

Foto: Keystone

KOMPLEMENTÄRMEDIZIN

Weitere Forschung ist die Basis für Integration in die Versorgung

Auch komplexe komplementärmedizinische Verfahren können in gut angelegten Studien untersucht werden. Dafür müssen die theoretischen Grundlagen bekannt sein und empirische Erkenntnisse über die Routineversorgung vorliegen.

Claudia M. Witt

Komplementärmedizin – von den Patienten häufig in Anspruch genommen, von vielen niedergelassenen Kollegen ausgeübt – ist ein oft und kontrovers diskutiertes Thema. Unter dem Begriff wird eine Vielzahl unterschiedlicher Theorie- und Praxisansätze zusammengefasst, deren gemeinsames Merkmal es ist, dass sie nicht zur konventionellen, wissenschaftlich etablierten Medizin gerechnet werden und bei deren Vertretern nicht über hinreichende Akzeptanz verfügen (1). Das führt zu Unschärfen, dient aber primär dazu, die Kommunikation über diesen Bereich der Medizin zu vereinfachen.

Der Begriff Komplementärmedizin ist demzufolge als Sammelbegriff zu verstehen und nicht als eigenständige Therapierichtung. Es gibt komplette Therapiesysteme, die sich aus aufeinander abgestimmten Interventionen zusammensetzen. Darunter findet man zum Beispiel gut etablierte Verfahren mit langer Tradition in Deutschland, wie die

Klassische Naturheilkunde, aber auch Verfahren wie die Homöopathie und die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), die eine zunehmende Inanspruchnahme verzeichnen. Weiterhin gibt es eine Vielzahl von Einzelverfahren (*Grafik 1*). Deshalb ist der Begriff des „Komplementärmediziners“ grundsätzlich nicht sinnvoll, ebenso wie die parallele Nennung von Naturheilkunde und Komplementärmedizin verwirrend ist. In Großbritannien und den USA wird übergreifend der Begriff „Complementary and Alternative Medicine“ (CAM) verwendet (2, 3).

Wissenschaftlichkeit als Diskussionsbasis

Die medizinischen Universitäten interessieren sich zwar zunehmend für das Thema, haben es aber nur wenig integriert (4). Eine universitäre Institutionalisierung der Komplementärmedizin in Deutschland hat bisher nicht stattgefunden. Bei allen Professuren handelt es sich um Stiftungsprofessuren. Ein Grund dafür

ist, dass sich Universitäten einer wissenschaftlichen Medizin verpflichtet fühlen und gerade der wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweis für die meisten komplementärmedizinischen Verfahren bisher nicht erbracht wurde. Jedoch wird an einzelnen Universitäten bereits seit Jahren zu diesem Thema geforscht und gelehrt, was auch im Zusammenschluss der universitären Arbeitsgruppen in einem Forum seinen Ausdruck findet (5, 6). Die politische Relevanz des Themas ist nicht zu übersehen, auf europäischer Ebene zeigt sich dies an der Integration der Komplementärmedizin ins 7. EU-Forschungsrahmenprogramm (7). Auch von der Weltgesundheitsorganisation wurde durch eine Resolution Anfang dieses Jahres der Stellenwert der Komplementärmedizin hervorgehoben (8).

In Deutschland setzt sich das Dialogforum Pluralismus für eine vermehrte Integration der Komplementärmedizin in die Schulmedizin ein (1). Aufgrund der Vielfalt kom-

plementärmedizinischer Methoden ist es sinnvoll, sich in universitärer Forschung und Lehre primär auf die in Deutschland häufiger angewendeten komplementärmedizinischen Verfahren zu konzentrieren. Dazu gehören unter anderem die Naturheilverfahren, die Akupunktur und die Homöopathie (9).

Die häufige Inanspruchnahme (9) und die zunehmende Anzahl von Ärztinnen und Ärzten mit den Zusatzbezeichnungen Akupunktur, Homöopathie und Naturheilverfahren üben Druck auf Entscheidungsträger im Gesundheitswesen aus – auch in Bezug auf die Erstattung der Kosten. Eine sinnvolle Diskussion lässt sich jedoch nur auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse über Therapiesicherheit, Wirksamkeit und Kosteneffektivität führen. Wesentliche Voraussetzungen für eine verantwortungsvolle Integration von komplementärmedizinischen Verfahren in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind deren Therapiesicherheit und Wirksamkeit. Positive Evidenz für die Wirksamkeit liegt bisher nur für wenige komplementärmedizinische Verfahren vor (zum Beispiel Johanniskraut bei leichter und mittelschwerer majorer Depression) (10). Für viele Verfahren gibt es keine Forschung und für manche sogar eine negative Evidenz.

Dies verdeutlicht die Notwendigkeit weiterer Forschung (klinische Studien und Versorgungsforschung), da sonst die Basis für eine sinnvolle Diskussion über eine Integration in die GKV fehlt. Für gute Forschung werden neben einer sinnvollen Forschungsstrategie vor allem auch Mittel und qualifizierte Wissenschaftler benötigt. In den USA wurde das National Center of Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) eingerichtet, zuständig für Forschungsförderprogramme, die unter anderem auch die Professionalisierung von wissenschaftlichem Nachwuchs einschließen (11).

Einen entsprechenden Schritt hat man in Deutschland bisher nicht unternommen. Bei den bisherigen Forschungsmitteln handelt es sich vor allem um Stiftungsgelder, um Förderungen durch Krankenkassen im Rahmen von Modellvorhaben und

im kleineren Umfang um Industriemittel. Die wissenschaftliche Professionalisierung des komplementärmedizinischen Nachwuchses in Deutschland wurde bisher vernachlässigt, obwohl die Relevanz offensichtlich ist. Eine stiftungsgeförderte internationale Sommerschule für Forschungsmethoden zur Komplementärmedizin (12) als Kooperation zwischen der Charité – Universitätsmedizin Berlin und der Technischen Universität München kann nur als erster Beitrag gesehen werden, um mehr wissenschaftlichen Nachwuchs zu qualifizieren.

Komplexität spielt eine wesentliche Rolle

Die Frage, ob es eigene Forschungsmethoden für die Komplementärmedizin geben soll, wurde häufig diskutiert (13). Aus der Perspektive der behandelnden Ärzte und deren Patienten haben Studien, die realistische Therapiealternativen vergleichen, hohe Relevanz. Studien, die eine zusätzliche Anwendung eines komplementärmedizinischen Verfahrens untersuchen, sind hilfreich, um Versorgungsentscheidungen zu treffen.

Man muss in der Komplementärmedizin zwischen Einzelverfahren und kompletten Therapiesystemen unterscheiden. Klinische Forschung bei Einzelverfahren unterscheidet sich prinzipiell nicht von konventionellen Studien. Hingegen spielt bei kompletten Therapiesystemen Komplexität eine wesentliche Rolle; dieser Aspekt wird in der konventionellen klinischen Forschung nicht berücksichtigt. Das NCCAM definiert

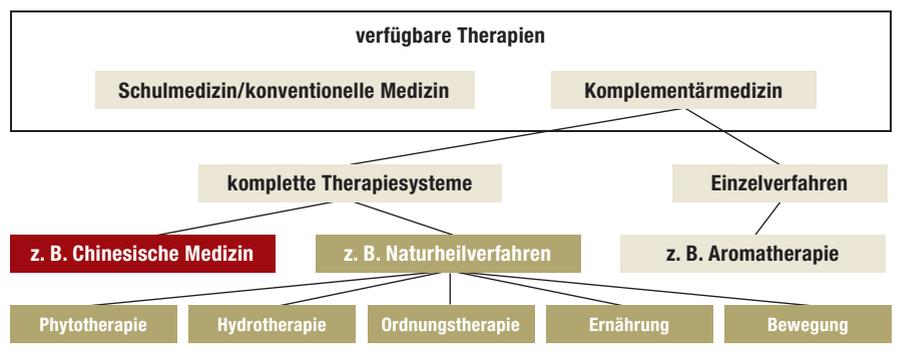
komplette Therapiesysteme als Systeme, die sich unabhängig oder parallel zur konventionellen Medizin entwickelt haben und denen eine eigene Theorie und Praxis zugrunde liegt. Dazu gehören etwa die Naturheilverfahren, die Homöopathie und die TCM (14).

Die Komplexität komplementärmedizinischer Verfahren äußert sich in zwei Merkmalen: Die Auswahl der therapeutischen Intervention erfolgt meist aufgrund einer verfahrenseigenen Diagnostik, und zur Behandlung werden verschiedene Interventionen kombiniert. Dies lässt sich an der TCM, wie sie heute im Westen durchgeführt wird, verdeutlichen. Neben der westlichen Diagnostik lässt sich aufgrund einer Puls- und Zungendiagnostik auch eine chinesische Syndromdiagnose erstellen. Diese bildet die Grundlage für die Auswahl der Intervention. Je nach Diagnose werden unterschiedliche Verfahren kombiniert (zum Beispiel Diätetik, Arzneimitteltherapie und Akupunktur). Ähnlich verhält es sich in der Homöopathie und der Klassischen Naturheilkunde. Zum Beispiel würde die Behandlung einer leichten Depression eine komplexe naturheilkundliche Intervention, bestehend aus Ordnungstherapie, Bewegungstherapie und Phytotherapie (Johanniskraut), nach sich ziehen.

Für die meisten konventionellen Forschungsfragen müssen die Interventionen deshalb in einzelne Aspekte zergliedert werden, um diese getrennt voneinander zu untersuchen. Bleibt man bei dem Beispiel der Depressionsbehandlung, dann behandelt die Wirksamkeitsforschung

GRAFIK 1

Schematische Einordnung von Komplementärmedizin



Das Studiendesign hängt primär von der Frage ab und nicht von der Therapiemethode. Will man wissen, ob ein Verfahren einem Placebo überlegen ist, lässt sich dies nur in einer doppelblinden randomisierten Studie klären. Es gibt aber andere interessante Fragestellungen.

GRAFIK 2**Fragestellungen und deren Auswirkungen auf das Studiendesign**

zur Arzneimitteltherapie nur einen Aspekt einer komplexen naturheilkundlichen Intervention. Die Verfahren werden aufgespalten, und Johanniskraut, Bewegungstherapie und Ordnungstherapie werden in getrennten Studien untersucht, um das, was wirksam ist, kombinieren zu können. Wenn sich alle drei Komponenten getrennt als wirksam erweisen, geht man in der Wirksamkeitsforschung in der Regel davon aus, dass die Kombination einen additiven Effekt hervorruft. Es wird prinzipiell nicht davon ausgegangen, dass gegebenenfalls eines der Verfahren die Voraussetzung dafür ist, dass ein anderes seine Wirksamkeit entwickelt. Bei komplexen Therapiesystemen ist dies jedoch eine der wesentlichen Annahmen (15).

Komplexe Interventionen gibt es auch in der konventionellen Medizin, etwa in der Herz-Kreislauf-Prävention, wo neben den medikamentösen Therapien Ernährung und Bewegung eine wesentliche Rolle spielen. Die methodischen Probleme bei der Evaluation komplexer Interventionen sind auch in der konventionellen Medizin bekannt. In diesem Fall wird es als sinnvoll erachtet, von der klassischen Hierarchie in der Medikamentenforschung abzuweichen und ein wiederholendes, eher zirkuläres Vorgehen zu wählen, in dem verschiedene Studiendesigns und quantitative und qualitative Forschungsmethoden zur Anwendung kommen (16).

In der konventionellen Medizin wurden die Einzelbestandteile einer komplexen Intervention meist unabhängig voneinander entwickelt. Meist wurden Verfahren, die sich

entweder als wirksam oder plausibel erwiesen haben und deren Kombination sinnvoll erscheint, kombiniert. Anders in der Komplementärmedizin, wo kompletten Therapiesystemen, wie der TCM, ein übergreifendes theoretisches Konzept zugrunde liegt.

Prinzipiell ist es möglich, auch komplette Therapiesysteme der Komplementärmedizin in methodisch gut angelegten Studien zu untersuchen. Voraussetzung ist jedoch, dass die theoretischen Grundlagen bekannt sind und empirische Erkenntnisse über die Anwendung in der Routineversorgung vorliegen. Denn nur dann kann gewährleistet werden, dass es sich um versorgungsrelevante und Erfolg versprechende Fragestellungen handelt.

Besonderheiten der Verfahren berücksichtigen

Ein wesentliches Qualitätsmerkmal klinischer Studien ist die zufällige Zuteilung der Patienten zu den Therapiegruppen (Randomisierung) (17). Patientenpräferenzen können in randomisierten Studien zu einer Selektion der Teilnehmer führen. Dies wurde bereits vielfach diskutiert (18) und soll nicht unbeachtet gelassen werden. Gleichwohl ist eine Randomisierung grundsätzlich zu empfehlen, und nur in sehr seltenen, gut begründeten Fällen sollte davon abgewichen werden.

Eine Placebokontrolle für die verschiedenen Elemente einer komplexen Intervention zu entwickeln, wäre aufwendig und zudem nur sehr eingeschränkt möglich, sodass placebokontrollierte Studien eher für einzelne Bestandteile der Thera-

pie als für das komplette Therapiesystem durchgeführt werden können. Jedoch ist es durchaus möglich, eine komplexe Intervention mit einer Standardtherapie zu vergleichen, auch wenn dann meist auf eine Verblindung verzichtet werden muss. Auch das zusätzliche Angebot einer komplexen komplementärmedizinischen Intervention im Rahmen der Normalversorgung lässt sich in randomisierten Studien untersuchen und wurde für die Akupunktur bereits evaluiert (19–24).

Weitere wesentliche Unterschiede zwischen konventioneller Medizin und Komplementärmedizin, die einen Einfluss auf die klinische Forschung haben, resultieren aus der historischen Entwicklung. Komplementärmedizinische Therapiesysteme werden oft schon seit Jahrhunderten angewendet und waren schon verfügbar, bevor die heutigen Standards klinischer Forschung entwickelt wurden. Zusätzlich fehlen systematische Daten über die aktuellen Versorgungsstrukturen – das schließt das Diagnose- und Therapiespektrum ein. Anders folgt die Entwicklung eines neuen Medikaments in der konventionellen Medizin in systematisch aufeinander aufbauenden Phasen. Eine Überlegenheit über Placebo ist zu belegen, bevor ein Vergleich zur Standardtherapie oder gar Versorgungsforschung durchgeführt werden kann. Aufgrund der historischen Entwicklung wird für die Komplementärmedizin eine umgekehrte Forschungsfolge als sinnvoll erachtet (25). Versorgungsforschung kann auch mit dem Ziel durchgeführt werden, sinnvolle Fragestellungen für analytische Studien zu entwickeln. Denn nur so kann gewährleistet werden, dass es sich um versorgungsrelevante und sinnvolle Fragestellungen handelt. Auch bietet sich an, von einem streng hierarchischen Vorgehen abzuweichen und mehrere Fragestellungen parallel zu bearbeiten (26).

Zu den Aufgaben der Universitäten gehört auch die Lehre, wobei Unterrichtsinhalte primär auf der Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen vermittelt werden sollten. Die Pflichtlehre zu den Naturheilverfahren ist im Querschnittsbe-

reich 12 verankert. Abhängig von der jeweiligen Universität werden in diesem Rahmen Inhalte der Physikalischen Medizin, der Klassischen Naturheilkunde, der Homöopathie und Akupunktur vermittelt. Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob nur das gelehrt werden sollte, was im Sinne der evidenzbasierten Medizin als wirksam belegt ist. Durch die hohe Inanspruchnahme und das Forschungsdefizit spielt die Komplementärmedizin auch hier eine besondere Rolle. Primäres Ziel des Unterrichts sollte es sein, die Studierenden ausführlich und so neutral wie möglich über diesen Bereich der Medizin zu informieren. Dazu gehört die kurze Einführung in die Tradition der Verfahren, was unter anderem den geschichtlichen Hintergrund, ihre Besonderheiten und ihre Entwicklung beinhaltet. Auf dieser Basis können dann die vorhandenen wissenschaftlichen Forschungsergebnisse (positive, negative und fehlende Evidenz) dargestellt und kritisch diskutiert werden. Ziel ist es, eine informierte kritische Reflexion bei den Studierenden anzuregen und sie damit auf ihr ärztliches Handeln und den Umgang mit künftigen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Komplementärmedizin vorzubereiten.

Weitere Forschung zur Komplementärmedizin ist notwendig. Sie ist eine Voraussetzung für eine verantwortungsvolle Integration dieser Verfahren in die Normalversorgung und ein wichtiges Element der universitären Lehre. Allerdings sollte die Forschung versuchen, die Besonderheiten der Therapieverfahren zu berücksichtigen und sich primär mit entscheidungsrelevanten Fragestellungen auseinanderzusetzen.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2009; 106(37): A 1786-9

Anschrift der Verfasserin

Prof. Dr. med. Claudia M. Witt MBA
Professur für Komplementärmedizin
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie
und Gesundheitsökonomie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
10098 Berlin
E-Mail: cam@charite.de

@ Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit

KOMMENTAR

Sunna Gieseke, DÄ-Redakteurin



Es fehlen Ärzte in Deutschland. Nun fordert die Bundesärztekammer neue Konzepte, um den Ärztemangel auszugleichen. Denn das System funktioniert nicht mehr. Viele Ärzte sind aufgrund der Rahmenbedingungen nicht mehr zufrieden in ihrem Beruf.

Der Gestaltungsspielraum der Ärzte wird zudem enger. In Zukunft werden sie vermutlich immer mehr als Gesundheitsökonom gefordert werden. Kaum noch haben sie Zeit für ihre eigentliche Profession – das Heilen von Menschen. Stattdessen arbeiten sie häufig unter massiven wirtschaftlichen Zwängen: sei es in Krankenhäusern, in

– es ist geradezu archaisch geprägt: Weiterhin stellt man sich jemanden vor, der sich viel Zeit nimmt und die Erkrankung seines Patienten sofort erkennt und heilt. Unvorstellbar für viele, dass der Arzt vielleicht selbst nicht weiß. So auch das Selbstbild vieler Ärzte: Alles, was zählt, ist die Leistung, sonst hat man den Beruf verfehlt. Dieses idealisierte Bild macht es den Ärzten auch schwerer, Hilfe anzunehmen.

Die Wege in einen Burn-out sind komplex, und meist ist der Prozess schleichend. Die Anzeichen können zum Beispiel chronische Müdigkeit und Hyperaktivität sein. Klar, jeder ist für

GESUNDHEIT VON ÄRZTEN

Der Beruf macht krank

denen ökonomische Vorgaben den Tagesablauf diktieren, oder in der eigenen Praxis, wo die Ärzte sich mehr Zeit für Bürokratie als für ihre Patienten nehmen müssen. Viele Ärzte empfinden dies als Autonomieverlust und fühlen sich fremdbestimmt – durch Politik, Selbstverwaltung und Patienten. Eine solche Diskrepanz zwischen dem, wofür man ausgebildet ist, und dem, wofür man tatsächlich Zeit aufwenden muss, kann unzufrieden machen und die Gesundheit stark beeinträchtigen.

Besonders Ärzte sind daher gefährdet, depressiv zu werden oder an einem Burn-out zu erkranken: Zeitdruck, Verwaltungsaufwand, Fremdbestimmung, Hierarchien und das starre System sind nur einige Faktoren, die dazu beitragen können. Das sogenannte Helfersyndrom wirkt hier noch verstärkend: Man fühlt sich permanent gefordert – der Arzt will schließlich für die Patienten da sein. Der Arzt von heute bewegt sich zudem in einer durch moderne Medien geprägten Welt. Nicht selten informieren sich Patienten zum Beispiel vorab im Internet über eine mögliche Diagnose und Heilungschancen. Das Bild vom Arzt hat sich in der Gesellschaft allerdings kaum verändert

sich selbst verantwortlich, aber auch der Arbeitgeber hat eine Fürsorgepflicht gegenüber den Ärzten. Überbelastung sollte in keinem Fall verharmlost werden – und auch nicht heroisiert. Es ist in jedem Fall wichtig, dass man die Anzeichen erkennt und die Abwärtsspirale durchbricht. Wenig hilfreich sind allerdings Sätze von Mitarbeitern wie: „Wir schaffen das schon ohne dich.“ Eher empfiehlt es sich, die Arbeit des einzelnen wertzuschätzen. Ein privater Ausgleich kann zumindest präventiv wirken: Familie, Sport und Hobbys werden empfohlen. Nur woher die Zeit nehmen, wenn Bereitschaftsdienst und Bürokratie die Ärzte von genau diesen unabdingbaren präventiven Maßnahmen fernhalten? Die Gefahr des Burn-outs ist zumindest ein Zeichen dafür, dass das ganze System nicht mehr funktioniert. Vielleicht können die Ärzte aber ein Stück Autonomie zurückgewinnen. Einen Tag in der Woche mal früher gehen, schlägt ein Experte vor. Eine so einfache Patentlösung wird es mit Sicherheit nicht geben. Dennoch, der Ansatz ist richtig: Die Ärzte sollten ihre eigenen Bedürfnisse nicht vergessen. Keiner hat etwas davon, wenn am Ende der Arzt nicht mehr kann.