

4 DISKUSSION

4.1 Homöopathie

4.1.1 Grundlagenforschung

Voraussetzung für die Akzeptanz jeglicher Therapiemethode ist ein naturwissenschaftlich nachvollziehbares Erklärungsmodell für ihre Wirkweise. Dies existiert jedoch für die Homöopathie bisher nicht. Bei den Hochpotenzen liegt die Konzentration der für das Arzneimittel spezifischen Ausgangssubstanz unterhalb der Avogadro'schen Konstante (6×10^{-23}), so dass aus chemisch-pharmakologischer Sicht eine Wirksamkeit nicht nachweisbar ist. Gerade weil das gelöste Arzneimittel als chemischer Informationsträger nicht mehr in Frage kommt, wird von Vertretern der Homöopathie angeführt, dass es durch die charakteristische Verarbeitungsweise der homöopathischen Potenzierung zu einem "Informationstransfer" des Arzneistoffes auf das Lösungsmittel kommt. Dieser Informationstransfer könne – so eine Hypothese – darin begründet liegen, dass sich durch das Verschütteln oder Verreiben die Struktur des Lösungsmittels z.B. so verändert, dass sich polymerähnliche Strukturen in der Lösung bilden [Smith, 1966; Smith, 1968]. Auch wenn es verschiedene Modelle gibt, die Veränderungen der Lösungsmittelstrukturen durch den Potenzierungsprozess beschreiben, ist keines dieser Modelle bisher naturwissenschaftlich belegt, noch gibt es eine Erklärung dafür, weshalb diese Strukturen stabil bleiben sollten. Neuere theoretische Modelle hingegen versuchen die Wirkung der Homöopathie auf quantenmechanischer Basis zu erklären [Walach, 2003; Walach, 2005; Milgrom, 2005]. Der Mangel an belegenden Versuchen macht jedoch die Generierung von schlüssigen Hypothesen schwierig und jedes Experiment hat einen explorativen Charakter. Letztendlich gleicht die Grundlagenforschung in der Homöopathie der Suche nach dem Unbekannten. Die Frage, inwieweit die gewählten experimentellen Versuchsaufbauten geeignet sind, ist somit schwierig zu beantworten.

Aufgrund einer fehlenden Erklärung für die Wirksamkeit der Homöopathie werden die im klinischen Alltag beobachteten Effekte meist als Spontanverläufe von funktionellen oder selbstlimitierten Beschwerden eingeschätzt oder der Suggestivkraft der therapeutischen Handlungen zugeschrieben [Prokop, 1957; Prokop, 1990; Oepen, 1986; Hopff, 1991].

Da die Mehrzahl der publizierten Experimente zur physikalischen Hochpotenzforschung ein positives Ergebnis (zugunsten der Homöopathie) berichtete und die Versuchsmethodik einen großen Einfluss auf die Validität der Ergebnisse hat, schien es angebracht, diese Experimente methodisch genauer zu analysieren. Der dafür eigens entwickelte BEPEV-Score [Becker-Witt, 2003b] erwies sich als praktikabel. Der allgemeinen Kritik von Rothman und Greenland [Rothman, 1988] an Scoringssystemen begegneten wir, indem wir neben dem Scoreergebnis auch alle Einzelitems darstellten. Die methodischen Aspekte mit Beurteilungsrelevanz wurden mit der Idee gewählt, möglichst viele systematische und nicht-systematische Fehlerquellen auszuschließen. Dabei spielte die richtige Wahl der Kontrollprobe eine maßgebliche Rolle und wurde somit am höchsten gewertet.

Die Kontrollprobe nimmt in der homöopathischen Grundlagenforschung einen ähnlichen Stellenwert ein wie das Placebo in der klinischen Forschung. Randomisierung und Verblindung sind in der

Grundlagenforschung weit weniger üblich als in der klinischen Forschung. Sie haben jedoch den großen Vorteil, dass Probenverschleppungen und andere Einflüsse kontrolliert werden können und sie sind prinzipiell einfach umzusetzen.

Nach systematischer Durchsicht und Beurteilung der bisherigen Publikationen konnten für die meisten Experimente methodische Mängel nachgewiesen werden [Becker-Witt, 2003b]. Insgesamt war die methodische Qualität als eher niedrig einzuschätzen. Die Verwendung nicht adäquater Kontrollproben machte viele der Versuchsergebnisse nicht interpretierbar. Trotz einiger Publikationen, die den Einfluss von Verunreinigungen in der homöopathischen Grundlagenforschung diskutierten [Parsch, 1991; Ritter, 1988; Wünstel, 1979; Wünstel, 1988; Wurmser, 1967; Zacharias, 1995a; Zacharias, 1995b], ist auffällig, dass selbst in Publikationen aus den letzten Jahren dies kaum Auswirkung auf die Auswahl der Kontrollproben hatte. Aufgrund einer systematischen und rigorosen Durchsicht der bisher publizierten Arbeiten lässt sich nur wenig Evidenz für einen Unterschied zwischen der homöopathischen Arznei und ihrem Lösungsmittel finden. Trotz ihrer methodischen Einschränkungen [Demangeat, 2001; Parsch, 1991; Poitevin, 2000; Weingärtner, 2001] scheint die NMR Spektroskopie die bisher validesten Ergebnisse zu zeigen.

Betrachtet man die Publikationen in der In-vitro-Forschung zur Homöopathie, sind die Ergebnisse einer Übersicht in etwa mit denen der physikalischen Forschung vergleichbar. Die Mehrzahl der analysierten Experimente (85%) zeigt eine Wirkung der homöopathischen Potenzen. Jedoch war auch in diesem Forschungsbereich die Qualität der analysierten Experimente insgesamt niedrig, wenn auch besser als in den physikalischen Experimenten [Bluth, 2005].

Der Einfluss von Verunreinigungen wurde zwar immer wieder diskutiert, doch lagen bisher keine konkreten Messungen vor. Insbesondere der Herstellungsprozess der homöopathischen Arzneien für Experimente ist anfällig für Verunreinigungen und sollte detaillierter analysiert werden. Bei unseren massenspektroskopischen ICP-MS Analysen [Witt, 2005e] zeigte sich, dass das verwendete Containermaterial einen relevanten Einfluss auf die Zusammensetzung der hoch verdünnten homöopathischen Arzneien hat. Dabei hatten sowohl die Lagerungsdauer der Proben als insbesondere auch der Vorgang der Potenzierung, der eine mehrfache Schüttelung der Probe im Behälter einschließt, den größten Einfluss. Je nach verwendetem Containermaterial kann man davon ausgehen, dass in jeder flüssigen homöopathischen Arzneiprobe eine Vielzahl unterschiedlicher Stoffe vorliegt und diese bei jedem weiteren Potenzierungsschritt auch mitpotenziert werden. Diese Erkenntnisse unterstützen unsere bisherige Annahme, dass die Wahl verschüttelter (oder anderweitig gleich-verunreinigter) Kontrollproben maßgeblich ist. Die Problematik der Verunreinigungen lässt sich zwar durch die Auswahl bestimmter Herstellungsmaterialien etwas reduzieren, aber nie gänzlich lösen. Nur eine Kontrollprobe, die demselben Herstellungsprozess unterliegt wie die Arzneiprobe, kann letztendlich alle Einflüsse auf die Verunreinigungen berücksichtigen. Die Versuche mit dem REDEM-Messgerät [Witt, 2005f] verwendeten die von uns empfohlene rigorose Versuchsmethodik, die sich als grundsätzlich umsetzbar erwies.

In zukünftigen Studien sollten daher grundsätzlich folgende Aspekte berücksichtigt werden: standardisierte Herstellung der Versuchsproben, Vermeidung eines systematischen Fehlers durch Herstellung mehrerer Proben, Verblindung der Proben und Randomisierung der Messreihenfolge,

gleiche Lagerungsdauer für alle Proben. Unsere Versuche zeigten zwar einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den homöopathischen Arzneien und den Kontrollproben, jedoch war auffällig, dass das Material der Behältnisse, das Lösungsmittel und die Lagerungsdauer der Proben einen maßgeblichen Einfluss auf die Ergebnisse hatten. Dies lässt einen systematischen Fehler vermuten. Obwohl das verwendete Studiendesign mit Verblindung, Randomisierung und adäquaten Kontrollen eigentlich zu valide interpretierbaren Ergebnissen hätte führen sollen, bleibt auch bei den REDEM-Versuchen eine Unsicherheit bestehen. Dies führt wieder zurück zur primären Problematik der Grundlagenforschung in der Homöopathie, nämlich der Frage was bei den sog. Hochpotenzen den Unterschied zwischen der homöopathischen Arznei und ihrem Lösungsmittel ausmacht. Solange diese Frage nicht beantwortet ist, bewegt man sich in der homöopathischen Grundlagenforschung in einem Raum mit vielen Unbekannten. Auch die methodisch saubersten Versuchsergebnisse beruhen somit auf nicht testbaren Grundannahmen und lassen daher immer noch Raum für Spekulationen und Diskussionen um die Interpretierbarkeit der Ergebnisse.

4.1.2 Klinische/Epidemiologische Studien

Therapeutische Wirksamkeit lässt sich am ehesten mit randomisierten kontrollierten Studien untersuchen und diese sind aus diesem Grund auch in der Homöopathie wünschenswert. Die Anzahl der bisher durchgeführten randomisierten kontrollierten Studien ist jedoch eher gering. Zudem besteht der Verdacht, dass ein nicht unbedeutender publication bias auftritt. Schließlich sind die Studien insgesamt sehr heterogen, so dass keine klare Aussage zur Evidenz möglich ist.

Eine aktuelle Meta-Analyse [Shang, 2005] geht insbesondere der Frage nach, ob die in vielen Studien beobachteten Effekte nicht ausschließlich durch Bias zu erklären sind. Die Autoren führen die beobachteten Effekte zugunsten der Homöopathie aufgrund von Bias ausschließlich auf Placebo- oder Kontexteffekte zurück. Damit unterscheidet sich das Ergebnis der aktuellen Meta-Analyse von dem Ergebnis bisheriger Übersichtsarbeiten, die die allgemeine Placeboannahme verworfen haben [Linde, 1997; Kleijnen, 1991a]. Je nach Ansatz der älteren Übersichtsarbeiten konnten zwischen 50% und 75% randomisierter placebokontrollierter Therapiestudien identifiziert werden, in denen ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der Homöopathie nachgewiesen wurde. Die Art der Publikationen und Zeitschriften, in denen die meisten Studien veröffentlicht wurden, legen aber die Vermutung nahe, dass die Qualität der Studien zu schlecht ist, um konventionellen Ansprüchen zu genügen.

Ein Ausschuss des britischen Parlaments [House of Lords Select Committee on Science and Technology, 2000] beschreibt fünf wesentliche Faktoren, die für die geringe Zahl vor allem hochqualitativer Forschung in der Komplementärmedizin bestimmend sind: fehlende methodische Ausbildung innerhalb der komplementärmedizinischen Fachgesellschaften, fehlende Forschungsförderung, fehlende Infrastruktur, fehlendes Interesse zur Forschung bei konventionellen Medizinern mit fundierter methodischer Ausbildung, Ablehnung rigoroser Studiendesigns aus den Reihen der Komplementärmedizin mit der pauschalen Begründung, diese seien auf die speziellen Bedürfnisse der Komplementärmedizin nicht anwendbar. Dass auch andere Prozesse eine Rolle spielen können, hat Resch angemerkt [Resch, 2000]. Er stellte bei Gutachtern zum Teil erhebliche

Vorbehalte gegenüber komplementärmedizinischen Methoden (insbesondere der Homöopathie) fest, so dass Manuskripte gleicher Qualität häufiger abgelehnt wurden als solche, in denen konventionelle Methoden untersucht wurden.

Der Mangel an epidemiologischen Studien in der Homöopathie ist auffällig und sicherlich eine Ursache dafür, dass die randomisierten kontrollierten Studien oft von der Behandlungsrealität abweichen. Es wurden Diagnosen untersucht, die in der Praxis nur selten mit Homöopathie behandelt werden. Zur klassischen Homöopathie (die in Deutschland Inhalt der Zusatzbezeichnung Homöopathie ist) sind bisher nur wenige Studien durchgeführt worden; die meisten Studien untersuchten die klinische Homöopathie. Patientenpräferenzen, die in der Komplementärmedizin ein relevanter Faktor sind [Lüdtke, 2005a], lassen sich in den bisher gewählten Studiendesigns nicht berücksichtigen. Dieses kann zu einer starken Patientenselektion führen, wenn nur ein kleiner Teil der Patienten einer Randomisierung zustimmt.

Zur Evaluation grundlegender Daten wie dem Diagnose- und Therapiespektrum einer Behandlungsform und zur Abschätzung erster Effekte eignen sich prospektive Beobachtungsstudien. Diese sind eingebettet in ein größeres Konzept zur Untersuchung von Therapieeffekten auf verschiedenen Ebenen, wobei je nach Fragestellung verschiedene Studiendesigns geeignet erscheinen (siehe Abbildung 3). Dabei hat jeder Studienansatz seine Vor- und Nachteile [Wegscheider, 2005].

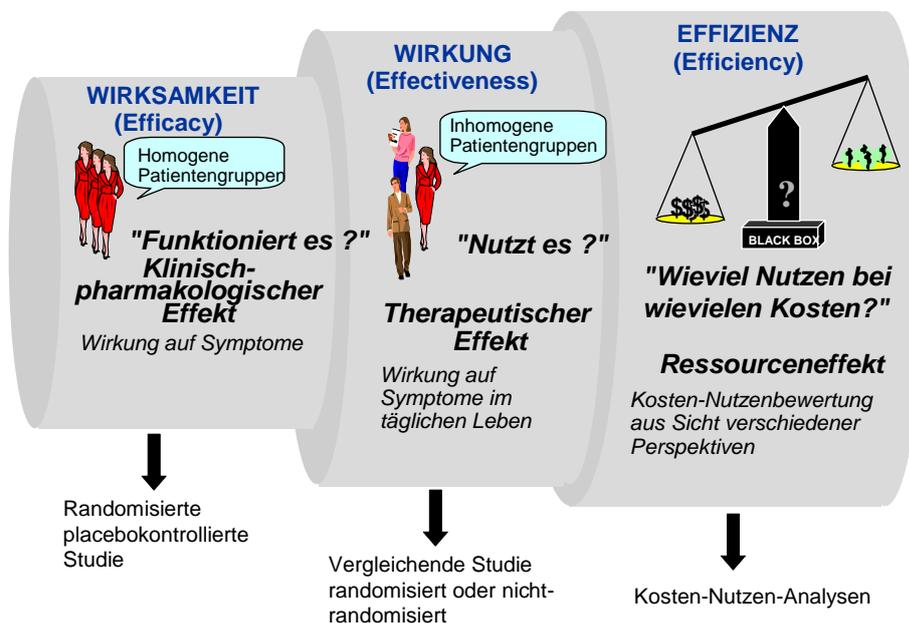


Abbildung 3: Studienziele und Fragestellungen mit geeigneten Studientypen

In Ergänzung zu den bisherigen randomisierten kontrollierten Studien bestand in der Homöopathie ein dringender Bedarf an validen Informationen über die homöopathische Routineversorgung und mögliche Effekte der Homöopathie im Alltag. Ein klassisches Instrument solcher Versorgungsforschung sind prospektive Beobachtungsstudien. Sie haben hier zum Ziel, die alltägliche Praxis der homöopathischen Therapie als Ganzes abzubilden. Es werden daher heterogene

Patientengruppen zugelassen (multimorbide Patienten, schulmedizinisch begleitbehandelte Patienten), die Patientenselektion reduziert und unterschiedliche Patientenpräferenzen berücksichtigt.

Wir haben eine prospektive Beobachtungsstudie zur Homöopathie durchgeführt [Becker-Witt, 2004] mit dem Ziel, repräsentative Daten für die Klassische Homöopathie in Deutschland zum Diagnose- und Therapiespektrum sowie zum Behandlungsverlauf der Patienten zu erheben. In dieser Studie wurden fast 4.000 Patienten bei über 100 klassischen Homöopathen über zwei Jahre lang systematisch nachverfolgt. Es zeigte sich, dass fast alle Patienten aufgrund lang bestehender chronischer Erkrankungen den homöopathischen Arzt aufsuchten und konventionell vorbehandelt waren. Die häufigsten Diagnosen waren chronische Kopfschmerzen und Migräne bei Frauen, allergische Rhinitis bei Männern und Atopisches Ekzem bei Kindern beiderlei Geschlechts. Zudem lagen erstmals Daten über die Behandlungsfrequenz und Art der Behandlung vor. Die über den SF-36 gemessene Lebensqualität verbesserte sich sowohl auf der psychischen als auch auf der körperlichen Summenskala in den ersten 3 Monaten nach Behandlungsbeginn relevant. Auch nach zwei Jahren konnten klinisch relevante und statistisch signifikante Verbesserungen der Lebensqualität beobachtet werden [Witt, 2005d].

Unsere Daten zeigen, dass Homöopathie nicht vorwiegend für Bagatellerkrankungen eingesetzt wird. Fast alle Patienten waren vor der homöopathischen Behandlung konventionell behandelt worden und kamen zur Homöopathie zwecks alternativer oder zusätzlicher Behandlung. Viele der häufig behandelten Diagnosen sind konventionell nur schwierig behandelbar oder es ist nur eine symptomatische Behandlung möglich. Auch unerfüllte Patientenerwartungen (z.B. Zuwendung, Ernstgenommenwerden) können hier eine Rolle spielen, ebenso wie die Einstellung der Patienten zu ihren Beschwerden.

Die erste Beobachtungsstudie zur Homöopathie in der Versorgungsforschung untersuchte primär die kassenärztliche Homöopathie in Deutschland [Güthlin, 2004]. Unsere Studie hingegen fokussiert auf die Klassische Homöopathie, die in Deutschland überwiegend in Privatpraxen stattfindet. Das Spektrum der Diagnosen der von uns beobachteten Patienten unterscheidet sich stark von der Klientel konventioneller Ärzte. Zum Vergleich: eine Analyse von 70.000 konventionellen Patienten zu einem ähnlichen Zeitpunkt [Kerek-Bodden, 2000] fand Hypertonie, Hyperlipidämie sowie LWS-Schmerzen als häufigste Beschwerden. Die lange Dauer der Erkrankungen in unserer Stichprobe ist mit den Daten einer Beobachtungsstudie am Royal London Homeopathic Hospital vergleichbar, in welcher die Beschwerden bei 63% der untersuchten 499 Patienten seit mehr als 5 Jahren bestanden [Sharples, 1998].

Unsere Studienpatienten waren jünger, eher weiblich und besser gebildet als konventionelle Patienten [Becker-Witt, 2004]. Dies entspricht auch anderen Erhebungen zur Komplementärmedizin in Deutschland [Tindle, 2005; Hentschel, 1996]. Auch in den USA waren Homöopathie-Patienten jünger und finanziell besser gestellt als konventionelle Patienten [Jacobs, 1998].

Ziel von prospektiven Beobachtungsstudien ist nicht eine Wirksamkeitsprüfung homöopathischer Arzneimittel, sondern die Evaluierung eines Gesamtkonzeptes der homöopathischen Behandlung unter sog. Alltagsbedingungen. Bei den Beschwerden und der Lebensqualität zeigten sich in unserer Studie deutliche Verbesserungen. Das Studiendesign lässt es jedoch nicht zu, diese im Sinne eines

Wirksamkeitsnachweises allein der homöopathischen Behandlung zuzuschreiben. Neben der homöopathischen Behandlung war es den Patienten erlaubt, auch weiterhin konventionelle Therapie in Anspruch zu nehmen, denn es sollte die Realität der medizinischen Versorgung abgebildet werden. Interessant und gesundheitspolitisch relevant ist, dass die Patienten, nachdem sie sich in homöopathische Therapie begeben haben, deutlich weniger andere Ärzte aufgesucht haben, was sich auch in einer reduzierten Medikamenteneinnahme widerspiegelte [Witt, 2005d].

Erst seit kurzer Zeit ist in der Homöopathieforschung ein Trend zu epidemiologischen Studien zu erkennen. Goldstein [Goldstein, 1998] berichtet bei 59% (n=52 von 88) homöopathisch behandelter Patienten eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes. Der Anteil der Patienten, die ihren Gesundheitszustand als stark oder deutlich gebessert empfanden, reichte in englischen Erhebungen von 55% (n=755 von 1.372) [Clover, 2000] über 60% (n=663 von 1.100) [Richardson, 2001] bis 61% (n=503 von 828) [Sevar, 2000]. In Norwegen wurden bei 71% (n=465 von 654) der Patienten Besserungen beobachtet [Steinsbekk, 2005]. In allen diesen Studien wird berichtet, dass der weitaus größte Teil der Patienten unter chronischen Beschwerden litt und die Ergebnisse aus Sicht der Autoren nicht ausschließlich über Selbstheilungen erklärt werden konnten. Die in unserer Studie erhobenen Daten bilden eine solide Basis, um den Ist-Zustand systematisch und detailliert zu beschreiben, und ermöglichen gesundheitspolitisch interessante Erkenntnisse über das Diagnose- und Therapiespektrum der Homöopathie. Zudem können die bestehenden Daten hilfreich bei der Planung weiterer Studien sein.

Nachdem erste Zwischenanalysen aus unserer prospektiven Beobachtungsstudie [Becker-Witt, 2004] über das Diagnosespektrum der Patienten in homöopathischen Arztpraxen vorlagen, haben wir auf deren Basis eine prospektive vergleichende Kohortenstudie durchgeführt [Witt, 2005c]. Ziel dieser Studie war es, auf die vorher gewonnenen Erkenntnisse aufzubauen und die Effektivität der homöopathischen Behandlung in einem direkten, aber nicht-randomisierten Vergleich zur konventionellen Routineversorgung zu untersuchen. Neben der Effektivität wurden auch Kosten evaluiert. Beobachtet wurden Kinder mit Asthma, allergischer Rhinitis oder Atopischer Dermatitis sowie Erwachsene mit Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Depression, Sinusitis und Lendenwirbelsäulen-Syndrom. Die Patienten wurden je nach Präferenz bei homöopathischen oder konventionellen Ärzten rekrutiert und über 12 Monate nachverfolgt. Sowohl die Effektivität als auch die Gesamtkosten waren für beide Patientengruppen in etwa vergleichbar.

Ein großer Vorteil des nicht-randomisierten Studiendesigns war, dass die Therapiepräferenz der Patienten berücksichtigt werden konnte und dass eine möglichst vollständige Erfassung der Patienten zu erwarten war. Patientenpräferenzen und Selektionsmechanismen werden von Komplementärmedizinern immer wieder als Grund dafür angeführt, dass keine randomisierten Studien durchgeführt werden können [Gerhard, 2004]. Auch ein negativer Einfluss des Studiensettings auf den Heilungsprozess des Patienten wird häufig als Grund gegen randomisierte kontrollierte Studien angeführt [Bornhöft, 2005]. Hier wären die Vorteile einer hohen internen Validität bei randomisierten kontrollierten Studien und einer guten externen Validität bei nicht-randomisierten Studien gegeneinander abzuwägen. Geht man davon aus, dass Placeboeffekte u.a. auf Erwartungshaltungen seitens der Patienten basieren [Crow, 1999] und dass die Erwartungen an die Komplementärmedizin

besonders hoch sind [Kaptchuk, 2002], ist die Relevanz von Patientenpräferenzen nicht von der Hand zu weisen. Letztendlich hängt die Gültigkeit der Ergebnisse stark vom gewählten Kontext ab [Lüdtke, 2005a]. Hier spielen neben der Art der vorliegenden Erkrankung auch Einschätzungen der Wirksamkeit der Verumtherapie sowie der Vergleichstherapie und mögliche Nebenwirkungen der jeweiligen Behandlung eine große Rolle.

Eine Limitation von nicht-randomisierten Studien ist das mögliche Auftreten von "hidden bias" (= Verfälschung der Studienergebnisse durch systematische, aber nicht bekannte Einflüsse). Unterschiedliche Rekrutierungsstrategien bei homöopathischen und konventionellen Ärzten und Merkmale der Selbstselektion der Patienten haben auch in unserer Studie zu Baselineunterschieden zwischen beiden Therapiegruppen geführt. Die komplexen statistischen Analysen, in deren Rahmen für alle bekannten Gruppenunterschiede adjustiert wurde, reduzieren den hidden bias zwar deutlich, können ihn aber nicht ausschließen. Der Vorteil der Randomisierung hingegen besteht darin, dass sie auch Einfluss auf Gruppenunterschiede nimmt, die nicht bekannt sind. Damit ist die Randomisierung die einzige Methode, um hidden bias sehr unwahrscheinlich zu machen [Rosenbaum, 2002]. Auf der anderen Seite ist es ein großer Vorteil des von uns gewählten nicht-randomisierten Designs, dass die tägliche Praxis realistisch abgebildet wird. Damit weisen die Ergebnisse der Outcome- und Kosten-evaluation eine gute Übertragbarkeit auf die medizinische Routineversorgung auf.

Auch wenn Analysen zur Wirtschaftlichkeit einzelner Therapieverfahren Allokationsentscheidungen im Gesundheitswesen unterstützen können [Weinstein, 1977] und in anderen Ländern bereits zum Standard gehören (u.a. England, USA und Kanada), werden sie in Deutschland bisher selten durchgeführt. Die vorliegende Studie hat erstmals eine komplexe Gesamtkostenanalyse für ein komplementärmedizinisches Verfahren in Deutschland vorgenommen. Dabei wurden nicht nur indirekte Kosten berücksichtigt wie bei einer früheren Studie [Güthlin, 2004], sondern direkte Kosten anhand von Krankenkassendaten berechnet. Die Kostenanalyse auf der Basis von Original-Krankenkassendaten unterscheidet die vorliegende Studie auch von den bisher international durchgeführten Kostenevaluationen zur Homöopathie (u.a. [Trichard, 2005; Jain, 2003; Frei, 2001]). Die vorliegende Kostenanalyse hat somit einige methodische Vorteile, denn durch die Verwendung von Krankenkassendaten als Grundlage für die Kostenermittlung war es möglich, eine wesentlich höhere Datengüte als bei Patientenangaben und eine Datenvollständigkeit zu erzielen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt dieser Studie ist die Wahl der Kontrollgruppe, die keine Placebogruppe war. Ziel der Kontrollgruppe war es, die Behandlungsrealität im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abzubilden, so dass für die größtmögliche Realitätsnähe auch die konventionelle Behandlung nicht standardisiert wurde. Da die konventionelle Behandlung eine sog. aktive Kontrolle ist, bestand vor Studienbeginn auch die Möglichkeit, dass Homöopathie signifikant schlechter als eine konventionelle Behandlung ist. Interessanterweise war dies jedoch bei keinem der Outcomeparameter der Fall. Trotz dieser Argumentation sollte klar sein, dass auch diese vergleichende Studie nicht als Wirksamkeitsstudie mit dem Ziel der formalen Nicht-Unterlegenheit der Homöopathie durchgeführt wurde, sondern einen realistischen Vergleich von zwei unterschiedlichen Behandlungsansätzen zum Ziel hatte.

Es gibt bisher nur wenige Studien, die hiermit vergleichbar sind. In einer kontrollierten Studie zu akuten Ohr- oder Atemwegsbeschwerden schien die Homöopathie ähnlich effektiv zu sein wie die konventionelle Therapie. Hier wurden 281 homöopathisch behandelte Patienten mit 175 konventionell therapierten Patienten verglichen [Riley, 2001]. 83% aller homöopathisch und 68% aller konventionell behandelten Patienten berichteten innerhalb von 14 Tagen von einer vollständigen oder deutlichen Abheilung der Beschwerden, so dass die Chancen eines Patienten auf eine Verbesserung mit einer OR von 1,9 geschätzt wurden. Die Lebensqualität (gemäß Health Complaint Questionnaire HCQ-5) war in beiden Gruppen nahezu identisch.

Anfang 2005 haben wir eine weitere vergleichende Studie zur Homöopathie begonnen [www.charite.de, 2005]. Da unsere prospektive Beobachtungsstudie zeigte, dass die Atopische Dermatitis die häufigste homöopathisch behandelte Erkrankung im Kindesalter ist und dass in der Routineversorgung die Homöopathie Effekte vergleichbar der konventionellen Therapie zeigte, führen wir die Forschung zu dieser Diagnose weiter fort. In der zurzeit laufenden Studie vergleichen wir Kinder mit Atopischer Dermatitis, die homöopathisch behandelt werden, mit Kindern, die rein konventionell behandelt werden. Die Ergebnisparameter sind in dieser Studie speziell auf die Atopische Dermatitis ausgerichtet und die Beurteilung des Hautzustandes erfolgt durch einen externen verblindeten Rater. Sollte sich in dieser Studie, die nach wie vor Patientenpräferenzen berücksichtigt, eine Effektivität der Homöopathie zeigen, wäre als nächster Schritt eine randomisierte kontrollierte Studie durchzuführen.

Prinzipiell stellt sich aber die Frage, welche Forschung in der Homöopathie in der Zukunft sinnvoll ist. Natürlich sind vielschichtige Studienansätze, wie sie im Rahmen des "Modellvorhabens Akupunktur der Techniker Krankenkasse" [Witt, 2004] durchgeführt wurden, wünschenswert, jedoch stehen dafür nicht ausreichend finanzielle Ressourcen zur Verfügung. Möchte man die Vorteile der Randomisierung nutzen, ohne auf die Berücksichtigung von Patientenpräferenzen zu verzichten, wären die u.a. von Lüdtker [Lüdtker, 2005a] für die Komplementärmedizin vorgeschlagenen Comprehensive Cohort Designs [Olschewski, 1992] eine Möglichkeit. In diesen Designs werden die Patienten erst nach ihren Präferenzen befragt und nur diejenigen ohne Präferenz randomisiert, wobei aber die nicht-randomisierten Patienten im Rahmen einer Kohorte weiterhin vollständig entsprechend ihrer Präferenz behandelt und entsprechend den Studienvorgaben dokumentiert werden.

4.2 Chinesische Medizin

4.2.1 Akupunktur

In den seit 2000 in Deutschland durchgeführten Modellvorhaben [Witt, 2004; Molsberger, 2004; Melchart, 2004] sind mehrere Akupunkturstudien parallel durchgeführt worden. Die in der vorliegenden Arbeit dargestellten Akupunkturstudien sind Teile des „Modellvorhabens Akupunktur der Techniker Krankenkasse“ [Witt, 2004]. Es war einer seiner wesentlichen Vorteile, dass parallel die spezifische Wirksamkeit der Akupunktur und die Effektivität der Akupunktur in der Routineversorgung untersucht werden konnten. Dadurch bestand die einzigartige Möglichkeit, beide Studienergebnisse in einen Gesamtkontext zu setzen. Um die Ergebnisse vergleichen zu können, wurden in beiden Studienteilen

ähnliche Messinstrumente und Erhebungszeitpunkte verwendet. Die Acupuncture in Routine Care Studies (ARC) wurden konzipiert, um mit einer hohen externen Validität und großen Fallzahlen die Wirksamkeit von Akupunktur in der Routineversorgung (effectiveness) zu untersuchen. Die Acupuncture Randomised Trials (ART) hingegen untersuchten mit einer hohen internen Validität die Wirksamkeit der Akupunktur an spezifischen Akupunkturpunkten (efficacy).

Bei beiden Studienansätzen zeigte sich eine vergleichbare Überlegenheit der Akupunkturpatienten gegenüber Patientengruppen, die keine Akupunktur erhielten [Witt, 2005b; Melchart, 2005; Linde, 2005; Brinkhaus, 2005b; Becker-Witt, 2003a; Jena, 2004]. Hervorzuheben ist, dass die Ergebnisse im randomisierten und im nicht-randomisierten Studienteil der ARC Studien ähnlich waren. Diese Erkenntnis wird auch durch andere Publikationen bestätigt [Concato, 2000], was die übliche Evidenzhierarchie, zumindest für die Übertragbarkeit von Studienergebnissen in die Routineversorgung, überdenken lässt. Nicht übertragbar ist dies jedoch auf experimentelle Studien, die unter kontrollierten Bedingungen mit einer stark selektierten Patientenklientel durchgeführt werden.

Die Patienten konnten in der Wartelistenkontrolle nicht verblindet werden; dies stellt eine Limitation unserer Studien dar. Es ist daher das Vorhandensein eines Bias möglich, z.B. dadurch, dass die Patienten der Wartelistengruppe aus Enttäuschung über den verzögerten Erhalt der Behandlung die Akupunktur negativer oder die Patienten der Akupunkturgruppe im Vertrauen auf eine sofortige Behandlung die Akupunktur positiver bewertet haben. Eine resultierende Überschätzung der Wirksamkeit von Akupunktur ist nicht auszuschließen. Gegen einen solchen Bias spricht, dass in den Wartelistengruppen während der Wartezeit eine leichte Verbesserung beobachtet wurde. Selbst wenn dieser Bias angenommen wird, wären die beobachteten ausgeprägten Wirksamkeitsunterschiede zwischen der Akupunktur- und der Wartelistengruppe dadurch höchstens teilweise erklärbar.

Der Vergleich zwischen Akupunktur und Minimalakupunktur fällt in ART bei Migräne und Gonarthrose unterschiedlich aus. Obwohl vergleichbar hohe Responderraten unter Akupunktur vorlagen (ca. 50% der Patienten in beiden Studien berichteten einen Rückgang der Schmerzen bzw. der Schmerztage um die Hälfte), war bei Migräne die Minimalakupunktur ähnlich erfolgreich wie die Akupunktur. Das gute Ansprechen der Minimalakupunktur wäre z.B. durch die spezifische Wirksamkeit der dafür gewählten Punkte zu erklären. Dies scheint jedoch wenig wahrscheinlich, da die Auswahl gezielt un-spezifischer Punkte in einem Konsensusprozess mit Experten durchgeführt wurde [Brinkhaus, 2003; Melchart, 2003]. Eine andere Erklärung wäre, dass punktunspezifische, physiologische Effekte der Nadelung (z.B. „diffuse noxious inhibitory control“ [LeBars, 1991], dies meint die Hemmung vorhandener Schmerzen durch neue Schmerzen) stärker bei Migräne als bei Gonarthrose wirksam sein könnten. Auch die Hoffnung der Studienteilnehmer auf Besserung durch die Akupunktur (Erwartungseffekte) könnte einen Einfluss gehabt haben. Die Relevanz von Erwartungseffekten konnte in einer experimentellen Studie bereits gezeigt werden [Walach, 2002b]. Auch aufgrund der Aufklärung, die Begriffe wie Placebo-, Schein- oder Minimalakupunktur aus Gründen der Verblindung vermied, war in unseren Studien die Erwartungshaltung in den beiden Interventionsgruppen hoch. Es erscheint auch möglich, dass Patienten mit Migräne mit einer relativ höheren Placeboempfindlichkeit assoziiert sind, da es sich im Gegensatz zur Gonarthrose um eine Erkrankung handelt, bei der Heilung zu den Erwartungen gehört. Die besondere Intensität der Behandlung (starke Zuwendung;

berührungsintensive, invasive, ritualhafte Intervention) und das exotische Setting der Akupunktur dürften die unspezifischen Effekte gesteigert haben. Kaum untersucht dagegen ist der Einfluss der Erwartungen und Überzeugungen der behandelnden Ärzte auf den Outcome.

Üblicherweise werden die genannten Einflussfaktoren unter dem Begriff Placebo zusammengefasst. Es besteht jedoch ein Unterschied zwischen einem Placebo in der Arzneimittelforschung und einer Kontrolle in der Akupunktur, da bei Formen der Sham- oder Minimalakupunktur z.T. die Haut penetriert wird und dadurch bereits physiologische Effekte ausgelöst werden. Deshalb wird bei der Erforschung komplexer Therapieverfahren wie der Akupunktur häufig zwischen spezifischen und unspezifischen Effekten unterschieden [Walach, 2001a; Pariente, 2005]. Die unspezifischen Effekte beinhalten alle Effekte, die nicht direkt der spezifischen Wirkung der Akupunkturpunkte zuzurechnen sind, was auch physiologische Effekte aufgrund einer Hautpenetration einschließt.

Walach [Walach, 2001a] zieht von den unspezifischen Effekten noch statistische Artefakte (regression to the mean) und Regression ab (natürlicher Krankheitsverlauf, siehe Abbildung 4).

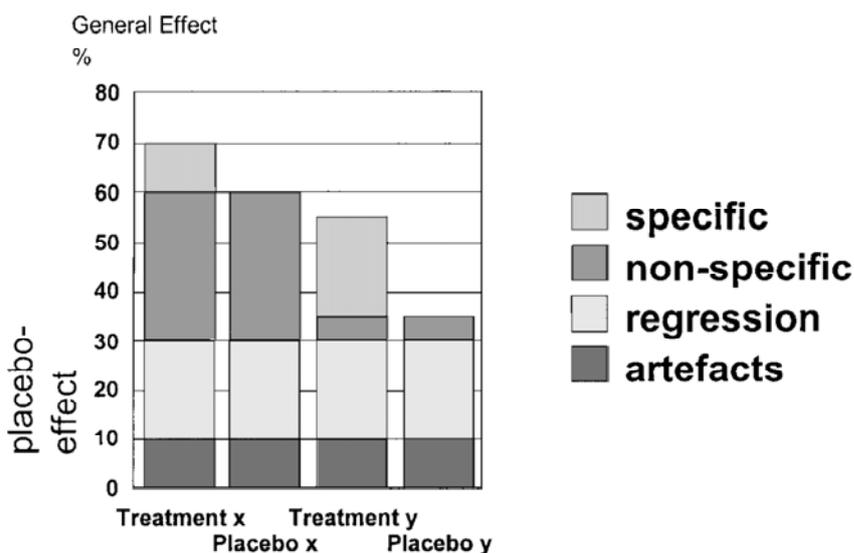


Abbildung 4: Aufgliederung eines Therapieeffektes (entnommen aus [Walach, 2001a]).

Walach trifft in seinem Beispiel die Annahme, dass Messartefakte und Regression in zwei unterschiedlichen Studien (x und y) gleich sind. In der Studie y ist der spezifische Effekt 20% und wird signifikant, während er in der Studie x nur 10% beträgt und der Unterschied nicht signifikant ist, obwohl der Gesamteffekt in Studie x für die Patienten größer ist. Von manchen Autoren wird die Größe von unspezifischen Effekten in der Akupunktur 3 bis 4 mal größer geschätzt als die der spezifischen Effekte [Pariente, 2005]. Betrachtet man die Responderraten in unseren Akupunkturstudien, werden bei der Gonarthrose [Witt, 2005b] etwa 50% des Gesamteffekts, bei der Migräne [Linde, 2005] sogar fast 100% des Gesamteffekts, durch unspezifische Effekte erklärt. Basiert

man, wie in der klinischen Forschung üblich, seine Schlussfolgerungen nur auf die spezifischen Effekte, so besteht die Gefahr, den wirklichen Benefit einer Therapie zu unterschätzen. In der klinischen Forschung wird häufig der Eindruck vermittelt, die unspezifischen Effekte seien therapeutisch weitaus weniger interessant [Walach, 2002a]. Die interessante Strategie, die unspezifischen Effekte näher zu evaluieren und wenn möglich zu maximieren, um in der alltäglichen Praxis für den jeweiligen Patienten den maximalen Benefit zu erzielen, wird von wenigen Autoren wie Walach und Jonas verfolgt [Walach, 2004].

Vor diesem Hintergrund wird die Relevanz der Wartelistenkontrolle deutlich, die eine valide Abschätzung der Größe der unspezifischen Effekte erlaubt. Aus Sicht von Paterson und Dieppe [Paterson, 2005] sind randomisierte placebokontrollierte Studien für komplexe Interventionen wie Akupunktur grundsätzlich problematisch, da sie nicht den gesamten Effekt erfassen und therapeutische Elemente komplementärmedizinischer Verfahren, z.B. die Stellung einer chinesischen Diagnose, von vornherein vom Therapieeffekt abziehen. Daher ist es aufgrund unserer Erfahrung sinnvoll, bei placebokontrollierten Studien zur Akupunktur immer eine Wartelistenkontrolle als dritten Studienarm mitzuführen, um die Größe des unspezifischen Effekts messen zu können.

Es finden sich nur wenige Studien, die einen direkten Ergebnisvergleich unserer Studienergebnisse mit den bisherigen Publikationen ermöglichen. Der größte Teil früherer Studien hatte ein vorwiegend experimentelles Design und kleine Fallzahlen. Die Ergebnisse bei Studien mit Wartelistenkontrolle waren häufig mit unseren Daten vergleichbar. Eine Studie 401 Patienten mit Migräne und/oder Spannungskopfschmerzen zeigte ebenfalls eine Überlegenheit der Akupunkturbehandlung gegenüber „usual care“ [Vickers, 2004]. Ähnliche Ergebnisse fanden Christensen et al., Berman et al. und Tillu et al. [Christensen, 1992; Berman, 1999; Tillu, 2002] bei Gonarthrosepatienten.

Hinsichtlich der Minimal- oder der Sham-Akupunktur sind die Ergebnisse der bisher publizierten Studien uneinheitlich. Bei Gonarthrose decken sich unsere Ergebnisse mit den bisher publizierten Arbeiten [Takeda, 1994; Berman, 2004; Molsberger, 1994; Petrou, 1988], während bei Migräne frühere Studien [Melchart, 2001] deutlich positiver für die Akupunktur ausfielen.

Zur Kosteneffektivität der Akupunktur lagen in Deutschland bisher kaum Daten vor. Ergebnisse des Modellvorhabens des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen zur Akupunktur zeigten bei über 1.100 Patienten mit Akupunktur, dass die Anzahl der Arbeitsunfähigkeits-Tage im Mittel von 21,7 Tagen/Jahr auf 16,3 Tage/Jahr sank [Güthlin, 2001]. Über die Ursachen von möglichen Einspareffekten und die Auswirkungen der Akupunktur auf andere Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung war bislang nichts bekannt. Im Rahmen unseres „Modellvorhabens Akupunktur der Techniker Krankenkasse“ wurden Kosteneffektivitätsanalysen anhand der Lebensqualität und Krankenkassendaten durchgeführt. Das zusätzliche Angebot von Akupunktur im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung führte zu zusätzlichen Kosten, erwies sich aber gemessen an internationalen Schwellenwerten als relativ kosteneffektiv [Witt, 2005g]. Eine Kosteneffektivitätsanalyse von Akupunkturbehandlung bei Migränepatienten aus England zeigte ähnliche Ergebnisse [Wonderling, 2004]. In einem Bericht im Auftrag der Price of Wales Foundation kommt der britische Ökonom Smallwood zu einem ähnlichen Ergebnis. Aus seiner Sicht führt Aku-

punktur als optionales Angebot in der medizinischen Versorgung eher zu zusätzlichen Kosten, die aber aufgrund des Benefits zu rechtfertigen sind [www.freshminds.co.uk, 2005].

Der Eindruck, dass Akupunktur ein sicheres Therapieverfahren ist, konnte im Rahmen unserer Studien anhand von über 200.000 beobachteten Patienten mit insgesamt mehr als 2 Mio. Akupunkturbehandlungen bestätigt werden, da keinerlei lebensbedrohliche Nebenwirkungen auftraten. Jedoch kam es bei 8% der Patienten innerhalb eines Akupunkturzyklus zu leichteren Nebenwirkungen wie leichten Blutungen und kleineren Blutergüssen [Willich, 2005]. Dass in unserer Studie die Wahrscheinlichkeit schwerer Nebenwirkungen wie Pneumothorax geringer ist als in der Literatur (1:10.000 bis 1:100.000 [Peucker, 2000]) kann verschiedene Gründe haben. Die von uns erfasste Behandlung war eine ärztlich ausgeführte Akupunktur, während in anderen Ländern, z.B. Großbritannien, Akupunktur häufig von nichtärztlichen Therapeuten ausgeführt wird. Aus Sicht mancher Autoren treten schwere Nebenwirkungen vermehrt bei nichtärztlichen Therapeuten auf [Vickers, 2002]. Zudem beziehen die bisherigen Erhebungen ihre Nebenwirkungsraten meist auf kleine Fallzahlen, was zu einer Überbewertung von Einzelfällen führen kann.

Die Frage nach der richtigen Kontrollgruppe stellt sich auch in der experimentellen Akupunkturforschung. Es wurden in den letzten Jahren mehrere Experimente zur Akupunktur publiziert, von denen hier nur einige exemplarisch angesprochen werden sollen. Kou et al. [Kou, 2005] berichteten von einer signifikanten Abnahme der Leukozyten und Lymphozyten bei gesunden jungen Männern nach der dritten Akupunkturbehandlung. Pariente et al. [Pariente, 2005] konnten mittels Positronen-Emissions-Tomographie (PET) zeigen, dass die physiologischen Effekte der Akupunktur im ZNS die der Sham-Akupunktur (ohne Hautpenetration) übersteigen. Interessanterweise konnten die Autoren auch einen Effekt nachweisen, der allein durch Erwartung und den Glauben an eine wirksame Behandlung ausgelöst wurde. Neuroimmunologische Untersuchungen zeigten, dass Elektroakupunktur bei Ratten die Aktivität natürlicher Killerzellen nach Läsion der anterioren hypothalamischen Region wieder verbessern konnte [Hahm, 2004]. Alle drei hier dargestellten Experimente verwendeten allerdings eine Sham-Akupunktur ohne Penetration der Haut als Kontrolle. Dadurch ist jedoch der physiologische Effekt der Hautpenetration als nicht trennbar von der spezifischen Wirkung der Akupunkturpunkte einzuschätzen. Deshalb sollte in weiteren Experimenten untersucht werden, ob die verschiedenen physiologischen Erklärungsansätze nicht allein auf unspezifische Effekte aufgrund von Hautpenetration zurückzuführen sind.

4.2.2 Andere Methoden der Chinesischen Medizin

Ein wichtiger Aspekt des ganzheitlichen Ansatzes der Chinesischen Medizin ist die Kombination unterschiedlicher therapeutischer Verfahren. Die Methodenvielfalt der Chinesischen Medizin wird in Europa und den USA nur in wenigen spezialisierten Behandlungszentren genutzt. Die vorliegenden Studien untersuchen meist nur einzelne Verfahren der Chinesischen Medizin. Eine Aussage über die Wirksamkeit der Chinesischen Medizin als Gesamtkonzept ist daher bislang nicht möglich. Natürlich stellt sich auch hier die Frage, welches Vorgehen sinnvoll ist: a) das Zerlegen eines gesamtmedizinischen Konzepts in seine Bestandteile und die systematische Untersuchung derselben

oder b) die Betrachtung des Gesamtkonzeptes ohne die Möglichkeit, kausale Zusammenhänge darzustellen.

Zurzeit ist überhaupt nur ein Teil der bisherigen wissenschaftlichen Ergebnisse für den westlichen Sprachraum zugänglich. Unsere Übersichtsarbeit zur Verfügbarkeit von wissenschaftlichen Publikationen zu chinesischen Arzneimitteln [Pach, 2002] hat gezeigt, dass nur wenige Studien in englischer Sprache vorliegen und zudem der Zugang zu diesen Studien aufwendig und schwierig ist. Auch ist die Art der Studien sehr heterogen. Interessant war die Beobachtung, dass nur ein Teil der Studien die Patienten aufgrund von chinesischen Diagnosen einschloss, während die Mehrzahl der Studien eine konventionelle Diagnose als Einschlusskriterium wählte und die chinesische Diagnose nur als Behandlungsgrundlage verwendete.

Die Cochrane Datenbank listet aktuell acht Reviews zu chinesischen Arzneimitteln ([www.cochrane.org, 2005], Stand 10.08.05): zwei Reviews zur Hepatitis B [Liu, 2001a; Liu, 2001b], einer zur Influenza [Chen, 2005], einer zum Diabetes Typ 2 [Liu, 2004b], je einer zur akuten Bronchitis [Wu, 2005], zur akuten Pankreatitis [Qiong, 2005], zur Atopischen Dermatitis [Zhang, 2005] und zu Nebenwirkungen von Chemotherapie bei kolorektalem Carcinom [Taixiang, 2005]. Die Autoren aller Reviews weisen darauf hin, dass die kleine Anzahl der Studien und deren schlechte Qualität eine Aussage zur Evidenz nicht möglich machen. Der Review zur Behandlung des Atopischen Ekzems [Zhang, 2005] konnte beispielsweise lediglich vier randomisierte kontrollierte Studien mit eher schlechter Qualität einschließen [Xu, 1997; Graham-Brown, 1992; Perharic-Walton, 1992; Rustin, 1992].

Für unsere Qigongstudie [Witt, 2005a], die als Pilotstudie angelegt war, hat es sich als sehr vorteilhaft erwiesen, quantitative und qualitative Forschungsmethoden zu kombinieren. Während die qualitative Forschung sich auf die individuellen Effekte konzentriert, ermöglicht die quantitative Forschung Aussagen über ganze Populationen. Insbesondere wenn keine klare Konzentration auf einzelne Parameter möglich ist und explorativ vorgegangen werden muss, lässt sich durch die qualitativen Ergebnisse das Verständnis für die Daten und deren Qualität erhöhen [Verhoef, 2000]. Unsere Ergebnisse zeigten, dass es insbesondere bei den medizinischen Beschwerden in der quantitativen Untersuchung keine relevanten Gruppenunterschiede gab, während die Interviews der qualitativen Untersuchung interessante Einzelfälle hervorhoben. Insbesondere im Bereich der Komplementärmedizin lassen sich im Rahmen qualitativer Studien auch subjektive Aspekte und komplexe menschliche Erfahrungen abbilden [Broom, 2005]. Auch die Machbarkeit eines Projekts lässt sich am ehesten mit qualitativen Forschungsmethoden evaluieren, wodurch wertvolle Hinweise für weitere Projekte generiert werden können.

Neben unserer Studie haben auch andere Studien präventive Effekte von Qigong untersucht. Für den Einsatz von Qigong oder Tai-Chi als unterstützende Methode zur Sturzprävention oder Verbesserung der Balance bei älteren Menschen konnten positive Effekte gezeigt werden [Tsang, 2004; Fuzhong, 2004; Fuzhong, 2005].

4.3 Potential der Integration von Komplementärmedizin in die konventionelle Patientenversorgung

4.3.1 Standortbeschreibung

Über die letzten Jahrzehnte hat sich die Komplementärmedizin in der Patientenversorgung zu einem System neben der konventionellen Medizin entwickelt. Eine systematische Kooperation oder eine Integration der verschiedenen Grundkonzepte komplementärmedizinischer Methoden im sog. Mainstream findet jedoch bisher kaum statt [Willich, 2004]. Auffällig ist auch eine Divergenz zwischen dem, was an Universitäten gelehrt und vertreten wird und dem, was in niedergelassenen Praxen angewendet wird. Während die Komplementärmedizin in der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland mittlerweile weit verbreitet ist, ist sie an den Universitäten nach wie vor selten vertreten [Brinkhaus, 2005a]. Allgemein ist die Auseinandersetzung mit dem Thema Komplementärmedizin oft durch Patienten motiviert. Hieraus ergeben sich zwei wichtige Fragen: 1) Was macht die Komplementärmedizin für Patienten so interessant? Und 2) welche Motivation haben konventionelle Ärzte, sich zusätzlich in Komplementärmedizin ausbilden zu lassen?

Enttäuschte Erwartungen an die konventionelle Medizin werden als Grund dafür angeführt, dass Patienten zunehmend Komplementärmedizin in Anspruch nehmen [Weis, 1998]. Dabei spielen Unterschiede zwischen komplementärer und konventioneller Medizin in den jeweiligen Erklärungsansätzen für das Entstehen von Krankheit und Gesundheit bei den meisten Patienten nur eine geringe Rolle [Frank, 2004]. Viele Patienten wollen nicht nur das Symptom oder die externe Causa behandelt wissen, sondern als ganzes Individuum gesünder werden. Die Patienten möchten nicht nur eine Krankheitskontrolle durch ihren Arzt erfahren, sondern wünschen sich eine Unterstützung in der Krankheitsbewältigung [Willich, 2004]. Prinzipiell sind dies Aspekte, die sich die verschiedenen komplementärmedizinischen Verfahren zum Ziel gemacht haben oder historisch schon immer vertreten haben. Sharma [Sharma, 1992] hat bereits Anfang der 1990-er Jahre verschiedene Typen von Patienten beschrieben, die Komplementärmedizin nutzen: a) Patienten, die eine komplementärmedizinische Lösung für eine spezifische Erkrankung suchen, b) Patienten, die aufgrund verschiedenster Symptome Hilfe in den verschiedensten komplementärmedizinischen Verfahren suchen und c) Patienten, die mit all ihren Symptomen vertrauensvoll bei einer komplementärmedizinischen Methode bleiben.

Nur wenige Patienten lehnen die konventionelle Medizin ab, die meisten nutzen die Komplementärmedizin zusätzlich [Sharma, 1992]. In qualitativen Studien zeigte sich, dass Akupunkturpatienten in Deutschland nur wenig Interesse hatten, tiefere Einblicke in die Chinesische Medizin zu erhalten. Außerdem schienen sie nur wenig interessiert, in die therapeutischen Entscheidungen miteinbezogen zu werden [Frank, 2004]. Hingegen waren Patienten bei klassisch homöopathischen Ärzten weitaus mehr daran interessiert, in medizinische Entscheidungen einbezogen zu werden [Frank, 2002]. Dies zeigt deutliche Unterschiede innerhalb der komplementärmedizinischen Verfahren. Akupunktur wird zunehmend in die normale ärztliche Versorgung integriert, vorwiegend in der Behandlung von Schmerzerkrankungen, während homöopathische Ärzte von ihren Patienten für ein breites Erkrankungsspektrum aufgesucht werden.

Die Anzahl der Ärzte, die eine Zusatzausbildung in einem oder mehreren komplementärmedizinischen Verfahren erworben haben, ist deutlich angestiegen. Für Homöopathie und Naturheilkunde gibt es seit vielen Jahren ärztliche Zusatzbezeichnungen. Obwohl die Homöopathie aufgrund der hohen Verdünnungen der Arzneien zu den kontroversesten komplementärmedizinischen Verfahren gehört, ist sie seit langem im Rahmen der postgraduierten ärztlichen Ausbildung akzeptiert. Die Akupunktur hingegen gehört zu den Methoden, zu denen die meisten randomisierten kontrollierten Studien durchgeführt wurden; die Zusatzbezeichnung wurde jedoch erst vor kurzem eingeführt. Dies verdeutlicht, dass im Bereich Komplementärmedizin Entwicklungen oft z.T. historisch bedingt, aber ebenso oft wenig konsistent sind.

Was motiviert die Ärzte dazu, ihren Patienten auch Komplementärmedizin anzubieten? Sie haben sicherlich sehr unterschiedliche Gründe. Betrachtet man die Entwicklung gegen Ende des letzten Jahrhunderts, wo sich konventionelle Medizin und Komplementärmedizin noch deutlicher gegenüberstanden als heute, kamen die meisten Ärzte erst nach vielen Jahren konventioneller Tätigkeit zur Homöopathie oder Akupunktur. Die Entscheidungen waren eher durch eigene Überzeugungen geprägt und den Wunsch, dem Patienten eine Therapie anzubieten, die eine Krankheitsbewältigung zum Ziel hat und die auch psychische und soziale Faktoren berücksichtigt. Auch lässt sich vermuten, dass die zunehmende Technisierung der Medizin bei einigen Ärzten den Wunsch nach einem längeren und tieferen Arzt-Patienten-Kontakt verstärkt hat.

Nachdem in den letzten Jahren der Wirtschaftlichkeitsgedanke für die niedergelassene Praxis stark an Bedeutung gewonnen hat, wurde auch die Motivation verstärkt, sich mit der Komplementärmedizin zu beschäftigen. Viele der komplementärmedizinischen Therapien sind heute als „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (sog. IGEL-Leistung) abrechenbar. Der heutige niedergelassene Arzt muss sich am Markt behaupten, an dem nun zunehmend auch die Regeln von Angebot und Nachfrage herrschen. Saks [Saks, 1995] sieht das wachsende Interesse der Ärzte an Komplementärmedizin auch als Versuch der Bewahrung von Autorität in der Gesundheitsversorgung. Die Akupunktur wird z.B. in die konventionelle Praxis integriert, um die Patienten nicht an nichtärztliche Akupunkteure zu verlieren. Da die Patientennachfrage nach Komplementärmedizin in den letzten Jahren angestiegen ist, hat auch das Angebot zugenommen. Besonders deutlich lässt sich dies anhand der Modellvorhaben Akupunktur in Deutschland beobachten. Im Rahmen dieser Modellvorhaben wird die Akupunktur von den Krankenkassen mit 25 bis 35 Euro pro Behandlung vergütet. Zeitgleich stieg auch die Anzahl der Ärzte, die in Deutschland Akupunktur anbieten. Entwicklungen wie diese lassen sich für Verfahren beobachten, die gut in den konventionellen Praxisablauf integrierbar sind (z.B. Akupunktur oder Neuraltherapie) und weniger bei Methoden wie der Klassischen Homöopathie, die eine komplette Umstellung der Praxisstruktur erfordern.

Bei Diskussionen der Komplementärmedizin ist zu berücksichtigen, dass dieser Begriff ein Sammelbecken sehr heterogener Verfahren mit ebenso unterschiedlichen philosophischen Erklärungsansätzen ist (er umfasst z.B. die Akupunktur genauso wie die Edelsteintherapie). Es gibt Verfahren, die häufiger angewendet werden als andere. Die Häufigkeit der Anwendung einer komplementärmedizinischen Methode ist länder- und kulturspezifisch [Härtel, 2004; Eisenberg, 1998]. In Deutschland spielt die Phytotherapie eine viel größere Rolle als z.B. in den USA, während in

Deutschland die in den USA häufig angewendeten Megavitamins kaum bekannt sind. Letztendlich ist es nicht sehr hilfreich, alle Verfahren zusammen unter einem Sammelbegriff der konventionellen Medizin gegenüberzustellen. Bevölkerungsumfragen, in denen allgemein zur Komplementärmedizin gefragt wird, ergeben wenig valide Aussagen, da das, was die Befragten unter Komplementärmedizin verstehen, sehr heterogen ist. Auch bei präziser Nennung einzelner Verfahren, wie z.B. der Homöopathie, ohne diese detailliert zu definieren, kommt es mit einer hohen Wahrscheinlichkeit noch zu Fehleinschätzungen (z.B. das Verwechseln von Homöopathie mit Phytotherapie).

Gemeinsam ist fast allen komplementärmedizinischen Verfahren das völlige oder teilweise Fehlen einer naturwissenschaftlichen kausalen Erklärung ihrer Wirkweise. Für viele komplementärmedizinische Ärzte ist dies jedoch von untergeordneter Bedeutung. Frank [Frank, 2004] geht noch einen Schritt weiter und behauptet, dass selbst wenn wissenschaftliche Belege vorlägen, die für die meisten praktizierenden Ärzte ohne Belang wäre. Die konventionelle Medizin vertritt hingegen Konzepte von naturwissenschaftlich-kausalen Wirkmechanismen und der evidenzbasierten Medizin. In dieser Problematik stehen sich beide Seiten sehr kontrovers gegenüber.

4.3.2 Individualität versus Standardisierbarkeit

Die konventionelle Medizin entwickelt im Sinne der Qualitätssicherung zunehmend Leitlinien und Standardisierungen. Systematische Patientendokumentation und die Anwendung von Bewertungskriterien wie der Evidence Based Medicine sollen die Qualität der Behandlung verbessern, mehr Transparenz schaffen und langfristig auch höhere Kosteneffizienz ermöglichen. Für die meisten Therapieverfahren der konventionellen Medizin bringt eine zunehmende Standardisierung der Behandlung mittels Behandlungspfade oder Therapieleitlinien große Vorteile. Aber auch hier gibt es immer wieder Ausnahmen, wie z.B. bei komplexen chirurgischen Interventionen, bei denen individuelle Merkmale des Patienten im Vordergrund stehen.

Bei den meisten komplementärmedizinischen Verfahren steht dagegen die individuelle Behandlung des Patienten im Vordergrund. Dies schließt nicht aus, dass Behandlungspfade, die ja auch diagnostische Prozesse einschließen, durchaus auch für komplementärmedizinische Methoden einführbar sind. Im Zuge einer kosteneffektiven Strukturierung wurde auch für komplementärmedizinische Kliniken eine Systematisierung der Behandlungsabläufe interessant und notwendig. Matthiessen [Matthiessen, 2005] weist aber grundsätzlich darauf hin, dass man die Diagnosestellung nicht auf einen abstrakten und standardisierten Prozess reduzieren kann, sondern dass es notwendig ist, die generellen Krankheitsaspekte auf den individuellen Patienten anzuwenden. Die zunehmende Strukturierung der konventionellen Medizin bei gleichzeitiger partieller Integration verschiedener komplementärmedizinischer Methoden ist nicht unproblematisch. Zum Beispiel wurde die Integration von Phytotherapeutika in die konventionelle Medizin von Sampson [Sampson, 2005] in einem Editorial des New England Journal of Medicine aktuell kritisiert. Sampson hält die Indikationsstellung für Phytotherapeutika in der konventionellen Medizin für wenig nachvollziehbar, da es in der historischen (traditionellen) Anwendung kein Konzept von Krankheitsstadien und deren Ursachen gibt.

Komplexer wird es bei Fragen der Standardisierung von Diagnose und Behandlung. Ausgangspunkt für jede Behandlung ist eine Diagnose, die in der konventionellen Medizin meist naturwissenschaftlich kausal-orientiert ist, während sie in den meisten komplementärmedizinischen Verfahren auch auf der Grundlage philosophischer Konzepte beruht. Der ganzheitliche individuelle Ansatz vieler komplementärmedizinischer Verfahren lässt die Berücksichtigung unterschiedlichster Aspekte zu, die eine Behandlung maßgeblich beeinflussen können und macht eine Standardisierung schwierig. Eine wichtige Voraussetzung für Standardisierbarkeit ist, dass innerhalb einer therapeutischen Richtung verschiedene Ärzte bei demselben Patienten auch zu derselben Diagnose gelangen. In der konventionellen Medizin sollte z.B. die Migräne eines Patienten von verschiedenen Ärzten gleichermaßen als Migräne diagnostiziert werden, wohingegen z.B. in der Chinesischen Medizin oder der Homöopathie die Diagnosestellung weitaus heterogener ist.

Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden: Eine Patientin kommt aufgrund regelmäßiger Kopfschmerzen zum konventionell behandelnden Arzt. Nach Prüfung der Kriterien der International Headache Society und nach Ausschluss anderer Ursachen stellt er die Diagnose Migräne, die seine Kollegen sehr wahrscheinlich bestätigen würden. Dieselbe Patientin geht zu einem Arzt, der Klassische Homöopathie anwendet und erhält eine ausführliche Anamnese. Der Arzt wird sich ggf. für die homöopathische Arznei *Silicea* (potenziertes Siliziumdioxid) entscheiden, da sowohl die Art der Kopfschmerzen als auch die anderen Symptome der Patientin (u.a.: Patientin hat selbst im Hochsommer kalte Füße und friert leicht; ihre Wunden heilen im Allgemeinen schlecht) im Arzneimittel von *Silicea* zu finden sind [Kent, 1986]. Würde diese Patientin nun einen zweiten homöopathischen Arzt aufsuchen und diesem weder von den kalten Füßen noch von den schlecht heilenden Wunden erzählen, wäre es möglich, dass dieser eine ganz andere homöopathische Arznei (z.B. *Pulsatilla*, potenzierte Küchenschelle [Kent, 1986]) verordnen würde. Es kommt also darauf an, wie viel Information der homöopathische Arzt von seiner Patientin erhält und wie er das Gewicht der jeweiligen Symptome einschätzt. Dieses Problem ist in der Homöopathie sehr wohl bekannt. Im Rahmen der Qualitätssicherung werden Supervisionen durchgeführt, die zu einer Professionalisierung der homöopathischen Ärzte beitragen sollen, jedoch das Grundproblem der Heterogenität in der homöopathischen Arzneimitteldiagnose nicht im Kern lösen können. Eine ganz ähnliche Problematik finden wir in der Chinesischen Medizin. Ihre Diagnostik beruht neben der Befragung vor allem auf der Puls- und Zungendiagnose. Beide Verfahren hängen maßgeblich von der Erfahrung des Behandlers, aber auch vom Zeitpunkt der Diagnosestellung ab, so dass auch hier heterogene Diagnosen zu erwarten sind.

Die Diagnosen der verschiedenen komplementärmedizinischen Verfahren bedienen sich einer ganz eigenen Systematik und sind nicht in konventionelle Diagnosen übersetzbar. Die Beispielpatientin hätte ggf. drei verschiedene Diagnosen, die nicht miteinander kompatibel sind: Migräne in der konventionellen Medizin, Arzneimitteldiagnose *Silicea* in der Homöopathie und z.B. Leber-Qi-Stauung in der Chinesischen Medizin [Focks, 2000]. Das Problem ist seit vielen Jahren bekannt und lässt sich nicht grundsätzlich lösen. Als gemeinsame Sprache hat sich meist die konventionelle medizinische Diagnosestellung etabliert, wobei die komplementärmedizinischen Diagnosen dann zusätzlich gestellt werden und ausschließlich die Grundlage für die komplementärmedizinische Behandlung bilden.

Zwei weitere wesentliche Aspekte hinsichtlich der Standardisierbarkeit sind die Qualität der Arzneimittel und die Qualität der Anbieter in der Komplementärmedizin. Im Bereich der Homöopathie ist die Herstellung der Arzneimittel eher standardisiert, während in der Chinesischen Medizin nach wie vor noch ein großer Bedarf an Inhaltsstandardisierung, aber auch an Unbedenklichkeitsuntersuchungen besteht.

Die Problematik Individualisierbarkeit versus Standardisierung lässt sich auch auf die Forschung übertragen. Die Klassische Homöopathie bzw. das Gesamtkonzept der Chinesischen Medizin beinhalten komplexe, therapeutisch sehr individuelle Entscheidungen, die sich nur schwer in einer randomisierten placebokontrollierten Studie abbilden lassen. Dies schließt die Durchführung solcher Studien nicht aus, soll aber darauf hinweisen, dass in diesem Studiensetting nur die spezifische Wirksamkeit einer Arznei oder einer nicht-arzneilichen Therapie (z.B. Akupunktur) untersucht wird und alle anderen Aspekte dieser Therapie unberücksichtigt bleiben.

Trotz der Komplexität der komplementärmedizinischen Diagnose und Behandlung ist es nicht unbedingt notwendig, dafür eigene Forschungsmethoden zu entwickeln. Eine sinnvolle Anwendung der vorliegenden Studientypen ermöglicht es, die verschiedenen offenen Forschungsfragen zu untersuchen.

4.3.3 Entwicklungsmöglichkeiten zur Stellung der Komplementärmedizin

Die Stellung der Komplementärmedizin im Rahmen der zukünftigen medizinischen Versorgung ist eine komplexe Frage. Nach Kaptchuk und Miller [Kaptchuk, 2005] existieren drei Modelle für die Beziehung von Komplementärmedizin und konventioneller Medizin: Opposition, Integration und Pluralismus. Letzterer stellt eine Koexistenz von Komplementärmedizin und konventioneller Medizin als separate, aber kooperative Methoden dar.

In Deutschland beschäftigt sich ein durch die Bundesärztekammer ins Leben gerufenes "Dialogforum Pluralismus in der Medizin" mit der Stellung der Komplementärmedizin. Sein Ziel ist es, einen strukturierten Dialog zwischen den Vertretern unterschiedlicher Therapierichtungen zu initiieren und zu einer patientengerechten und wirkungsvollen Integration verschiedener therapeutischer Schulen beizutragen [Willich, 2004]. Aus Sicht der Beteiligten sollen die bisherigen Auseinandersetzungen zwischen Komplementärmedizin und konventioneller Medizin in einen rationalen Diskurs überführt werden. Es wurde eine Auswahl der häufiger angewendeten komplementärmedizinischen Verfahren getroffen (Akupunktur, Anthroposophische Medizin, Ayurveda, Chirotherapie, Homöopathie, Manuelle Medizin, Naturheilverfahren, Neuraltherapie, Phytotherapie, Regulationsmedizin und traditionelle Chinesische Medizin) und mit Vertretern dieser Methoden ein strukturierter Dialog geführt.

Das Oppositionsmodell ist das in der Vergangenheit am ehesten gelebte Modell. Hierbei stehen sich die Komplementärmedizin und die konventionelle Medizin unversöhnlich gegenüber, wobei sich beide Methoden selber glorifizieren und die andere Methode schlecht machen. In den USA wird versucht, das Oppositionsmodell zunehmend durch das Integrationsmodell abzulösen [Whorton, 2002]. Die Ursache dafür ist der Wunsch von Versicherern und Anbietern, die vorhandene Patientennachfrage zu befriedigen, indem eine ganzheitliche medizinische Versorgung angeboten wird. Eine wirkliche

Integration der Komplementärmedizin in die konventionelle Medizin ist jedoch sehr schwierig, wenn nicht zurzeit sogar unmöglich, da große philosophische und praktische Unterschiede bestehen. Vertreter der konventionellen Medizin, die auf kausal-naturwissenschaftliche Wirkmodelle sehr großen Wert legen, werden nur wenig motiviert sein, komplementärmedizinische Verfahren, für die es meist weder einen Wirkmechanismus noch eine Evidenz der klinischen Wirksamkeit gibt, in die medizinische Versorgung zu integrieren.

Kaptchuk und Miller [Kaptchuk, 2005] propagieren auch deshalb ein pluralistisches Modell. Aus Ihrer Sicht ist es zurzeit das Beste, wenn sich Vertreter der Komplementärmedizin und der konventionellen Medizin zunehmend respektieren und wie Alliierte derselben, aber auch gegensätzlicher Meinung sein dürfen. Eine Integration ist ohne gegenseitigen Respekt nicht möglich, deshalb kann das pluralistische Modell auch als ein möglicher Zwischenschritt zu einer späteren Integration gesehen werden. Das „Dialogforum Pluralismus in der Medizin“ hat zwar eine Integration der Komplementärmedizin zum Ziel, möchte aber vorerst nur einen strukturierten Dialog führen, in dem es darum geht, Verständnis und Zusammenarbeit zwischen Komplementärmedizin und konventioneller Medizin zu vertiefen [Willich, 2004].

Letztendlich können dies Ziele sein, die man sich politisch setzt. Allerdings bestehen bei vielen konventionellen Ärzten nach wie vor große Vorbehalte gegenüber komplementärmedizinischen Verfahren. Auch wenn in England 93% der General Practitioners bereits Patienten zur Komplementärmedizin überwiesen haben [Perkin, 1994], besteht bei vielen noch deutliche Skepsis. Diese ist u.a. dadurch bedingt, dass für die meisten konventionellen Ärzte die komplementärmedizinischen Verfahren nicht nachvollziehbar sind und dass viel zu wenig über deren Wirksamkeit bekannt ist. Auch erscheinen die Qualifikationen von Anbietern der Komplementärmedizin häufig dubios [Ernst, 1996]. Dies weist auf zwei Bereiche hin, die eine Akzeptanz und mögliche Integration von Komplementärmedizin maßgeblich beeinflussen: die Evaluation der Wirksamkeit und die Qualifikation der Anbieter.

Eine allgemeine Akzeptanz der Komplementärmedizin erfordert mehr Informationen über die Wirksamkeit und Sicherheit als zurzeit vorliegen. Aktuelle Diskussionen beschäftigen sich mit der Frage, ob die konventionellen Forschungsansätze auf die Komplementärmedizin übertragbar sind [Wegscheider, 2005; Lütke, 2005a; Kiene, 2005]; auch werden von Vertretern der Komplementärmedizin häufig Einzelfallberichte angeführt und die Durchführung randomisierter kontrollierter Studien abgelehnt.

Bei zukünftigen Diskussionen und Entscheidungen sollte die Komplementärmedizin in verschiedene Bereiche gegliedert und getrennt betrachtet werden. Bestimmte Verfahren, wie die Akupunktur, sind relativ gut untersucht, wohingegen andere Verfahren, wie z.B. die Bioresonanztherapie, nahezu gar nicht evaluiert sind. Auch an dieser Stelle wird deutlich, wie unpräzise es ist, die Komplementärmedizin als Einheit zu betrachten.

Insgesamt muss die Forschung in der Komplementärmedizin systematischer und strategischer angelegt werden. Es werden weiterhin randomisierte placebokontrollierte Studien gefordert [Miller, 2004]. Die starke Fixierung auf randomisierte kontrollierte Studien hat die positive Folge, dass diese auch in der Komplementärmedizin vermehrt durchgeführt werden, jedoch auch die negative Folge,

dass Register- und Kohortenstudien zum Teil gar nicht existieren bzw. nur wenig Beachtung finden [Wegscheider, 2005]. Neben randomisierten placebokontrollierten Studien ist es jedoch auch dringend notwendig, Studien durchzuführen, die die medizinische Routineversorgung abbilden [Paterson, 2005]. Die begrenzte Generalisierbarkeit der Studienergebnisse aus randomisierten kontrollierten Studien ist einer der Gründe, weshalb valide Analysen zur Therapiesicherheit oft erst nach der Zulassung der Arznei im Rahmen von prospektiven Beobachtungsstudien möglich sind [Wegscheider, 2005]. Daher ist es sinnvoll, Therapieevaluation breit und mit unterschiedlichen Studiendesigns vorzunehmen, wie es am Beispiel der Akupunktur erfolgt ist [Witt, 2004]. Hier gewinnt die klinische Epidemiologie zunehmend an Bedeutung. Jöckel und Stang [Jöckel, 1999] haben bereits 1999 auf die generelle Notwendigkeit der Entwicklung der klinischen Epidemiologie in Deutschland hingewiesen.

Komplementärmedizin wird häufig als natürlich und implizit als harmlos propagiert. Prinzipiell gibt es keine Behandlung, die ohne jegliche Nebenwirkung ist und sei es nur die Unterlassung einer besseren Behandlung. Für einige der komplementärmedizinischen Verfahren, wie z.B. die Akupunktur, sind die unerwünschten Therapiewirkungen mittlerweile sehr gut untersucht, während für andere Verfahren, wie z.B. die chinesischen Arzneimittel, nur wenig und für wieder andere Verfahren, wie z.B. die Tibetische Medizin, überhaupt keine systematischen Erkenntnisse über deren Therapiesicherheit vorliegen. Auch im Bereich der Komplementärmedizin gilt es, Standards der konventionellen Medizin zu akzeptieren und wenn notwendig zu adaptieren. Patienten, die eine homöopathische oder chinesische Behandlung in Anspruch nehmen, haben Anspruch darauf, über mögliche Nebenwirkungen informiert zu werden. Ziel zukünftiger Studien muss es daher sein, auch die dafür notwendigen Daten zu erheben.

In vielen westlichen Ländern wird Komplementärmedizin sowohl von Ärzten als auch von Nichtmedizinern (z.B. Heilpraktiker in Deutschland) angewendet. Die medizinische Verantwortung für die Patienten sollte auch bei Anbietern der Komplementärmedizin auf der Basis einer professionellen Kompetenz übernommen werden. Wann immer dies nicht der Fall ist, könnten die Patienten einem Risiko ausgesetzt sein. Aber selbst wenn eine medizinische Ausbildung vorhanden ist, variieren die Curricula für dasselbe komplementärmedizinische Verfahren sowohl in der Dauer wie auch dem Inhalt. Die Dauer der Akupunktur-Ausbildung beispielsweise variiert von einem Wochenendkurs bis zu mehrjährigen Ausbildungen und ihre Inhalte von fixen Punktekombinationen bis hin zur Akupunktur auf der Basis einer komplexen Diagnose nach dem Konzept der Chinesischen Medizin. Zu Formalisierung und Standardisierung der Ausbildung werden jedoch auch innerhalb der Komplementärmedizin verschiedene Ansichten vertreten. Für die Sicherheit der Patienten ist die Festlegung einer Mindestqualifikation, angepasst an die jeweilige komplementärmedizinische Methode, und eine transparente Darlegung des Ausbildungsstandes des jeweiligen Behandlers anzustreben.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist eine wirkliche Integration der Komplementärmedizin in die konventionelle Medizin nicht möglich. Für einige wenige Verfahren mit guter Evidenzlage, wie z.B. die Behandlung von chronischen Schmerzen bei Gonarthrose mit Blutegeln [Michalsen, 2003] oder Akupunktur [Berman, 2004; Witt, 2005b], ist eine Integration möglich und sinnvoll. Für die meisten komplementärmedizinischen Verfahren ist die Evidenz jedoch schlecht. Hier ist weitere Forschung und

vor allem Forschung auf einem hohen Niveau notwendig. Diese erfordert jedoch eine solide Basis. Es müssen ausreichend finanzielle Mittel und gut ausgebildete Wissenschaftler vorhanden sein. Auch wenn die Anzahl hochrangiger Publikationen im Bereich Komplementärmedizin in den letzten Jahren deutlich angestiegen ist [Ernst, 2005], kann dies nur ein Anfang sein. Obwohl die Inanspruchnahme in Deutschland weiter angestiegen ist, hat es seit langem keine staatliche Forschungsförderung für den Bereich Komplementärmedizin mehr gegeben [Bornhöft, 2005]. Hingegen hat die amerikanische Regierung nach der Publikation der Inanspruchnahmedaten von Eisenberg et al. [Eisenberg, 1998] mit der Einrichtung eines finanziell sehr gut ausgestatteten National Centers of Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) reagiert. Das NCCAM gehört zum National Institute of Health (NIH) und hat zum Ziel, hochwertige Forschung in der Komplementärmedizin finanziell zu fördern, aber auch Wissenschaftler im Bereich Komplementärmedizin auszubilden [Brixey, 2005]. Seit 1999 hat das NIH ca. 1,5 Mrd. Dollar und das NCCAM die Hälfte dieses Betrags für Forschung zur Komplementärmedizin ausgegeben [Sampson, 2005]. In England beschäftigt sich das UK Research Council for Complementary Medicine damit, Leitlinien für Komplementärmedizin zu entwickeln [Ong, 2005a]. Auch im internationalen Forschungsbereich wurde die Komplementärmedizin berücksichtigt. 1996 hat die Cochrane Collaboration einen eigenen Bereich für Komplementärmedizin integriert [Berman, 1997].

In Deutschland hingegen gibt es von staatlicher Seite weder eine spezialisierte Institution noch Forschungsförderung. Neben einer Förderung der Forschung sollte ein Dialog zwischen Vertretern der Komplementärmedizin und der konventionellen Medizin geführt werden, mit dem Ziel voneinander zu lernen [Ernst, 1996]. Das „Dialogforum Pluralismus in der Medizin“ ist ein guter Beginn auf diesem Weg. Die wichtigste Voraussetzung zur Erfüllung dieser Perspektiven ist jedoch, dass die Vertreter der konventionellen Medizin und der Komplementärmedizin den begonnenen konstruktiven Dialog vertiefen, mit dem vorrangigen Ziel, Patienten im jeweiligen Stadium ihrer Erkrankung medizinisch bestmöglich zu versorgen.