

Darf ein guter Allgemeinmediziner an Komplementärmedizin glauben oder Placebos anwenden?

May a Good Family Practitioner Believe in Complementary Medicine or Use Placebos?

Klaus Linde

Zusammenfassung: Auch im akademisch-allgemeinmedizinischen Umfeld wird immer wieder darüber diskutiert, ob es legitim ist, komplementäre und alternative Therapieverfahren (hier mit CAM abgekürzt) oder Placebos zu verwenden. Im vorliegenden Artikel werden soziale und professionstheoretische Aspekte beleuchtet, die diese Diskussion stark beeinflussen, jedoch selten explizit gemacht werden. Ausgehend von der klassischen soziologischen Analyse von Parsons wird die zentrale Bedeutung der funktionalen Spezifität für die Legitimierung ärztlichen Handelns und der Medizin als Profession hervorgehoben. Die funktionale Spezifität wiederum wird primär mit (natur-)wissenschaftlichen Methoden begründet und belegt. Vor allem im allgemeinmedizinischen Praxisalltag kommt das funktional spezifische Wissen und Handeln jedoch häufig an seine Grenzen. Für diejenigen, die an die Wirksamkeit von CAM-Verfahren glauben, bieten diese zusätzliche funktional spezifische Lösungen an – sie sind jedoch v.a. in ihren theoretischen Wirkvorstellungen wissenschaftlich nicht abgesichert bzw. zum Teil völlig unplausibel. Die Evidenz aus klinischen Studien wird in dieser Situation häufig sehr unterschiedlich interpretiert. Ein Teil der Ärzte wendet zumindest gelegentlich Placebointerventionen oder unspezifische Therapien an. Da hierbei meist keine eindeutige Aufklärung erfolgt, ist auch dieses Vorgehen wissenschaftlich und ethisch problematisch.

Schlüsselwörter: Komplementärmedizin; Alternativmedizin; Placebo; funktionale Spezifität; Professionstheorie

Summary: Among academics in family medicine there is debate whether it is legitimate to use complementary and alternative medicine (CAM) interventions or placebos. This article discusses social and professional aspects strongly influencing this discussion while rarely being made explicit. Based on the classical sociological analysis by Parsons the crucial role of functional specificity for legitimizing the acting of individual physicians and of medicine as profession is emphasized. Functional specificity itself is grounded on the scientific method. But in daily family practice functional specific knowledge is often insufficient. For those believing in CAM interventions these offer additional functionally specific tools. Yet, CAM therapies are typically based on theoretical concepts which are not backed up by science or even seem scientifically completely implausible. In this situation the evidence from clinical trials is often interpreted very differently by proponents and sceptics. Some physicians sometimes use treatments they consider themselves placebos or non-specific. Since patients are usually not fully informed this approach seems ethically and scientifically problematic.

Keywords: Complementary and Alternative Medicine; Placebo; Functional Specificity; Medical Professionalism

Die CAM-Diskussion in der ZFA 2011

In den Heften 4 und 6/2011 widmete die Zeitschrift für Allgemeinmedizin 19 Seiten der Diskussion von Komplementärmedizin (in der Folge wie in der Originaldiskussion mit CAM =

complementary and alternative medicine abgekürzt). Diese war geradezu exemplarisch für die Auseinandersetzungen um CAM im akademisch-ärztlichen Umfeld. Ausgangspunkt war ein Beitrag von Anlauf [1], in dem der „Siegeszug“ von Heilmethoden, deren Wirkungen „in der Regel über Place-

boeffekte nicht hinausgehen“, kritisch kommentiert wurde. Symptomlindernde Wirkungen von CAM hätten sich in „nahezu allen Studien ... als untrennbar vom verständnisvoll empathischen Umgang des Therapeuten mit dem Patienten“ erwiesen. CAM wurde als „Trojanisches Pferd“

bezeichnet, das durch unwissenschaftliches Denken in der Medizin Verwirrung stiftet. Auch die Verwendung im Sinne einer „unumgänglichen und gut gemeinten Placebotherapie“ ohne angemessene Aufklärung ist aus Anlaufs Sicht nicht akzeptabel.

Dem gegenüber versuchten Jobst [2] und Joos [3] CAM zu rechtfertigen. Der Wunsch von Patienten, die gesetzlich in Deutschland verankerte Pluralität in der Medizin, die häufigen Defizite in Bezug auf eine angemessene Arzt-Patienten-Kommunikation und die im Vergleich gar nicht so schlechte Evidenz wurden als Argumente genannt, warum CAM-Verwendung legitim sei. Die Nutzung von Placeboeffekten wurde dabei als Chance gesehen.

Zwischen der kritisch-wissenschaftlichen Position von Anlauf und der akademisch gemäßigten Pro-CAM-Position von Jobst und Joos nahmen zahlreiche Autoren weniger entschieden und häufig pragmatisch Stellung. Insbesondere Abholz diskutierte „Was wäre, wenn CAM nur Placebo-Wirkung hätte“ [4]. „Dass Placebos eine Wirkung haben, wird, so glaube [er], von Niemandem mehr bestritten“. Bei ständigem, verantwortlichem Abwägen sei die Verwendung von CAM auch in diesem Sinne vertretbar – zumal eine spezifische Wirksamkeit bei einigen Verfahren eben möglicherweise doch gegeben sei.

Den Beiträgen liegen eine Reihe von gesellschaftlichen und auf die ärztliche Profession bezogenen Annahmen und Positionen zugrunde, die in der Diskussion um CAM fast nie explizit gemacht werden. Außerdem erfolgt reflexmäßig die Verquickung von CAM mit dem Thema Placebo. Im vorliegenden Beitrag wird versucht, diese Annahmen und Positionen näher zu beleuchten. Die Frage ist dabei nicht, ob die in den Beiträgen angeführten Argumente richtig oder falsch sind, sondern es wird versucht zu ergründen, aus welchen sozialen und professionellen Hintergründen sie verständlich werden und welche Funktion sie erfüllen. In einem Folgebeitrag werden diesen theoretischen Überlegungen die Ergebnisse einer bundesweiten Arztbefragung zum Thema CAM und Placebo gegenüber

gestellt und unter Berücksichtigung der Beiträge der praktisch tätigen Allgemeinmediziner im Heft 6/2011 der ZFA diskutiert.

Die gesellschaftliche Legitimierung ärztlichen Handelns

Patienten lassen Ärzte Dinge mit sich tun, die in einem anderen Kontext als Nötigung oder Körperverletzung angesehen würden. Warum ist das so? Nach der klassischen Analyse der ärztlichen Praxis aus soziologischer Sicht von Parsons [5] fühlen sich Patienten, wenn sie einen Arzt aufsuchen, in aller Regel hilfsbedürftig, nicht in der Lage das gesundheitliche Problem alleine zu lösen und sind dadurch emotional belastet. Patienten vertrauen in dieser Situation offensichtlich (weitgehend) darauf, dass Ärzte Experten sind, die das Beste [2], Gutes [6], bzw. alles, was realistischerweise möglich ist [5] für sie tun, wenn es um die Behandlung oder Vorbeugung gesundheitlicher Probleme geht. In vielen Jahren des Studiums und der Weiterbildung erwerben Medizinstudenten bzw. Ärzte das hierfür notwendige Spezial-Wissen und Fähigkeiten. Sie internalisieren dabei außerdem Werte und Rollenmuster ihrer Profession. Neben dem Primat des Wohlergehens des Patienten beschreibt Parsons funktionale Spezifität, affektive Neutralität und eine Orientierung am Gemeinwohl als zentrale Voraussetzungen dafür, dass die Gesellschaft und der einzelne Patient dem Arzt ein solch enormes Vertrauen schenken. Der moderne Arzt ist nicht per se ein guter Mensch, sondern ein Spezialist, dessen Überlegenheit gegenüber dem Patienten auf den Bereich seiner technischen Kompetenz und Erfahrung begrenzt ist. Der Arzt darf nur deswegen intime Fragen stellen, Körperteile betasten und mit dem Skalpell in die Haut schneiden, weil dies für das Wohlergehen des Patienten zumindest mit einer angemessenen Wahrscheinlichkeit zielführend ist. Diese funktionale Spezifität erleichtert es dem Arzt auch, affektiv neutral zu sein. Es gibt auf der Basis des fachspezifischen Wissens eine richtige Vorgehensweise, und diese ist nicht da-

von abhängig, ob man den Patienten, der einem gegenübersteht, persönlich Sympathie oder Antipathie entgegenbringt. Parsons betont explizit als weitere Voraussetzung für das entgegengebrachte Vertrauen, dass für den Arzt der persönliche Profit hinter dem Wohlergehen des Patienten zurückstehen muss.

Die mehr als 50 Jahre alte Analyse von Parsons bedarf in Details heute sicher einzelner Ergänzungen und Modifikationen. Die Autorität von Experten wird heute in der Gesellschaft allgemein stärker infrage gestellt [7]. Eine angemessene Aufklärung des Patienten ist prinzipiell gefordert und eine partizipative Entscheidungsfindung wird als erstrebenswertes Ziel angesehen. Dennoch dürften die von Parsons beschriebenen Werte und Rollenmuster auch heute noch weitgehend Gültigkeit haben.

Die Rolle der Wissenschaft für die Legitimierung

Für die Sicherung der gesellschaftlichen Autorität der Medizin in Bezug auf funktionale Spezifität kommt der (Natur-)Wissenschaft zentrale Bedeutung zu. Auch in der europäischen Definition der Allgemeinmedizin wird der „wissenschaftliche Ansatz“ als „fundamental“ beschrieben [8]. Medizin ist zwar nicht Wissenschaft im engeren Sinn, denn ihr primäres Ziel ist nicht das Erkennen oder Wissen per se, sondern bewusstes und geplantes Handeln zum Wohlergehen des Patienten [9]. Das Wissen ist Mittel zum Zweck. Auch ist spätestens seit Anfang des 20. Jahrhunderts klar, dass die Vorstellung, Medizin vollständig auf naturwissenschaftliches Wissen basieren zu können, eine Illusion ist (auch wenn dieses Selbstverständnis in der universitären Medizin implizit noch immer eine Rolle spielt) [10]. Dennoch ist klar, dass die naturwissenschaftliche Ausrichtung der Medizin nicht nur großartige Behandlungserfolge beschert hat, sondern auch den Rahmen für mehr oder minder kohärente Erklärungsmodelle. Durch die verstärkte Einbeziehung sozial- und geisteswissenschaftlicher Sichtweisen in der näheren Vergangenheit sind die Erklärungsmodelle

weiter und lebensnäher geworden. Das Aufkommen der evidenzbasierten Medizin hat zudem die Bemühungen verstärkt, zu überprüfen, ob die Patienten tatsächlich auch von den (wissenschaftlich in ihrer Wirkweise mehr oder weniger kohärent erklärbar) Interventionen profitieren. Die kontinuierliche kritische Prüfung und Weiterentwicklung des eigenen Handelns auf Basis des vorhandenen Wissens belegt, dass sich die Medizin angemessen um die „Qualitätssicherung“ dafür kümmert, dass sie dem Wohlergehen des Patienten dient. Für das Vertrauen des einzelnen Patienten zu einem einzelnen Arzt spielt die wissenschaftliche Orientierung oft eine geringere Rolle als eigene oder berichtete Erfahrungen und Weltansichten. Sie ist vielmehr primär relevant für die Autorisierung der Medizin und ihres Monopol- oder Führungsanspruchs in Bezug auf Vorbeugung und Behandlung von Erkrankungen in der Gesellschaft, für Selbstverständnis und Abgrenzung der Profession sowie für die Begründung der von einem (dem „wissenschaftlichen Ansatz“ sich verpflichtet fühlendem) Arzt gewählten Vorgehensweisen [5]. Die Wissenschaft liefert der Medizin die schlagkräftigsten Argumente, dass sie über die funktional spezifischen Vorgehensweisen verfügt.

Eine Realität voller Unbestimmtheiten

Einem idealisierten Bild von Autorisierung und Determinierung der funktionalen Spezifität durch gesichertes Wissen steht nicht zuletzt in der Allgemeinmedizin eine häufig unsichere und unbestimmte Praxisrealität gegenüber. Ein Großteil des sicheren Wissens stammt aus Labors oder aus spezialisierten Zentren, in denen nur ein winziger Anteil der gesamten Patientenkontakte stattfindet [11]. Braun beschreibt, wie „die Praxisfälle durchaus nicht *die* Anhäufung gut diagnostizierbarer, schwerer Erkrankungen darstellten, mit denen [er] aufgrund [seiner] Ausbildung gerechnet hatte“ [12: 3]. Bei vielen der z.B. in der CONTENT-Studie dokumentierten häufigen Beratungsanlässe und Diagnosen in deutschen Hausarztpraxen

[13] dürfte es primär darum gehen, abwendbar gefährliche Verläufe auszuschließen und Symptome zu lindern. Eine gesicherte Diagnose im engeren Sinn ist häufig nicht notwendig und überzeugend wirksame Behandlungsoptionen sind häufig nicht vorhanden. Damit entsteht Unbestimmtheit, d.h. das Lehrbuchwissen gibt keine eindeutig richtige Vorgehensweise vor. Daraus ergeben sich erhebliche Handlungsspielräume für Praktiker, die durchaus produktiv nutzbar sind [14].

Wie diese Spielräume genutzt werden, hängt von Haltungen, Meinungen und Vorlieben des Arztes, von Patientenpräferenzen und Rahmenbedingungen (kulturell, finanziell, infrastrukturell, verwaltungstechnisch, rechtlich), v.a. aber von den individuellen praktischen Erfahrungen des Arztes ab. Bereits während des Studiums vermitteln die lehrenden Ärzte neben den oben genannten Werten und Rollenmustern klinische Erfahrung als zentralen Wert für die praktische Tätigkeit [15]. Der möglichst langjährige Kontakt „erster Hand mit Patienten und Krankheit“ ist auch im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin beim einzelnen Patienten häufig die letzte Rechtfertigung für die Entscheidung darüber, die eine oder andere Behandlungsweise zu verwenden.

Warum ist CAM aus konventioneller Sicht keine akzeptable Lösung?

CAM-Verfahren stellen für viele Ärzte, die an diese Verfahren „glauben“, (scheinbar) funktional spezifische Lösungen für Situationen bereit, in denen das konventionelle Lehrwissen keine oder vermeintlich keine Lösungen bietet. Für einen Teil dieser Ärzte sind CAM-Verfahren darüber hinaus zumindest in bestimmten Fällen konventionellen Maßnahmen schlichtweg überlegen. Außerhalb der akademischen Diskussion ist die „subjektive“, „unstrukturierte“ Erfahrung von Behandlern und Patienten eindeutig das alles dominierende Argument für eine solche Position. In der ZFA-Diskussion wird es aber auch von den CAM-Befürwortern nur sehr zu-

rückhaltend herangezogen [3]. Es ist in der akademisch-wissenschaftlichen Diskussion des Themas CAM heikel, wenn nicht obsolet. Stattdessen wurden u.a. Patientenpräferenzen oder potente Placeboeffekte genannt – vor allem aber auch, dass die Evidenz aus klinischen Studien im Vergleich zur auch oft nicht gut abgesicherten konventionellen Medizin angesichts bescheidener Forschungsmittel gar nicht so schlecht sei [3, 4].

Wie passt dies mit der Aussage Anlaufs zusammen, dass CAM-Verfahren in der Regel nur mit Placeboeffekten einhergehen? In der Tat gibt es sehr unterschiedliche Wahrnehmungen, wie „positiv“ die Studienergebnisse zu definierten CAM-Verfahren sind. Homöopathen betonen z.B., dass die Ergebnisse der verfügbaren randomisierten, placebokontrollierten Studien für eine spezifische Wirksamkeit homöopathischer Arzneimittel sprechen [z.B. 16], die skeptische Position schließt, dass dieselben Studien belegen, dass keine Effekte über Placebo existieren [z.B. 17]. Die technische Komplexität der entsprechenden Metaanalysen mag zu diesem Dissens beitragen. Der entscheidende Punkt jedoch ist, dass die Interpretation empirischer Evidenz stark davon abhängt, als wie plausibel sie empfunden wird. Wie bei diagnostischen Tests hängt die Posttest-Wahrscheinlichkeit von der Vortest-Wahrscheinlichkeit ab [18, 19]. Zur Belegung einer weniger plausiblen Hypothese wird mehr und bessere Evidenz benötigt als bei einer sehr plausiblen Hypothese. Bei extrem hohen (Homöopathen, die auf der Basis ihrer täglichen Erfahrung *wissen*, dass Homöopathie mehr als Placebo ist) und extrem niedrigen (Skeptiker, die *wissen*, dass Homöopathie nicht wirken kann, da sie den Naturgesetzen widerspricht) Vortest-Wahrscheinlichkeiten wird selbst ein extrem genauer Test nicht zu einer fundamental anderen Nachtest-Wahrscheinlichkeit führen. Bei nicht eindeutigen Testergebnissen interpretieren die Vertreter von Extrempositionen diese nach ihrer Vorliebe, die Unentschiedenen sind wenig schlauer als vorher.

Ein typisches Merkmal von CAM-Verfahren ist, dass ihre Vortest-Wahrscheinlichkeit aus wissenschaftlicher

Sicht – meist weil die Wirkmechanismen bzw. theoretischen Grundkonzepte wissenschaftlich unklar, wenig plausibel oder sogar komplett unplausibel sind – geringer ist, als bei den meisten Therapien, die aus der akademischen oder industriellen Entwicklung kommen [18, 20, 21]. Dies kann weniger (z.B. Phytotherapie) oder stärker (Homöopathie) ausgeprägt sein. Klinische Studien zu CAM werden daher in einem konventionell-wissenschaftlichen Umfeld (durchaus vernünftigerweise) strenger beurteilt. Für die Akupunktur gibt es z.B. im Bereich chronischer Schmerzen gute Evidenz aus großen randomisierten Studien, dass sie klinisch relevant und statistisch signifikant wirksamer als eine Routineversorgung (*usual care*) ist [22]. Die „spezifischen“ Effekte gegenüber einer „Scheinakupunktur“ sind dagegen klein und von fraglicher klinischer Relevanz trotz statistischer Signifikanz in Metaanalysen [22, 23]. Skeptische Autoren interpretieren daher unter Hinweis auf die Schwierigkeit der Verblindung der Akupunkteure und die damit verbundenen möglichen Verzerrungen die Ergebnisse im Sinne Anlaufs („... gehen nicht über Placeboeffekte hinaus“) [z.B. 23]. Die spezifische Wirksamkeit von konventionellen nichtmedikamentösen Interventionen wie chirurgischen Eingriffen, Krankengymnastik, Bewegung, Entspannung oder psychotherapeutischen und anderen leitlinienkonformen Therapien wurde jedoch nur in den allerseltensten Fällen in placebo-kontrollierten Studien belegt.

Das Problem ist hierbei weniger, dass unterschiedliche Maßstäbe an klinische Evidenz angelegt werden. Die kleinen Effekte einer „echten“ über eine „Scheinakupunktur“ verstärken ja in der Tat die Zweifel an der Gültigkeit der traditionellen Konzepte der Akupunktur. Das Problem ist vor allem, dass so getan (und wohl auch *geglaubt*) wird, als ob an die Evidenz aus klinischen Studien gleiche Maßstäbe angelegt würden. Wenn Anlauf vom „Trojanischen Pferd“ CAM spricht, hat er nicht primär Angst vor ineffektiven Therapien, sondern vor „Verwirrung“ in der Medizin. Befürchtet wird letztendlich, dass die Glaubwürdigkeit ärztlichen Handelns

in Bezug auf seine funktionale Spezifität und das Selbstverständnis der Profession Schaden nimmt. Das macht verständlich, warum so viel Unbehagen und Uneinigkeit entsteht, wenn z.B. eine große randomisierte Studie zeigt, dass Akupunktur wirksamer als eine leitlinienorientierte Therapie bei chronischen Rückenschmerzen ist, gleichzeitig aber einer Scheinakupunktur nicht überlegen ist [24]. Wissenschaftliche Medizin muss nicht nur wirksam sein, sie muss auch wissenschaftlich Sinn machen.

Warum sind Placebos und unspezifische Therapien keine akzeptable Lösung?

Ärzte, die sich dem wissenschaftlichen Ansatz verpflichtet fühlen, sollten nach dieser Sicht nicht an die Wirksamkeit von CAM-Verfahren glauben. Können Sie diese zumindest im Sinne von Placebos verwenden? Auch hier gehen die Meinungen von Anlauf und Abholz auseinander.

Theoretisch könnten Placebointerventionen für „skeptische“ Ärzte eine Lösung für zumindest einen Teil der Situationen sein, in denen die „Gläubigen“ CAM-Verfahren verwenden. Was genau in der ärztlichen Praxis – nicht in klinischen Studien – eine Placebointervention ist, ist eine schwierige Diskussion [25]. An dieser Stelle wird vereinfachend angenommen, dass für die Praxis entscheidend sei, dass der behandelnde Arzt selbst die von ihm verwendete Intervention für „nicht spezifisch“ wirksam hält (d.h. eventuelle Effekte sind nicht über einen wissenschaftlich und professionell akzeptablen Mechanismus vermittelt). Die Intervention kann ein „reines“ Placebo (d.h. eine wirkstofffreie Pille, die der Patient bei entsprechender Aufklärung ebenfalls als Placebo ansehen würde) oder eine „unspezifische Therapie“ bzw. „unreines Placebo“ sein (z.B. ein als eigentlich nicht indiziert angesehenes Antibiotikum bei einem viralen Infekt oder eben eine nicht als spezifisch wirksam angesehene CAM-Therapie). Die typischen Gründe für Placebogaben sind laut Befragungen die Auslösung positiver psychologischer Effekte und die Erfüllung der Patienten-

erwartung nach einer Behandlung [26]. Da in der Regel keine transparente Aufklärung über den Placebocharakter der Intervention erfolgt, ist solch ein Vorgehen eine Täuschung und damit ein Eingriff in die Autonomie des Patienten. Dies ist nicht nur auf individueller Ebene relevant, da Transparenz als fundamentale Voraussetzung für die Vertrauenswürdigkeit der Medizin gesehen wird [27].

Die Gabe eines „reinen“ Placebos dürfte für den Arzt die herausforderndere Option sein, da sie in aller Regel mit einer eindeutigen Täuschung des Patienten einhergeht. Den mehr oder weniger expliziten Wunsch eines Patienten nach einem Antibiotikum oder nach einer CAM-Behandlung zu erfüllen, ist eine „bequemere“ Option, da dies weniger eindeutig eine Täuschung beinhaltet. Wenn man sich dann auch noch sagen kann, dass die Therapie vielleicht doch spezifisch wirksam ist, ist man je nach Sicht bei einer legitimen Vorgehensweise oder bei einer Selbst- und Fremdtäuschung.

Es wird darüber debattiert, ob unter bestimmten Umständen und in wenigen Fällen, die Gabe reiner oder unreiner Placebos legitim ist, wenn sie ausschließlich zum Wohl des Patienten erfolgt (s. z.B. [27] für eine aktuelle Zusammenfassung). Dagegen herrscht in der ethischen Diskussion Einigkeit, dass dies nicht der Fall ist, wenn sie aus „Bequemlichkeit“ erfolgt (z.B. um Diskussionen mit dem Patienten zu vermeiden).

Beachtung muss hier noch das auch von Abholz genannte Argument finden, dass von überzeugten Ärzten angewendete CAM-Verfahren die „besseren Placebos“ sein könnten [4]. Dabei wird angenommen, dass eine CAM-Therapie zwar nicht über „spezifische“ Wirksamkeit verfügt, die ausgelösten Placeboeffekte zumindest bei bestimmten Patientengruppen aber größer sein könnten als die anderer Interventionen. Erklärt wird dies über die mit CAM-Interventionen oft einhergehende größere Zuwendung, für Laien plausible Erklärungsmodelle und positive Erwartungshaltungen. Tatsächlich gibt es aus klinischen Studien und Metaanalysen Hinweise, dass z.B. Scheinakupunktur mit größeren Effekten einhergeht als ein me-

dikamentöses Placebo [z.B. 28]. Aus wissenschaftlicher Sicht bleibt aber auch eine solche Vorgehensweise problematisch [1, 27]. Placeboeffekte sind wünschenswert und legitim, wenn sie bei spezifisch wirksamen Behandlungen auftreten. Behandlungen ohne spezifische Effekte (d.h. ohne Effekte, die auf die postulierten Wirkmechanismen zurückzuführen sind) werden möglicherweise *ärztlich* legitim, wenn sie aufgrund großer Placeboeffekte nutzbringend sind – *wissenschaftlich* legitim werden sie nicht.

Die „korrekte“ Lösung

Aus der Sicht Anlaufs und vieler anderer wissenschaftlich orientierter Spezialisten ist ein Verzicht auf CAM und (reine oder unreine) Placebos die korrekte Vorgehensweise. Zu den ärztlichen Basispflichten gehört Anlauf Meinungen nach „der liebe- und verständnisvolle Umgang mit dem Patienten“, aufgrund der knappen Zeit mag das empathische Gespräch jedoch häufig zu kurz kommen. Inwieweit Ärzte überfordert sind, wenn sie nicht nur gewissenhafte und höfliche Menschen, sondern auch noch liebevoll sein müssen, soll hier nicht weiter thematisiert werden. Empathie kann jedoch auch in einer funktional spezifischen Weise konzeptualisiert werden [29], die nicht notwendig verlangt, dass jeder Arzt ein guter Mensch ist.

Darüber hinaus nennt Kamps in seinem Diskussionsbeitrag [6] eine ganze Reihe von Aspekten, die es ihm als Hausarzt ermöglichen, in seiner hausärztlichen Praxis ohne CAM und Placebos auszukommen. Ausgehend von einer Haltung, die sich der Grenzen der Medizin bewusst ist und sich wehrt, den Patienten mehr zu versprechen, als sie halten kann, versucht er mit „wissenschaftlich basierten Erklärungen“, „evidenzbasierter Medikation“ und „salutogenetisch orientierten“ hausärztlichen Gesprächen seinen Alltag zu meistern. Diese Haltung und Herangehensweise klingt plausibel und gut. Erklärt sie warum in manch anderen Ländern so viel mehr Ärzte ohne CAM auskommen? Ist sie ein Vorbild für jeden Hausarzt? Oder ist sie unrealistisch, nicht in je-

Prof. Dr. med. Klaus Linde ...



... Jahrgang 1960, Habilitation im Fach Epidemiologie, ist ein Schreibtischtäter. Nach dem Medizinstudium hat er 20 Jahre Forschung primär zur Wirkung und Wirksamkeit von CAM-Verfahren betrieben, bis er gar nicht mehr wusste, was von CAM wissenschaftlich zu halten ist. Seit 2009 staunt er als Forschungskordinator an einem Institut für Allgemeinmedizin, wie anders als der Rest der Medizin dieses Fach ist.

dem Fall umsetzbar, oder enthält sie gar dem Patienten das Beste vor und führt zu einer häufigeren Verwendung nebenwirkungsreicher Interventionen?

Fazit

Das Ideal der funktionalen Spezifität ist ein Kernaspekt des wissenschaftlichen Selbstverständnisses der medizinischen Profession. Interveniert werden darf nur, wenn es notwendig ist und die verwendete Intervention spezifisch wirksam ist [30]. Solange es aber wissenschaftlich legitimierte, funktional spezifische Lösungen nicht für alle gesundheitlichen Probleme gibt (und das dürfte wohl immer so bleiben), ist Medizin im technischen Sinne nicht perfekt. Überspitzt gesagt: Sie erleidet bei Patienten mit schweren unheilbaren Erkrankungen, mit lästigen Erkältungen oder mit „*medically unexplained symptoms*“ therapeutische Niederlagen. Vor allem der einzelne Arzt, aber auch die Medizin insgesamt, braucht hierfür Bewältigungsstrategien. Je nach Situation sind dies Abgrenzungen („Organisch haben sie nichts“), funktional spezifische Lösungen von außen (z.B. CAM), Placebonutzung oder erweiterte funktional-spezifische Ansätze (psychosomatische Medizin, professionelle Empathie). In jedem Fall bietet genau diese technische Begrenztheit jedoch Raum für Menschlichkeit. Menschlichkeit ist aber kein wissenschaftliches Konzept, schwer lehrbar, durch gute Abiturnoten nicht sicherbar – und nicht funktional spezifisch. Empathie ist wissenschaftlich konzeptualisierbar und bis zu einem gewissen Grade lehrbar [29]. Aber kann beim Übergang von einer authentischen menschlichen Regung

zur kommunikativen Technik etwas verloren gehen?

Sind dies nur abgehobene Überlegungen? Dem Autor dieses Beitrages scheint es so, dass der einzelne Praktiker, ob er nun CAM und Placebos anwendet oder nicht, im Alltag in der Regel gar keine Legitimationsprobleme hat. Er hat seinen Weg gefunden, die Herausforderungen seines Alltags in einer Weise zu meistern, die er vor sich selbst und ärztlich rechtfertigen kann. Für das Selbstverständnis und die Positionierung der Allgemeinmedizin in der Profession, aber auch für eine realistische Einordnung der Medizin insgesamt, sind die Erkennung der eigenen Grenzen und angemessene Grenzziehungen jedoch unabdingbar. Wenn die eigene Erfahrung alles rechtfertigt, herrscht Beliebigkeit. Am anderen Ende des Spektrums steht eine Sicht, die für die hausärztliche Praxis aber ebenso wenig befriedigend scheint: „Die Argumente [von Jobst und Joos] 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.“ [31]

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Klaus Linde
Institut für Allgemeinmedizin
Technische Universität München
Orleansstr. 47
81667 München
Klaus.Linde@tum.de

Literatur

1. Anlauf M. CAM oder der Versuch ärztliche Basispflichten „outzusourcen“. *Z Allg Med* 2011; 87: 163–164
2. Jobst D. Die komplementäre Medizin erfüllt Wünsche der Patienten nach einer komplementären Versorgung. *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. Parsons T. Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice. In: Parsons T. *The social system*. Toronto: Collier-Macmillan, 1964: 428–479
6. Kamps H. „Gut genug“ ist auch gut. *Z Allg Med* 2011; 87: 252
7. Gerhards J. Der Aufstand des Publikums. Eine systemtheoretische Interpretation des Kulturwandels in Deutschland zwischen 1960 und 1989. *Ztschr Soziol* 2001; 30: 163–184
8. WONCA EUROPE. The European definition of GP / FM. <http://www.wonca-europe.org/gp-definitions> (letzter Zugriff am 12.08.2014)
9. Wieland W. Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie. Berlin: De Gruyter, 1975
10. Wiesing U. Wer heilt, hat Recht? Stuttgart: Schattauer, 2004
11. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001; 344: 2021–2025
12. Braun RN. Wissenschaftliches Arbeiten in der Allgemeinmedizin. Berlin: Springer, 1988
13. Laux G, Kühlein T, Gutscher A, Szecsenyi J. Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis. Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006–2009. Berlin: Springer, 2010
14. Barth N, Nassehie A, Schneider A. Umgang mit Unbestimmtheit – zur Hypermodernität des Hausarztes. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2014; 108: 59–64
15. Freidson E. Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung. München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg, 1975
16. Rutten L, Mathie RT, Fisher P, Goossens M, van Wassenhoven M. Plausibility and evidence. *Med Health Care and Philos* 2013; 16: 525–532
17. Bewley S. Clothing naked quackery and legitimizing pseudoscience. *BMJ* 2011; 343: d5960
18. Vandembroucke JP, de Craen AJM. Alternative medicine: a „mirror image“ for scientific re-opening in conventional medicine. *Ann Intern Med* 2001; 132: 507–513
19. Goodman SN. Toward evidence-based medical statistics. 2: the Bayes factor. *Ann Intern Med* 1999; 130: 1005–1013
20. Hansen K, Kappel K. Pre-trial beliefs in complementary and alternative medicine: whose pre-trial belief should be considered? *Med Health Care and Philos* 2012; 15: 15–21
21. Gorski DH, Novella SP. Clinical trials of integrative medicine: testing whether magic works? *Trends Mol Med* 2014; 20: 473–476
22. Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC, et al. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med* 2012; 172: 1444–1453
23. 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
24. Haake M, Müller HH, Schade-Brittinger C, et al. German Acupuncture Trials (GERAC) for chronic low back pain: randomized, multicenter, blinded, parallel-group trial with 3 groups. *Arch Intern Med* 2007; 167: 1892–1898
25. Linde K, Fässler M, Meissner K. Placebo interventions, placebo effects and clinical practice. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2011; 366: 1905–1912
26. Fässler M, Meissner K, Schneider A, Linde K. Frequency and circumstances of placebo use in clinical practice – a systematic review of empirical studies. *BMC Med* 2010; 8: 15
27. Schöne-Seifert B, Friedrich DR, Reichardt JO. CAM-Präparate als therapeutische Placebos: wissenschaftstheoretische und medizinethische Überlegungen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2015 (epub ahead of print 20.1.2015)
28. Meissner K, Fässler M, Rucker G, et al. Differential effectiveness of placebo treatments: a systematic review of migraine prophylaxis. *JAMA Intern Med* 2013; 173: 1941–1951
29. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the „nature“ and „specific effectiveness“ of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns* 2009; 74: 339–346
30. Comaroff J. A bitter pill to swallow: placebo therapy in general practice. *Sociol Rev* 1976; 24: 79–96
31. Anlauf M. Stellungnahme von Manfred Anlauf. *Z Allg Med* 2011; 87: 258–259

**DEGAM im Netz**

www.degam.de
www.degam-leitlinien.de
www.degam-patienteninfo.de
www.tag-der-allgemeinmedizin.de
www.degam2015.de
www.online-zfa.de
www.degam-famulaturboerse.de
www.facebook.com/degam.allgemeinmedizin