

CAM und Allgemeinmedizin

In Heft 4 der ZFA in diesem Jahr haben wir eine Diskussion über dieses Thema begonnen. Es haben uns dann sehr schnell mehrere Diskussionsbeiträge dazu in Form von ausführlichen Leserbriefen erreicht, die wir in der Reihenfolge ihres Eintreffens hier abdrucken – dies

nebst einer abschließenden Stellungnahme der vier Autoren aus Heft 4/2011.

Wir meinen, dass nun durch die Vielzahl der Beiträge das Themenfeld klarer als zuvor ist, Schwachpunkte bzw. Nicht-zu-Ende-Gedachtes in unserem Verständnis des Behandeln in der All-

gemeinmedizin deutlicher geworden sind – aber auch sich schon konzeptionelle Lösungen abzeichnen. Der nächste Schritt wäre nun eine Einordnung in eine „Theorie der Allgemeinmedizin“. Wir warten!

Heinz-Harald Abholz, Andreas Soennichsen

Komplementärmedizin ja – aber nur, wenn wir wissen, was wir tun

Johannes Hauswaldt

Wissen und Handeln

Das sokratische „Ich weiß, dass ich nichts weiß!“ (Oida ouk eidos, auch übersetzbar mit „ich weiß mich als Nichtwissenden“) mag hier hilfreich sein.

Denn wenn wir heute wohl schon etwas mehr wissen, oder zu wissen glauben, weist die Sentenz doch pointiert auf die immer bestehende Begrenztheit unseres Wissens. Das fortdauernde Dilemma des Arztes, handeln zu müssen auch im Bewusstsein dieser Begrenztheit, ist allein erträglich durch Mitdenken des Zweifels an seinem Handeln, also durch das „Lob des Zweifels“ [1].

Die Gesamtheit unseres jeweils gegenwärtigen Wissens, seiner zugrunde liegenden Konzepte und Theorien, und seiner Methoden ist endlich und unvollständig, und damit niemals monolithisch. Frau Joos spricht deshalb zu Recht von der „sogenannten wissenschaftlichen Medizin“ – nicht, um diese zu diffamieren, vielmehr um ihren Alleinvertretungsanspruch, die Usurpierung des Begriffes „wissenschaftlich“ in Frage zu stellen.

Medizingeschichte

Das Paradigma der gegenwärtigen „Schulmedizin“, Ausfluss der zellulärpathologischen Betrachtungsweise, der gelungenen Verbindung von Physiologie und Pathophysiologie, hat sich als außerordentlich wirksam und erfolgreich erwiesen – als Arzt möchte ich ihre Früchte nicht missen.

An Stellen jedoch, wo sie unzureichend ist, gar für Patient und Arzt leidvoll scheitert, sollte zum Wohle des Patienten ein anderes paradigmatisches Herangehen möglich und zulässig sein.

Die Inkommensurabilität der verschiedenen Paradigmata [2] hat der Arzt dabei zu erkennen und zu erdulden. Weil „es keine lineare Denkbewegung“ [3] gibt, die diese grundsätzlich verschiedenen Denkwelten verbinden ließe – zumindest gegenwärtig nicht –, kann er jeweils nur punktuell-konkret und patientenindividuell angemessen handeln. Er muss also fortwährend „oszillieren“, um evidenzbasiert praktizieren [4] und dabei den „zweiten Bierdeckel“, den

Kamps und Harms als Metapher in ihrer Skizze hausärztlicher Semiotik anführen [5], mitdenken zu können.

Fazit

Komplementärmedizin ja – aber nur, wenn wir wissen, was wir tun, und dieses, auch in seiner Begrenztheit, dem Patienten gegenüber offenlegen.

Und damit wir besser wissen, was wir tun, sind Forschung und Forschungsförderung in der Komplementärmedizin dringend vonnöten.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Johannes Hauswaldt, MPH
 Arzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie
 Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover
 Carl-Neuberg-Strasse 1
 30625 Hannover
 Tel.: 0511 5324928
 E-Mail:
 Hauswaldt.Johannes@mh-hannover.de

Literatur

1. Brecht B. Lob des Zweifels. In: Bertold Brechts Gedichte und Lieder, Auswahl. Peter Suhrkamp. Suhrkamp Verlag, Berlin/Frankfurt a.M. 1970: 22–25
2. Tsouyopoulos N. Asklepios und die Philosophen. Paradigmenwechsel in der Medizin im 19. Jahrhundert. Stuttgart, Bad Cannstatt 2008
3. Wiesemann C. Von der Säftelehre zur Zellenlehre. Zu den Theoretischen Grundlagen der modernen Medizin. In: [2] Seite 16
4. Hauswaldt J. Was ist Evidenzbasierte Medizin auch noch? Z Evid Fortbild Qual Gesundh.wesen 2010; 104: 625–629
5. Kamps H, Harms D. Die medizinische Theorie passt auf zwei Bierdeckel – Skizzen einer hausärztlichen Semiotik. Z Allg Med 2010;86:140–3

Mastodynie und Keuschlamm – Ein Diskussionsbeitrag zur CAM (complementär-alternative Medizin)

Hans-Otto Wagner

Eine vom Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen formulierte Prüfungsfrage lautete:

„Welche der folgenden Heilpflanzen, bzw. deren Inhaltsstoffe können bei Mastodynie ohne morphologische Veränderungen der Mamma oder bei prämenstruellem Syndrom indiziert sein?“

A: *Silybum marianum* (Mariendistel)

B: *Vitex agnus-castus* (Keuschlamm)

C: *Polygala senega* (Senegawurzel)

D: *Raphanus sativus* (Rettich)

E: *Juniperus communis* (Wacholder)

Gewünscht war Antwort B

Aus Gesprächen mit Studierenden weiß ich, dass sie solche Fragen in erster Linie amüsant finden, bei denen es darauf ankommt pfeffig zu sein und auf keinen Fall gewissenhaft. Denn, interpretiert man das Wort *indiziert* im wissenschaftlichen Sinne, dann ist jede Antwort falsch, weil alle angebotenen Alternativen eine Wirkung haben, die sich von der eines Placebos (30–50% Besserung) nicht unterscheidet [1]. Verbindet der Studierende das Wort hingegen mit dem Placebocharakter, dann kann grundsätzlich jede der angebotenen Antworten richtig sein. Er wird also schlau das Wort Keuschlamm rein linguistisch in einen gynäkologischen Zusammenhang bringen und sichert sich den Punkt.

Der Fragesatz müsste eigentlich lauten: „Welche der folgenden ...sind in Mitteleuropa populär“ [2].

Damit wären wir bei der Definition von D. Jobst: CAM ist eben ein quasi bunter Strauß von Therapieverfahren, die von unseren Patienten nachgefragt werden – also populär sind [3]. Die Wünsche der Patienten werden als wesentlich für die Notwendigkeit einer Anwendung der CAM, vor allem in der hausärztlichen Medizin, herausgestellt [4].

Wenn wir allerdings eine solche Definition, d.h. die augenblickliche Popularität medizinischer oder paramedizinischer Maßnahmen ernsthaft als Maxime unseres Handelns begreifen, führt das zu einer Boulevardisierung unserer Profession mit einer kaum zu überbietenden Beliebigkeit und ist außerdem ein Fass ohne Boden [5]. Machen wir uns da nicht lächerlich, so wie bei ernsthaft an Wissenschaft interessierten Studierenden bereits geschehen (s.o.)?

Nach 24 Jahren Tätigkeit als Landarzt in einer Region mit hoher Heilpraktikerdichte, kommen die Patienten oft zu mir mit der Frage, ob der Heilpraktiker sie korrekt beraten hat und schätzen gerade meinen fehlenden Populismus. Was nicht heißt, dass ich ohne (unreine) Placebos und deren Inszenierung, auch meiner Person und meiner „Präsentation“ als Arzt auskäme.

Dagegen ist die Definition der CAM von Simon Singh und Edzard Ernst völlig klar und gut praktikabel. Hier werden als CAM alle Therapieverfahren bezeichnet, für die es keine wissenschaftliche Evidenz gibt [6]. Das ist m.E. die einzige sinnvolle Definition und entspricht außerdem der historischen Realität. Die sogenannte Schulmedizin zeichnet sich nämlich durch eine außerordentliche Selbstreflexion aus. Sie verwirft bei neuer Erkenntnis alte Therapieverfahren und nimmt andere, die gestern noch dem Bereich der CAM (z.B. Phytotherapien mit nachgewiesener Wirksamkeit) zugeordnet wurden, auf.

CAM, die ein Wirksamkeitsnachweis über Placeboniveau erbracht hat, ist eben keine mehr, ganz gleich wie sie sich nennt und aus welchem Kulturkreis sie stammt.

Diese Wandelbarkeit durch immer wiederkehrende Überprüfung geht z.B. der dogmatischen Homöopathie völlig ab, was dazu führt, dass sie nach heutiger Kenntnis baren Unsinn verbreitet. An sie muss man eben *glauben*. Hier gilt dann der Satz von Petr Skrabanek: „Es ist für den Behandlungserfolg und den Geldbeutel des Arztes ideal, wenn Arzt und Patient ein bisschen dumm sind“ [7]. Das trifft auch für die meisten sogenannten Individuellen Gesundheits-Leistungen (IGEL) zu. Auf diesem Weg verlieren wir unser Ansehen und unsere Selbstachtung, ganz egal was Patienten wünschen, von der Naturheilkundeindustrie propagiert oder den Medien gepuscht wird.

Beklagt wird auch oft von den Vertretern der CAM, dass viele Bereiche eben noch nicht ausreichend erforscht seien, in dem Sinne, dass wenn genügend Geld für die Forschung zur Verfügung gestellt würde, eben auch alles besser zu beweisen wäre.

Mal abgesehen davon, dass einerseits in der eigenen Argumentation der CAM-Vertreter die Notwendigkeit der Integra-

tion der CAM in die Hausarztmedizin u.a. damit begründet wird, dass viel erforscht sei und es in manchen Bereichen ja doch genügend Erkenntnisse gäbe, wird andererseits oft geradezu ignoriert, dass bereits mit viel Forschungsaufwand eben *keine* Ergebnisse zutage gefördert wurden. So auch bei der Akupunktur, obwohl sie aus Popularitätsgründen in die kassenärztliche Versorgung aufgenommen wurde. Deren Wirksamkeit über Placeboniveau ist nämlich keineswegs bewiesen. In den Studien mit guter Qualität ist die echte Akupunktur der Scheinakupunktur nicht überlegen. Besonders gut wirkt die *Scheinakupunktur*, wenn sie von Ärzten mit asiatischem Aussehen durchgeführt wird [8, 9, 10]

Auch hört man oft von CAM-Vertretern das Argument, dass eben unsere Erkenntnismethode, insbesondere die evidenzbasierte Medizin, bzw. der Reduktionismus mit seiner statistischen Entscheidungsfindung, nicht geeignet sei, um die Wirksamkeit ihrer Therapien zu belegen. Richtig ist: Unser Gegenstand ist äußerst komplex, praktisch nur in Ansätzen erforscht und all unsere Erkenntnis, mit aller Demut, vorläufig. Das meiste wissen wir nicht. Auch ist unsere Vorgehensweise relativ grob. Aber sie war bisher außerordentlich erfolgreich (nicht nur in der Medizin) und ich kenne keine bessere. Diese Methode des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns in der Medizin, die uns weltweit eint und zu Standards hoher Qualität geführt hat, aus populistischen und pekuniären (IGEL!) Gründen zu verlassen, bedeutet einen Rückfall in Zeiten voriger Jahrhunderte (in der sich z.B. die Homöopathie heute noch befindet).

Korrespondenzadresse

Dr. med. Hans-Otto Wagner
Nassauische Straße 30, 57299 Burbach
E-Mail: hans-otto.wagner@t-online.de
Niedergelassen als Landarzt in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis seit 1987
Lehrauftrag für Pharmakologie und Allgemeinmedizin an der Universität Giessen und Mitglied in der Arzneimittelkommission des Uniklinikums Giessen-Marburg
Mitglied der Leitlinienkommission der DEGAM

Literatur

1. Pérez-López FR, Chedraui P, Pérez-Roncero1 G, López-Baena1 MT, Cuadros-López JL. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Symptoms and Cluster Influences. *The Open Psychiatry Journal*, 2009; 3: 39–49
2. Habermann E. Essays statt Assays – Literarische Grenzgänge eines Biowissenschaftlers. Gießen: Selbstverlag, 1998
3. Detmar Jobst. Die komplementäre Medizin erfüllt Wünsche der Patienten nach einer komplementären Versorgung. *Z Allg Med* 2011; 4: 165–166
4. Joos S, Breivogel B, Gündling P et al. Komplementärmedizin in der hausärztlichen Praxis. *Z Allg Med* 2010; 9: 337–341
5. Zollman C, Vickers A. ABC of complementary medicine. What is complementary medicine? *BMJ* 1999; 319: 693–6
6. Singh S, Ernst E. *Gesund ohne Pillen was kann die Alternativmedizin?* München: Carl Hanser Verlag, 2009
7. Skrabanek P, James McCormick J. *Torheiten und Trugschlüsse in der Medizin.* Kirchheim, Mainz: 4. Auflage 1995
8. Madsen MV, Gøtzsche PC, Hróbjartsson A. Acupuncture treatment for pain: systematic review of randomised clinical trials with acupuncture, placebo acupuncture, and no acupuncture groups. *BMJ* 2009; 338: a3115
9. Haake M, Müller H-H, Schade-Brittlinger C et al. German Acupuncture Trials (GERAC) for Chronic Low Back Pain. *Arch Intern Med.* 2007; 167: 1892–1898
10. Cherkin DC, Sherman KJ, Avins AL et al. A Randomized Trial Comparing Acupuncture, Simulated Acupuncture, and Usual Care for Chronic Low Back Pain. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 858–866

Ist der Zug nicht längst abgefahren?

Silke Brockmann

Dass ausgerechnet in der Onkologie mit ihren Behandlungsmethoden, die nur schwache oder klinisch nicht relevante Effekte aufweisen, die Sehnsucht nach „dem anderen“ entsteht – sowohl bei Patienten als auch bei Ärzten –, wundert mich nicht. Es kommt bei den Ärzten nur etwas spät.

Denn Antworten auf die Frage, was Personen speziell von Komplementär- und Alternativmedizin (CAM) erwarten, sind vielfach publiziert, werden aber meines Erachtens heute zu wenig beachtet. Schon 1999 wurde gezeigt, dass der Wunsch nach einer schnellen Heilung eher unwichtig ist, wenn Personen zur CAM greifen [1]. Vielmehr tun sie dies, wenn

- sie unter chronischen oder wiederkehrenden Krankheiten leiden,
- die konventionelle Therapie langwierig beziehungsweise lebenslang angelegt ist,
- sie sich vor unerwünschten Wirkungen der konventionellen Therapie fürchten,
- sie unzufrieden sind über den Fortgang der Besserung,
- sie zu einer konventionellen Therapie nicht besonders stark motiviert sind.

Als Behandlungsziel der CAM kann so – zumindest im kontinentalen und britischen Europa – die Verbesserung des Wohlbefindens und die Behandlung von begleitenden Umständen oder Auswirkungen von Erkrankungen oder Befindlichkeitsstörungen betrachtet werden. Ob

das mit oder ohne ein Medium (z.B. eine technische Untersuchung oder ein Medikament) geschieht, ist für die Patienten zweitrangig. In erster Linie geht es ihnen darum, dass die Heilkundigen oder Ärzte dabei „ganz Mensch“ sind, also eine „verstehende Sorge“ an den Tag legen [2].

Eine diagnostische Methode oder Behandlung kann auf unterschiedlichen „Ebenen“ angreifen (vom Molekül über das Organ bis hin zum ganzen Menschen in Familie und Gesellschaft). Jeder Kulturbereich hat seine eigenen Auffassungen zu Krankheiten, Ursachen und Heilungen und eine spezifische Geschichte von Krankheitskonzepten. Das führt zu unterschiedlichen Bildern und Bedeutungszuweisungen von Symptomen und unterschiedlichen Interpretationen von Begriffen. Konzepte von Körperfunktionen stimmen dabei „im Volk“ selten mit (natur-)wissenschaftlichen Auffassungen überein [3].

In der Vergangenheit wurden oft nur aufgrund von Beobachtungen oder (Selbst-)Versuchen, zum Teil auf Basis von Magie oder Religion oder Deutungslehren (zum Beispiel Signaturenlehre) oder einfach nur durch Zufälle Erkenntnisgewinne zu Wirkungen von z.B. pflanzlichen Stoffen erbracht [4]. Bezogen auf die Homöopathie oder Anthroposophie war gar erst das Ideen- bzw. Lehrgebäude (oder die Religion) da und dann das, was als stoffliches oder nicht-stoffliches Beiwerk erdacht, fabriziert und praktiziert wurde. Bei genauem Hinschauen ist auch die „Traditionelle

Chinesische Medizin“ die Ausfüllung eines religiös konzipierten und – dann auch politisch – tradierten Ordnungsschemas für Natur und Gesellschaft [5].

Bei der Behandlung oder Vorbeugung von Erkrankungen sind zahlreiche Begleitphänomene wichtig und sogar wichtiger als das Medium, z.B. ein Arzneimittel. Und wirksame Therapien sind oft komplexe Interventionen. Manchmal ist das beste „Heilmittel“ einfach nur ein Gespräch oder das Zuhören. Und manchmal tut es ein „Hausmittel“ genauso gut oder sogar besser. Und genau diese Erkenntnisse, die Heiler und Ärzte früher wie selbstverständlich verinnerlicht hatten, werden jetzt mühselig wieder geborgen, neu definiert, neu beforscht, neu gelehrt und – im doppelten Sinne – als neu verkauft.

Es waren eher die gewachsenen diagnostischen Möglichkeiten mit ihren naturwissenschaftlich-technischen Verfahren (siehe Mikrobiologie, Röntgen, klinische Chemie, Endoskopie, Tomografien etc.) als etwa die Therapien, die im Verlauf des 20. Jahrhunderts den Begriff „Schulmedizin“ begründet haben. Komplementär- und Alternativmedizin (CAM) werden gemeinhin als kritische Replik auf die gesamte (also auch diagnostische) konventionelle Medizin wahrgenommen und behandelt. Es könnte aber auch ein Einwurf nur gegenüber der rein naturwissenschaftlichen und entseelten Sichtweise auf die Menschen sein. Dieser Einwurf wäre notwendig, damit sich hier etwas ändert.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Silke Brockmann
 Allgemeinärztin (D), Praktische Ärztin (CH)
 Clinical Reviewerin Bereich Zulassung
 Swissmedic,
 Schweizerisches Heilmittelinstitut
 CH-3000 Bern 9
 silke.brockmann@swissmedic.ch

Literatur

1. Zollman C, Vickers A. What is complementary medicine? BMJ 1999; 319: 693–6
2. Giovanni Maio. Medizin ist mehr als eine personennahe Dienstleistung. Plädoyer für eine neue Kultur der Sorge in der Medizin. Erfahrungsheilkunde 2011; 60: 26–31
3. Lynn Payer. Andere Länder, andere Leiden – Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande. Frankfurt a M: Reihe Campus 1988
4. Brockmann S. Nutzen-Risiko-Bewertung bei der Zulassung pflanzlicher Arzneimittel – aktuelle Überlegungen. ArsMedici thema Phytotherapie 2011; 101:6–11
5. Unschuld PU. Chinesische Medizin, München: C.H.Beck 1997

Ist normale menschliche Kommunikation tatsächlich ein Komplement oder gar eine Alternative?

Thomas Kühlein

Zum Beitrag von Prof. Dr.med. M. Anlauf

„CAM ist ... bestenfalls in der Lage Symptome zu lindern“

Patienten haben keine Krankheiten (disease), sondern leiden an Symptomen (illness) und ihren Konsequenzen [1]. Krankheiten sind Erklärungskonzepte in Lehrbüchern für bestimmte Formen von Leiden. Wenn CAM in der Lage wäre, Symptome und das Leiden an ihnen zu lindern, wäre ihr aktueller Stellenwert gerechtfertigt.

„Wenn dem betreuenden Spezialisten die Zeit für individuelle Patientenprobleme schon fehlt ...“

... dann verliert er seine Funktion als Arzt und wird zum Techniker. Die Erwartung Hausärzte hätten etwa mehr Zeit für ihre Patienten erweist sich leider als Illusion [2].

„Mehr als bisher könnte der Hausarzt ... von Psychosomatik und medizinischer Psychologie unterstützt werden.“

Dahinter scheint die verbreitete Einstellung zu stecken, dass alles was der Spezialist nicht richten kann, ein Fall für den Psychologen sein muss. Was uns Ärzten jedoch abhandengekommen ist, ist die Fähigkeit normal mit unseren Patienten zu kommunizieren [3]. Weder von Psychologen, noch von Psychosomatikern ist hier Hilfe zu erwarten. In Eng-

land ist die Kommunikation mit dem Patienten ein wichtiges Ausbildungsfach [4]. Bei uns fehlt es nahezu vollständig.

„Erweist sich ... mit den Methoden des kontrollierten Versuchs eine Behandlung als eindeutig wirksam...“

Die Eindeutigkeit ergibt sich vermutlich aus der Signifikanz. Entscheidend für den Einsatz der Behandlung ist aber die individuelle Relevanz für den Patienten. Dasselbe gilt natürlich auch für Behandlungen der CAM. Selbst wenn in kontrollierten Studien ein signifikanter Effekt nachweisbar war, ist weder ein kausaler Zusammenhang bewiesen, noch eine grundsätzliche Relevanz ableitbar. Die Studien auf die sich evidenzbasierte Medizin (EbM) stützt, kann man auch als nicht-wissenschaftlich bezeichnen. Es handelt sich vielmehr um eine kontrollierte Empirie mit rationaler Methodik [5]. Die rationale Kontrolle ist das, was der Erfahrungsmedizin fehlt.

Zum Beitrag von Dr. med. Detmar Jobst

„Die Arbeitsweise der EbM ist eine Blaupause dafür, dass die Stärken beider Seiten – der Schulmedizin und der komplementären Medizin – zum Wohl der Patienten zusammenfinden können“

Was ist denn die Stärke der komplementären Medizin? Dass die Ärzte mit ihren Patienten kommunizieren? Dass sie ihre Patienten nicht als einen Haufen von Organen betrachten? Dass sie den modernen Sehnsüchten ihrer Patienten nach Natur und Sanftheit entgegen kommen? Ist normale menschliche Kommunikation tatsächlich ein Komplement oder gar eine Alternative? Ist das Fehlen normaler Kommunikation nicht einfach ein Defizit? Hat nicht auch ein „gewöhnlicher“ Hausarzt grundsätzlich die Möglichkeit, seine Patienten als Ganzes zu sehen. Der Gegensatz Schulmedizin/CAM scheint mir ein ideologisiertes deutsches Befindlichkeitsproblem. Ein Indiz dafür, dass nicht die Individualität des Patienten, sondern die des Arztes über die Therapie entscheidet. Im Zentrum ärztlicher Tätigkeit sollte das Leiden der Patienten stehen [6]. Die Wahrnehmung des Leidens und die Konzentration ärztlicher Tätigkeit auf seine Linderung sind in der Medizin abhanden gekommen. Deshalb wenden sich viele Patienten und auch viele Ärzte ab und suchen nach Alternativen. Besser wäre es ein Defizit als solches zu benennen und zu beseitigen.

Zum Beitrag von PD Dr. med. Steffi Joos

Die Beliebtheit von CAM unter deutschen Hausärzten und die Menge wis-



© Thomas Kühlein

senschaftlicher Publikationen zu CAM sind keine Begründung für ihre Notwendigkeit. Wenn in der Arzt/Patient-Interaktion das wesentliche Potenzial zur Linderung vieler Leiden in der Hausarztmedizin steckt, warum benötige ich dafür eine alternative Medizin? Das, was

man Schulmedizin nennt, produziert in großem Stil, in einer unglücklichen Mischung aus guten Absichten, Naivität und Gewinnstreben, immer mehr Krankheiten [7]. Aber auch CAM bietet „a pill for every ill“. Wenn ein Kind auf dem Spielplatz stürzt, kommen gleich

mehrere Mütter mit Rescuetropfen und Arnica-Kügelchen gerannt, statt zu pussten und zu umarmen. Quartäre Prävention ist die Verhinderung nutzloser Medizin [7]. Was wir brauchen, ist ein Korrektiv der fachärztlichen Organmedizin, nicht neue Pillchen und Kügelchen. Wenn wir uns als Hausärzte aus Gebieten nutzloser Medizin und aus Gebieten die unsere Kompetenz nicht benötigen (CAM) zurückziehen, werden wir auch mehr Zeit für die Kommunikation mit unseren Patienten haben. Dann müssen wir die Kommunikation nur noch erlernen.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Thomas Kühlein
 Universitätsklinikum Heidelberg
 Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
 Voßstr. 2, Geb. 37
 69115 Heidelberg
 Tel.: 06221 564818
 Fax: 06221 561972
 E-Mail:
 thomas.kuehlein@med.uni-heidelberg.de

Literatur

1. Kleinman A. The illness narratives. Suffering, healing and the human condition. Basic Books, USA 1988
2. Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT. Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108: 255–61
3. Montgomery-Hunter K. Doctors' stories. The narrative structure of medical knowledge. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1991
4. Charlton R (Ed.) Learning to consult. Abingdon: Radcliff Publishing, 2007
5. Kühlein T, Foster J. Welche Evidenz braucht der Arzt? In: Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, Jonitz G, Donner-Banzhoff N (Hrsg.) Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2007
6. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. New York: Oxford University Press, 2004
7. Kühlein T, Sghedoni D, Visentin G, Guervas J, Jamouille M. Quartäre Prävention – eine Aufgabe für Hausärzte. PrimaryCare 2010; 10: 350–54. http://www.primary-care.ch/pdf_d/2010/2010-18/2010-18-368.PDF

„Gut genug“ ist auch gut

Harald Kamps

Prof. Anlauf [1] sei Dank für seine kritischen Bemerkungen zur CAM und seine Aufforderung an die akademische Allgemeinmedizin, ihr Verhältnis zur Komplementär- und Alternativmedizin zu klären. Die Antworten der befragten akademischen Experten [2, 3] verwundern mich. Habe ich in 25 Jahren allgemeinmedizinischer Praxis meinen Patienten heilsame Placebos vorenthalten?

Zwei Dinge möchte ich kommentieren:

Die nicht gerade üppigen allgemeinmedizinischen Ressourcen werden offenbar zu einem großen Teil verwendet, um die Bedeutung der CAM zu erforschen. Meine Sorge: Versäumt man dann nicht gleichzeitig, den Patienten, die in Scharen in die Sprechstunden der „sanften Mediziner“ laufen, eine wissenschaftlich basierte Erklärung und Perspektive für ihre Probleme anzubieten? Wir wissen jetzt genug über das „chronische Müdigkeitssyndrom (CFS)“, um den Patienten die komplexe Genese zu erklären und ihnen mit kognitiven Verhaltensstrategien und angepasstem individuellem Training Symptomlinderung zu verschaffen – als „Schulmediziner“. Wir wissen jetzt genug über die Fibromyalgie, um den Patienten die neuesten Ergebnisse der neuro-immunologischen Stressforschung zu beschreiben und ihnen mit hausärztlichen Gesprächen, evidenzbasierter Medikation und im Dialog mit einem klugen Physiotherapeuten zu helfen, aus dem Teufelskreis des chronischen Schmerzerlebens zu kommen. Wir wissen jetzt genug über das Reizdarmsyndrom, dass wir mit hausärztlichen, salutogenetisch orientierten Gesprächen die Patienten sowohl vor der x-ten Darmspiegelung wie

vor Entschlackungen, Magerkostdiäten und ähnlichem Hokuspokus bewahren zu können. Allgemeinmedizinische Forschung, Theorieentwicklung und hausärztliche Leitlinien zu diesen drei Krankheiten in Deutschland? Fehlend, auf CAM verweisend, vage oder nicht auf dem aktuellen Stand. Schulmedizin ist mehr als buchhalterisch die existierende Evidenz zu verwalten – es gilt sie auch zu entwickeln. Mir kommen die CAM-forschenden und CAM-betreibenden Kollegen vor wie Ibsens Peer Gynt, der, wenn ein Hindernis im Wege ist, „drumherum geht“, und der, wenn die eine Geschichte als Märchen entlarvt ist, ein neues erfindet.

„Tue das Beste für mich“ – diesen Anspruch erlebt Harald Abholz [4] bei seinen Patienten. Ich fürchte, er beschreibt einen Mythos, der mit dazu beiträgt, die deutsche Allgemeinmedizin in eine Sackgasse zu manövrieren. Das Beste ist dann eben nicht, eine plausible, aber unsichere Diagnose zu akzeptieren, sondern doch noch ein MRT zu machen – zur Sicherheit. Das Beste ist dann eben nicht die gewissenhafte hausärztliche Einschätzung des Brustwand syndroms, sondern die Bewertung des Kardiologen – am besten mit dem Katheter. Das Beste und das Besondere sind dann auch die heilversprechende Akupunktur, die immunmodulierenden Bachblüten, das intensive homöopathische Anamnese-gespräch. „Nur das Beste ist gut genug“ ist das Mantra des Gesundheitsmarktes, der ruft: „mehr“, „schneller“, „besser“. Dieses Mantra macht es Uwe Kurzke [5] auf der Insel Pellworm schwierig, seine Arbeit in Zukunft „als gut genug“ zu erleben. Ich glaube, dass viele Patienten immer noch mit diesem „gut genug“ zufrieden sind, diesem „gut genug“, das

keine Heilung verspricht, aber Anerkennung der Lebensleistung vermittelt, diesem „gut genug“, das sich nicht scheut, eine chronische Erkrankung als chronisch zu beschreiben. Dieses „gut genug“ braucht dann kein Placebo, um Arzt und Patient zu narren, sondern es schafft Erleichterung, im Arzt einen Zeugen gefunden zu haben, der das Leid versteht. Dieses „gut genug“ erspart den Patienten die enttäuschende Erfahrung, dass die teuer erkaufte Wunderbehandlung und die häufigen Besuche beim „ganzheitlich behandelnden Mediziner“ auch nur Stückwerk bleiben.

Vielleicht sollten wir einfach nur noch mal Janis Joplin [6] zuhören, wie sie uns kurz vor ihrem Tod zurief:

*Freedom is just another word for nothing left to loose
Nothing, and that's all that Bobby left me,
yeah
But feeling good was easy Lord when he sang the blues
Hey feeling good was good enough for me,
hmm-mm
Good enough for me and Bobby McGee*

Nun, vielleicht haben wir noch zu viel zu verlieren?

Vielleicht sonnen wir uns in der Begeisterung, die der Held Peer Gynt mit seinen tollkühnen Erlebnissen vermittelt?

Korrespondenzadresse

Harald Kamps
Hausarzt in Berlin
Möllendorffstr. 45
10367 Berlin
Tel.: 030 57797490
E-Mail: harald.kamps@t-online.de

Literatur

1. Anlauf M. CAM oder der Versuch ärztliche Basispflichten „outzoursourcen“. Z Allg Med 2011; 87: 163–164
2. Jobst D. Die komplementäre Medizin erfüllt Wünsche der Patienten nach einer komplementären Medizin. Z Allg Med 2011; 87: 165–166
3. Joos S. Komplementärmedizin im Zeitalter der Evidenzbasierten Medizin. Z Allg Med 2011; 87: 166–168
4. Abholz H-H. Was wäre, wenn CAM nur Placebo-Wirkung hätte? Z Allg Med 2011; 87: 168–169
5. Kurzke U. Berufszufriedenheit und Zukunft der Versorgung. Z Allg Med 2011; 87: 152–157
6. Gumbrecht HU. Die Freiheit der Stimme von Janis Joplin. In: Stimmungen lesen – Über eine verdeckte Wirklichkeit der Literatur. Hanser: München, 2011: 127–133

CAM als einheimische Ethnomedizin

Martin Konitzer

Anlaufs Hinweis auf Zuwendung als ärztliche „Basispflicht“, die von Jobst zugestandene „komplementäre Wunscherfüllung“ und die Frage von Abholz zu CAM als möglicherweise „besserem Placebo“ betonen auf unterschiedliche Weise den interaktiven Aspekt des hausärztlichen CAM-Einsatzes. Demgegenüber fordert Joos eine Begründbarkeit für CAM, die dem „Zeitalter der EbM“ angemessen sei.

Ich möchte mich der interaktiven Sichtweise anschließen und an eine Bemerkung von Uexkülls anknüpfen, dass der Arzt sich mittels einer Injektion, der Verschreibung eines Medikaments, einer Röntgenbestrahlung oder der Verordnung einer physikalischen Behandlung gewissermaßen mit „Subsystemen verschiedener Integriationsebenen“ des Patienten „unterhält“.

Die Unterhaltung in „CAM-Sprache“ unterscheidet sich von den genannten diagnostischen und therapeutischen Interventionen dadurch, dass das gewählte Idiom naturwissenschaftlich wenig (z.B. Akupunktur) oder nicht (z.B. Homöopathie) begründbar ist, aber eine deutliche historische und kulturelle Prägung aufweist. CAM-Medizin ist somit zunächst ein therapeutisches Zeichensystem. Einschließlich importierter Konzepte wie Akupunktur handelt es sich sozusagen um einheimische Ethnomedizin. Daher sind „Aufwärts-“ und „Abwärts-Effekte“ von CAM-Interventionen gegenüber beispielsweise pharmakodynamisch definierten Abläufen an Rezeptoren („Subsystem“) so schwer zu fassen. Scheiternde Wirksamkeitsnachweise in exemplarisch angelegten

großen RCTs (Homöopathie-Kopfschmerzstudie, Iscador-Mistel-Studie) sowie strittige Placebo-Konditionen (gerac-Akupunktur-Studie) haben dies in den letzten 10 Jahren gezeigt.

Eher geht es beim hausärztlichen CAM-Einsatz um den Austausch von Konzepten zwischen Patient und Arzt mit dem Ziel einer Passung dieser Konzepte von Krankheitsverursachung und Heilung.

Während das reine Placebo eine pharmakodynamische Leerstelle im RCT-Setting darstellt, ist CAM ein „unreines Placebo“ mit zu vernachlässigender Pharmakodynamik, das durch seine kulturelle Prägung als Zeichenträger eine nicht in pharmakodynamischen Dosis-Wirkungsbezügen beschreibbare Wirkung entfaltet.

Weiteres Outsourcing einer auch an CAM gebundenen ärztlichen Zuwendungsmedizin (in letzter Konsequenz an Heilpraktiker) ist hausärztlich zu verhindern. Hier nehme ich die Argumentation Anlaufs auf. Zwei Gefahren sind zu nennen. Einerseits kann der Hausarzt unter Aufgabe seiner Identität (Wissenschaftlichkeit, Anspruch des Generalisten) z.B. zum „Homöopathen“ werden. Andererseits kann auch bei Wahrung hausärztlicher Identität die von Jobst vorgeschlagene Wunscherfüllung via CAM zwischen Patient und Arzt mitunter eine schwer zu meisternde Psychodynamik freisetzen. Daher nannte Balint sein Hauptwerk in den dem Placebo gewidmeten Abschnitten auch: „Handbuch für die Droge Arzt“.

Zur Abwendung dieser Gefahren zwei Vorschläge:

1. Rückbesinnung auf die mehr als 150jährige hausärztliche Tradition in der Auseinandersetzung mit CAM von Justinus Kerner über Vater und Sohn Pagel, Richard Koch, Julius Moses bis zu Balint, der Kerners Formel aus dem Jahre 1842 vom „Arzt als Heilmittel“ aufgriff. Hierbei ist zu beachten, dass viele der historischen und psychodynamischen Einschätzungen der „CAM-Sprache“ durch Vertreibung (Pagel, Richard Koch, Balint), gar Ermordung (Julius Moses) der Protagonisten zwischen 1933 und 1945 zunächst verloren gingen und teilweise erst heute wieder rekonstruiert werden.
2. Konzentration auf Konzept- und Passungsforschung als eigenständig hausärztlichen Beitrag zur CAM-Forschung. Die letzten zehn Jahrgänge der ZFA bieten Beispiele qualitativer und quantitativer Konzept- und Passungsforschung – verwiesen sei hier exemplarisch auf die Auseinandersetzung Hager vs. Bewig/Abholz zur „Spritzenstudie“ von 2003 – deren Methoden (einschließlich ihrer Unzulänglichkeiten) auch für unser CAM-Anliegen fruchtbar sind.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. habil. Martin Konitzer
 FA Allgemeinmedizin Akupunktur
 Homöopathie Psychotherapie
 Akademische Lehrpraxis der MHH
 Ferdinand-Wallbrecht-Str. 6-8
 30163 Hannover
 Tel.: 0511 2282355, Fax: -57
 E-Mail: m-konitzer@t-online.de

Lieber kultivierte Nicht-Therapie als schädliche Übertherapie

Reinhard Möller

Herrn Prof. Anlauf ist zu danken, dass er die Debatte um CAM erneut angestoßen hat. Ich begrüße es, dass die ZFA die Diskussion aufgenommen hat.

Prof. Otto Prokop, der größte Hasser naturheilkundlicher Verfahren, regte an, dass ÄrztInnen, die Naturheilverfahren anwenden, im Falle eines Kunstfehlerprozesses zunächst psychiatrisch begutachtet werden sollten, um „den Sumpf der Okkult-Verbrecher auszutrocknen“! Es scheint daher so, als würde bestimmten therapeutischen Methoden der Nimbus des Objektiven innewohnen, und bestimmten anderen Methoden der Nimbus des Irrationalen bis zum Verrückt-Sein.

Dem ist aber nicht so: Nur das Krankheitsbild und der aufgeklärte Wunsch des Patienten entscheiden darüber, ob ein Verfahren rational ist oder nicht, nicht aber die dabei verwendete Substanz oder Technik. So ist die massenhaft praktizierte antibiotische Behandlung banaler, i.d.R. viraler Infekte sicher irrational. Im Vergleich dazu halte ich die Verordnung eines homöopathischen Mittels für weit rationaler: Hierbei bleibt aber ungeklärt, ob dem homöopathischen Mittel eine Substanz-Wirkung innewohnt, ob nur das Wort des von mir sorgfältig – wenn auch womöglich wahnhaft – ausgewählten Präparates hier suggestiv seine Wirkung zeigt oder die dabei gezeigte Zuwendung, oder ob es sich hier schlicht um kultivierte Nicht-Therapie handelt. In Deutschland ist es nun mal nicht möglich, selbst einen banal Erkrankten ohne ein Rezept in der Hand zu entlassen, ohne dass er sich nachlässig behandelt fühlt. Rationaler als die Behandlung mit einem Antibiotikum empfinde ich daher dieses Vorgehen allemal!

Eine Chemotherapie bei Erkrankten mit infauster Prognose ist sehr sicher gerechtfertigt und rational, wenn der Kranke diese Entscheidung aufgeklärt mitträgt. Wird ihm dabei aber eine Heilung suggeriert, oder ist zu erkennen, dass er sich von der Behandlung eine Errettung erhofft, und sich nur deshalb dieser Be-

handlung unterwirft, ist diese Behandlung nicht nur irrational und inhuman, sondern auch ein Verstoß gegen unsere Aufklärungspflicht! In diesen Fällen wäre aber ein blanker, schulterzuckender Therapie-Verzicht mindestens ebenso inhuman. Dann halte ich nach offensiver Aufklärung die Verabreichung von Misteltherapie für humaner und effektiver, weil ihr nicht die dramatischen Risiken einer nicht dem Heilungsziel des Patienten angemessenen und daher nicht angezeigten Chemotherapie innewohnen. Auch hier werde ich mich nicht streiten, ob das Verfahren einen substanzbedingten Nutzen hat. Eine lebensverlängernde Wirkung schreibe ich der Misteltherapie nicht zu. Für die palliative Chemotherapie ist diese aber ebenso wenig belegt. Wenn die Misteltherapie nur weniger Nebenwirkungen bietet, ist sie schon das bessere Verfahren. Ein Placebo ist kein Leerpräparat. Ein Placebo entfaltet seine Wirkung nur dann, wenn der Behandler selbst daran glaubt. Wie das passiert ist unbekannt, aber äußerst klar ist, dass es passiert, sonst bräuchten wir keine RCTs gegen Placebo.

Die schwerste z.Zt. in Deutschland grassierende Endemie heißt: Übertherapie und Überdiagnostik mit hoch aggressiven Verfahren ohne absehbaren Nutzen für den/die PatientIn! Von Seiten der VermarkterInnen – um bei Prof. Anlaufs Sprache zu bleiben – ist sie wirtschaftlich motiviert. Von Seiten der Konsumenten ist sie nur als völlig irrationaler mystisch magisch motivierter Hunger nach unkritischem Konsum von Techniken als Heilsbringungsverfahren zu deuten, denen wahnhaft der Nimbus des Objektiven innewohnen scheint. Dabei ist es dann völlig unerheblich, ob CAM oder schulmedizinische Verfahren „vermarktet“ werden.

Prof. Anlauf schreibt von der Vermarktung von CAM: Zugegeben, es ist erschütternd, wie viele Menschen sich unter Hinnahme hoher – nicht nur materieller – Abhängigkeiten zum Konsum von obskuren naturheilkundlichen Ver-

fahren unter Heilsversprechen verleiten lassen. Aber gilt das nicht auch für die Schein-rationalen Verfahren? Ja werden denn „seriöse“ Verfahren nicht gnadenlos vermarktet? Doch! Nur mit wesentlich höheren Schäden, wenn auch i.d.R. materiell umsonst, nur zu Lasten der Lebensqualität und der Kosten für die GKV und die Versichertengemeinschaft.

Auf Johannes Schmidts Symposium um Rituale in der Medizin in Einsiedeln 1997 sagte Günther Jonitz einmal: „Ja, ich sehe nun ein, dass Medizin Rituale braucht, aber eine rituelle Stammzelltransplantation ist einfach zu teuer“. Dem ist kaum noch etwas hinzu zu fügen. Zu dieser Einsicht lade ich Herrn Prof. Anlauf ein.

Nicht einem Verfahren wohnt die Vernunft inne, sondern nur der mit dem Willen des aufgeklärten Patienten vereinbaren Indikationsstellung! Sackett schreibt immer nur von der bestmöglich verfügbaren Evidenz. Hier ist sie: Der Nutzen von Chemotherapie bei infauster Prognose ist nicht belegt. Hier liegt daher die bestmögliche Evidenz sehr oft beim Therapie-Verzicht bzw. aus humanen Gründen bei weniger aggressiven Verfahren.

Solange CAM-Verfahren interessengesteuert nicht besser untersucht sind, aber viel weniger Schaden an der Lebensqualität anrichten, haben sie daher i.d.R. den Vorrang!

Interessenkonflikt: 25 Jahre AfA, Naturheilverfahren mit Weiterbildungs-ermächtigung.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Reinhard Möller
 Arzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, Chirotherapie
 Am Hange 38, 34130 Kassel
 Tel.: 0561 68177
 Fax: 0561 12245
 E-Mail: moellerreinhardkassel@web.de

Stellungnahme von Detmar Jobst

Dankenswerterweise wird durch die vielen klugen Leserbriefe unser Blick auf CAM geweitet und geschärft.

Prof. Konitzers Begriff der einheimischen Ethnomedizin, der von Frau Brockmann ausgeführt und in zutreffender Weise erläutert wird, scheint mir die Widersprüche zwischen Schulmedizin und CAM zu relativieren. Einheimische Ethnomedizin, das meint in Deutschland die Naturheilverfahren (NHV). Der gemeinsame Kulturkreis akzeptiert Kneipp'sches Wassertreten als REHA-Maßnahme nach Myokardinfarkt eher als eine indische Ölmassage Abhyanga oder eine Heilnahrung auf der Grundlage gebackener Insekten.

Konitzer, Brockmann und andere betrachten die kommunikative Person des Arztes: Das Verstehen von Patienten ist kein Unterscheidungskriterium zwischen Schulmedizin und CAM, sage ich, sondern ein Qualitätsmerkmal der Arzt-Patienten-Beziehung. Ob letztere im Bereich CAM so viel besser als Schulmedizin unter vergleichbaren Klinik- oder Praxis-Bedingungen funktioniert, müsste erforscht werden. Häufig sind es die Zeitrressourcen einer Privatpraxis, die für Patienten eine Konsultation gehaltvoll werden lassen.

Konitzer sieht nach Balint die „Subsysteme des Patienten“ durch das Zeichensystem CAM angesprochen und angeregt – Naturheilkundler beherrschen möglicherweise einige Buchstaben mehr aus dem Zeichensystem ihrer Patienten.

Allerdings ist die Güte der Kommunikation kein alleiniges Maß für die Versorgungsqualität. Hinzukommen müssen handwerkliche und krankheitsbezogene Fähigkeiten, z.B. im Umgang

mit chronischen Wunden, in der Führung von Hypertonikern oder bei der Schmerzbehandlung. CAM bietet hier zusätzliche Verfahren. Wie sinnvoll und wirksam diese sind, vom medizinischen Honig [1] über die mind-body-therapy [2] (Ordnungstherapie) bis hin zu Schröpfgläsern [3], kann neben dem Anwender allein die Evidenz ermesen, oder diejenigen, die diese Therapien an sich anwenden lassen. Herr Möller findet für das Mehrangebot eine häufig zutreffende Begründung: Ärztliches Nichtstun ist inhuman, also wende die Heilmittel an, an die Du als Arzt glaubst und die nicht schaden! Letzteres beachten vielleicht nicht alle CAM-Therapeuten. Der Schlussfolgerung von Hauswaldt ist beizupflichten: Wisse Deine Grenzen!

Diagnostik betreibe man gestuft und konventionell – hier bietet CAM keine neuzeitlichen Methoden [4].

Dass psychodynamische Prozesse bei der Anwendung von CAM/NHV in manchen Fällen vom Therapeuten nicht beherrschbar sind, erscheint mir sicher. CAM bietet keine spezifischen Konzepte hierfür an. Die Ordnungstherapie, auch die Homöopathie, enthalten jedoch entsprechende Elemente (mind-body-therapy [5], Atemtherapie, Achtsamkeitstraining; Konstitutionsmittel). Sie befinden sich in Fortentwicklung.

Wer CAM näher an sich heranlässt und sich verstärkt mit ihr befasst, wird seine Annäherungsversuche bei eigenen Integrationsproblemen der verschiedenen Medizinsysteme aufgeben. Bei den anderen führt das Lernen offenbar zum vertieften Verständnis der Analogien der Systeme. Dies geht nicht selten einher mit einer völligen Neuorientierung, et-

wa vom Rettungsmediziner zum Therapeuten für Chinesische Medizin (TCM).

Die Definition der CAM von Singh und Ernst, hohe wissenschaftliche Wirksamkeitsbelege gliederten per se naturheilkundliche Verfahren in die Schulmedizin ein, ist abzulehnen. Wir könnten stattdessen mit dem Ziel einer weniger einverleibenden Definition an der folgenden Beschreibung weiter arbeiten: *Der Sammelbegriff der komplementären alternativen Medizin (CAM) umfasst traditionelle, regional geprägte, von der Bevölkerung auch ohne ärztliche Beteiligung angewendete, meist nicht-akademische Therapieverfahren unterschiedlicher Herkunft und Historie auf materiell-stofflicher oder philosophisch-geistiger Grundlage, deren Wirksamkeit durch Erfahrung belegt ist [6].* Passend bietet Brockmann an, CAM sei möglicherweise ein geeigneter Gegenentwurf zu einer rein naturwissenschaftlichen und entseelten Medizin.

Der dezidierten Analyse von Herrn Kühlein schließlich muss sich jeder Gesellschaftskritiker, der Kritik von Herrn Möller jeder Beobachter unseres Gesundheitswesens anschließen. Herr Kamps fühlt eine Konkurrenz und Enttäuschung darüber, dass Forschungsgelder zur CAM fehlgeleitet würden. Konitzer hingegen schlägt – hoch attraktiv – eine Konzept- und Passungsforschung als eigenständigen hausärztlichen Beitrag zur CAM-Forschung vor. Hieran würde ich mich sehr gerne beteiligen!

Korrespondenzadresse

Dr. med. Detmar Jobst
Holzlarer Straße 40, 53229 Bonn
E-Mail: Detmarj@uni-bonn.de

Literatur

1. Lee DS, Sinno S, Khachemoune A. Honey and wound healing: An overview. *Am J Clin Dermatol* 2011; 12: 181–90. doi: 10.2165/11538930-000000000-00000
2. Wolsko PM, Eisenberg DM, Davis RB, Phillips RS. Use of mind-body medical therapies. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 43–50
3. Cao H, Han M, Li X et al. Clinical research evidence of cupping therapy in China: A systematic literature review. *BMC Complement Altern Med* 2010; 10: 70
4. Jobst, D. Anamnese, Diagnostik und Labor. In: Kraft K, Stange R (Hrsg.) *Lehrbuch Naturheilverfahren*. Stuttgart: Hippokrates, 2010: 106–114
5. Paul A, Altner N, Spahn G. Mind/Body-medicinische Interventionen für onkologische Patienten. *Dts Z Onkologie* 2008; 40: 173–177
6. Jobst D. CAM – eine Beschreibung, unveröffentlicht

Stellungnahme von Stefanie Joos

Insgesamt fällt mir auf, dass in den Beiträgen weniger die Frage der Wirksamkeit oder der komplementärmedizinischen Methoden im Vordergrund steht, sondern eher der Gesamtkontext von Komplementärmedizin in der medizinischen Versorgung, weshalb ich auf diesen Aspekt auch nochmals eingehen möchte.

In mehreren Beiträgen klingt die Frage an, ob Komplementärmedizin Patienten möglicherweise etwas „zurückgibt“, was durch die Entwicklung der modernen, hochtechnisierten Medizin verlorengegangen ist. H. Kamps nennt es „die Suche nach einem Zeugen, der das Leid versteht“. S. Brockmann drückt es als „verstehende Sorge“ aus. Diese „verstehende Sorge“ sei es, die Ärzte früher wie selbstverständlich verinnerlicht hätten, und die heute neu gelernt werden müsse. In eine ähnliche Richtung argumentiert T. Kühlein, wenn er schreibt, dass „die Wahrnehmung des Leidens“ in der Medizin abhanden gekommen sei. Er sieht dies als Defizit der normalen ärztlichen Kommunikation, was auch als solches benannt und beseitigt werden müsse und nicht unter das Deckmäntelchen der Komplementärmedizin gekehrt werden solle. Dem kann ich nur zustimmen und sehe hier aber die Komplementärmedizin als positiven Verstärker.

Viele CAM-Therapien (u.a. TCM, Homöopathie) basieren auf sehr ausführlichen Anamnesetechniken und schärfen so mit ihrer Herangehensweise die ärztliche Wahrnehmung für den „ganzen Menschen“. Natürlich sollte eine empathische Kommunikation kein Exklusivrecht (oder -pflicht) für CAM-

Ärzte sein, sondern Empathie und Kommunikation sollten insgesamt wieder ins Zentrum der Behandlung gerückt werden.

Dies ist auch das Ziel der neu gegründeten DEGAM-Arbeitsgruppe Psychosomatik, mit der ich mir einen befruchtenden Austausch in dem Sinne, wie ihn M. Konitzer bereits mit seinem Beitrag begonnen hat, wünsche. Denn eigentlich geht es um verschiedene Formen „hausärztlicher Beziehungslehre“ – so wie Konitzer deutlich macht. Mit Blick auf die Forschung plädiert er dafür, die hausärztliche Konzeptforschung auf CAM anzuwenden, was ich einen sehr verfolgungswerten Ansatz finde.

Herr Kamps wundert sich über die CAM-forschenden Kollegen, die ihm vorkommen als gingen Sie um Hindernisse herum, anstatt sie aus dem Weg zu räumen, und als erfänden sie neue Geschichten, wenn alte Geschichten als Märchen entlarvt sind. Dabei, so Kamps, wäre doch aufgrund von Forschung schon so viel Wissen angehäuft, mit dem wir jetzt schon Patienten adäquat beraten könn(t)en. Es gibt viele Patienten, die sehr gut auf der kognitiven Ebene erreichbar sind, es gibt aber auch viele andere – um im Bild zu bleiben –, bei denen man auf dem geraden Wege das Ziel nicht erreichen kann, aber möglicherweise das „Drumherumgehen“ ans Ziel führt.

Ist Wissen – die kognitive Ebene – ausreichend im Umgang des Hausarztes mit seinen Patienten? Aus der Historie wissen wir, dass es immer (mal mehr, mal weniger) eine spirituelle Seite in der Medizin gab – ausgehend von der Theur-

gischen Medizin des Asklepios, in welcher die Entstehung und Heilung von Krankheiten dem Wirken übernatürlicher Kräfte und Ursachen zugeschrieben wird.

Vielleicht sind es die „spirituellen Kanäle“, die in der konventionellen Medizin brachliegen und derer sich Ärzte, die Komplementärmedizin anwenden, *mitbedienen*? Sicherlich muss man hierbei die Gefahr von Medikalisation oder Fixierung abwägen. Die hausärztliche Kunst ist es jedoch gerade, den Patienten mit seinen „individuellen Kanälen“ zu erkennen und dann die Therapie darauf abzustimmen. Wie uns die Placeboforschung zeigt, hat ja auch der (Miss-)Erfolg einer Therapie nicht nur mit der Wirkung des „rationalen Anteils“ der Therapie zu tun.

Die Zahl von über 23.000 Heilpraktikern in Deutschland (Tendenz steigend) weist darauf hin, dass es sich bei der Komplementärmedizin nicht um ein vernachlässigbares Phänomen handelt. Wir sollten also von (haus)ärztlicher Seite aus Initiative zeigen, wenn wir diese Seite der Medizin nicht vollständig aus der Hand geben wollen.

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

Stellungnahme von Heinz-Harald Abholz

Die Diskussionsbeiträge in Form ausführlicher Leserbriefe machen für mich folgendes deutlich:

1. Die meisten Autoren machen explizit oder implizit deutlich, dass sie bei CAM nicht mehr als eine Placebo-Anwendung vermuten.
2. Eine solche Placebo-Anwendung als Zeichensprache (Konitzer, Brockmann, Möller) wird nicht grundsätzlich abgelehnt, sondern sogar als Teil von – erfolgreicher – Behandlung gesehen. Vielmehr wird sogar hinterfragt (Möller), ob nicht zu weiten Teilen bei der Anwendung der Schulmedizin dies nicht identisch auch so gehandhabt wird: Oft haben schulmedizinische Behandlungen aber mehr unerwünschte Wirkungen.
3. Behandlung und Behandlungsauftrag des Patienten beinhalten weitaus mehr als den Empfang einer mit Nutzenbeleg ausgestatteten substanzgebundenen Maßnahme (Hauswald, Möller, Konitzer, Kühlein) – es ist sowohl Zuwendung (Brockmann, Kamps), aber eben auch Zeichenspra-

che, anknüpfend an die Krankheitskonzepte der Patienten.

4. CAM oder Placebo nur auf „Zuwendung“ zu reduzieren, erscheint einigen (Hauswaldt, Kühlein, Möller, Konitzer) weitaus zu wenig an Erklärung zu sein. Damit ist es auch für diese nicht damit getan, was Kamps und was Wagner vorschlagen: Behandelt sie, die Patienten, doch richtig (schulmedizinisch und mit Psychotherapie bzw. ärztlicher professioneller Zuwendung), dann braucht ihr nicht CAM oder Placebo.
5. Bei fast allen Beiträgen geht etwas – für meine Begriffe – verloren: CAM und Placebo haben eine Indikation. Frau Brockmann – und auch Herr Kühlein – sehen hier die Suche nach Ergänzung einer anderen Therapie, die Unzufriedenheit mit der Schulmedizin. Aber ich ergänze – mich in meinem Beitrag in Heft 4/2011 wiederholend: Es ist zudem die Situation, in der man nichts mehr aus der Schulmedizin anzubieten hat bzw. diese in bestimmten Behandlungen nicht vom

Patienten gewünscht wird. Dies stellt den „harten Indikationsbereich“ – zumindest für Placebo – dar.

6. Herr Hauswaldt macht darüber hinausgehend darauf aufmerksam, dass hier zwei Systeme (Schulmedizin und CAM) nebeneinander stehen, die von uns zu beherrschen gefordert sind, obwohl sie vom Ansatz, der Logik her sich nicht verbinden lassen.
7. Abschließend sage ich dazu: „Tue das Beste für mich“ als Behandlungsauftrag ist die „Klammer“, die beides zusammenhält, selbst wenn es in der Hausarzt-Versorgung heißen müsste „Tue das, was für mich gut genug ist“, wie Kamps mich berechtigt korrigiert.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
Abteilung für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum der
Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf
E-Mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de

Stellungnahme von Manfred Anlauf

Die für notwendig gehaltene Flankierung meines Beitrages mit drei überwiegend kritischen Stellungnahmen (Jobst, Joos, Abholz) sowie Anzahl und Ausführlichkeit der eingegangenen Leserbriefe zeigen die Bedeutung des Themas. Dankbar bin ich für alle Reaktionen, gefreut habe ich mich über unterstützende Kommentare, wenn u.a. beispielhaft erklärt wird, dass man CAM selbst für *cruces medicorum* wie chronisches Müdigkeitssyndrom, Fibromyalgie und Reizdarmsyndrom in der hausärztlichen Praxis nicht benötigt (Kamps). Bei den Argumenten der Kritiker sehe ich vier Schwerpunkte, auf die ich näher eingehen möchte.

1. Ein *Pluralismus* in der Gesundheitsversorgung entspreche den Patientenwünschen, sei gewollt, sei gesetzlich verankert und werde praktiziert (Jobst, Joos, Brockmann, Hauswaldt, Möller). Der Zug sei längst abgefahren (Brock-

mann). Unter den Arztmotiven werden der Zweifel an und der Einspruch gegen den Alleinvertretungsanspruch der wissenschaftlichen Medizin gelobt, ein weiteres Paradigma sei notwendig (Hauswaldt). Den Patientenmotiven wird nachgegangen (Brockmann). CAM müsse man als eine Art Ethnomedizin akzeptieren (Konitzer).

Die Argumente spiegeln die Widerstände, die auf verschiedenen Ebenen gegen eine Autorität beanspruchende wissenschaftliche Medizin zu erwarten sind. Dabei wird verkannt, dass der Wahrheitsanspruch dieser Medizin nicht das Ergebnis eines irgendwie gearteten Meinungsdiskurses sein kann wie in Recht und Politik, sondern die praktische Umsetzung reproduzierbarer Forschungsbefunde. Werden ihr Zustandekommen – zumindest dem Prinzip nach – nicht mehr gelehrt und verstanden, sondern nur noch

die Ergebnisse in einem Regelwerk mit kurzer Halbwertszeit präsentiert und gelernt, ist es für den Arzt schwer, eine Beziehung zur dramatischen Lebendigkeit seiner Disziplin aufrecht zu erhalten und den Verführungskünsten gefälligerer Angebote zu widerstehen. Zu dieser Lebendigkeit gehört die ständige Selbstreflexion (Wagner), Selbstkritik und die Bereitschaft, Gutes durch Besseres zu ersetzen. Der Patient hingegen, der sich mit all seinen Möglichkeiten gegen Krankheit wehrt, vor allem dann, wenn sie chronisch ist und die Therapie lang, beschwerlich, vielleicht erfolglos (Brockmann), darf von uns Verständnis und Respekt erwarten. Er verdient aber auch Aufklärung, erst recht dann, wenn er sich in der pluralistischen Meinungsvielfalt u.a. des Internets verlaufen hat. Ein „Patient-gleich-Kunde-gleich-König-Paradigma“ wird weder ihm noch der Selbstachtung des Arztes (Wagner) gerecht.

2. Geworben wird für einen *Brückenschlag* über den Graben zwischen CAM und Schulmedizin (Jobst, Joos, Kühlein). Es wird auch auf definitorische Schwierigkeiten beider Bereiche hingewiesen (Joos). Schließlich wird die Kontroverse zu einem typisch deutschen Problem erklärt (Kühlein).

Die definitorischen Probleme sind in der Tat nicht gering. Die auch hier verwendeten Bezeichnungen beinhalten teils anmaßende, teils pejorative Konnotationen. Zu dem aus dem Amerikanischen übernommenen Kürzel CAM: Nach meiner Auffassung wäre es besser, in vollem Wortlaut von sogenannten k(c)omplementär-alternativen **m**edizinischen Behandlungsmethoden zu sprechen [siehe auch 1], ein Bündel heterogensten Ursprungs. Zur Schulmedizin: Abgesehen von der Unterstellung einer in Enge erstarrten Disziplin, sind an den medizinischen Hochschulen und Universitäten der Welt keineswegs mehr ausschließlich die Lernerfolge in Schulmedizin prüfungsrelevant (Beispiel: s. Wagner). Die wiederholt vorgeschlagene Ablösung des Begriffes Schulmedizin durch den der wissenschaftlichen Medizin führt zu der Frage, was Wissenschaft sei und was die Besonderheit der medizinischen Wissenschaft ausmache. Nach den Überlegungen des Philosophen C.F. Gethmann beginnt Wissenschaft dort, wo verallgemeinerbare, kontext- und parteieninvariante Argumente vorliegen. Darüber hinaus schlägt er vor, sich neben Natur- und Geisteswissenschaften einer alten Unterscheidung von poetischer und praktischer Wissenschaft zu erinnern: „Während es die poetischen Wissenschaften mit der Bearbeitung von Dingen zu (menschlichen) Zwecken zu tun haben (Mittel zum Zweck sind), betreffen die praktischen Disziplinen unmittelbar den Umgang des Menschen mit Menschen (die nicht Mittel zum Zweck sondern Selbstzwecke sind)“ [2]. Die Medizin ordnet Gethmann wie die Jurisprudenz und die Theologie zwar den praktischen Wissenschaften zu, unverkennbar ist jedoch, dass ein Großteil der Erfolge der modernen Medizin ihrem poetischen Anteil zugeschrieben ist, wie unter anderem die Heilmittel der wissenschaftlichen Medizin (eben Mittel zum Zweck des Heilens) beweisen. Hilfreich ist die Unterscheidung

aber dennoch. Sie erhellt einen großen Teil der hier ausgetragenen Kontroverse und die Attraktivität des von Sacket vertretenen Umgangs mit der EbM (Jobst).

3. Vorgeschlagen wird, die Auseinandersetzung mit dem Instrument des *kontrollierten Therapieversuches* auszutragen (Joos). Dabei wird auf beschränkte Mittel und methodische Schwierigkeiten hingewiesen, „die positive Aussage“ bei vier von sechs Studien hervorgehoben (Joos).

Dieser Vorschlag ist grundsätzlich fair. Entscheidend sind jedoch die Konsequenzen, die aus kontrollierten Studien gezogen werden. Ohne hier auf Einzelheiten eingehen zu können, bewerte ich drei der „positiven Aussagen“ als sehr begrenzt. Alle vier beziehen sich jedoch auf Phytopharmaka, bei denen natürlich grundsätzlich die Möglichkeit besteht, dass sie wie Digitalis oder Rauwolfia serpentina wirksame Substanzen enthalten, die zu hoch standardisierten und gut evaluierten Heilmitteln der wissenschaftlichen Medizin weiterentwickelt werden können. Längst schicken Pharmakonzerne Expeditionen zu Naturvölkern, um Ansätze für neue Medikamente aus Naturprodukten zu bekommen. Erdproben als Mitbringsel aus einem Norwegenurlaub führten zum erfolgreichsten Arzneimittel in der Transplantationsmedizin: Ciclosporin. Zu einer generellen Begründung von CAM eignet sich dies alles nicht. Und was geschieht, wenn sich ein CAM-Therapeutikum im Vergleich zu Placebo als nicht überlegen erweist? Wird es dann verworfen? Keineswegs!

4. *Placebos* werden als Chance betrachtet. Die bei jeder Therapie vorhandenen unspezifischen Wirkungen und ihre mit bildgebenden Verfahren nachweisbaren hirnganischen Effekte werden hervorgehoben (Joos). Die vom wissenschaftlichen Beirat der Ärztekammer unter Federführung eines Historikers publizierte Indikationsliste für eine Placebotherapie wird übernommen (Abholz). Schließlich sei die verstehende Sorge um den Patienten erstrangig, das „Medium“ zweitrangig (Brockmann).

Diese Argumentation wird nicht ohne Selbstzweifel vorgetragen. Genannt werden ein möglicher Verstoß gegen die Patientenautonomie und die Gefahr, wirkungsvollere Chancen für den Patienten zu verpassen (Abholz). Hinzuweisen ist auf die umfangreiche juristische Diskussion im „Placebopapier“ der Ärztekammer. Sie ist notwendig wegen der in der Regel mit bewusster Placebogabe verbundenen Täuschung. Außerdem sind die wissenschaftlichen Befunde und Argumente für dieses Vorgehen wenig robust. Vergleichende Untersuchungen von Placebogabe gegen einen Verzicht auf Mittelanwendung wurden vor allem an kleinen Gruppen über kurze Beobachtungszeiten vorgenommen und kaum unter adäquater Aufklärung des Patienten und ausreichender Verblindung der Therapeuten bzw. der Studienauswerter. Ist aber CAM im Wesentlichen eine Zeichensprache (Kühlein) und sollen ihre verschiedenen, sich durchaus widersprechenden Theorien quasi religiöse Ordnungsschemata vermitteln (Brockmann), so fällt sie in den Bereich der Geisteswissenschaften. Im Bereich der praktischen Wissenschaften (siehe oben) wäre die Psychotherapie für sie zuständig. Der Analytiker Bruno Bettelheim meinte, Kinder brauchten Märchen. Brauchen Erwachsene Geschichten von Ganzheit, Potenzen und Meridianen?

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Manfred Anlauf
Vogelsand 167, 27576 Cuxhaven
Tel.: 04721 42080, Fax: 04721 420825
E-Mail: manfred.anlauf@t-online.de

Literatur

1. Bock KD, Anlauf M. Ist die alternative Medizin eine Alternative? Arzneiverordnung in der Praxis (im Druck)
2. Gethmann CF. Heilen: Können und Wissen. Zu den philosophischen Grundlagen der wissenschaftlichen Medizin. In: Beckmann JP (Hrsg.) Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik. Berlin, New York: De Gruyter, 1995: 68–93