

ALTERNATIVE ODER GLAUBENSsache

Komplementärmedizin auf dem Prüfstand

Naturheilkunde hat ein Antidot: **EBM** (Evidence based Medicine). Gemeint ist nicht einfach die Schulmedizin, sondern der systematische wissenschaftliche Ansatz, selbige sich selbst erklären und bestätigen zu lassen. Zu den erwünschten Nebenwirkungen gehört, dass alles andere per definitionem von vornherein ausgeschlossen wird – aber so geschickt, dass gut hingeschaut werden muss, um das Syndrom zu diagnostizieren.

Anfang April 2008 veranstaltete die Bundestagsfraktion der Grünen geleitet von Biggi Bender (MdB) als gesundheitspolitische Sprecherin ein Fachgespräch mit dem Titel „Alternative oder Glaubenssache - Komplementärmedizin auf dem Prüfstand“. Eingeladen waren Vertreter/innen verschiedener Berufsgruppen v.a. Ärzt/innen, aber auch LACHESIS als Berufsverband von Heilpraktikerinnen.

Anhand von Kurzreferaten (siehe Literaturliste) wurde über die Art der Prüfung medizinischer Therapien diskutiert, wobei insbesondere die Kriterien wissenschaftlicher Studien hinterfragt wurden. Die zentrale Frage war, ob schon das Studiendesign selbst bestimmte Behandlungsmethoden benachteiligt.

Die Frage ist, ob so die Ablehnung der (Kassen)-Zulassung / Kostenübernahme vorprogrammiert ist. Aber es geht nicht ‚nur‘ ums Geld, sondern auch ums ‚Prinzip‘: um wissenschaftliche Anerkennung und auch um das Sozialprestige der entsprechenden Berufe.

Ich werde versuchen, die Kriterien üblicher Studien und Kritikpunkte am Verfahren darzustellen, wobei ich mich auf die Handouts der Referent/innen stütze. Fachtermini sind unterstrichen. *Beispiele* erscheinen kursiv. Einige wurden in der Diskussion erwähnt, andere habe ich ausgewählt. Sie stammen aus frauengesundheitspolitischen Zusammenhängen und dürften in der Sache bekannt sein. Ich hoffe auch, so neue Argumente in den aktuellen Debatten zum Thema HPV-Impfung und Mammografie-Screening zu liefern.

EBM (evidence based medicine)

Im Alltagsgebrauch bedeutet evident „offenkundig / überzeugend“. In diesem Zusammenhang ist gemeint: wissenschaftlich beweisbar, wohinter sich letztendlich Statistik verbirgt. Für die Gewinnung dieser Zahlen gibt es Spielregeln, die da heißen: kontrolliert, randomisiert, doppelblind.

Rezept: Man nehme eine nach bestimmten Merkmalen definierte Gruppe (kontrolliert), die nach dem Zufallsprinzip (randomisiert) in zwei oder mehrere Untergruppen unterteilt wird. Weder für Patient/in noch für Versuchsleiter/in bekannt und erkennbar (doppelblind) ist, wer das zu testende Therapeutikum, ein Vergleichsmittel oder ein Placebo bekommt. Die Auswertung ist nach den Gruppen getrennt, um die fraglichen Unterschiede nachzuvollziehen. Je größer die Gruppen sind, als desto aussagekräftiger wird eine Studie angesehen.

Die 1-million-women-Studie zur Hormonersatztherapie hat aber gezeigt, dass Wissen eine Glaubensfrage sein kann: Die Verschreibungszahlen gingen v.a. in Deutschland nur sehr zögerlich zurück, obwohl nicht nur mangelnde Wirksamkeit, sondern sogar erhöhte Gefährdung (insb. durch Brustkrebs) nachgewiesen wurde. Auch Evidenz muss eben geglaubt werden.

Dieses Studiendesign wurde entwickelt für die Prüfung von Medikamenten. So soll Sicherheit gewährleistet sein (seltene Nebenwirkungen zeigen sich nur in großen Gruppen) und Wirkungen nachgewiesen werden. Problem ist aber, dass sich in jeder Gruppe Veränderungen zeigen und der sogenannte Placebo-Effekt rausgerechnet werden muss. Zudem ist nicht nur die Rekrutierung der Gruppengröße ein Problem, sondern auch die Vergleichbarkeit innerhalb der Gruppe.

Wird z.B. ein Mittel gegen Bluthochdruck getestet, werden Patient/innen gesucht, die nur diese eine Erkrankung haben, um Störfaktoren auszuschließen. In der Praxis haben aber solche Menschen fast immer noch andere gesundheitliche Probleme, weshalb solche Studien für den Alltag nicht repräsentativ sind.

Außerdem werden die Ergebnisse dadurch verzerrt, dass Menschen mit klarer Präferenz einer Behandlungsmethode sich in der Regel auf solche Studien nicht einlassen, wenn sie

AUTORIN

Silvia Mosen

Mariannenstraße 30
10999 Berlin

Tel: 030 / 61285750

frauenbewegung@freenet.de

Linguistin M.A.

Physiotherapeutin

Heilpraktikerin (HP)

Praxis FRAUEN-BeWEGung
mit Beckenboden-Basisarbeit,

Shiatsu, Yoga,

Visualisierungen,

Lymphdrainage, Fußreflex

nicht sicher sein können, das gewünschte Mittel wirklich zu erhalten.

So erzählte mir eine Brustkrebspatientin mit einem Rezidiv, ihr sei von der niedergelassenen Gynäkologin abgeraten worden, sich auf eine Studie einzulassen wie vom Krankenhaus empfohlen. Weil die Ärztin von der Wirksamkeit überzeugt war, wollte die Patientin in ihrer Hoffnung sicher sein, das Medikament tatsächlich zu erhalten, zumal es bereits zugelassen auf dem Markt war.

Selbst wer grundsätzlich statistische Zahlen für ‚hart‘ hält (also eine bestimmte Studie nach allen Regeln durchgeführt wurde) muss sich fragen, was eigentlich ermittelt wurde und was daraus folgt. Die Wirkung (im Labor / Studienbedingungen) ist nicht gleichzusetzen mit der Wirksamkeit (im Alltag: multimorbide Patient/innen, andere vorher ausgeschlossene / später rausgerechnete ‚Stör‘-Faktoren).

Selbst dann ist die Frage, wie letztlich der Outcome ist: „Entscheidend ist, was hinten rauskommt“. Aber auch wenn ein Nutzen erwiesen ist, muss abschließend gefragt werden, ob der Nutzen die Kosten rechtfertigt. Spätestens an diesem Punkt werden ethische Fragen akut.

Die aktuelle Diskussion um die HPV-Impfung¹ dreht sich letztlich um die Durchführung und Auswertung solcher Studien. Der Impfstoff wurde getestet an jungen Frauen, die vorher selten bis gar keinen sexuellen Kontakt hatten. Von der STIKO (Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut) empfohlen wird er für Mädchen, die noch keinen Geschlechtsverkehr hatten. (Erwiesen ist, dass HPV durch Penetration übertragen wird, der Grad der Ansteckungsgefahr bei anderen sexuellen Aktivitäten ist nicht untersucht.) In der Praxis ist schon die Ehrlichkeit der Antwort fraglich, denn beim Gespräch mit der Minderjährigen sind Erziehungsbeauftragte häufig anwesend, weil in die Impfung eingewilligt werden muss. Dem Vernehmen nach scheint es so zu sein, dass diese Frage hier nicht gestellt wird und die entsprechende Altersgruppe einfach durchgeimpft wird. Es wird nicht getestet, ob schon eine Infektion vorliegt, was eh sinnvoller wäre als die Frage nach GV. Zudem ist die Studie nur wenige Jahre gelaufen. Es ist bestenfalls nachgewiesen, dass die Impfung wirkt, also weniger Infektionen auftreten als in der Kontrollgruppe. Wie lange der Impfschutz anhält oder was Spätschäden sein können ist also nicht bekannt.

Ob nun in einigen Jahrzehnten diese Frauen seltener Cervix-Ca bekommen, ist nur zu mutmaßen (weil es umgekehrt Statistiken gibt, die besagen, dass unter Frauen mit Cervix-Ca prozentual mehr Frauen eine HPV-Infektion durchgemacht haben als bei – noch – Gesunden). Die Kaskade HPV-Dysplasie-Carcinom-Sterblichkeit ist außerdem bekanntermaßen nicht zwangsläufig, sondern nur über Wahrscheinlichkeiten berechenbar. Zusätzlich stellt sich die Frage, wie mögliche Negativeffekte zu quantifizieren sind, z.B. dass die Impfung zu Sorglosigkeit führen könnte: dass Früherkennung (noch) weniger wahrgenommen wird (was die Sterblichkeit erhöht, weil später erkannte Carcinome schlechter heilbar sind) oder andere durch Sex übertragbare Erkrankungen ansteigen (z.B. weil weniger Safer Sex praktiziert wird). Und es muss erinnert werden, dass die Impfung sich nur gegen vier HP-Stämme richtet, aber bekannt ist, dass auch weitere im Zusammenhang mit Cervix-Ca stehen. Der Nutzen der Impfung (beworben als „Impfung gegen Krebs“) ist also nicht nachgewiesen, nur durch Meta-Analyse (Studien werden

gegeneinander aufgerechnet) zu mutmaßen. Das ist nicht Wissen, sondern eine Glaubensfrage – und ein juristisches Problem, denn die Marketing-Kampagnen sind irreführend.

Hier zeigt sich, dass hinter der Frage nach dem Nutzen die Frage steht: Für wen? Für das Individuum? Für die ‚Volks-gesundheit‘ (das unsägliche Wort aus dem HP-Gesetz von 1938)? Für Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen? Am Ende jeder Studie steht für die Krankenkassen eine Kosten-Nutzen-Analyse.

Bei der Diskussion um das Mammografie-Screening² ging es auch um die Frage, wem das alles nutzt, ob ein solcher Aufwand gerechtfertigt ist. Was ist mit dem Risiko der Röntgenstrahlung, was mit falsch positiven Befunden einerseits, was andererseits mit der Befürchtung, Frauen würden dann noch weniger monatliche Selbst-



untersuchungen durchführen? Und das alles vor dem Hintergrund, dass nachgewiesenermaßen ein Screening nur funktioniert (also die hypothetischen reduzierten Todesfälle), wenn sich sehr viele daran beteiligen.

Bei der Auswertung von Studien gibt es eine Maßeinheit, die mir neu war: Qaly [kwoali] = quality adjusted life years, also Jahre mit hoher Lebensqualität. Angegeben wird in € / \$, was eine bestimmte Maßnahme jährlich kostet inklusive aller Neben- und Folgekosten. Das ist spekulativ genug. Noch komplizierter wird, wenn eingesparte Kosten gegengerechnet werden, (Folge)-Kosten wegfallen (z.B. bei echter Prävention). Außerdem muss entschieden werden, was ein angemessener Preis für ein Qaly wäre. Aber mich gruselt es nicht erst hier, sondern ich frage mich grundsätzlich, wie Lebensqualität überhaupt objektiv definiert werden soll.

Verantwortungs-Ethik

Spätestens hier wird deutlich, dass ethische Überlegungen anzustellen sind: Was ist Lebensqualität und was darf sie kosten?

Aber schon bei den Studien selbst ist die Frage virulent. Alle Studien müssen genehmigt werden und dafür auch eine Ethikkommission passieren.

Zunächst findet eine Unbedenklichkeitsprüfung statt. Das bedeutet neben Zellkulturen zunächst Tierversuche. Das wird einerseits aus Tierschutzgründen kritisiert, andererseits ist es nicht ausreichend, denn: It's nice, but it's mice. (Ist ja schön, sind aber eben nur Mäuse.) Danach werden Studien mit gesunden Proband/innen durchgeführt, was heißt, dass Menschen ihren Körper ‚ausleihen‘. Da sich gezeigt hat, dass 1kg Mann nicht dasselbe ist wie 1kg Frau, werden die Studien inzwischen meist an Männern wie Frauen durchgeführt. Das wurde früher nicht gemacht, weil einerseits das Zyklusgeschehen als Faktor rausgehalten und zudem das Problem von Fruchtschäden verhindert werden sollte. Hier wird auch wieder deutlich, wie absurd das Prinzip kontrollierter Gruppen ist – die halbe Menschheit besteht nun mal aus Frauen. Nun herrscht also Chancengleichheit der Geschlechter auf dem ‚Pharma-Strich‘ (das ist nicht von mir!). Hier geht es letztlich um gesellschaftliche Probleme, denn die Freiwilligkeit dieser Form von Erwerbsarbeit kann nicht nur nach juristischen Kategorien bewertet werden.

Haben sich keine Gefährdungen gezeigt, geht es im nächsten Schritt um den Wirknachweis, also nur darum, ob der erwünschte Effekt im Körper erzielt wird. Die Kontrollgruppe erhält ein Placebo (2-armige Studie) oder eine andere Therapie (3-armig), die Gruppenzugehörigkeit ist zufällig (randomisiert) und nicht erkennbar (doppelblind).

Daraus entsteht grundsätzlich das ethische Problem, wie frei ein kranker Mensch ist, sich für oder gegen eine Studienteilnahme zu entscheiden. Sei es, sich als hoffnungsloser Fall zu fühlen und alles über sich ergehen zu lassen, was empfohlen wird. Sei es, eine Behandlung zu wollen. Wenn z.B. ein Medikament schon zugelassen ist, aber nur von privaten Krankenkassen erstattet wird, haben gesetzlich Versicherte ohne die nötigen Barmittel nur die Chance, sich auf eine Studie einzulassen und zu hoffen, in der Gruppe zu sein, die das Mittel bekommt.

Siehe dazu auch das Beispiel der Brustkrebspatientin, die eine Studie abgelehnt hat, weil sie sicher sein wollte, das Mittel zu bekommen.

Im Laufe der Studie entsteht ein neuer ethischer Konflikt, ob und wann eine Studie beendet bzw. abgebrochen wird. Da es immer Zwischenauswertungen gibt, stellt sich die Frage, wie lange verantwortet werden kann, eine effektive Therapie vorzuenthalten (denen, die das Placebo bekommen) oder eine Gefährdung durch Nebenwirkungen zu riskieren (bei denen, die nicht das Placebo bekommen).

Diese Konstellation hat zum Abbruch eines Arms der WHI-Studie geführt: Als unverkennbar war, dass Hormonersatztherapie nicht nur wenig nützt, sondern sogar unverhältnismäßig gefährdet, wurde die Studie abgebrochen.

So oder so ist es immer ein Dilemma zu entscheiden, wann die Studiendaten als ausreichend angesehen werden. Solange Studien laufen, leiden und sterben Menschen wartenderweise. Andererseits entstehen Leiden und Sterben, wenn zu früh eine Zulassung erteilt wird und Medikamente vom Markt genommen werden müssen.

Grundsätzliche Probleme insbesondere bei naturheilkundlichen Methoden

Selbst wer von der Validität (Zuverlässigkeit) solcher Studien überzeugt ist – daran glaubt – muss zugeben, dass diese Kriterien andere als schulmedizinische Verfahren systematisch diskriminieren.

Denn wie gesagt: dieses Studiendesign wurde für Medikamente entwickelt. Sogar dabei ist es nicht selten, dass zumindest für die Studienleitung schnell klar wird, wer zu welcher Gruppe gehört. Bei Entblindung müsste eigentlich abgebrochen werden.

So kann eine psychotherapeutische Methode nie doppelblind sein, denn die/der Therapierende muss wissen, welches Setting hergestellt werden soll. „Ich weiß doch, ob ich Quatsch rede“, erbot sich ein Psychotherapeut in der Diskussion „und andere merken es auch!“

Stehen Behandlungen im wortwörtlichen Sinne auf dem Prüfstand, ist zumindest eine Seite nicht mehr blind.

So wurde wegen fraglicher Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen von diesen eine Studie über Akupunktur in Auftrag gegeben. Ob genadelt wird oder Pillen gegeben werden, merkt jedel/r Proband/in. Ob eine ‚echte‘ oder eine ‚Scheinakupunktur‘ stattfindet (als Placebo), weiß zumindest die Versuchsleitung. Teilweise hat sich gezeigt, dass beide Formen der Nadelung wirksamer waren als Medikamente – was ist nun davon zu halten? Außerdem stellt sich das Problem, ob bei den nach westlichen Diagnosen in Gruppen sortierten Patient/innen nach Schema genadelt wird (was die Gruppen vergleichbarer macht, aber mit TCM nichts zu tun hat)



oder nach TCM-Diagnose individuell (wovon nach Überzeugung vieler die Effektivität der Behandlung abhängt).

Hier tun sich Grundsatzdebatten auf, ob die Beseitigung von Symptomen gleichbedeutend ist mit Heilung. Das betrifft nicht nur die Frage ‚Rezept-Akupunktur‘ kontra TCM, sondern z.B. auch die Homöopathie (Komplexmittel oder Konstitutionsmittel).

In anderen als schulmedizinischen Verfahren ist das Menschenbild oft ein individuelles, und zwar bezogen auf Behandelnde und Behandelte. Das hat zur Folge, dass Behandlungen nicht standardisiert und damit vergleichbar sind. Außerdem hängt der Erfolg sehr stark von der individuellen Fähigkeit bzw. der Qualität des Kontaktes ab. Was als Vorteil angesehen wird, sprengt den Rahmen einer EBM-Studie und wird somit als „nicht nachweisbar“ abgetan. Über Marker definierte vergleichbare Gruppen sind kaum möglich, schon gar nicht große Zahlen.

Außerdem ist es viel schwieriger, die Compliance (Mitarbeit) zu beurteilen. Ob ein Medikament nach Vorgabe genommen wird und Laborparameter zu messen ist einfacher, als subjektive Beschreibungen von Befindlichkeit auszuwerten.

Macht jemand die zu testenden Übungen wirklich und wenn dann auch korrekt? Wie wird die Umstellung der Lebensgewohnheiten umgesetzt? Haben bei einem psychotherapeutischen Verfahren Therapeut/in und Klient/in dieselben Kriterien, was Besserung wäre?

Was ist mit Erfahrung – um nicht zu sagen Intuition? Die Leitlinien-Medizin will genau das eliminieren, andere sehen genau darin ihre Stärke.

So wurden in dem Fachgespräch nicht nur die Ergebnisse solcher Studien hinterfragt, sondern auch die Methodik selbst. Der „Unparteiische Vorsitzende des G-BA“ (Jurist, siehe Anmerkungen) ging in die Verteidigung und antwortete darauf: „Die EBM hat die Ärzteschaft für sich selbst geschaffen.“ Die allgemeine Erheiterung und ironischer Beifall führten bei ihm zu Irritationen – andere sahen genau darin die Kritik auf den Punkt gebracht: Dieses Studiendesign verteidigt und reproduziert allein die Schulmedizin und schließt andere aus.

Allenfalls ‚beweist‘ es deren mangelnde Überprüfbarkeit (nach diesen Kriterien!), nicht aber die Unwirksamkeit. Aber nicht beweisen können, dass etwas wirkt, heißt nicht notwendig umgekehrt, dass etwas nicht wirkt.

Außerdem ist festzustellen, dass die Schulme-

dizin sich an die einfachsten Regeln der Fairness nicht hält, wie ein anthroposophischer Arzt an folgender Metapher erläuterte: Es ist unsportlich, wenn eine Partei die Regeln allein bestimmt und dann auch noch den Schiedsrichter stellt.

Zudem ist festzustellen, dass nicht nur einzelne Behandlungsmethoden, sondern ganze Berufsgruppen diskriminiert werden: nicht nur Ärzt/innen, die auch z.B. homöopathisch arbeiten, sondern Psychotherapeut/innen und Heilpraktiker/innen *insgesamt*. Dabei fällt auf, dass nicht-akademische Berufsgruppen es um so schwerer haben. Die Schere von finanziellem Auskommen wie sozialem Status droht



damit immer weiter aufzugehen.

Die Physiotherapie ist seit Jahren um Akademisierung bemüht. Es gibt inzwischen nicht nur die 3-jährige schulische Ausbildung (früher 2-jährig plus ein Anerkennungsjahr), sondern auch ein FH-(Aufbau)-Studium. Als auch-Physiotherapeutin stelle ich bei der Lektüre der Fachzeitschriften fest, dass sich abgestrampelt wird nach Anerkennung indem Studien produziert werden, die EBM-Kriterien gerecht werden wollen. Zynischerweise klappt das besonders gut für physikalische Therapie (z.B. Elektrostimulation) oder gerätegestützte schematisierte Übungsprogramme. Das würde den ganzen Beruf verändern, reduzieren - oder auch in Teilen wegrationalisieren. Ironischerweise macht eine andere Fraktion den Existenzkampf an einer zweiten Front auf, indem Berichte mit Klagen überzogen werden, ohne Überprüfung einen HP-Schein zu bekommen.

Es ist also von politischem Interesse, sich mit dem Procedere solcher Studien zu beschäftigen.

Heilkunde Selbstverständnis	Schulmedizin Naturwissenschaft	Komplementärmedizin / alternative Heilkunde
Motiv Focus Ursachenverständnis	Pathogenese Symptome / Krankheit multifaktoriell	Salutogenese Gesundheit / Gesundung ganzheitlich
Menschenbild therapeutische Beziehung	Maschine neutral / austauschbar	Individuum affektiv-intentional
Studiendesign	quantitativ Statistik randomisiert-doppelblind RCT Randomises Controlled Trial	qualitativ Dokumentation Einzelfall-Kohorten TCR Therapeutic Casuality Report
... based medicine Paradigma	EBM Evidence	CBM Cognition

Auch Heilpraktiker/innen haben ein Interesse an Qualitätssicherung, am Ansehen des Berufsstandes. Ich bin mir im Klaren, dass manche von uns sich aus Prinzip nicht in solche Mühlen begeben wollen. Aber viele von uns rechnen mit privaten Krankenkassen ab und die zahlen nur, was sie für sinnvoll d.h. erwiesen halten.

Wie also Studien gestalten, die anderen als schulmedizinischen Ansätzen eine Chance geben?

CBM (cognition based medicine)

Das mit den Abkürzungen können die Kritiker/innen genauso gut. Letztlich wollen sich beide durch Evidenz (Deutlichkeit, Klarheit) wie Kognition (Erkennen, Wahrnehmen) auszeichnen.

Diese andere Form wissenschaftlicher Studien arbeitet über Einzelfälle und Fallserien. Ziel ist eine höhere Praxisrelevanz, weil nicht einfach nur auf wenige Merkmale reduzierte Gruppen gebildet werden. Außerdem soll so die individuelle Erfahrung der Praktiker/innen besser aufgearbeitet werden. Die Individualität von Patient/innen würde gewürdigt und viele der oben beschriebenen ethischen Probleme entfielen.

Als problematisch wird der Aufwand angesehen, weil viele in wissenschaftlicher Dokumentation fortgebildet werden müssen. Das kostet an sich viel Zeit, außerdem müssen über einen langen Zeitraum Patient/innen „nachverfolgt“ werden. In letzterem Punkt liegt eine Schwäche (macht viel Arbeit, langes Warten auf Ergebnisse), aber auch eine Stärke, weil es alltagsnah ist – so ist eben das Leben: Es dauert und manches

wird erst nach langer Zeit in der Rückschau erkennbar. Das Problem weniger zumal nur bedingt vergleichbarer Einzelfälle ist meines Erachtens kein echter Kritikpunkt, wie oben am Beispiel der 1-million-women-Studie schon gezeigt. Bei aller Statistik mögen auch Schulmediziner/innen einer Studie nicht immer glauben und unterlassen, was seit Jahren ihre Überzeugung ist. Zu dem provokanten Titel des Fachgespräches ist also zu ergänzen, dass – wenn – nicht nur Komplementärmedizin eine Glaubenssache ist, sondern auch die Schulmedizin selbst: Evidenz ist Eminenz.

Exkurs: Heilkunde und Menschenbild

Unter welchem Label diese Ansätze zusammengefasst werden, verrät auch, wie der Bezug zur Schulmedizin verstanden wird. Komplementärmedizin: „komplementär“ heißt eigentlich „ergänzend“ im Gegensatz zu „konträr“ als „entgegengesetzt“ im Sinne von „sich ausschließend“. Alternativmedizin ginge vom wortwörtlichen eher in diese Richtung, etwas anderes „statt dessen“ anbieten zu wollen. Ein Zauberwort bei der Veranstaltung war „Integrative Medizin“. Gemeint war, nicht nur in friedlicher Koexistenz zu leben, sondern Zusammenarbeit zu kultivieren, gegenseitig Erfolge anzuerkennen und Synergieeffekte zu nutzen.

So gibt es eine onkologische Studie über Misteltherapie, bei der es nicht um entweder-oder ging. Nachgewiesen wurde, dass eine Chemo unter Mistelung nicht nur wesentlich besser vertragen wird, sondern für denselben Effekt auch weniger Zellgifte notwendig sind.



DIE BARKE
Bestattung & Begleitung
in Frauenhänden



**Wir sind Bestatterinnen & 'Seelen-Hebammen'.
Liebevoller Begleitung ist unser Herzensanliegen
– überall in Deutschland seit 1999!**

Ajana Holz & Merle von Bredow
Tel 0700 - 361 797 33 (12c/min)
Büro 07977 - 911 874
www.die-barke.de · info@die-barke.de

Anzeige

Geld & Konkurrenz

Egal welches Studiendesign, beide haben einen Nachteil: Sie kosten Geld, viel Geld. Nun gilt bekanntlich „Money makes the world go round“ und rund läuft es dabei vor allem für die Pharmaindustrie: Da ist Geld und vor allem Interesse, es auszugeben – letztendlich um große Gewinne zu machen?

Nur wer Studien vorlegt, bekommt eine Zulassung, kann die Investitionen einspielen und Geld verdienen. Womit klar ist, dass für die ethischen Fragen eins fehlt bzw. stört: Lobbyismus und Marketing-Interessen.

Dass ein Berufsverband wie LACHESIS kein Geld hat, Studien zu finanzieren ist – das Wort sei erlaubt – evident. Manchmal haben Krankenkassen ein Interesse, weil Methoden nachgefragt werden und sie diese aus markttechnischen Überlegungen gern als Leistung anbieten würden, aber nur dürfen, wenn es eine Zulassung gibt (*Akupunktur-Studie*). Aber wer hat Interesse und v.a. Geld, die Wirksamkeit z.B. von Shiatsu nachzuweisen?

Nicht mal für den Bereich der Medikamente hat die zuständige Bundesbehörde einen eigenen Etat für Forschung. Hier werden nur die vorgelegten Studien der Industrie begutachtet und eine Entscheidung gefällt, ob sie als valide und angemessen erscheinen, d.h. eine Zulassung zu erteilen ist.

Teilweise ist auch fraglich, inwieweit ein Interesse besteht, Leistungen kassenärztlich erbringen zu können – und dann auch zu müssen. Nach Kassenzulassung darf dieser Posten nicht mehr *geIGELt* werden (ein Unwort aus der Abkürzung IGEL = Individuelle Gesundheitsleistung, d.h. selbst zu bezahlen), was meist lukrativer ist.

Hier treten Ärzt/innen und Heilpraktiker/innen direkt in Konkurrenz. „Kostet kein Geld“ ist nur ein Argument, wenn es etwas als Kassenleistung gibt, was bei der HP zu bezahlen ist. Dagegen streiten sich beide um den Kuchen „Gesundheit“ im Budget der privaten Haushalte, wenn bei beiden Bargeld gefragt ist. Und da sind, weil meist im Erstkontakt, die Ärzt/innen nicht selten die schnelleren und haben zudem den Bonus, der sozial angesehenerer Beruf zu sein. Wobei immer mehr Menschen angesichts des Geschäftssinnes so mancher Weißkittel das Wort ‚seriös‘ nur noch in ironischen Tütelchen schreiben.

An dieser Stelle noch eine Anekdote bzw. eine Studie, von der erzählt wurde: Untersucht werden sollte, welchen Einfluss der Preis eines Präparates auf die Wirkung hat. Die Proband/innen bekamen als einzige Information die angeblichen Kosten des Mittels. Ergebnis: Das vorgeblich teure Präparat zeigte eine bessere Wirkung als das billige. Clou bei der Sache: Es handelte sich in beiden Fällen um ein Placebo.

Moral von der Geschichte' 1:

Die Studie beweist nichts Neues, schon der Volksmund weiß nicht nur „Viel hilft viel“, sondern auch: „Billig taugt nix.“

Moral von der Geschichte' 2:

Dass HPs meist ein eher moderates Honorar haben, ist ein rationales Argument, aber kein emotionales.

Moral von der Geschichte' 3

möge jede für sich selbst ergründen.

Gesundheitspolitik

Letztlich dreht sich bei der Debatte alles darum, ob (Kassen-)Zulassung / Kostenübernahme gewährt wird. Ich formuliere nun bewusst umgekehrt und parteiisch: ob die Ablehnung vorprogrammiert ist. Dabei geht es nicht ‚nur‘ ums Geld, sondern auch ums ‚Prinzip‘: sei es nun wissenschaftliche Anerkennung genannt oder als Sozialprestige der entsprechenden Berufe beschrieben.

Wenn gezeigt werden kann, dass EBM-Studien für diesen Bereich nicht nur ungeeignet sind, sondern sogar diskriminierend, dann hat das Folgen für den Stil der Debatte und für die Strategie.

Zum einen wäre es sinnlos sich damit anzubiedern, wenn klar ist, dass ein solches Studiendesign hier unsinnig ist, weil entweder nichts zu beweisen wäre oder die Studie nicht als EBM anerkannt würden. Zum anderen wäre es unklug, die andere Strategie der Verweigerung zu fahren, wenn damit argumentiert werden kann, dass ein solches Studiendesign für andere als schulmedizinische Zusammenhänge absurd ist.

Das Ziel kann nur sein, gemeinsam nach fairen Maßstäben zu suchen.

Ist das eine Chance für eine andere Art der Heilkunde? Für Anerkennung - was immer das bedeuten soll? Was heißt für eine HP Qualität?

Was bedeutet das LACHESIS-Wertpapier in diesem Zusammenhang? Hier gilt es Begriffe wie Kompetenz und Wissen, Verantwortung und Vielfalt, Transparenz und Freigebigkeit mit Leben zu füllen: uns orientieren „im Umgang mit uns selbst und miteinander, mit unserer Arbeit und mit der Welt“. ☺

Anmerkungen

¹ siehe LACHESIS Nr. 36 S. 89-91, www.ffgz.de

² siehe LACHESIS Nr. 35 „Krebs“, www.ffgz.de

Literatur

Reader aus der Veranstaltung über

www.gruene-bundestag.de/cms/gesundheit/dok/230/230375_komplementaermedizin_auf_dem_pruefstand.html

Dr. HARALD MATTHES (Anthroposophisches Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe / Berlin)

Prof. Dr. FRANZ PORZSOLT (Klinische Ökonomik, Universität Ulm)

Dr. GUNVER S. KIENLE (Institut für Angewandte Erkenntnistheorie und Medizinische Methodologie, Freiburg)

PD Dr. CLAUDIA WITT (Institut für Sozialmedizin, Charité Berlin)

Dr. RAINER HESS (Jurist, Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen G-BA)

Copyright

Fotos © Jessica Diedrich