

Dr. med. Detmar Jobst ...

... ist Facharzt und Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin in Bonn. Seit 1992 befasst er sich in der praktischen Tätigkeit, als Lehrbeauftragter und in wissenschaftlichen Veröffentlichungen mit der Anwendung, Erforschung und Integration von Naturheilverfahren in die hausärztliche Medizin. An der medizinischen Fakultät in Bonn koordiniert er seit 2003 den studentischen Unterricht im Querschnittsfach QB12 (Reha, physikalische Medizin, Naturheilverfahren). Ebenfalls 2003 erhielt er den ersten Hessischen Naturheilkunde-Preis. Er ist einer der Sprecher der 2009 gegründeten Arbeitsgruppe Komplementäre Medizin in der DEGAM.

Rezeptur der EbM verarbeitet, welche die besten Forschungsergebnisse *und* die klinische Expertise (= ärztliche Erfahrung) *mit den* Wünschen der Patienten vereint.

EbM sollte dabei häufiger angewendet werden, darin stimme ich mit Professor Anlauf überein – allerdings mit dem Ziel der Integration statt der Abschottung. Die Arbeitsweise der EbM ist eine Blaupause dafür, dass die Stärken beider Seiten – der Schulmedizin und der komplementären Medizin – zum Wohl der Patienten zusammenfinden könnten. Und CAM hat sehr wohl von EbM Kenntnis genommen: Als wir im vergangenen Monat nach aktuellen Evidenzgrundlagen für komplementäre Verfahren suchten, fanden wir 8259 RCTs, darunter 544 systematische Reviews bzw. Meta-Analysen! Diese Veröffentlichungen sind selbstverständlich nicht gleichbedeutend mit einem Wirksamkeitsnachweis, sie zeigen jedoch

auch den Einzug der sog. wissenschaftlichen Medizin in CAM [5].

Und wie bei Sackett angesprochen, berücksichtigen die meisten naturheilkundlich arbeitenden Therapeuten die *Patientenwünsche* als selbstverständlichen Teil einer individualisierten Versorgung – der einzelne Patient soll in seiner Gänze begriffen werden. Der ärztlichen Erfahrung schließlich kommt in den komplementären Therapieverfahren eine besondere Bedeutung zu, da es sich teilweise um handwerklich zu erlernende Techniken handelt, die, ähnlich den chirurgischen Fächern, mit den Jahren der Übung bessere Ergebnisse bringen. Beispiele sind die manuelle Medizin, die Akupunktur, die Balneo- und Hydrotherapie sowie die Ausleitungsverfahren.

Zugegebenermaßen findet die EbM in der idealen Sackett'schen Form auf „beiden Seiten“ noch nicht sehr häufig statt: Die wissenschaftliche Medizin ori-

entiert sich sehr stark an den Levels of Evidence, während die Naturheilkunde sich (noch) stärker an die Traditionen ihrer Therapieverfahren anlehnt, seien es Hydrotherapie, Ernährungslehre oder europäische und asiatische Pflanzenheilkunde. Es muss auf beiden Seiten – aber in Kooperation – gelernt werden.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Detmar Jobst
Holzlarer Straße 40
53 229 Bonn
E-Mail: Detmar@uni-bonn.de

Literatur

1. Jobst D, Ernst E. Komplementärmedizin und Naturheilverfahren. In: Kochen MM, Bob, K (Hrsg) Allgemein- und Familienmedizin. Stuttgart: Thieme, 2006
2. Haage, H. Das neue Medizinstudium, MedR 2002; 9: 456–461
3. Jobst D, Niebling, W. Naturheilverfahren als Teil der akademischen Lehre und die Rolle der Allgemeinmedizin. Z Forsch Komplementärmed 2005; 12: 272–276
4. Malterud, K. The art and science of clinical knowledge. Lancet 2001; 358: 397–400
5. Cochrane Library Issue 3, 2009, <http://www.cochrane.org/reviews/22.subtopics.html>

Komplementärmedizin im Zeitalter der Evidenzbasierten Medizin

Stefanie Joos¹

1. Definition Komplementärmedizin/ Abgrenzung Schulmedizin

Es ist Prof. Anlauf zu danken, dass er seine Skepsis CAM gegenüber so explizit zum Thema gemacht hat. Ich möchte auf einige grundsätzliche Kritikpunkte eingehen (Zitate aus dem Text von Prof. A).

Unstrittig gibt es einzelne sinnvolle phytotherapeutische und naturheilkundliche Verfahren. Für eine generelle CAM-Rechtfer-tigung 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.

Für den Bereich CAM existieren zahlreiche teilweise synonym verwendete Begriffe: Naturheilkunde, Alternativmedizin, Integrative Medizin, Besondere Therapierichtungen, Unkonventionelle Verfahren, Sanfte Medizin etc. Die Begriffe finden abhängig vom Kontext Verwendung und weisen jeweils eine etwas

¹ Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

unterschiedliche Nuancierung auf. So zahlreich wie die Begriffe sind auch die Begriffsdefinitionen, wobei verbindliche Begriffsdefinitionen weder für die Komplementärmedizin noch für die Schulmedizin vorliegen und somit auch deren Abgrenzung schwierig bzw. 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 genommen und damit sind beide – die sog. wissenschaftliche Medizin und CAM – sich erheblich näher gekommen.

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 alleine für den Suchbegriff „acupuncture“ 1868 und für „phytotherapy“ 2101 randomisiert-kontrollierte Studien finden lassen (Recherche durchgeführt am 18.3.2011). Auch ein Blick auf die TOP 10 der am meisten aufgerufenen Cochranes 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 [1]:

Antioxidanzien, Johanniskraut, Bewegung, Pelargonium sidoides (Umckaloabo), Mistel und Cranberries (Moosbeeren). Vier dieser Reviews schließen mit einer positiven Aussage im Hinblick auf die Wirksamkeit.

Sicherlich gibt es auch weniger gut beforschte 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 (z.B. 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 z.B. der Allgemeinmedizin und der Psychosomatik, wo häufig multimodale, hoch-individualisierte und oft stark behandlerabhängige 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 ggf. 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 Versor-

gung 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 ca. 2500 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 variiert. Allerdings sehe ich dies nicht als Kritik, sondern als Chance an. Hierzu müssen wir uns bewusst machen, was hinter dem Placebo-Effekt steckt. Die Forschung hat in den letzten Jahren, nicht zuletzt angestoßen durch die Ergebnisse aus komplementärmedizinischen Studien, gezeigt, dass es nicht den „einen Placebo-Effekt“ 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 [2]. Diese aus experimentellen Studien gewonnen Erkenntnisse werden unterstützt durch Erkenntnisse, die man beispielsweise aus Akupunkturstudien mit Begleitung durch moderne bildgebende Verfahren wie funktionelles Kernspin gewonnen hat. Hierbei zeigen sich neurophysiologische Reaktionen, die verknüpft sind mit der Lokalisation und Art des Nadel-

PD Dr. med. Stefanie Joos ...



... ist leitende Oberärztin der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg. Neben anderen Themen beschäftigt sie sich seit vielen Jahren mit komplementärmedizinischen Verfahren und habilitierte kürzlich auch zu diesem Thema. Gemeinsam mit Dr. med. Detmar Jobst, hat sie 2009 die Arbeitsgruppe Komplementärmedizin der DEGAM ins Leben gerufen.

einstichs und damit auf „spezifische Effekte“ der Akupunktur schließen lassen, und „unspezifische Effekte“, die von den Vorerfahrungen, der Erwartungshaltung etc. der Patienten abhängen [3,4].

Es kann davon ausgegangen werden, dass jegliche Intervention, jegliche Arzt-Patient-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 entgegen steht. 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 „ärztlicher Kostümierung“. Hierunter fällt auch die ri-

tualisierte 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“ nen-

nen – outgesourct werden. Im Gegenteil, sie müssen noch deutlich mehr Gewicht bekommen in Studium und Weiterbildung.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Stefanie Joos
Leitende Oberärztin
Abteilung Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung
Voßstr. 2, 69115 Heidelberg
Tel.: 06221 / 566263, Fax: 06221 / 561972
E-Mail:
stefanie.joos@med.uni-heidelberg.de

Literatur

1. www.cochrane.de/sites/cochrane.de/files/uploads/rund16.pdf
2. Benedetti F, Carlino E, Pollo A. How placebos change the patient's brain. *Neuropsychopharmacology* 2011; 36: 339–54
3. Kong J et al. An fMRI study on the interaction and dissociation between expectation of pain relief and acupuncture treatment. *Neuroimage* 2009; 47: 1066–76
4. Chae Y et al. The neural substrates of verum acupuncture compared to non-penetrating placebo needle: an fMRI study. *Neurosci Lett* 2009; 450: 80–4

Was wäre, wenn CAM nur Placebo-Wirkung hätte?

Heinz-Harald Abholz¹

Wie häufig in diesem Zusammenhang unterstellt auch Herr Prof. Anlauf, dass CAM eigentlich keine Wirkung habe, sondern nur einen Placebo-Effekt. 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 Niemanden mehr bestritten. Einmal gibt es inzwischen zahlreiche Studien mit Beleg hierfür [2], zum anderen kann man sich als „Beleg“ hierfür vor Augen führen, dass zum Nutzenachweis heutzutage fast immer Verum gegen Placebo getestet werden muss: eben weil es diese Placebo-Wirkung 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 z.B. 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 berechtigt 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“ [1, 2]. Und diese Wirkung würden wir vorenthalten.

¹ Abt. für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf