielsweise die Neuraltherapie oder die anthroposophische Medizin. Dies hat unterschiedliche Gründe: von fehlenden Forschungsgeldern in einem Gebiet ohne die Unterfütterung einer schwergewichtigen Pharmaindustrie bis hin zu methodischen Schwierigkeiten bei Verfahren, die ein ganzes Medizinsystem repräsentieren (zum Beispiel anthroposophische Medizin).

Insgesamt ist bei vielen komplementärmedizinischen Verfahren der wissenschaftliche Zugang bedingt durch die ganzheitliche, individualisierte und damit komplexe Herangehensweise erschwert. Dies ist aber kein ausschließliches Problem der Komplementärmedizin, sondern vor dieser Herausforderung steht man auch in anderen Forschungsfeldern wie der Allgemeinmedizin und der Psychosomatik, wo häufig multimodale, hochindividualisierte und oft stark vom Behandler abhängige Therapiekonzepte überprüft werden. An dieser Stelle stimme ich mit Prof. Anlauf überein: Komplexität darf keine Entschuldigung für fehlende Forschung sein. Vielmehr kann man es als besondere Herausforderung begreifen, diese Methoden abbildbar zu machen und dafür gegebenenfalls wissenschaftliche Methoden neu zu entwickeln oder vorhandene anzupassen. Dazu braucht es aber eine entsprechende Forschungskapazität und Forschungsförderung. Dies ist im Bereich Komplementärmedizin zumindest für Deutschland sicherlich nicht ausreichend gegeben. Prof. Anlauf erinnert zu Recht, dass es nur Stiftungsprofessuren gibt. Dies ist angesichts der Relevanz des Bereichs in der medizinischen Versorgung und vor dem Hintergrund, dass diese Verfahren im Medizinstudium verpflichtend gelehrt werden müssen, nicht tragfähig. In den USA wurde aus einer ähnlichen Situation das NCCAM (National Centre for CAM) geschaffen, welches bisher neben Aufgaben in der Aus-, Weiter- und Fortbildung circa 2.500 Forschungsprojekte im Bereich Komplementärmedizin gefördert hat.

3. Placebo und Komplementärmedizin – Scheinheilmittel und Scheinbehandlungen – sind damit (mit offenen und ehrlichen Arzt-Patienten-Beziehungen) nicht vereinbar.

Ein großer Anteil bei Komplementärmedizin sei Placebo, heißt es weiter. Dieser Äußerung kann ich nur zustimmen, wobei der Anteil sicherlich von Verfahren zu Verfahren variiert und zudem individuell unterschiedlich ist. Allerdings sehe ich dies nicht als Kritik, sondern als Chance. Hierzu müssen wir uns bewusst machen, was hinter dem Placeboeffekt steckt. Die Forschung hat in den letzten Jahren – nicht zuletzt angestoßen durch die Ergebnisse aus komplementärmedizinischen Studien – gezeigt, dass es nicht den „einen“ Placeboeffekt gibt, sondern je nach Intervention, Patient, Erkrankung und Kontext verschiedene neurophysiologische Mechanismen ablaufen. Hierzu gehören neurophysiologische Mechanismen, die bei Erwartung, Angst, Belohnung sowie Lern- und Konditionierungsvorgängen aktiv sind. Diese aus experimentellen Studien gewonnenen Erkenntnisse werden durch Erkenntnisse unterstützt, die man beispielsweise aus Akupunkturstudien mit Begleitung durch moderne bildgebende Verfahren wie funktionelles Kernspin gewonnen hat. Hierbei zeigen sich neurophysiologische Reaktionen, die mit der Lokalisation und Art des Nadeleinstichs verknüpft sind und damit auf „spezifische Effekte“ der Akupunktur schließen lassen, und „unspezifische Effekte“, die von den Vorerfahrungen, der Erwartungshaltung et cetera der Patienten abhängen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass jegliche Intervention, jegliche Arzt-Patienten-Interaktion – egal ob im komplementärmedizinischen oder schulmedizinischen Setting – aus einem spezifischen und einem unspezifischen Anteil besteht. Diesen unspezifischen Anteil gilt es in der ärztlichen Arbeit bewusst zu nutzen, was in keinsten Weise einer offenen und ehrlichen Arzt-Patienten-Beziehung entgegensteht. Schon immer war die „Droge Arzt“ ein wichtiger Bestandteil in der Behandlung von Patienten, sei es im Ritual der Chefarztvisite oder mit dem weißen Kittel als „ärztliche Kostümierung“. Hierunter fällt auch die ritualisierte Vorgehensweise bei vielen komplementärmedizinischen Ansätzen. An dieser Stelle kommt die „Kunst des Heilens“ – eine professionelle ärztliche Haltung immer vorausgesetzt – ins Spiel und damit auch die von Prof. Anlauf genannten ärztlichen Basispflichten, allen voran die Fähigkeit zur Empathie und zur Kommunikation. Keinesfalls dürfen diese „Basispflichten“ – ich möchte sie lieber positiv „Basiskompetenzen“ nennen – outgesourct werden. Im Gegenteil, sie müssen noch deutlich mehr Gewicht bekommen in Studium und Weiterbildung. ■

PD Dr. med. Stefanie Joos
Universitätsklinikum Heidelberg

Z Allg Med 2011; 87:166–168