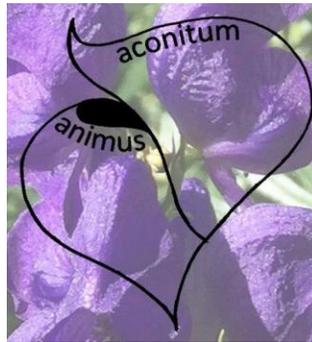


"Integrative Medizin mit Evidenz - ein Ausblick in die Zukunft!"

Transkript (redigiert) der online- Podiumsdiskussion

- aconitumanimus -
die Plattform der Bürgergemeinschaft
für gesundes und selbstbestimmtes Leben e. V.



"Integrative Medizin mit Evidenz - ein Ausblick in die Zukunft!"

Podiumsdiskussion-online

Der Ansatz der integrativen Medizin, der Schul- und Komplementärmedizin miteinander vereint, ist seit längerer Zeit stark unter Druck. Das häufig angebrachte Argument ist, dass der komplementärmedizinische Ansatz nicht evidenzbasiert sei.

Was ist überhaupt evidenzbasierte Medizin und wie viel Evidenz steckt in der Medizin allgemein? Welche Bedeutung haben das Menschenbild und die Erfahrungsmedizin bei der Beantwortung wichtiger Fragen in Bezug auf die Zukunft der integrativen Medizin?

Montag, 09.10.2023, 19 Uhr

Referenten:

Prof. Dr. Hartmut Schröder

Seit 2020 bin ich Emeritus, nachdem ich von 1994 bis 2020 den Lehrstuhl für Sprachgebrauch und Therapeutische Kommunikation an der Europa-Universität Viadrina innehatte. Seit 2022 bin ich Prodekan für Gesundheits- und Beratungswissenschaften an der University for Digital Technologies in Medicine and Dentistry DTMD (mit Sitz in Luxemburg). Ich bin außerdem Ordentliches Mitglied der Europäischen Akademie der Wissenschaften und Künste und Präsident der Internationalen Gesellschaft für Natur- und Kulturheilkunde.

Prof. a.D. Dr. Andreas Sönnichsen

Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Allgemeinmedizin. Medizinstudium an der Illinois Wesleyan University, Bloomington, Illinois, USA und an der Ludwig-Maximilians-Universität München 1980-1986, Facharztausbildung u.a. am Klinikum Großhadern der LMU München 1986-1996, eigene Praxis als hausärztlicher Internist von 1997-2012, Professuren für Allgemeinmedizin an der Paracelsus-Universität Salzburg, der Universität Witten/Herdecke und der Medizinischen Universität Wien 2006-2022. Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin von 2019-2021. Wissenschaftlicher Schwerpunkt: evidenzbasierte Medizin, Patientensicherheit, Medikationssicherheit und Interessenkonflikte in der medizinischen Wissenschaft. Er positionierte sich bereits im März 2020 kritisch zu den Corona-Maßnahmen und warnte vor den Kollateralschäden und den möglichen negativen Folgen der übereilt und nur bedingt zugelassenen Corona-Impfstoffe.

Prof. Dr. Dr. Phil. Harald Walach

Professor Harald Walach ist klinischer Psychologe (Diplom 1985, Promotion 1992, Habilitation 1998) und Philosoph (Promotion Wissenschaftstheorie und Wissenschaftsgeschichte 1995). Er ist Professorial Research Fellow am Next Society Institute an der Kazimieras Simonavicius University in Vilnius, Litauen und Leiter und Gründer des Change Health Science Instituts in Berlin. Davor lehrte er an der Medizinischen Universität Poznań, Polen, an der Europa-Universität Viadrina und war Forschungsprofessor an der Universität Northampton in England. Sein Forschungsschwerpunkt ist neben der Evaluation komplementärmedizinischer Verfahren die Frage nach der Schnittstelle zwischen Bewusstsein und Gesundheit. Er hat über 200 peer reviewte Forschungsarbeiten publiziert, über 100 Buchkapitel und 16 Bücher.

Moderation: Susanne Müller-Rubelt

Moderation:

Herzlich willkommen bei aconitumanimus – der Plattform der Bürgergemeinschaft für gesundes und selbstbestimmtes Leben e. V.

Wir sind untereinander alle per Du und haben vereinbart, uns auch bei der heutigen Podiumsdiskussion mit dem Vornamen anzusprechen. Meine erste Frage geht an dich, Andreas: Wie definierst du evidenzbasierte Medizin?

Prof. a.D. Dr. Andreas Sönnichsen:

Evidenzbasierte Medizin wird sehr häufig missverstanden. Das heißt, man glaubt oder es wird allgemein geglaubt, evidenzbasierte Medizin ist nur das, was durch Studienevidenz nachgewiesen ist. Das stimmt natürlich nicht. Evidenzbasierte Medizin ist viel mehr. Sie geht auf einen wichtigen Gründervater zurück, David Sackett, der zuerst an der McMaster University in Hamilton in der Nähe von Toronto in Kanada tätig war und dann in Oxford das Oxford Centre for Evidence Based Medicine mitgegründet hat.

David Sackett hat evidenzbasierte Medizin von Anfang an als auf 3 Säulen ruhend verstanden, nämlich dem Nachweis in wissenschaftlichen klinischen Studien, der ärztlichen Expertise und den Wertvorstellungen und Wünschen des betroffenen Patienten. Sackett sah diese drei Säulen der evidenzbasierten Medizin als absolut gleichwertig und gleich wichtig an.

Und es ist auch ganz klar, dass evidenzbasierte Medizin natürlich nicht nur Studienevidenz sein kann, denn für viele Fragestellungen in der Medizin gibt es gar keine Studienevidenz, da gar keine entsprechenden Studien gemacht wurden!

Wir haben in meiner Zeit in Salzburg ein Projekt durchgeführt, das sich Recherceservice „Evidenzbasierte Medizin“ nannte. In diesem Projekt konnten Hausärzte oder Allgemeinmediziner uns Fragen aus ihrer Praxis stellen. Üblicherweise behandelt ein normaler Kassenarzt etwa 30-60 Patienten pro Tag und unter diesen sind natürlich immer einzelne Fälle, bei denen der Arzt nicht genau weiß, welche Krankheit vorliegt, welche Studienevidenz es genau zu dieser Krankheit gibt und welche Behandlung nach aktueller Studienevidenz die richtige ist. Das kann man gar nicht alles wissen, denn das ändert sich oft sehr schnell.

Unser Recherceservice „Evidenzbasierte Medizin“ sollte den Ärzten hier weiterhelfen und ihnen Antworten auf solche Behandlungsfragen liefern. Diese Fragen haben wir anschließend ausgewertet, insgesamt über 1000 Fragen, und bei weit mehr als 30 % dieser Fragen mussten wir dem Hausarzt zurückschreiben, es gibt keine Evidenz. Es gibt zwar Experten, die vielleicht meinen, dass man es so oder so

behandeln soll und andere Experten ein bisschen anders, aber es gibt keine Studienevidenz. Natürlich kann ein Arzt nicht bei 30 % seiner Patienten sagen: "Ja, lieber Herr Meyer, tut mir leid, für Ihre Erkrankung gibt es keine Evidenz also machen wir gar nichts."

Das heißt, ich als Arzt habe sozusagen die Herausforderung, dass ich meine Patienten trotzdem behandeln muss, auch wenn's keine Studienevidenz gibt. Man behandelt nicht nach Studienevidenz, sondern man behandelt nach der höchsten Evidenzstufe und diese höchste Evidenzstufe kann natürlich auch die eigene ärztliche Erfahrung und die eigene Expertise, das eigene Bauchgefühl, das Hineinfühlen in den Patienten, die Empathie sein.

Wenn es sehr harte Studienevidenz aus qualitativ hochwertigen klinischen Studien gibt, dass man eine bestimmte Erkrankung so und so behandeln sollte, weil es dann der Mehrheit der Betroffenen besser geht, als wenn man das nicht macht, dann wird es zunehmend schwieriger zu sagen: ich behandle das aber jetzt anders, denn ich glaub da nicht dran. Das heißt, die evidenzbasierte Medizin betrachtet immer sehr genau, welche Art von Evidenz vorliegt, ob also überhaupt externe Evidenz vorliegt, und wenn ja, dann ist die nächste Frage, wie sicher diese Evidenz denn ist. Auch das haben wir in diesem Salzburger Projekt mit den 1000 Fragen untersucht. Man kann Evidenz nach

Evidenzklassen bewerten und die höchste Evidenz hat z. B. eine Metaanalyse aus randomisiert-kontrollierten Studien.

Wir haben in unserem Projekt festgestellt, dass es allenfalls für 10-20 % der Fragen, die in der Praxis auftauchen, Metaanalysen aus randomisierten Studien gibt, das wäre dann 1a-Evidenz. Wenn nur *eine* randomisierte Studie da ist, dann ist es nur noch 1b-Evidenz, wenn *gar keine* randomisierten Studien da sind, sondern nur Kohorten Studien, dann liegt die Evidenzstufe 2 vor, wenn es nur Fall-Kontrollstudien gibt, dann Evidenzstufe 3, wenn nur ein Fallbericht vorliegt, dann ist das Evidenzstufe 4 und wenn es gar keine Studien zu der Fragestellung gibt, dann liegt Evidenzstufe 5 vor. Das entspricht der Expertenmeinung oder der Expertise des Behandlers. Das heißt, man muss sehr differenziert und genau nachschauen, welche Evidenz vorliegt.

Sodann kommt die 2. Säule nochmals extra ins Spiel. Ich muss als behandelnder Arzt entscheiden, ob die Studienevidenz, die es gibt, überhaupt auf meinen individuellen Patienten übertragbar ist, denn Studien werden immer an Kollektiven gemacht. Dazu haben wir ein ganz eindrückliches Beispiel aus der Gegenwart: die AstraZeneca Zulassungsstudie für den COVID-Impfstoff. Diese wurde nur mit Patienten gemacht, die unter 55 Jahre alt waren.

Die Zulassung erfolgte jedoch für alle Erwachsenen und die Impfpflicht galt vor allem für Risikopersonen, und das waren vor allem alte Leute mit Begleiterkrankungen. Diese nahmen jedoch an der Zulassungsstudie gar nicht teil. Es stellt sich also die Frage, ob das Studienergebnis auf alte und kranke Personen übertragbar ist, obwohl es an einer ganz anderen Altersgruppe und einem ganz anderen Kollektiv von Probanden, in diesem Fall, erhoben wurde. Abgesehen davon war das Studienergebnis noch wegen ganz anderer methodischer Fehler falsch und nicht verwertbar. Deshalb muss ich als nächstes natürlich auch nochmal anschauen, ob die Studie überhaupt plausibel und glaubwürdig ist oder ob methodische Fehler gemacht wurden, oder ob das Ergebnis durch Interessenskonflikte verfälscht sein könnte. So steht z. B. in der Pfizer-COVID-Impfstudie ganz klar: "Pfizer is responsible for the design, the conduct, the evaluation of the study, and the writing of the manuscript". Die ganze Studie wurde von Pfizer gemacht und das bedeutet natürlich, dass in diesen Studienergebnissen ein ganz, ganz schwerer, umfangreicher Interessenskonflikt mitschwingt. Die Bewertung von Studienevidenz ist also eine sehr komplexe Angelegenheit.

Moderation:

Danke, Andreas.

Harald, was bedeutet für dich Evidenz?

Prof. Dr. Dr. Phil. Harald Walach:

Der Evidenzbegriff ist aus meiner Sicht sehr, sehr schwierig. Und zwar aus dem Grund, weil er eigentlich eine falsche sprachliche Meinung transportiert. Wenn wir im Deutschen „Evidenz“ sagen, dann meinen wir etwas, was keines Beweises bedarf. Wir sagen es ist evident, dass es jetzt dunkel ist, da brauche ich keinen Beweis, keine Studie dafür. Da guck ich raus und gut ist.

Wenn wir im Englischen „evidence“ sagen, dann meinen wir Beweis, also evidence-based Medicine ist eigentlich eine schlechte Übersetzung, wenn wir dafür evidenzbasierte Medizin sagen. Das nur am Rande. Es ist eigentlich „datengestützte Medizin“ oder der Begriff, der mit evidence-based Medicine transportiert wird, meint eine Medizin, die sich auf Daten stützt. Dann kommt man eben zu der Frage, wie bewerte ich diese Daten und wie bekomme ich eine gewisse Sicherheit in der Behandlung oder der Bewertung von Krankheiten.

Da muss erst das, was Andreas gesagt hat, der Standard, diese Hierarchie von Studien diskutiert werden, die anderen beiden Punkte die Sacket eingeführt hat, also Präferenz des Patienten und die Erfahrung des Arztes, lasse ich jetzt einfach mal außer Betracht, obwohl das genauso wichtig ist. Denn man stützt sich eben

immer gerne auf diese Studien. Und weil es enorm viele Studien zu verschiedenen Themen gibt, haben sich ein paar kluge Leute überlegt, wie kann ich denn diese Studien so sortieren, dass ich eben diese Evidenzgrade kriege, mit der Idee, je höher der Evidenzgrad ist, umso eher kann ich andere Dinge vernachlässigen. Diese Grundeinstellung halte ich für einen kapitalen Fehler, und zwar aus folgendem Grund: Dieser Evidenzgrad, der spiegelt im Grunde nur eine Form von Sicherheit wider, die wir in der Forschung erzeugen, was wir auf Englisch „internal validity“ oder auf Deutsch „interne Validität“ nennen.

Also die Sicherheit aufgrund eines Studiendesigns Ergebnisse zu erzeugen, die möglichst wenige Fehler enthalten. Das ist zunächst mal sehr vernünftig. Denn das versuchen wir ja immer zu tun.

Was die Leute aber übersehen ist, je mehr ich diese interne Validität verstärke, zum Beispiel wenn ich eine randomisiert-kontrollierte Studie durchführe, umso mehr vernachlässige ich andere Formen des Wissens und der Sicherheit.

Das Beispiel, was Andreas vorhin genannt hat, ist ein gutes Beispiel, finde ich. Diese AstraZeneca Studie wurde nur an einer ganz bestimmten Gruppe von Menschen gemacht. Warum? Weil man sich vermutlich überlegt

hat, dass sich nur in dieser Gruppe von Menschen ein Effekt überhaupt zeigen kann.

Was dadurch passiert ist, dass die Generalisierbarkeit oder die externe Validität drastisch abnimmt, weil eben keine alten Leute drin waren, weil keine schwangeren Frauen drin waren, weil keine ganz jungen Leute drin waren. Diese interne Validität, die vermeintliche Sicherheit erzeugt, die widerspricht in gewisser Weise oder ist inkompatibel mit der externen Validität, also mit der Generalisierbarkeit von Studienergebnissen, und zwar ganz grundsätzlich. Aus dem Grund habe ich immer schon seit vielen Jahren dafür votiert, dass wir als Datenbild einer Intervention oder einer Wirksamkeit irgendeiner Intervention, nicht nur randomisierte Studien, also Evidenzgrad 1 und 2 und so weiter nehmen, sondern alle Daten verwenden und die in einer intelligenten Zusammenschau zusammenfügen. Denn Studien anderen Typs, zum Beispiel große epidemiologische Untersuchungen, die uns zeigen wie bestimmte Interventionen in der Praxis funktionieren, die liefern uns eine andere Sicht auf die Welt als randomisierte Studien, die nur bei ganz wenigen Leuten durchgeführt wurden.

Standardbeispiel: Depressionstherapie. Depressionstherapie durch selektive Serotonin Reuptake-Inhibitoren (SSRIs), das ist so eine pharmakologische klassische Depressionstherapie, mit dem Ziel, Serotonin im Gehirn

bereitzustellen. Sie wird standardmäßig angewendet. Wir haben jede Menge randomisierte Studien zum Beleg ihrer Wirksamkeit. Die Wirksamkeit bzw. die Effektgröße ist aber sehr klein. Wenn man nun diese Wirksamkeit in der Praxis angewandt untersucht, dann stellt man fest, dass die gar nicht so wahnsinnig gut funktioniert, wie man das aus den Studien schließen könnte.

Warum? Weil in diesen Studien vor allem Leute behandelt werden, die nur an Depressionen ungefähr mittelschwerer Art leiden, die keine Angststörungen haben, die keine Persönlichkeitsstörungen, die keine Suchtstörungen haben. Wenn aber ein Patient mit Depressionen zum Arzt kommt, dann hat er mit hoher Wahrscheinlichkeit eben auch andere Störungen. Und dieses Bild, das durch die randomisierten Studien vermittelt wird, ist, ich würde mal sagen, geschönt. Nur wenn es dahingehend erweitert wird auf andere Formen von Studien, dann sehen wir das gesamte Bild und erkennen, dass die Information aus randomisierten Studien allein irreführend ist.

In diesem Sinne wäre mein Votum, dass Evidenz nicht nur das, was in der klassischen evidence-based Medicine als Hierarchie beschrieben wird, verwendet wird, sondern dass, auch wenn gute randomisierte Studien vorliegen, andere Formen und Daten mitberücksichtigt

werden, in so einer Art Matrix oder Mosaik oder wie auch immer das dann zu bewerten wäre für jemanden der sich klinisch gut auskennt. Und erst dann wissen wir wirklich, ob eine Intervention was taugt, bei welchen Leuten, unter welchen Umständen.

Moderation:

Danke Harald.

Hartmut, meine Frage an dich lautet:

Wo siehst du die Grenzen der evidenzbasierten Medizin?

Prof. Dr. Hartmut Schröder:

Danke für diese Frage, die gut zu dem passt, womit ich mich gerade auch beschäftige. Ich möchte gleich vorausschicken, dass ich in der Tat kein großer Anhänger der evidenzbasierten Medizin bin, sondern qualitative Forschungsmethoden präferiere und zu der Richtung gehöre, die sich eher eine resonanzbasierte Medizin wünscht. Das heißt, die Perspektive wird hier schon ein wenig anders.

Zur Frage zu den Grenzen: Ich finde Andreas und auch Harald haben schon sehr gut ausgeführt, dass es Grenzen gibt. Ganz kurz zu der Beschreibung der evidenzbasierten Medizin von Andreas. Es ist ja leider so, dass in der Öffentlichkeit die Kurzfassung der Evidenz als Bezugspunkt dient. Das heißt, man geht gar nicht

von den drei Punkten aus, die Andreas genannt hat, sondern meint mit Evidenz nur die Forschungslage. In dieser Verkürzung sehe ich ein großes Problem und wenn man das abändern könnte, hätten wir schon eine Menge gewonnen. Mit meinen folgenden Ausführungen mache ich mal einen Versuch, Grenzen aufzuzeigen und gleichzeitig Lösungen zu finden.

Für mich ist das, was viele Studien leisten, durchaus wichtig und oft auch überzeugend, wobei ich aber gar nicht so sehr darauf schaue, ob eine Studie eine Aussage zur Wirkung einer Intervention macht. Ich sehe evidenzbasierte Medizin nicht unbedingt als etwas, was einem Wirkungsnachweis dient. Vielleicht ist das in der Erforschung der Wirkung pharmakologischer Mittel durchaus möglich, d.h. in diesem Bereich der Medizin passt es vielleicht auch. Die große Chance der evidenzbasierten Medizin sehe ich allerdings eher im Bereich der Sicherheit von medizinischen Interventionen. Und das ist wohl auch das Wichtigste aus der Sicht des Patienten. Wenn durch Studien nachgewiesen werden kann, dass ein Medikament oder eine Intervention sicher ist, oder so sicher wie möglich, dann haben wir schon sehr viel gewonnen. Aus der Medizingeschichte ist das berühmte „primum nihil nocere“ (= vor allem nicht schaden) bekannt, das Sicherheit an die erste Stelle setzt, die Vorsicht an die zweite

Stelle und die Wirkung beziehungsweise das Heilen erst an dritte Stelle. In der Coronakrise ist dieses einfache Prinzip fast vollständig in Vergessenheit geraten oder verdrängt worden.

Zurückkommend auf die Grenzen der evidenzbasierten Medizin möchte ich nun zwei Punkte nennen. Es gibt einmal ein paar Schönheitsfehler – nennen wir es mal so. Jede Methode hat Schönheitsfehler und es gibt weder in der Medizin noch in anderen Wissenschaftsbereichen Methoden, die zu hundert Prozent überzeugen. Zweitens möchte ich – man könnte sagen – Fundamentalkritik üben. Eine solche bezieht sich auf das Menschenbild der Medizin, auf das Verständnis von Krankheit, Gesundheit und Heilung sowie auf das, was wir Therapie oder Behandlung nennen.

Die Lösung, die ich anbieten werde, ist natürlich verbunden mit dem Begriff der Resonanz, d.h. der Patient spielt von Anbeginn an eine wichtigere Rolle als in der evidenzbasierten Medizin, die sich ja von vornherein eher auf Krankheit und auf Behandlungsformen oder Interventionen stützt und nicht den Patienten als den eigentlichen Protagonisten der Heilung in den Mittelpunkt stellt. Ich gehe zunächst ganz kurz auf die Schönheitsfehler ein. Schönheitsfehler gibt es, wie bereits gesagt, bei jeder Methode. Was die evidenzbasierte Medizin betrifft, müssen wir aber grundsätzlich feststellen,

dass diese Schönheitsfehler im Kontext eines ganz bestimmten Gesundheitssystems passieren, das sich heute ja auch selbst und freiwillig „Gesundheitswirtschaft“ nennt. Und in diesem Kontext spielt Profit die allergrößte Rolle, Gesundheit ist eine Ware geworden. Ich habe den Eindruck, dass vor diesem Hintergrund der Begriff evidenzbasierte Medizin funktionalisiert und sogar missbraucht wird, um bestimmte Interessen durchzusetzen.

Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen immer deutlicher, dass bestimmte Schönheitsfehler Oberhand gewonnen haben. Sie haben ein Ausmaß erreicht, das nicht mehr dadurch zu erklären ist, dass es – wie überall im Leben – auch in der evidenzbasierten Medizin menschelt. Mittlerweile haben wir es mit Skandalen zu tun, die fast regelmäßig auftreten und die Glaubwürdigkeit von Studien in der Öffentlichkeit mehr und mehr erschüttern.

Mich hat 2009 ein Skandal in der Schmerzmedizin um den Amerikaner Scott Reuben besonders beschäftigt, da es sich um einen der bekanntesten Schmerzmediziner und angesehensten Forscher handelte. Bis sich dann bei einer Kontrolle in seinem Büro herausstellte, dass es für seine vielen Studien, die er gut publiziert hatte und für die er international gelobt wurde, überhaupt keine Daten gab. Von seiner

Nähe zum Pharmakonzern Pfizer ganz zu schweigen.

Der 4. Kongress für Arzneimittelinformation 2015 hat sich ausführlich mit solchen Skandalen beschäftigt und der damalige Präsident der Berliner Ärztekammer hat an Apotheker und Ärzte appelliert, Studien keineswegs blind zu vertrauen.¹ Dies könnte vielleicht als ein Hinweis gewertet werden, dass eine gewisse Selbstkontrolle in der Medizin noch funktioniert und es nicht wenige Verteidiger einer evidenzbasierten Medizin gibt, die auf die Einhaltung der genannten Grundsätze und auf Qualität achten. In dieser Hinsicht bin ich übrigens begeistert, dass Andreas und ich in diesem Gespräch einmal zusammen in Erscheinung treten können! Noch vor vier Jahren hätte ich das nicht für möglich gehalten. Andreas war für mich damals eine sehr große Autorität, aber für gemeinsame Gespräche nicht erreichbar. Damals war es nämlich außerordentlich schwierig, Vertreter der evidenzbasierten Medizin mit Kritikern der evidenzbasierten Medizin an einen Tisch zu bringen. Jetzt ist Andreas für mich eine noch größere Autorität, aus Gründen, die mit seiner Haltung in den letzten Jahren zusammenhängen. Und ich begrüße es sehr, dass wir nun gemeinsam mit Harald über dieses Thema sprechen können. Ich möchte noch auf weitere Schönheitsfehler der evidenzbasierten Medizin

hinweisen, die mir wichtig sind, da ich besonders in Bereichen engagiert bin, die sich für Methoden der evidenzbasierten Medizin nicht in gleicher Weise erschließen wie die Erforschung von Arzneimitteln. Ich nenne hier beispielsweise therapeutische Kommunikation und sprechende Medizin, künstlerische Therapien und Musiktherapie sowie Verfahren, die sich in besonderer Weise an dem jeweiligen Patienten in seiner individuellen und einzigartigen Lebenswelt orientieren. Es ist wieder ein Schönheitsfehler der evidenzbasierten Medizin, dass eine Placebo-Kontrolle in der Erforschung von Arzneimitteln durchaus möglich und vielleicht sogar sinnvoll ist, in der Erforschung von Musiktherapie aber wenig oder sogar keinen Sinn macht. Dennoch fordert der Mainstream in der medizinischen Forschung auch außerhalb der Arzneimittelforschung Placebo-kontrollierte und verblindete Studien. Bestimmte Interventionen können daher grundsätzlich nicht den Status evidenzbasiert erhalten.

Ein weiterer Schönheitsfehler der evidenzbasierten Medizin betrifft die Finanzierung von Forschung. Wir müssen uns hier fragen, was überhaupt erforscht und wie Forschung finanziert wird. Wenn ich an die bereits genannten Bereiche außerhalb der Erforschung von Arzneimitteln denke oder an Homöopathika, fällt auf, dass es nur wenige Studien gibt, die

wirklich durchfinanziert sind. Selbst wenn eine Finanzierung von Studien, zum Beispiel durch Spenden, gelingt und sich Hinweise auf Wirksamkeit ergeben, ist eine Anerkennung fraglich, wie das Beispiel der Homöopathieforschung in den letzten Jahren zeigt. Homöopathen haben viel Geld gesammelt, um Studien durchzuführen, wobei es – neben schwachen – auch überzeugende Studien gibt. Als Folge davon wurden solche Studien mit positiven Ergebnissen grundsätzlich in Frage gestellt. Ich erinnere mich an einen Artikel in der FAZ, dessen Grundaussage darin bestand, dass etwas, das nicht wissenschaftlich ist, erst gar nicht mit den Methoden der evidenzbasierten Medizin untersucht werden darf.² Harald Walach hat dies damals kritisch kommentiert³ und eine Wiederholung einer solchen Argumentation konnten wir auch in der Corona-Zeit beobachten.

Ein kurzer Exkurs in die Medizingeschichte zeigt uns, was als Problem hinter solchen merkwürdigen Debatten steht. Der Psychiater Eugen Bleuler – ein Zeitgenosse von Sigmund Freud – hat vor mehr als 100 Jahren ein Buch geschrieben, das ich ausdrücklich zur Lektüre empfehlen möchte. Bleuler schreibt, „dass wir viel zu wenig wissen, wie manche Krankheiten ohne ärztliche Eingriffe verlaufen, und da wir, soweit wir es wissen, diese Kenntnis in

autistischer Weise von unseren medizinischen Überlegungen absperren, statt sie zur Basis unserer therapeutischen Handlungen und Forschungen zu machen. Wir verschreiben den Patienten auf Rezepten und den Ärzten in unseren Lehrbüchern eine Menge Mittel, von denen wir nicht wissen, ob sie nötig oder nützlich, ja oft nicht recht, ob sie schädlich sind und stellen sie häufig nebeneinander, ohne den relativen Wert derselben zu kennen. Und, was das Schlimmste ist, wir tun nicht alles Erdenkliche, um aus diesem Zustand herauszukommen“.⁴

Vor dem Hintergrund dessen, was Bleuler vor über hundert Jahren sagte, frage ich mich, warum in der Corona-Zeit zum Beispiel überhaupt nicht untersucht worden ist, wie es zu einer stillen Feiung kommt. Jeder Mediziner sollte diesen wichtigen Begriff aus der Medizingeschichte eigentlich kennen. Der Begriff steht für einen symptomfreien Verlauf bei einer Infektion. Wer zum Beispiel eine stille Feiung mit SARS-CoV-2 durchmacht, entwickelt keine typischen Symptome und hat nichts gespürt, weist aber Antikörper auf. Der Anteil der still Gefeiten ist – trotz vielfacher Forderung – nicht bekannt. Die aus Sicht der Naturheilkunde wichtige Frage, welche Bedingungen Einfluss darauf haben, wer und warum diese wünschenswerte Reaktion der stillen Feiung

entwickelt oder eine symptombeladene Infektion mit hohem Sterberisiko durchmacht, spielte in der Forschung keine Rolle

Abschließend möchte ich noch jemanden nennen, den ich sonst eigentlich nicht zitiere: Edzard Ernst, der bekannte Kritiker der komplementären Medizin. Er hat einmal richtig gesagt: „Die Feststellung, es mangle an Evidenz für eine Behandlungsform, bedeutet nicht, dass diese Therapie ineffektiv ist.“⁵ Es bedeutet nur, dass keine Studien vorliegen, die auf Evidenz hinweisen. Auch das wird in der Öffentlichkeit leider kaum verstanden.“

Soweit einige Schönheitsfehler, die ich im Moment sehe. Ich würde dann später auf die grundsätzliche Kritik noch einmal zurückkommen, wo es dann um die Schattenseite der evidenzbasierten Medizin geht. Und das ist dann ein wirklich trauriges Kapitel.

Moderation:

Vielen Dank Hartmut und ich freue mich auch sehr, dass ihr drei heute an der Podiumsdiskussion teilnehmt. Das ist großartig und eure individuellen Standpunkte zum Thema finde ich sehr bereichernd.

Zu Eröffnung der Diskussion nochmals die Frage: Wie viel Evidenz steckt überhaupt in der Medizin? Auch im Hinblick darauf, dass integrativ- oder komplementärmedizinischen Ansätzen Evidenz häufig per se abgesprochen wird.

Prof. Dr. Dr. Phil. Harald Walach:

Ich würde dazu vielleicht mal gleich ein provokatives Statement loslassen wollen. Wir haben letztes Jahr eine Studie publiziert, das war ein Meta-Review. Das heißt, wir haben uns Metaanalysen angeschaut. Es gibt eine großes Netzwerk Forschung, Andreas kennt das sehr gut, die sogenannte Cochrane Collaboration. Das ist eine Gruppe von freiwilligen Wissenschaftlern, die sucht sich ihre eigenen Themen und stellt zu diesen Themen systematische Zusammenfassungen der Studiendaten zusammen und erzeugt, wann immer möglich, solche Meta-Analysen. Diese werden in der evidenzbasierten Medizin als der höchste Evidenzgrad angesehen.

In der Bibliothek der Cochrane Collaboration gibt es mittlerweile mehr als siebentausend Reviews seit 2008. Von denen haben wir ein Drittel zufällig ausgesucht. Das heißt, was wir gemacht haben, ist repräsentativ für das, was in der Cochrane Collaboration untersucht wurde. Weil die Cochrane Collaboration Themen aussucht, die für die Medizin besonders wichtig sind, kann man sagen: Das, was wir gefunden haben, ist ziemlich repräsentativ für die gesamte Medizin.

Diese Reviews untersuchen immer eine Interventionsmethode bei einer bestimmten Krankheitseinheit, z.B. eine bestimmte pharmakologische, diätetische, psychotherapeutische,

alles Mögliche. Die überwiegende Mehrzahl sind Medikamente.

Wir wollten wissen: Wie viele von diesen metaanalytischen Reviews enthalten ein klares positives Votum, dass das, was da untersucht wurde sowohl statistisch signifikant als auch klinisch nützlich ist. Wir können jetzt ein kleines Quiz machen und ich könnte fragen, wie viel würden die Leute schätzen, dass es sind. Wenn ich das in einem Auditorium mache, dann sagen die Leute meist 50, 60, 70%, die weniger freundlichen sagen 30% aber die Wahrheit ist es waren 5,6%.

Also, nochmal, weniger als 6% all dieser Reviews, die zufällig ausgewählt worden sind von allen Reviews seit 2008, geben ein klares positives Votum für die Interventionen ab, die untersucht wurden. Das sind keine einzelnen randomisierten Studien, sondern sind Zusammenfassungen von randomisierten Studien und Metaanalysen. Und 9% von den Studien, bei denen es untersucht wurde, geben einen Hinweis auf Schaden.

Jetzt könnte man natürlich sehr böswillig sein und sagen, also ist 90% oder 94% was die Medizin macht Schrott. Das halte ich für verfehlt, weil das sicher nicht stimmt, aber es ist ein Hinweis darauf, dass dieses Konzept, sich nur auf diese speziellen Studien zu kaprizieren, in der Praxis überhaupt nicht funktioniert. Denn

wenn wir es wirklich ernst nehmen würden, dann müssten wir alles, was da nicht niet- und nagelfest ist in diesem Cochrane Collaboration Review, herausschmeißen aus der Medizin. Das macht natürlich wiederum keiner, weil auch andere Formen von Erkenntnis vorliegen, andere Erfahrungen, so dass die Leute sagen, na ja, die randomisierten Studien sind vielleicht doch nicht immer so richtig und gültig und so weiter. Jetzt haben wir also die Möglichkeit zu sagen, wir sind sehr hart und wenden die eigenen Kriterien an, die die Evidence-based Medicine anwendet, dann müssten wir sagen, weniger als 10%, was in der Medizin gemacht wird, ist wirklich gut belegt.

Ich persönlich glaube nicht, dass das stimmt, aber es ist mindestens ein Aufschlag für die Diskussion einiges anregen zu wollen.

Prof. a.D. Dr. Andreas Sönnichsen:

Wie ich es am Anfang schon gesagt habe, kann man das ganze Thema nicht einfach nur schwarz-weiß sehen. Die Komplexität der Wirkungsweise eines Medikamentes oder eines Impfstoffes ist mit einer randomisiert-kontrollierten Studie, die an einem bestimmten Patienten- oder Probandenkollektiv gemacht wird, nicht abzubilden. Das heißt wir können aus solch einer randomisiert-kontrollierten Studie nur Hinweise generieren. Deshalb braucht es in der evidenzbasierten Medizin zusätzlich die

klinische Expertise des Behandlers und auch den Patienten, der eben sagt, wie er sich fühlt, was er wünscht, was er möchte. Und auch eben diese Hinweise auf Gefühle.

Ich bin jetzt einmal provokant, Harald, und sage, wenn wir so wie du es jetzt gerade gesagt hast, sagen, na ja, also, das ist zwar nur in 6% der Fälle nachgewiesen aber in den anderen 94% ist eben kein wirklich guter Nachweis gelungen. Aber das wirkt trotzdem, ja, oder vieles von dem wirkt trotzdem, aber es konnte halt nicht nachgewiesen werden. Und jetzt schwenk ich sozusagen wieder in die Covid-Zeit, es ist nämlich 2012 ein Cochrane-Review erschienen, der gezeigt hat, es gibt keinen Nachweis für die Effektivität von Masken zur Verhinderung respiratorischer Infekte. Von diesem Cochrane-Review ist 2020 ein Update erschienen, weil nach 2012 noch weitere randomisierte Studien dazu gekommen sind und es kam immer noch raus, es gibt keinen Nachweis für die Effektivität von Masken im Community-Setting. Dieser Review ist jetzt um weitere randomisiert-kontrollierte Studien ergänzt worden, die während der Covid-Zeit gemacht wurden und es gibt ein Update dieses Reviews vom Januar 2023 und das Ergebnis war wieder, es gibt keinen Nachweis, dass Masken etwas bringen.

So und jetzt sagst du, ja, das ist ja jetzt nur eine von den 94% der Studien und das ist ja genau

das, was wir jetzt gerade gehört haben von Herrn Wieler und den Proponenten des Maskenwahnsinns. Ja, das ist zwar bei dem Cochrane-Review so rausgekommen, aber das kann man ja gar nicht werten, denn die Masken bringen ja doch was. Da wird's dann irgendwann schwierig und man kann eben jetzt nicht sagen na ja, auf der einen Seite können wir fühlen, was richtig ist, und wenn dann bei der Studie auch das Richtige rauskommt, dann sind wir natürlich d'accord, nämlich wir glauben ja auch, dass Masken nix bringen. Aber in anderen Fällen, wo dann nach zig randomisiert-kontrollierten Studien rauskommt, dass es nichts bringt, da sagen wir dann, na ja, das ist ja nur die interne Validität, die wir hier untersucht haben und das ist ja gar nicht anwendbar auf unsere Fälle und dann glauben wir plötzlich, das ist es. Also ich finde man muss da schon aufpassen, dass man nicht anfängt mit zweierlei Maß zu messen und ich glaube ich würde es mal andersherum sehen, das ist ebenso, dass man diese Komplexität nur sehr bedingt in Studien abbilden kann. Das gilt aber letztendlich nicht nur für randomisiert-kontrollierte Studien, sondern es gilt für alle Studien, die wir machen.

Die Komplexität eines bio-psychozialen Gesundheitsbegriffs, die ist sehr sehr schwer überhaupt in Studien abzubilden. Jetzt sind wir aber wieder in einem Grenzbereich, weil wenn

wir sagen na gut, die Komplexität ist überhaupt nicht abbildbar, dann führen wir diese wissenschaftliche Arbeit generell ad absurdum und sagen, wenn der eine dann sagt, aus seiner Erfahrung bringt es doch was oder es bringt bei wenigen Patienten etwas, dann öffnen wir natürlich auf der anderen Seite die Tür für willkürliche Interpretation und das ist auch mit ein Grund gewesen warum überhaupt das Konzept der evidenzbasierten Medizin entwickelt wurde, dass man so ein bisschen einen Riegel vorschiebt gegenüber dem Wildwuchs der natürlich in der Medizin eben auch sehr leicht sprießt. Und wenn dann irgendwelche Leute kommen, die sagen sie pendeln da jetzt mit irgendwelchen Kristallkugeln über anderen, dann wird's sozusagen irgendwann schwierig. Wo zieht man jetzt die Grenze, was geht noch und was geht nicht, weil wissenschaftlich nachweisbar durch randomisiert-kontrollierte Studie ist es nicht, das wird dann sehr schwierig und ich würde gerne Hartmut noch eine Antwort geben, sozusagen auf dein Statement. Du hast vollkommen Recht, aber es gibt einen schönen Artikel von Ioannidis "Evidence-based Medicine has been hijacked". Das, was heute als evidenzbasierte Medizin verkauft wird und dargestellt wird, das hat sehr häufig mit evidenzbasierter Medizin überhaupt nichts mehr zu tun. Die evidenzbasierte Medizin wird missbraucht, um genau das zu tun, was du

kritisiert hast, nämlich Gesundheitswirtschaft zu machen und nicht Gesundheit. Das ist aber nicht die Idee, die David Sackett hatte, als er den Begriff geprägt hat. Die Idee von David Sackett war ganz das Gegenteil. Wir brauchen dieses Konzept, auch mit den drei Säulen, um den Versprechungen der Pharmaindustrie auf der einen Seite und den Versprechungen von irgendwelchen Wunderheilern auf der anderen Seite, die auch nur ihre Patienten abgezockt haben, um uns hier sozusagen nach beiden Seiten abzugrenzen und zu einer wissenschaftsbasierten Medizin zu kommen.

Für mich ist evidenzbasierte Medizin im Sinn von David Sackett und in seiner ursprünglichen Intention nicht das, was heute daraus gemacht wird. Und ich glaube wir müssen versuchen, da wieder hinzukommen und das ist eben dann auch integrative Medizin.

Prof. Dr. Hartmut Schröder:

Ich glaube, dass wir jetzt an einem wichtigen Punkt angekommen sind und hier wird's wirklich interessant. Ich stimme dir, Andreas, natürlich zu und sehe das Problem ebenfalls darin, dass die evidenzbasierte Medizin als Herrschaftsinstrument missbraucht werden kann. Mittlerweile merkt das auch der ganz normale Bürger. Da gibt es Studien über Studien, die eine Studie und die andere Studie - mit nicht selten widersprüchlichen Aussagen. Bisweilen

macht es sogar den Eindruck, dass man gerade die Studie aus dem Hut zaubert, die am besten zur jeweils eigenen Argumentation passt. Das hat an sich mit der evidenzbasierten Medizin nichts zu tun, sondern ist eher ein Missbrauch der evidenzbasierten Medizin. Dabei ist noch der Hintergrund wichtig, vor dem sich das abspielt. In einem Gesundheitssystem, das eher Wirtschaft ist und das Gesundheit zur Ware gemacht hat, ist das nämlich nicht ungefährlich. Dabei ist meine Kritik, dass auch das Modell, so wie es ursprünglich entwickelt worden ist, diese Kontexte nicht ausreichend berücksichtigt hat. Ich bin ja Vertreter qualitativer Forschung und Anhänger von Einzelfallstudien. Solche könnten durchaus auch in der evidenzbasierten Medizin eine Rolle spielen, aber sie haben nicht den gleichen Rang wie der sogenannte Goldstandard. Grund dafür sind das Menschenbild, das Gesundheitsverständnis und auch die Frage, was Therapie ist und was sie leisten kann. Zur Erklärung benutze ich gerne das Bild eines Dreiecks, in dem es vor allem um den hilfeschuchenden Menschen geht, der in der modernen Medizin Patient genannt wird. In diesem Bild gibt es dann noch einen Therapeuten bzw. einen Arzt und es gibt Wirkstoffe bzw. Methoden, mit denen man kranke Menschen behandeln bzw. therapieren kann. Patient, Arzt sowie die Behandlung müssen irgendwie zusammenpassen, damit Heilung

geschehen kann, die in meinem Verständnis immer Selbstheilung ist. Nicht Arzt und Behandlung heilen, sondern sie geben der Selbstheilung Impulse. Wenn man nun in einem Modell von einer Konstellation ausgeht, in der sich alles mehr oder weniger auf die Mess- und Zählbarkeit orientiert, bleiben qualitative und sogenannte unspezifische Faktoren der Heilung unberücksichtigt. Der Arzt steht unter dem Druck, spezifische Interventionen zu bevorzugen, deren Wirkung mess- und zählbar ist. Dabei entsteht ein Problem, auf das der amerikanische Pädiater Robert Mendelsohn in den 1970er Jahren hingewiesen hat. Das alte ärztliche Prinzip des „primum nihil nocere“ (= vor allem nicht schaden), wird abgelöst durch die neue Maxime „unternimm auf jeden Fall etwas und möglichst viel“. In einer dem Profit verpflichteten Medizin entsteht zusätzlich noch eine Art Druck, dies möglichst teuer werden zu lassen. Dass es einen solchen außermedizinischen Druck und Zwang wirklich gibt, zeigt der klinische Alltag. Damit das Gewissen der Beteiligten dort nicht allzu sehr strapaziert werden muss, gibt es Leitlinien, nach denen sich die Beteiligten richten können. Leitlinien sind ja ein Ergebnis der evidenzbasierten Medizin und werden als Beweise bzw. Belege für die Richtigkeit einer Intervention verstanden. Darüber hinaus vermitteln sie den Eindruck der Mess- und Zählbarkeit. Der bereits erwähnte Pädiater

Mendelsohn hat aber am Beispiel von Fieber gezeigt, dass Messwerte dem erfahrenen Arzt nur im Kontext, d.h. in einer bestimmten Situation, etwas „sagen“. Es handelt sich bei einem gemessenen Wert ja nicht um einen Wert an sich. Der Arzt kann therapeutisch eigentlich nur dann eine sinnvolle Entscheidung treffen, wenn er den Patienten und die Situation kennt. Geht er nur von einem Wert an sich aus, so ist das wohl eher Ausdruck für Missbrauch der evidenzbasierten Medizin. Denn Daten, Zahlen und Leitlinien verführen dazu, sich auf diese zu verlassen und die eigenen Erfahrungen sowie vor allem auch die eigene Intuition auszuschalten.

Ich möchte hier noch an einem authentischen Fall zeigen, wohin der Glaube an Messen und Zählen führen kann. Eine Frau, über achtzig Jahre alt, benötigt dringend eine neue Aortenklappe, leidet aber gleichzeitig an Krebs. In dieser Situation wird in der Klinik abgewogen, ob sich der Wechsel der Klappe „lohnt“. Es muss, ich sage das mal ganz profan, ein Nachweis erbracht werden, dass trotz der Krebserkrankung der Ersatz der Aortenklappe sinnvoll ist. Und ein solcher Nachweis muss natürlich in Zahlen ausgedrückt werden. Die behandelnden Onkologen sollen für die Entscheidung der Kardiologen eine Aussage treffen, ob die Lebenserwartung noch mindestens ein Jahr beträgt. Ohne

eine solche Aussage, würde die Operation nicht stattfinden können. Hinzufügen muss man an dieser Stelle noch, dass die Person ohne den Klappenersatz innerhalb einer gewissen Zeit an den Folgen der Herzinsuffizienz versterben wird – nicht aber an den Folgen der Krebserkrankung. Diese ist nämlich – nicht zuletzt durch eine komplementärmedizinische Begleitung – gut behandelt worden. Die betroffene Person ist nicht nur außergewöhnlich vital, sondern voller Lebenskraft, hat konkrete Lebensziele, versorgt sich und ihren Ehemann ohne fremde Hilfe und wird durch ihre Angehörigen liebevoll umsorgt. Das Beispiel zeigt, wie abwegig und sogar gefährlich die Reduzierung von Menschen auf die Mess- und Zählbarkeit bestimmter Phänomene ist, wenn man nicht das Ganze im Auge behält. Der leitende Oberarzt der kardiologischen Klinik brachte in einem Gespräch schließlich noch einen weiteren Aspekt zum Ausdruck, der die Abgründe eines Systems der Gesundheitswirtschaft zeigt. Sollte die Frau nämlich nach einem erfolgten chirurgischen Eingriff nicht ein Jahr überleben, so würde das statistisch erfasst und die Klinik schlechter dastehen lassen.

Ich gehe abschließend auf den Gesundheitsbegriff ein, den Ivan Illich 1975 in einem Gespräch mit Medizinern – er selber war Theologe und Philosoph – vertreten hat:

„Gesundheit gibt das Niveau an, auf dem ein Lebewesen autonom mit seiner Umwelt fertig wird. Im Fall des Menschen heißt dies, dass er die Fähigkeit besitzt, die äußeren Umstände so zu gestalten, dass sie den inneren Zuständen entsprechen. Gesundheit bezieht sich also auf das Niveau von Autonomie, und das Niveau von politischer Fähigkeit, die Umwelt zu gestalten. Wenn aber diese Autonomie und jegliche Aktivität immer mehr zu etwas wird, was von Institutionen abhängt, wenn also Gesundheit schließlich zur Anpassung des Individuums an Interessengruppen und Behörden wird, dann muss sie von einem gewissen Punkt an zwangsläufig absinken“.⁶

Ich finde diesen Gesundheitsbegriff von Ivan Illich sehr überzeugend, denn er zeigt, worum es geht, wenn wir Gesundheit vom Menschen aus denken – nicht aber von der Logik einer Gesundheitswirtschaft. Es geht dann eben nicht nur um das ständige Machen und Tun, das Wiederherstellen von etwas, was dann auch abrechenbar ist, sondern es geht letztendlich auch darum, dass ein Mensch auch trotz einer Krankheit relativ selbstbestimmt und selbstwirksam leben kann.

Kurz zusammengefasst plädiere ich dafür, dass wir wegkommen von diesem viel zu oft hektischen Machen und Tun sowie dem Messen und Zählen. Denn nicht alles, was zählt, ist auch zählbar. Und umgekehrt gilt, dass nicht

alles, was zählbar ist, wirklich auch zählt. So oder ähnlich soll es ja Albert Einstein auf den Nenner gebracht haben. Wir sollten also wegkommen von einer Medizin, die fast zwanghaft zwischen unspezifischen und spezifischen Faktoren unterscheidet, dabei nur das Spezifische als das Wertvolle ansieht und alles andere allenfalls als das Wirken von Kontextfaktoren versteht. Wenn wir uns mehr konkreten Einzelfällen in bestimmten Lebenswelten zuwenden, dann kommt immer wieder heraus, dass es eigentlich die unspezifischen Faktoren sind, die eine unverzichtbare Rolle im Prozess einer jeden Heilung spielen. Sorge und Pflege, aber auch Selbstsorge und Selbstfürsorge, bilden die Voraussetzung für das Wirken spezifischer Wirkfaktoren. Ihre Bedeutung auf sogenannte Placebo-Effekte zu reduzieren, drückt nur das mangelnde Verständnis der Medizin für unspezifische Wirkmittel aus. Dabei gibt es sogar einen Bereich in der Medizin, in der der Placebo-Begriff in eine Leitlinie aufgenommen worden ist: Die moderne Schmerzmedizin kennt den Begriff der Placebo-Analgesie und zeigt eindrucksvoll durch eine Vielzahl an Studien, dass sowohl im Hinblick auf Placebo als auch Nocebo letztendlich die Bedeutungsgebung des Patienten und der Kontext entscheidend sind.⁷

Daher plädiere ich dafür, einen neuen Begriff in die Medizin einzuführen, den Begriff des

Valebo. Valebo klingt ähnlich wie Placebo und Nocebo, aber er hat einen anderen Hintergrund. Er stellt den Patienten als Experten in eigener Sache in den Mittelpunkt. Im Begriff Valebo sagt der Patient nicht – wie bei einem Placebo –, dass er dem Arzt einen Gefallen tut. Er sagt vielmehr, dass er selbst für seine Gesundheit verantwortlich ist und diese zumindest zu einem wichtigen Teil selbst konstruiert.⁸ Mein Plädoyer ist also ein Ja für das Grundverständnis und die Methoden der evidenzbasierten Medizin, aber bitte nicht in einem Gesundheitssystem, das eine Gesundheitswirtschaft ist und bitte auch nicht reduziert auf Zähl- und Messbarkeit. Der Mensch muss im Mittelpunkt stehen!

Moderation:

Vielen Dank, Hartmut. Du hast jetzt bereits meine abschließende Frage aufgegriffen und ich komme nochmal auf den Ausblick in die Zukunft zurück: Was müsste sich ändern, damit es eine menschenwürdige und die verschiedensten Heilsysteme umfassende medizinische Ausrichtung gibt? Ich würde gerne dir, Harald, das Wort geben.

Prof. Dr. Dr. Phil. Harald Walach:

Dankeschön. Bevor ich etwas dazu sage, darf ich vielleicht noch etwas zu Andreas rückmelden. Ich stimme natürlich absolut überein, wir

können da nicht einfach nur aussuchen und das nehmen, was uns Spaß macht. Entweder wir betreiben Forschung ernsthaft, dann müssen wir uns auch zu den Ergebnissen stellen. Da bin ich absolut deiner Meinung. Bloß, wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass wir immer schon mehr Erkenntnisquellen haben als nur durch diese Kunstbrille der Studien, das muss man eben auch sehen. Und da muss man, glaube ich, sehr unterscheiden um was es geht. Das Beispiel mit den Masken ist finde ich ein gutes und ein schlechtes Beispiel gleichzeitig.

Es ist ein gutes Beispiel, weil wir da wirklich sehr sehr klare Daten haben, wo man sagen muss, da gibt es eigentlich nichts dran zu rütteln, da müsste man sich daranhalten. Es ist ein schlechtes Beispiel, weil es nur eine simple Intervention ist und zum Beispiel keinerlei menschlichen Kontakt, keinerlei Kontextfaktoren impliziert, sondern nur dieses eine Ding - funktioniert es oder funktioniert es nicht?

In dem Sinn glaube ich, in der Medizin sind viele Bereiche sehr viel komplexer. Denn wenn wir eine komplexe verhaltenstherapeutische Maßnahme haben, bei der alle möglichen Faktoren eine Rolle spielen - von der Mitarbeit der Patienten bis zu Passung des Therapeuten - dann sind die Studienergebnisse sehr viel schwerer zu interpretieren als bei einer einfachen Intervention, wie etwa „Kann eine Maske

eine Infektion verhindern, ja oder nein?“. Das wollte ich jetzt nur noch ergänzen.

Aber jetzt zu deiner Frage, Susanne. Was müsste sich ändern? Ich glaube Hartmut hat da schon ein paar sehr gute Antworten darauf gegeben. Ich persönlich bin der Meinung, dass das Grundproblem eigentlich die Paradigmatik der Medizin ist, also das Bild auf das sich medizinische Intervention stützt. Um ein Wort zu dem komischen Begriff Paradigmatik zu sagen, damit meine ich folgendes: wir müssen uns immer vereinfachende Bilder von der Situation machen, womit wir es zu tun haben.

Die Medizin arbeitet seit Descartes und den Nachfolgern, mindestens seit Virchow, mit der Abstraktion, dass der menschliche Körper eine Maschine ist. Eine Maschine, deren Teile irgendwie zusammenarbeiten und deren Zusammenarbeit wir immer klarer aufklären, bis hinein in die Verästelungen der Molekularbiologie und der Genetik. Und wenn wir das mal verstanden haben, so die Idee, dann können wir das alles wieder flicken. So, wie wir ein Auto flicken können, wenn wir verstanden haben, wie es funktioniert und wenn da die Pleuelstange kaputt geht, dann setzen wir wieder eine neue ein, dann funktioniert wieder.

Diese Abstraktion, die funktioniert sehr gut für akute Probleme in der Notfallmedizin und der Infektionsmedizin, wo sie entwickelt wurde, nämlich für Unfälle, Kriegstraumata und akute

Infektionen, Epidemien und so was, was lebensbedrohlich ist. Da funktioniert das gut. Denn wenn ich weiß, wie Schock zum Tode führen kann, dann kann ich das gut behandeln. Dann brauche ich nicht darüber nachdenken, ob der Mensch jetzt in einem Schock ist, weil er einen Selbstmordversuch gemacht hat, weil der depressiv ist, oder weil er aus dem Fenster gefallen ist, oder weil ihn ein Auto umgefahren hat. Da sind die Ursachen und Hintergründe egal.

Aber wir haben es heutzutage eben mit extrem komplexen Krankheiten zu tun, die fast immer große psychosoziale und funktionelle verhaltensmäßige Hintergründe haben, bei denen diese Abstraktion nicht mehr hilfreich ist, dass der menschliche Organismus nur eine Maschine ist. Deswegen glaube ich, müssten wir insgesamt von dieser Paradigmatik wegkommen. Denn die steuert auch, dass wir immer wieder neue Medikamente suchen, die dann in dieser Maschinerie irgendwelche Eingriffe machen. Dann würden wir nämlich auch den Menschen komplexer betrachten und uns auch jeder Situation entsprechend andere und bessere therapeutische Interventionen ausdenken. Dann würden wir wahrscheinlich auch angepasste Forschungsmethoden verwenden, die je nachdem welche Frage wir stellen entsprechend angewandt werden.

Von daher glaub ich, dass vieles was wir jetzt an

Problemen sehen, auch diese ganze Wertorientierung beziehungsweise Ökonomisierung der Medizin, der Versuch, möglichst viel Geld aus dem System rauszuschlagen, mit einer grundlegend falschen oder verkürzten Sicht auf den menschlichen Organismus und den Menschen zu tun hat. Denn der Mensch ist mehr als nur diese Maschinerie, der ist auch auf der physiologischen Ebene ein sich selbstorganisierendes System.

Aber das ist auch ein System, in dem eben die psychischen Bereiche, die sozialen Bereiche und die spirituelle Verankerung eine sehr wichtige Rolle spielen und sich all diese Bereiche durchdringen. Und daher müssten wir eine Paradigmatik haben, die immer wieder mal darauf verweist, dass je nachdem mit welchem Problem ich es unter welchen Umständen zu tun habe, unterschiedliche Abstraktionen nötig und sinnvoll sind, beziehungsweise unterschiedliche Erweiterungen dieser Sicht auf den Menschen. Dann hätten wir vermutlich eine sowohl besser angepasste Forschung, je nachdem was für eine Fragestellung wir haben und vor allem eine sehr viel humanere Medizin, eben zum Beispiel qualitative Elemente, spirituelle Elemente, Elemente der psychosozialen Verankerung, ebenbürtig neben pharmakologischen Interventionen in das Repertoire der Behandlungsmöglichkeiten aufgenommen. Das wäre, glaube ich, so kurz gesagt, mein Votum.

Moderation:

Danke, Harald. Andreas, was sind deine Gedanken dazu, was müsste sich aus deiner Sicht ändern?

Prof. a.D. Dr. Andreas Sönnichsen:

Wir müssen ehrlich werden! Das ganze Problem ist doch das Missbrauchsthema. Ich sehe überhaupt gar keinen Widerspruch zwischen evidenzbasierter Medizin im Sinne von Sackett und auch dem Versuch natürlich, bestimmte Dinge zählbar darzustellen. Die Dinge sind ja auch zählbar, das heißt ja nicht, dass wir jetzt alles zählen müssen. Aber wenn wir jetzt sagen, dass wir bestimmte Dinge nicht mehr zählen können, wenn wir gerade jetzt mit der Epidemiologie, wenn wir vom Prinzip her einmal überlegen, es hätte tatsächlich eine Pandemie gegeben durch ein neuartiges Virus. Das ist ja in der Menschheitsgeschichte immer wieder passiert; auch schon lange vor der Gain-of-Function-Forschung. Es gab immer wieder Epidemien und es ist dann ja sinnvoll, die Erkrankungsfälle zu zählen und auch die Todesfälle zu zählen, um zu erforschen mit welchen Maßnahmen etwas erreicht wird, z.B. mit einer medikamentösen Therapie oder mit was auch immer, mit welchen Maßnahmen schaffe ich es eine Epidemie oder Pandemie zu überwinden. Das sind zählbare Dinge und das würde ich natürlich auch weiterhin machen.

Das Problem, das wir haben ist, es wird ja nicht ehrlich gezählt, sondern es wird manipuliert gezählt. Es werden Studien gemacht, vermeintliche Studien, die diese Bezeichnung gar nicht verdienen und da kommt dann raus: 95% Impfeffektivität. Und wenn man sich die Zahlen anschaut, die in dieser Publikation drinnen stehen, die relative Effektivität ist 95 %, nur dass diese Studie bewusst mit Fehlern gemacht wurde, um ein bestimmtes Ergebnis zu erzielen. Das ist fatal! Da kann ich die ganze Wissenschaft wegschmeißen. Aber wenn ich natürlich jetzt eine Einzelfallstudie mache, Hartmut, und ich will, dass in der Einzelfallstudie das rauskommt, was ich nachher verkaufen kann, und ich manipulierte bei der Einzelfallstudie meine Daten so, dass das auch herauskommt, was ich verkaufen kann, dann ist das ja genau das Problem.

Das heißt, was wir brauchen, ist Ehrlichkeit! Wir brauchen eine ehrliche Art von Wissenschaft und wir brauchen natürlich ein breites Spektrum an wissenschaftlicher Methodik für unterschiedliche Fragestellungen. Man kann, wie wir es am Beispiel der Krebstherapie sehen; man kann es nicht allein mit einer Zählung erfassen und bewerten. Aber andere Dinge kann ich natürlich sehr gut zählen und wir brauchen dann beides.

Das Entscheidende ist nicht, das eine ist besser als das andere, sondern das Entscheidende ist,

dass wir das, was wir an wissenschaftlicher Arbeit machen, an therapeutischer Arbeit und in der Forschung machen, dass wir das ehrlich machen. Dass es eben nicht missbraucht wird und ich glaube das ist das Hauptproblem. Und jetzt sind wir eigentlich in einem politischen Szenario, wo wir viele Dinge sehen, die letztendlich zum Schaden von unserer Gesellschaft und Menschen passieren, die sind ja nur politisch lösbar. Das wir hier wegkommen von Lobbyismus, dass die Entscheidungen tatsächlich auf Fakten basieren und nicht auf den Aussagen von manipulierten Faktencheckern oder von der Regierung ernannten und beeinflussten oder gekauften "Experten"; das wäre meine Vision. Wir brauchen eine Rückkehr zur Ehrlichkeit. Das betrifft die Wissenschaft genauso wie das Gesundheitssystem als Ganzes. Es betrifft ja auch immer die individuelle Beziehung zwischen Arzt und Hilfesuchenden, auch das kann ja nur wirklich gut funktionieren, wenn da Ehrlichkeit herrscht.

Was wir gerade in der Corona-Zeit erleben, ist, dass die Menschen vieles nicht wissen, dass aber Behauptungen aufgestellt werden, die nicht auf Tatsachen beruhen und das wird dann als unumstößliche Wahrheit verkauft. Und das ist noch nie so eklatant zu Tage getreten. Mit welcher Leichtigkeit mit Drohungen Fakten unterdrückt werden können und wo nur auf den eigenen Vorteil geschaut wird, wie

z.B. bei den Impfärzten, die sich gebrüstet haben, am Tag 300 Impfungen gemacht zu haben und 7.500,- Euro damit eingenommen zu haben und das 3x die Woche. Das gibt's doch gar nicht, also was ist das denn für ein Menschenbild, das sich da plötzlich auftut? Wir müssen wieder miteinander in einen ehrlichen wissenschaftlichen Diskurs kommen und die hohe Komplexität der Problematik berücksichtigen und ein breites Spektrum an Methodik anwenden.

Prof. Dr. Hartmut Schröder:

Ich danke Harald und auch Andreas für ihre Vorrede und kann mich da nur anschließen. Was deine Stellungnahme betrifft, Andreas, so finde ich ebenfalls, dass Ehrlichkeit das Allerwichtigste ist - vor allen Dingen auch in der Politik, wo das gerade besonders fehlt. Ehrlichkeit ist eine Tugend und Tugend ist ja ein Begriff, den man fast gar nicht mehr im öffentlichen Diskurs findet. Neben der Ehrlichkeit gibt es noch weitere Tugenden und ich glaube, dass wir gerade jetzt in der Medizin und in der Politik sowie überhaupt in der Gesellschaft so etwas wie eine „Tugendethik“ brauchen. Was Forschung und Wissenschaft betrifft, gehe ich davon aus, dass wir nie alles erkennen sowie messen und zählen können, denn es ist alles sehr komplex und multifaktoriell. In Richtung zu dir, Andreas, möchte ich noch einmal

betonen: Ich bin dankbar, dass es evidenzbasierte Medizin gibt. Und ich bin dankbar für diese Methodik, die sich in den letzten 50 Jahren entwickelt hat. Ihre Bedeutung sehe ich insbesondere unter dem Aspekt der Sicherheit - nicht unbedingt als Wirkungsnachweis. Auch wenn ich überhaupt nichts gegen Messen und Zählen habe - man manchmal sogar messen und zählen muss - finde ich aber, dass es noch etwas Wichtigeres gibt, das mich noch einmal zur Thematik der Resonanz zurückkehren lässt.

Ich gehe davon aus, dass Pflege und Sorge entscheidend für den Erfolg auch medizinischer Behandlungen sind und an erster Stelle stehen sollten. Jeder kranke Mensch braucht für die Genesung auch Berührung, Liebe und Zuwendung sowie letztendlich natürlich Zeit für sich, um selbst wieder selbstwirksam werden zu können.

Das beste Heilmittel, das in jedem von uns vorhanden ist, ist der innere Arzt. Warum wird diesem so wenig Aufmerksamkeit gewidmet? Warum gibt es da keine großen Forschungstöpfe, die das endlich mal aufzeigen? Warum wird Selbstheilung nicht gefördert? Jede Investition in die Selbstheilung, würde sich bereits über einen kurzen Zeitraum betrachtet von selbst finanzieren, da jeder Einzelne und die gesamte Gesellschaft resilienter würden.

Evidenzbasierte Medizin sollte ergänzt werden durch Maßnahmen, die Resilienz und Resonanz fördern. Im Mittelpunkt eines jeden medizinischen Handelns sollte nicht Krankheit stehen, sondern der kranke Mensch, den es im Prozess seiner Gesundung und Heilung zu unterstützen gilt.

Moderation:

Vielen Dank. An dieser Stelle ermutige ich unsere Gäste, Fragen in den Chat zu schreiben. Bevor wir uns den Fragen der Gäste zuwenden, hat jeder von euch eine Minute Zeit für ein Schlusswort.

Prof. Dr. Dr. Phil. Harald Walach:

Ich will nur sagen, dass das, was Hartmut und Andreas gesagt haben, man eigentlich auf einen Nenner bringen kann: Wir brauchen ein erweitertes Menschenbild, bei dem wir nicht nur auf das Materielle schauen. Und dazu gehört auch eine Ethik, die uns zu Wahrhaftigkeit verpflichtet und dazu gehört auch ein breiterer Blick auf das Menschsein.

Prof. Dr. Hartmut Schröder:

Ich finde, dass die Begrenzung auf das Stoffliche und die Orientierung auf Monokausalität zum Reduktionismus führen. Gesundheit und auch Krankheit sind aber immer multifaktoriell. Der Blick aufs Ganze ist unverzichtbar.

Prof. a.D. Dr. Andreas Sönnichsen:

Dem kann ich mich nur anschließen. Wir erleben ja in der Medizin eine zunehmende mechanistische Auffassung des menschlichen Körpers und des menschlichen Daseins und das wird dem Menschen natürlich in keiner Weise gerecht. Und so verstehe ich auch in der evidenzbasierten Medizin das Zählen, weil zählen auch was Mechanistisches an sich ist und mit dem Zählen allein ist es eben auch nicht getan. Und die Komplexität ist so groß, dass wir das nie durch Zählen allein abbilden können, aber eben auch nur aus bestimmten Blickwinkeln des Einzelfalls nicht evident erfassen können.

Ich bin da ein alter Fan von Karl Popper, der ja mal gesagt hat: Unwissenheit ist grenzenlos und mit jedem kleinen Fortschritt, den wir machen, um neue Erkenntnisse zu gewinnen, eröffnen wir nur einen neuen Wald an Fragezeichen.

Letztendlich ist das die hippokratische Idee, die hier etwas moderner formuliert wurde. Und das habe ich gerade im Ärzteblatt auch so gelesen, dass der Landarzt zu einer Patientin gesagt hat: Ich weiß, dass ich nichts weiß und das heißt aber, dass wir trotzdem danach streben sollten, unser Nichtwissen zu verringern, in der demütigen Selbsterkenntnis, dass egal in welcher wissenschaftlichen Richtung wir arbeiten, uns immer nur eine Annäherung an die

Wahrheit gelingt und nicht die letztendliche Entschlüsselung von Wahrheit.

Moderation:

Danke euch dreien. Nun werde ich Frage aus dem Chat aufgreifen:

„Frau Dr. Carstens, Ehefrau des ehemaligen Präsidenten und Präsidentin der Carstens Stiftung, hat meinen Vater auch unter anderem mit Kristallen bei seinem Krebs behandelt. Vielleicht hätte er sonst nicht so lange gelebt. Gehört sie zu Wildwuchs?“

Prof. a.D. Dr. Andreas Sönnichsen:

Das spielt jetzt an auf eine etwas saloppe Formulierung von mir, ich will mich dazu gar nicht äußern, ob gerade das jetzt gewirkt hat oder nicht. Ich wollte ja, vielleicht ist das Beispiel danebengeraten, aber es gibt sicherlich zahlreiche Beispiele, wo bestimmte sogenannte alternative Heilungsmethoden angewandt werden, um damit maximal aus todgeweihten Patienten, die sich an jeden Strohalm klammern, noch irgendwelchen finanziellen Vorteil zu ziehen und das finde ich sehr schwierig. Wo ist hier die Grenze?

Wie kann man diesem Wildwuchs Einhalt gebieten? Eine Teilnehmerin hat vorhin gefragt, ist es nicht auch Wildwuchs, wenn Ärzte Gesundheit als Ware handeln. Natürlich, das ist genauso Wildwuchs! Jegliche Form von

Missbrauch, Missbrauch der Notlage eines anderen Menschen, um daraus für sich selbst noch Kapital zu schlagen, das ist Wildwuchs, das muss aufhören.

Das ist das, was ich mit Ehrlichkeit auch gemeint habe. Wir brauchen diese nicht nur in der Forschung, sondern wir brauchen sie auch zwischen Behandler und Behandelten. Ich möchte das jetzt nicht im Einzelnen nennen, wie die Anwendung von Kristallen zu beurteilen ist. Da kann jeder drüber denken, was er möchte, so wie man auch über Homöopathie denken kann, was man möchte. Ich glaube nicht an Homöopathie. Für mich ist Homöopathie ein Placebo; aber es gibt viele Leute, die das anders sehen und das dürfen sie auch.

Wenn man sich die Historie der Homöopathie anschaut, der gute Samuel Hahnemann, der hat ja die Medizin hingeschmissen, weil er gesehen hat, was für Schäden die damalige Medizin an den Patienten angerichtet hat. Aderlass, Arsen, Quecksilber, Brechweinstein und mehr. Der hat dann gesagt, so kann man Medizin nicht weiter machen und hat letztendlich dann aus einem theoretischen Konstrukt seine Homöopathie entwickelt und hat natürlich, im Vergleich zu den damals gängigen Praktiken in der Medizin, immense Heilerfolge erzielt.

Aber vielleicht hat er die Heilerfolge einfach dadurch erzielt, dass er das gemacht hat, was Hartmut gesagt hat: Wir müssen einfach auch

mal nichts tun. Wie Spontanheilung abwarten, Selbstheilungskräfte aktivieren und ob ich dem jetzt ein paar Kügelchen gebe mit einer Potenz von xy, oder ob ich ihm vielleicht Bachblüten gebe, oder ob ich ihm Kristalle anbiete. Das ist völlig egal. In dem Moment, in dem ich als Therapeut eine Beziehung mit dem Patienten aufbaue, ist es ziemlich Wurscht, weil ich dann seine Selbstheilungskräfte aktiviere.

In sehr vielen Situationen in der Medizin braucht es einfach nur ehrliche Zuwendung.

Moderation:

Eine weitere Frage aus dem Chat lautet:

„Gibt es Wege unabhängig von der Politik, sehen Sie Möglichkeiten von politischen Vorgaben, unabhängige Hilfesysteme zu entwickeln beziehungsweise aufzubauen?“

Prof. Dr. Hartmut Schröder:

Ich bin gerade durch die Erfahrungen, die wir in den letzten vier Jahren gemacht haben, der Meinung, dass wir Lösungen nicht von der Politik erwarten können. Politik ist in einer Krise und diese bezieht sich auf alle politischen Parteien. Ich glaube, dass es Lösungen nur zivilgesellschaftlicher Art geben kann. Wenn es uns gelingt ein Cura-Wesen aufzubauen – so wie das die Ottawa Charta der WHO von 1986 auch fordert – in dem Menschen sich umeinander kümmern und füreinander Sorge tragen,

dann können wir auf lokaler und regionaler Ebene sehr viel erreichen. Das neue Cura-Wesen kann sich nur außerhalb der Zwänge der Geldwirtschaft entwickeln.

Moderation:

Noch eine letzte Frage aus dem Chat:

„Bei Resonanz fällt mir auch gleich Frequenz ein. Solange Evidenz nicht alle Sichtweisen einschließt, werden wir keinen ausreichenden Nutzen daraus ziehen. Wir müssen zurück zur Eigenverantwortung und müssen uns wieder zutrauen, dass wir durchaus in der Lage sind, unsere Selbstheilungskräfte unterstützend einzusetzen. Warum wurden die alten Heilmethoden komplett aus der aktuellen Praxis eliminiert?“

Prof. Dr. Dr. Phil. Harald Walach:

Oh, das ist ein sehr komplexes Thema! Zu dem Beitrag vorher wollte ich noch sagen, es gibt im Bereich der Gesundheit kein Thema, das nicht politisch ist. Ich halte es für eine Illusion, zu glauben, man könnte die Entwicklungen der Medizin von den Entwicklungen in der Politik und der Ökonomie entkoppeln.

Warum wurden alte Heilmethoden eliminiert? Ganz eliminiert wurden sie ja nicht, aber es gibt natürlich die Bestrebungen, die alle aus dem System rauszutun und warum? Das ist offensichtlich, weil man damit kein Geld

verdienen kann. Wer Geld verdienen will, der muss was Neues patentieren und das muss teuer auf den Markt geworfen werden, ob das jetzt mRNA-Impfungen oder sonst etwas ist.

Weil eben diese Methoden der Naturheilkunde oftmals sehr hilfreich sind, auch wenn es vielleicht nur Placeboeffekte sind - das wollen wir jetzt gar nicht weiter diskutieren - deswegen sind sie im Grunde eine Bedrohung für alle Leute, die Geld machen wollen und deswegen werden sie aus dem System gekickt. Ganz simpel.

Moderation:

Vielen herzlichen Dank euch dreien für eure Beiträge und unseren Gästen für die Fragen. Bis zum nächsten Mal, bei aconitumanimus!

Fußnoten:

¹ Siehe ÄrzteZeitung vom 22.01.2015. Online: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Warnung-vor-blindem-Vertrauen-238832.html>.

² FAZ vom 06.01.2014. Online: <https://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/versagen-der-medizin-homoeopathie-ein-ritterschlag-fuer-quacksalber-12740075.html>.

³ Harald Walach: Leserbrief zu Christian Weymayr: „Scientabilität - ein Konzept zum Umgang der EbM mit homöopathischen Arzneimitteln“. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen (ZEFQ) (2013) 107, 606-610.

⁴ Eugen Bleuler: Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. Zürich 1919.

⁵ Edzard Ernst in Stiftung Warentest: Die andere Medizin. 2006.

⁶ Ivan Illich. In: Die Medizin macht uns krank. Die Zeit vom 18.04.1975. Online: <https://www.zeit.de/1975/17/die-medizin-macht-uns-krank/komplettansicht#print>.

⁷ Siehe dazu das Buch von Hartmut Schröder und Elisabeth Grunwald: Der Placebo- und Nocebo-Effekt. Illusion, Fakten und die Realität. Crotona Verlag 2022.

⁸ Siehe dazu das Buch von Hartmut Schröder, Elisabeth Grunwald und Marlen Schröder: Der Valebo-Effekt. Warum wir zu Experten unserer eigenen Gesundheit werden sollten. Crotona Verlag, 2023

Literatur:

Howick, J., Koletsis, D., Ioannidis, J. P. A., Madigan, C., Pandis, N., Loef, M., . . . Schmidt, S. (2022). Most healthcare interventions tested in Cochrane Reviews not effective according to high quality evidence: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 148, 160-169. doi:10.1016/j.jclinepi.2022.04.017

Walach, H., & Loef, M. (2015). Using a matrix-analytical approach to synthesizing evidence solved incompatibility problem in the hierarchy of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68, 1251-1260. doi:doi:10.1016/j.jclinepi.2015.03.027

Walach, H. (2006). Zirkulär statt hierarchisch – methodische Überlegungen zur Evaluation komplexer therapeutischer Massnahmen [Circular instead of hierarchical – methodological considerations for evaluating complex therapeutic interventions]. In W. Bödeker & J. Kreis (Eds.), *Evidenzbasierung in Gesundheitsförderung und Prävention* (pp. 33-56). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Walach, H., Falkenberg, T., Fonnebo, V., Lewith, G., & Jonas, W. (2006). Circular instead of hierarchical - Methodological principles for the evaluation of complex interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 6(29). doi:doi.org/10.1186/1471-2288-6-29

Walach, H. (2018). *Heilung kommt von innen: Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen*. München: Knaur Verlag.

Bürgergemeinschaft für gesundes und selbstbestimmtes Leben e.V.

Kontakt:

E-Mail: info@aconitumanimus.de

Website: www.aconitumanimus.de

Telegram: <https://t.me/aconitumanimus>



In der Gemeinschaft wird Angst durch Zuversicht überwunden!