

Matthias Frank

Komplementärmedizin in der Arztpraxis

Akupunktur, Homöopathie und
Naturheilverfahren erfolgreich anwenden



und die Lebensqualität des betroffenen Patienten zu verbessern. Schon lange ist man sich in der Komplementärmedizin über die einzelnen Behandlungsstufen im Klaren, die dabei jeweils eine wirksame Abfolge bilden und medizinische Therapien nicht nur verträglicher machen, sondern insbesondere auch die belastenden Nebenwirkungen von Medikamenten, Strahlen- und Chemotherapie lindern und Heilungschancen erhöhen.

1.1.1 Und anderswo auf der Welt?

Ein entscheidender Schritt für die internationale Anerkennung der Komplementärmedizin war 1998 die Gründung des US-amerikanischen *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM). In seiner Agenda mit dem Titel „Expanding Horizons of Healthcare“ führt das NCCAM mehrere Projekte auf, um die Entwicklung der Komplementärmedizin im Kontext der Medizin weiter voranzutreiben. Unter anderem engagiert sich das NCCAM durch vermehrte Investitionen in die akademische Forschung, in die Ausbildung von Wissenschaftlern und in die Bereitstellung einer Vielzahl von Informationsschriften für Ärzte und Patienten. Das NCCAM hat auch ein Portfolio erarbeitet, das die *Complementary and Alternative Medicine* (CAM) strukturiert und die verschiedenen Methoden kategorisiert.

Die Gründung des NCAAM als Teil der US-nationalen Gesundheitsforschungszentren *National Institutes Of Health* (NIH) hat in den USA auch zu einer zunehmenden Involvierung der CAM in die Curricula der amerikanischen medizinischen Hochschulen geführt (Wetzel 1998; Stratton 2007). Zwischenzeitlich haben in den USA führende medizinische Hochschulen – *Harvard University, Stanford University, John Hopkins, University of California, University of Texas* – eine Vielzahl hochqualifizierter Zentren für *Integrative Medicine* eingerichtet und sich zum *Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine* (CAHCIM) zusammengeschlossen, dem derzeit landesweit nahezu 50 Zentren angehören.

Während in den USA die komplementäre Medizin integraler Bestandteil eines *Comprehensive Cancer Centers* (CCC) ist, wird sie an den deutschen Universitäten kaum und in nicht ausreichendem Maße gelehrt – und das, obwohl sowohl in der Bevölkerung als auch bei Ärzten ein großes Interesse besteht (Münstedt et al. 2009; Brinkhaus et al. 2011).

Auch die *World Health Organisation* (WHO) bemüht sich intensiv um die Weiterentwicklung der Komplementärmedizin und deren weltweite Integration in die Gesundheitssysteme ihrer Mitgliedstaaten. Dessen ungeachtet nimmt die Beliebtheit komplementärmedizinischer Heilmethoden in den vergangenen Jahren auch in Deutschland kontinuierlich zu, und auch viele meiner Patienten wünschen oft eine sinnvolle Ergänzung zur konventionellen Medizin. Einen großen Zuspruch finden in meiner eigenen Arztpraxis vor

allem die chinesische Medizin und die Akupunktur, aber auch die Homöopathie, der Einsatz von Phytopharmaka oder die ärztliche Beratung zu spezifischen Ernährungs- und Diätformen haben einen sehr hohen Stellenwert.

Als Ärzte sollten wir uns keiner Seite kritiklos verschreiben – weder der Komplementärmedizin noch der wissenschaftlichen Medizin.

1.1.2 Komplementärmedizin ist keine Alternativmedizin

Was ist Alternativmedizin? Auf diese Frage gibt es in der kollegialen Diskussion zahlreiche falsche Antworten, die von einem Mangel an Interesse, Verständnis und Sachkenntnis herrühren. Die beiden Begriffe Komplementärmedizin und Alternativmedizin werden infolgedessen häufig synonym verwendet, obwohl sie eben nicht dasselbe meinen.

Hinter dem Begriff *Alternativmedizin* versammeln sich Vertreter ganz unterschiedlichster Heilmethoden, Traditionen und Überzeugungen, was zu einem opaken Sammelsurium an Alternativen zur Schulmedizin führt. Die Alternativmedizin suggeriert den Patienten und Therapeuten, es bestehe als Gegensatz zur Schulmedizin eine eigenständige „Alternative“, und bei der Therapie von Krankheiten könne zwischen den beiden Heilmethoden – Schulmedizin oder Alternativmedizin – gewählt werden. Diesem Ansinnen müssen wir Ärzte mit aller Entschiedenheit entgegenreten. Immer muss schulmedizinisch behandelt werden, Komplementärmedizin stellt nur eine Ergänzung dar. Keinesfalls dürfen wir einer Alternativmedizin das Wort reden.

Merke

Alternativmedizin kommt *anstelle* der schulmedizinischen Standards zur Anwendung. Hier ist besondere Vorsicht geboten, da durch alternative Behandlungen und Verzicht auf eine schulmedizinische Behandlung Heilungschancen verpasst werden können. Alternativmedizin wird im vorliegenden Buch weder empfohlen noch beschrieben.

Die Komplementärmedizin ist nicht Gegensatz, sondern selbstverständlicher Bestandteil der Schulmedizin. Komplementäre Medizin bedeutet „ergänzende Medizin“, weshalb sie auch keine Alternative ist. Besonders in der Schweiz, in Großbritannien und vor allem auch in den USA werden komplementäre Heilverfahren nicht nur in Kombination mit schulmedizinischen Verfahren praktiziert, sondern auch umfassend wissenschaftlich evaluiert (Härtel u. Volger 2004; Angell u. Kassirer 1998; Fontanarosa u. Lundberg 1998).

Während die Stärke der Schulmedizin insbesondere die Akutmedizin ist, gelten als ärztliche Indikationen für komplementäre Heilverfahren in erster

Linie chronische Krankheiten. Dabei mag es eine Rolle spielen, dass für diese Erkrankungen schulmedizinisch oft nur wenige effektive Strategien – bei gleichzeitig nicht selten erheblichen Nebenwirkungen der Therapien und eingesetzten Pharmaka – zur Verfügung stehen (Rech u. Bachmann 2003).

Merke

Häufig wird vergessen, dass der Begriff *pharmakon* (griech. *phármakon* = Heilmittel; Gift; Zaubermittel) vom Grundsatz her zweideutig ist – er hat neben der positiven auch eine negative Bedeutungskomponente.

1.2 Statistik und Wahrscheinlichkeit in der Medizin

Die Statistik kann uns helfen, die Welt zu verstehen. Sie ist ein effektives Werkzeug, um Fragen zu beantworten. Sie verwandelt unüberschaubare Daten in verdauliche Häppchen und zeigt uns angemessene Möglichkeiten, um unterschiedliche Situationen zu bewerten. Allerdings müssen wir auch immer den gesunden Menschenverstand einsetzen, wenn wir statistische Berechnungen vornehmen – nur dann können wir aus den Daten auch sinnvolle Schlussfolgerungen ziehen.

Ein großer Teil des medizinischen Verständnisses basiert auf statistischem Beweismaterial oder auf statistischen Erhebungen. Gültige Schlussfolgerungen sind natürlich wichtig, um Entscheidungen zu treffen. Aber die Statistik ist auch empfänglich für Falschinterpretationen. Manche auf Daten basierende Behauptungen klingen sehr schlüssig, sind aber eigentlich unbeabsichtigte Fehler oder schlimmstenfalls bewusste Täuschungen. Mag sein, dass die Zahlen selbst nicht lügen, aber in der Art und Weise, wie sie uns präsentiert werden, liegt beständig die Gefahr des Missbrauchs verborgen.

1.2.1 Evidenzbasierte Therapieentscheidung

Evidenzbasiert scheint inzwischen gleichbedeutend zu sein mit einer objektiven Wahrheit in der Medizin. Und viele Ärzte befürworten eine evidenzbasierte Medizin, bei der der Arzt seine medizinischen Entscheidungen auf vorliegenden Forschungsergebnissen und statistischen Berechnungen gründet anstatt nur auf persönlichen Überzeugungen oder subjektiven, einzelfallbezogenen Erfahrungen. Das ist vom Grundsatz her richtig. Denn eine moderne Medizin kann es ohne Wissenschaft, ohne medizinische Statistik und Evaluation der Ergebnisse nicht geben.

Statistische Methoden und Wahrscheinlichkeiten beruhen auf mathematischen Formeln. Die Zahlen, Statistiken und Wahrscheinlichkeiten haben aber nicht mehr viel zu tun mit dem persönlichen Schicksal des einzelnen Patienten.

Wahrscheinlichkeiten in der Mathematik sind bekanntlich nie objektive Wahrheiten, sondern nur Chancen für das Erkennen etwaiger Zusammenhänge. Für unsere Patienten in der Arztpraxis sind Wahrscheinlichkeitsaussagen deshalb bestenfalls eine Hilfestellung zur Entscheidungsfindung. Fragen nach der Wahrscheinlichkeit lassen sich sehr einfach stellen, aber oft nur schwer beantworten.

Gerne vergessen wird von den besonders engagierten Vertretern der evidenzbasierten Medizin auch, dass deren Begründer, wie der Epidemiologe und Biostatistiker David L. Sackett und seine Mitarbeiter, in ihren Publikationen immer wieder betonen, dass statistisch signifikante Ergebnisse in die klinische Praxis einzubeziehen nur dann sinnvoll ist, wenn sie in die klinische Beobachtung und Erfahrung am einzelnen Kranken integriert werden (Sackett et al. 1996).

In der Definition von Sackett wird nicht nur auf die Verfügbarkeit der aktuellen, „besten“ Evidenz Bezug genommen; in den Überlegungen ist die klinische Erfahrung des Arztes ausdrücklich mit inbegriffen. Statistisch signifikante Ergebnisse von wissenschaftlichen Untersuchungen werden als besondere Wahrheitsbringer in der evidenzbasierten Medizin angesehen, während die individuell erworbene klinische Erfahrung kaum mehr eine Rolle spielt. Statistische Berechnungen bilden aber nie Einzelfallwahrheiten ab, sondern lassen nur Aussagen über Wahrscheinlichkeiten in Gruppen zu. Das gilt vor allem auch für die Metaanalyse. Statistisch signifikante Untersuchungsergebnisse alleine können Hinweise, keineswegs aber definitive und alleinige Handlungsanleitungen sein.

In der weiteren Entwicklung der evidenzbasierten Medizin wurden dann schließlich auch die Patientenpräferenzen integriert (Jenicek 2006). Sackett selbst hat immer wieder darauf hingewiesen, dass es sich bei der evidenzbasierten Medizin keinesfalls um eine „Kochbuchmedizin“ handelt, sondern dass immer auch die individuelle Situation des Patienten zu berücksichtigen ist.

Drei Elemente bilden das Fundament der evidenzbasierten Medizin:

- Der aktuelle Stand der klinischen Forschung (externe Evidenz).
- Das Fachwissen und die individuelle klinische Erfahrung des behandelnden Arztes (interne Evidenz).
- Die Werte, Wünsche und Bedürfnisse des Patienten.

Wir sind nun schon ganz nah bei der Komplementärmedizin, denn auch die Komplementärmedizin fokussiert auf den individuellen Patienten, für den es gilt, die bestmögliche Diagnostik und Therapie auszuwählen. Deshalb ist gute

1.3 Vom Problem zur Frage

Schulmedizin ohne gute Komplementärmedizin – und vice versa – kaum möglich.

Eine mögliche Methode, sich einem Thema wie der Komplementärmedizin zu nähern, ist der Perspektivenwechsel. Nicht das Objekt der Betrachtung verändert sich, sondern der Blickwinkel des Arztes.

1.3 Vom Problem zur Frage – gibt es eine evidenzbasierte Komplementärmedizin?

Der Wunsch nach Bestätigung ist tief in unseren Gewohnheiten verwurzelt. Wir suchen nach Komponenten, die unsere Sicht auf die Dinge belegen. Wir zeigen aber vielleicht nur die positiven Ergebnisse, nicht aber die negativen oder das, was unterlassen wurde oder bei einer wissenschaftlichen Untersuchung misslungen ist.

Nur die Ergebnisse, die die eigenen Theorien, Ideen und Vorstellungen stützen, werden dann als Beweise verstanden und entsprechend kommuniziert. Die evidenzbasierte Medizin ist verzerrungsanfällig (Goldacre 2013). Und jeder Arzt weiß auch aus seiner täglichen Erfahrung, dass die neuen Erkenntnisse der Medizin immer mit einer gewissen Unsicherheit verbunden sind (Weiß 2013).

1.3.1 Denkfehler in der Wissenschaft

Der *Confirmation-Bias* führt zu diesem Denkfehler in unserer Wahrnehmung: Wir nehmen die Welt zu unseren Gunsten wahr und neigen dazu, unsere Ansichten zu bestätigen und Widersprüche auszublenden. Und die Gewohnheit, aus beobachtbaren Fakten immer auch eine Regel abzuleiten, führt mitunter ebenfalls auf den falschen Weg. Denn nicht alle Informationen sind gleichermaßen relevant.

Die Qualität einer wissenschaftlichen Studie ist deshalb manchmal schwierig einzuschätzen und systematische Fehler finden sich nicht nur im Design einer Studie, sondern auch in der Durchführung der Untersuchung oder in der statistischen Analyse der unzähligen Daten. Derartige Fehler betreffen alle Aspekte der Wissenschaft. Unabhängig von der wissenschaftlichen Fragestellung können Studienergebnisse demnach auf vielerlei Arten verzerrt sein:

- Auswahl der Patienten (*Selection-Bias*):

Es werden unterschiedliche Ausgangssituationen der zu vergleichenden Patientengruppen gewählt. So führt die Zuweisung der leichter Erkrankten