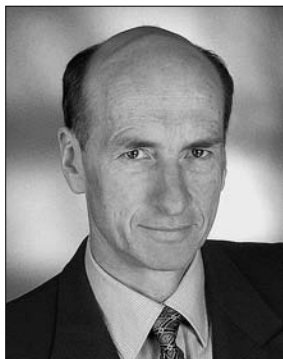


# Pluralismus der Medizin – Pluralismus der Therapieevaluation?



Dr. med. Helmut Kiene



Prof. Dr. med. Dr. rer. nat.  
Günter Ollenschläger



Prof. Dr. med. Stefan N. Willich

Im Herbst 2000 wurde auf Anregung von Prof. Dr. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, das *Dialogforum Pluralismus in der Medizin* ins Leben gerufen, mit dem Ziel, einen strukturierten Dialog zwischen Vertretern unterschiedlicher Therapierichtungen zu initiieren und zu einer patientengerechten Integration verschiedener therapeutischer Schulen beizutragen ([www.dialogforum-pluralismusindermedizin.de](http://www.dialogforum-pluralismusindermedizin.de)). Anstelle des bisher unbefriedigenden Austauschs zwischen Schul- und Komplementärmedizin sollte ein rationaler Diskurs entstehen.

Am 23./24. November 2004 veranstaltete das Dialogforum das Symposium „Pluralismus der Medizin – Pluralismus der Therapieevaluation?“ Ausgewiesene Vertreter der Methodendiskussion in Schul- und Komplementärmedizin waren eingeladen. Das vorliegende ZaeFQ-Schwerpunktheft enthält die Beiträge zu diesem Symposium. Ihre Zusammenstellung bietet einen gegenwärtig wohl einzigartigen Einblick und Überblick zu dem kontrovers diskutierten Thema des Evaluationspluralismus.

In Deutschland ist die heutige *Façon des Pluralismus der Medizin* mit den Anfängen der pluralistischen Konzeption von Wissenschaft verbunden. Voraussetzung des Wissenschaftspluralismus war der Konsens, dass logisch-mathematische Wissenschaften auf willkürlichen Axiomen beruhen und dass in empirischen Wissenschaften nicht nur die Fakten die Theorien bestimmen, sondern umkehrt auch die Theorien die Fakten. (Einstein: „Erst die Theorie entscheidet darüber, was man beobachten kann.“) In mathematischen und empirischen Wissenschaften können demzufolge mehrere Parallelsysteme existie-

ren. Als dann, zusätzlich zu dieser Einsicht, Thomas Kuhn den Begriff des Paradigmas ins Zentrum der Wissenschaftsdiskussion stellte, brach die Zeit der Pluralisten an: 1974 formulierte der Wissenschaftstheoretiker Helmut Spinner den „Pluralismus als Erkenntnismodell“, und kurz danach, 1976, folgte im Zweiten Arzneimittelgesetz der Bundesrepublik die ausdrückliche Anerkennung des medizinischen Pluralismus mit den neben der Schulmedizin bestehenden „besonderen Therapierichtungen“ wie Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophische Medizin. Die Folgejahre verstärkten diese Tendenz: In der Wissenschaftstheorie kamen die Jahrzehnte des Konstruktivismus und postmodernen Pluralismus, und in der Medizin der weltweite Boom der Komplementärmedizin. Auch Medizinrichtungen anderer Kulturen, wie Traditionelle Chinesische Medizin und Ayurvedische Medizin, gewannen in diesem Zusammenhang an Bedeutung. Das vielleicht wichtigste Argument pro medizinischem Pluralismus war, noch über den wissenschaftstheoretischen Pluralismus hinaus, dass die Medizin, gleichgültig welcher Richtung, in ihrem Zentrum eine individuelle Hilfeleistung für individuelle Patienten ist, gestützt nicht nur auf Wissenschaft, sondern auch auf empathische Arzt-Patient-Beziehung, persönliche ärztliche Urteilskraft und Patientenperspektive. Diese Individuum-zentrierte Orientierung der Medizin bedingt, wegen der kulturellen Vielfalt individueller Verständniszugänge zu Mensch und Natur, die Offenheit für einen auch medizinischen Pluralismus.

Bereits seit dem Zweiten Arzneimittelgesetz ist der Pluralismus der Therapieansätze auch mit der Frage nach dem *Pluralismus der Evaluationsmethoden*

verbunden: Sind für die Komplementärmedizin eigene, spezifische Theorien oder Methoden der Evaluation (speziell zur Wirksamkeits- oder Nutzevaluation) vorhanden, sinnvoll, erforderlich? Gibt es besondere Bedingungen, die für die Komplementärmedizin oder für Teile der Komplementärmedizin andere Anforderungen an Evaluation erforderlich machen als in der sogenannten Schulmedizin? – Tatsächlich waren unterschiedliche Messlatten entstanden: Neue Arzneimittel hatten im allgemeinen für die Marktzulassung die Hürde der randomisierten klinischen Studie zu überwinden, andererseits war für die bereits auf dem Markt befindliche große Zahl der komplementärmedizinischen Arzneimittel, wie auch für die meisten nicht-medikamentösen Therapien, der Aufwand für kontrollierte, speziell randomisierte Studien nur schwer zu bewältigen.

Mitte der 90er Jahre wurde Evidenzbasierte Medizin (EbM) zur neuen Leitidee einer evaluativ orientierten Medizin: Ärztliche Therapieentscheidungen sollten explizit auf Evidenz aus klinischer Forschung und klinischer Praxis basieren, die Evidenz dafür umfassend erheben, gesammelt, systematisch aufbereitet, bewertet und zeitnah allgemein zugänglich gemacht werden. Der ursprünglichen Intention nach sollte EbM eine Bottom-up-Bewegung sein, nicht eine Top-down-Regulierung der ärztlichen Tätigkeit. Evidenzbasierte Leitlinien sollen deshalb als Orientierungshilfen, nicht als Richtlinien verstanden werden. Auf der anderen Seite aber hat sich EbM in Deutschland, mit dem Argument der begrenzten Finanzressourcen des Gesundheitswesens, auch in gesundheitsbehördlicher Regulation niedergeschlagen. – Wo steht nun die Komplementärmedizin in diesem Prozess? In den vergangenen Jahren nahm der Umfang der Forschungsaktivitäten sprunghaft zu, doch von einer Erfüllung der heutigen EbM-Zielvorgaben scheint die Komplementärmedizin deutlich weiter entfernt als die Schulmedizin.

Dieser Hintergrund – wissenschaftstheoretischer Pluralismus, die Betonung von Individuums-bezogener Ausrich-

tung der Medizin sowie ärztlicher Erfahrung und Patientenperspektive, zuletzt auch das Verhältnis zu EbM – bedingt, dass heute im Kontext der Komplementärmedizin manche Grundsatzfragen der evaluativ orientierten Medizin mit besonderem Nachdruck diskutiert werden. Den Rahmen der Diskussion bilden dabei die folgenden drei Spannungsbögen:

1. Das Verhältnis von Wunsch und Wirklichkeit der Evaluation: Wie verhält es sich mit Stellenwert und Realisierbarkeit randomisierter Studien einerseits, mit Bedeutung und Machbarkeit einer Individuums-bezogenen Therapieforschung andererseits?
2. Das Verhältnis von Gleichheit und Ungleichheit der Evaluationsanforderungen: Inwieweit ist es angesichts von ungleichen Realisationsbedingungen von Studien in Schul- und Komplementärmedizin möglich und sinnvoll, gleiche Standards einzufordern – oder umgekehrt gefragt: auf eine Gleichheit der Evaluationsstandards zu verzichten?
3. Der Stellenwert von EbM für die medizinische Versorgung: Inwieweit kann und darf EbM neben der ursprünglichen Zielsetzung auch für regulatorische Zwecke eingesetzt werden?

Diese Rahmenthemen durchziehen viele Bereiche des Evaluationspluralismus und erhalten besondere Brisanz beim Blick auf komplementärmedizinische Verfahren. Die Beiträge des vorliegenden ZaeFQ-Heftes erschließen wesentliche Aspekte dieser komplexen Thematik: Juristische, ärztlich/medizinische, erkenntnistheoretische, methodologische, anthropologische, ethische, ökonomische. Die beiden ersten Artikel berühren umfassende Punkte des gesamten Themas (Zuck: Verfassungsrechtlicher Rahmen des Pluralismus; Matthiessen: Therapieentscheidung des Arztes). Die nachfolgenden Artikel stellen in quasi dialektischer Weise schul- und komplementärmedizinische Positionen gegenüber: Wegscheider und Lüdtko (Wirksamkeitsprüfungen durch Vergleiche), Müller-Oerlinghausen und

Kienle (Evaluationsmodelle und Pluralismus), Raspe und Kiene (Evidence-based Medicine – Cognition-based Medicine). Willich stellt exemplarisch Möglichkeiten der Evaluation komplementärmedizinischer Therapiemethoden mit konventionellen Studientypen dar. Zuletzt diskutieren deRidder, Schulte und Kraft die Situation des Arztes heute im Spannungsfeld von Evidenzbasierten Leitlinien und Verantwortung für den individuellen Patienten.

Dieses Symposium des *Dialogforum Pluralismus in der Medizin* war geprägt durch hervorragende Beiträge, konstruktive Diskussion, Bereitschaft zu kritischer Reflexion und nicht zuletzt eine offene und herzliche Atmosphäre in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung Berlin. Wir hoffen deshalb, dass der rationale Diskurs verschiedener Therapierichtungen auch zu rationalem Erkenntnisgewinn führen wird und letztlich den Patienten zugute kommt.

Dr. med. Helmut Kiene  
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat.  
Günter Ollenschläger  
Prof. Dr. med. Stefan N. Willich