

Den Heilpraktikerberuf abschaffen?

Pro und Contra in einer aktuellen Debatte

Abolish the Alternative Healer?

Pros and Cons in a Current Debate

Hendrik van den Bussche^{1*}, Norbert Schmacke^{2*}

Zusammenfassung: Die Abschaffung des Heilpraktikerberufs und der Alternativen Heilverfahren (AHV) wird in Deutschland zurzeit intensiv diskutiert. Ziel dieses Beitrags ist es, über die vorgebrachten Argumente zu informieren und dadurch die Debatte innerhalb der Allgemeinmedizin zu intensivieren.

Konsens zwischen beiden Autoren besteht dahingehend, dass alle von den Krankenkassen übernommenen Verfahren gleichermaßen dem „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ entsprechen sollten. Patientinnen und Patienten, die AHV in Anspruch nehmen, müssten diese also selbst bezahlen, so lange es für die jeweiligen AHV keinen Nachweis der Wirksamkeit gibt. Die Durchsetzung dieser Forderung ist schwierig, weil AHV sich großer Beliebtheit erfreuen: in der Bevölkerung, in Parteien, bei Krankenkassen und in der Ärzteschaft.

Dissens zwischen beiden Autoren besteht bezüglich pauschalisierender Zuschreibungen ohne wissenschaftliche Belege, z.B. dass aufgrund der staatlichen Anerkennung Patientinnen und Patienten Heilpraktiker als staatlich geprüfte Heiler ansehen würden – äquivalent zu Ärztinnen und Ärzten. Strittig ist weiter, wie leicht Patientinnen und Patienten einen verdeckten Placeboeinsatz durchschauen können. Schließlich gibt es unterschiedliche Auffassungen bezüglich der Folgen der Abschaffung des Heilpraktikerberufs und darüber, ob dies politisch überhaupt realisierbar wäre.

Schlüsselwörter: Heilpraktiker; Alternative Heilverfahren; Homöopathie; Komplementärmedizin

Summary: In Germany, the abolition of the alternative healer and alternative healing concepts is currently being intensively discussed. The aim of this contribution is to inform about the arguments put forward and to intensify the debate within family practice.

The consensus between the two authors is that all procedures reimbursed by statutory health insurance should correspond equally to the “generally acknowledged state of medical knowledge”. Patients who use alternative healing would therefore have to pay for it themselves as long as there is no proof of efficacy for the procedure in question. The implementation of this demand is difficult as alternative healing is very popular: in the population, in political parties, with health insurance companies and in the medical profession.

There is dissent between the two authors with regard to simplifying attributions without scientific evidence, e.g. that patients see them as state-certified healers equivalent to doctors due to the state recognition of alternative healers. Furthermore it is still controversial how easily patients can understand a concealed placebo use. Finally, there are differing views on the consequences of abolishing the profession of alternative healers – if politically possible at all.

Keywords: alternative healers; alternative therapies; homeopathy; complementary medicine

Hintergrund

In den westlichen Industriegesellschaften erleben alternative Heilverfahren (AHV) einen deutlichen Aufwind. Die Akzeptanz in den Bevölkerungen ist so groß, dass AHV-Leistungen in mehreren Ländern in der einen oder anderen

Form von den jeweiligen Kostenträgern übernommen werden. In Deutschland betrachtet das SGB V wissenschaftlich nicht begründete Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der „besonderen Therapierichtungen“ wie Homöopathie, Anthroposophie und Phytotherapie po-

tenziell als Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (§ 2 [1] SGB V). Außerdem wertet das SGB V die besonderen Therapierichtungen dadurch auf, dass ihre Protagonisten bei der Erarbeitung von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Arznei-, Verband-, Heil-

¹ Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, UKE Hamburg; ² Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung 1: Versorgungsforschung, Universität Bremen
*geteilte Erstautorenschaft, DOI 10.3238/zfa.2018.0296-0302

und Hilfsmittel etc. (§ 92 Abs. 3a SGB V) mit wissenschaftlichen Sachverständigen gleichgestellt werden.

Jüngst hat der „Münsteraner Kreis“ (MK) – eine nach eigenen Angaben „interdisziplinäre und von institutionellen Interessen unabhängige“ Expertengruppe – versucht, „die genannte Problematik aus einer dezidiert wissenschaftsorientierten und zugleich am Selbstbestimmungsrecht der Patienten ausgerichteten Perspektive zu beurteilen“. Einer „systematischen Problemanalyse“ folgen mehrere „alternative Lösungsvorschläge“ [1]. Im Februar 2018 wurde darüber hinaus ein Memorandum zur Homöopathie veröffentlicht [2]. Die Lektüre der allgemeinen Stellungnahme des MK ist Voraussetzung zum vollen Verständnis der Debatte. In einer Stellungnahme vom 24.10.2017 unterstützte das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) die Forderungen und Vorschläge des MK vollinhaltlich (vgl. Abschnitt „Zur Abschaffung des Berufs des Heilpraktikers“).

Worum geht es in der Debatte?

Beide Autoren möchten im Folgenden über die Einzelheiten dieser Diskussion informieren und zur Intensivierung der Debatte, insbesondere innerhalb der Allgemeinmedizin, beitragen.

Die Darstellung als Pro- und Contra-Debatte wird nicht nur Unterschiede, sondern auch Gemeinsamkeiten beider Standpunkte aufzeigen.

Über die Definition des Begriffs „Naturheilkunde“ gibt es seit Langem Auseinandersetzungen [3]. Für Puristen ist Naturheilkunde begrenzt auf Therapieansätze, die mit in der „Natur“ gegebenen Mitteln (Licht, Luft, Wasser und Fasten) operieren. Homöopathie, Akupunktur und andere AHV werden somit nur von denen unter Naturheilkunde subsumiert, die einen erweiterten Ansatz vertreten. Wir werden Begriffe mit einer Nähe zur Medizin nicht verwenden, ebenso wenig welche, die eine Nähe zur „Natur“ (z.B. Naturheilverfahren etc.) suggerieren. Begriffe wie „Alternativmedizin“ oder „Komplementärmedizin“ suggerieren eine „eigene“ Medi-

zin, die es unseres Erachtens nicht geben kann: Es gibt nur unterschiedlich gut belegte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren in der Medizin und das Gebot, dass das Nutzen-Schaden-Verhältnis nach konsentierten Kriterien akzeptabel sein muss. Wir sprechen hier hilfsweise von Alternativen Heilverfahren (AHV). Im Gegensatz dazu sprechen wir von Medizin als der Heilkunde, die auf anerkannten wissenschaftlichen Kriterien basiert bzw. dazu tendiert.

Wir verwenden aus Platzgründen die Geschlechterbegriffe alternierend. Das jeweils andere Geschlecht ist immer einbezogen.

Die Forderung nach Abschaffung des „einen“ Heilpraktikerberufs würde unterschiedliche Gruppen treffen:

- Heilpraktiker (HP) mit und ohne medizinische Vorkenntnisse
- HP mit „Schwerpunkt“ Physiotherapie oder Psychotherapie (sektoral)
- Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren bzw. Homöopathie
- HAV-anwendende Ärzte ohne Zusatzbezeichnung

Bei den Forderungen handelt es sich um (einzeln oder in Kombination):

- Die Abschaffung des Heilpraktikerberufs (und Verbot einer Nachwuchsausbildung) in allen seinen obigen Varianten (wie vom MK gefordert) oder zumindest um eine
- Erhöhung der Anforderungen an die Heilpraktiker (vgl. Abschnitt „Zur Abschaffung des Berufs des Heilpraktikers“)
- Abschaffung der „besonderen Therapieverfahren“ im SGB V durch den Gesetzgeber
- Aufhebung der Sonderregelungen für die Zulassung von Präparaten der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophischen Medizin (vgl. § 38 Arzneimittelgesetz)
- Beendigung der Kostenübernahme der (von Ärzten angewandten/verschriebenen) AHV durch die Krankenkassen oder um eine
- Erhöhung der Anforderungen an die niedergelassenen Ärztinnen (vgl. Abschnitt „Zur Abschaffung des Berufs des Heilpraktikers“).

- Herausnahme der Zusatzbezeichnungen „Homöopathie“ bzw. „Naturheilverfahren“ aus der Weiterbildungsordnung Ärzte.

Die Wichtigsten der verschiedenen Lösungswege werden im Folgenden – nach einem kurzen Überblick über die Vorgeschichte – kommentiert.

Eine knappe Vorgeschichte der Heilpraktiker

Bereits in den ersten Monaten nach der „Machtergreifung“ 1933 legte die NSDAP einen Gesetzentwurf vor, der die Anerkennung der Heilgewerbetreibenden als „Heilpraktiker“ unter Begrenzung ihrer Zahl und ihrer Handlungskompetenzen zum Ziel hatte. Diese staatliche Anerkennungsabsicht der „Kurpfuscher“ löste sowohl bei den konservativen Medizinprofessoren als auch bei den nationalsozialistischen Ärzten und Studierenden heftige Proteste aus, hatten sie sich doch in der Weimarer Zeit kämpferisch gegen die „Kurierfreiheit“ engagiert. Ihre Hoffnung, die NSDAP würde durch die Ausschaltung der Heilbehandler den Stand der Ärzte privilegieren, schien sich ins Gegenteil zu verkehren. Die medizinischen Fakultäten gingen aus ihrer üblichen Reserve heraus und formulierten – unter Federführung der Berliner Fakultät – ein Protestschreiben gegen den Gesetzentwurf. Darauf reagierte „Reichsärztesführer“ Gerhard Wagner mit einem regelrechten Wutanfall: *„Ich erkläre hierzu [...] mit aller Schärfe, daß ich mir als der allein verantwortliche Führer der Deutschen Ärzteschaft jegliche Einmischung von Leuten verbitte, die durch ihre Haltung klar beweisen, daß sie einmal keine Nationalsozialisten sind [...] Und ich erkläre endlich, daß ich daher auch gegenüber weiteren Störungsversuchen mit aller Schärfe [...] vorgehen werde. Insbesondere sei dies gewissen Hochschullehrerkreisen gesagt [...]“*.^{*} Der Gesetzentwurf wurde dennoch leise zurückgezogen.

Abgesehen von den vielen Sympathisanten in höchsten Parteikreisen (Hitler, Heß, Himmler u. a.) basierte

^{*} Erklärung Gerhard Wagner in: Deutsches Ärzteblatt 1933; 63: 685. Als der Münsteraner Ordinarius für Innere Medizin Paul Krause in einer Einzelaktion gegen die NS-Politik in der Heilpraktikerfrage anging, wurde er auf Geheiß Wagners so terrorisiert, dass er sich am 7.5.1934 erschoss (vgl. Ernst Luther und Burchard Thaler. Der Arzt in der politischen Entscheidung. Halle [Saale]: Martin-Luther-Universität 1967: 113–131).

die Affinität zur „Naturheilkunde“ auf dem nationalsozialistischen „Denken“ dieser frühen Phase. Wie für andere Wissenschaften wurde auch für die Medizin ein neues, „deutsches“ Wissenschaftsparadigma gefordert. Hierzu Walter Groß, Leiter des „Aufklärungsamts für Bevölkerungspolitik und Rassenpflege“ in der Reichsleitung der NSDAP: *„Was den Nationalsozialismus auszeichnet, ist das ursprüngliche Erlebnis der Ganzheit und Einheit, die hinter den Dingen steht. Dieses fast religiöse Erlebnis ist der Sphäre des Verstandes und der nüchternen Beweisführung entrückt, und bringt uns deshalb in Konflikt mit den Methoden der bisherigen Anschauungen und der bisherigen Forschung [...] Hinter dem Konflikt in der Heilpraktikerfrage steht in Wirklichkeit der Gegensatz zwischen experimentierender, exakter Wissenschaft und dem, was es außerhalb dieses Gebietes an Erfahrungen und Erkenntnissen gibt“* [4]. Kritisiert wurde die Zersplitterung der Medizin in Spezialdisziplinen und eine ärztliche Ausbildung, die aus einer Anhäufung von Spezialwissen bestünde. Gefordert wurde die Abkehr von der – im Zweifelsfall „jüdisch“ verursachten – Technisierung von Diagnostik und Therapie, die Rückkehr zur Einheit von Körper, Geist und Seele und eine Aufnahme „natürlicher“ Heilverfahren in das ärztliche Handeln. Ganzheit im nationalsozialistischen Sinne bedeutete aber vor allem eine Abkehr von der „liberalistischen“ Zentrierung ärztlichen Handelns auf das einzelne kranke Individuum. Medizinische Wissenschaft und ärztliche Praxis seien auf das „Volksganze“ auszurichten und das hieß – im sozialdarwinistisch-rassistischen Gesellschaftsverständnis – auf die „Hebung des Erbgutes“ und die Stärkung der Wehrfähigkeit des deutschen Volkes. Prävention und Leistungssteigerung („Gesundheitsförderung“) bei gleichzeitiger „Ausmerze der Minderwertigen“ waren die Schlagwörter für diese Neuorientierung der Medizin, in der die AHV eine wichtige Rolle spielen sollten.

Nach dem Krieg feierten die diversen AHV-Vereine unter dem Oberbegriff der „Ganzheitsmedizin“ eine Wiederauferstehung, zumal das Bundesverwaltungsgericht entschied, dass das Verbot der Nachwuchsförderung im Gesetz von 1939 aufzuheben sei [3, 5].

Worüber zwischen beiden Autoren Konsens besteht

1. § 2 SGB V schreibt vor: „Die Krankenkassen stellen den Versicherten [...] Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung [...], Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen [...]“. Mit dieser Formulierung wurde die Widerspruchlichkeit der Kriterien für die Bewertung der AHV kodifiziert: Qualität ist am „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ zu messen, andererseits sind die „besonderen Therapierichtungen“ von vornherein „nicht ausgeschlossen“. Diese Formulierung ist die Basis dafür, dass Kosten der ärztlich verordneten AHV von den Krankenkassen übernommen werden (können). Beide Autoren plädieren dafür, dass die in diesem § 2 gegebene Privilegierung der AHV gestrichen wird. Alle Therapien haben eben nachweislich dem „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ zu entsprechen. Daraus folgt, dass Patientinnen, die AHV in Anspruch nehmen, diese selbst bezahlen müssen, so lange es für die jeweiligen AHV keine Evidenz gibt. Es sollte für Patienten und für die gesamte Bevölkerung klar sein, dass AHV außerhalb der wissenschaftlich anerkannten Nachweiskriterien die Solidargemeinschaft nicht belasten können.

2. Die Durchsetzung dieser Forderung ist schwierig, da alle politischen Parteien und fast alle Krankenkassen (vermutlich aus Wettbewerbsgründen) AHV und deren Kostenübernahme befürworten. Wann welche Krankenkasse welche Leistungen von welchen Ärzten – mit oder ohne Zusatzbezeichnung – übernimmt, ist nicht genau bekannt.

3. Durchsetzungsschwierig ist diese Maßnahme auch dadurch, dass es eine stattliche Anzahl von Ärztinnen und Ärzten gibt, die ebenfalls AHV anwenden – weil die Patientinnen das fordern, sie selber von diesen Verfahren überzeugt sind, es als Placebo einsetzen [9] oder darin ein Instrument zur Patientenbindung sehen. Viele Hausärzte tun sich schwer, AHV zu verweigern, arbeiten sie doch mit Begrif-

fen wie „Patient im Mittelpunkt“, „Selbstbestimmung des Patienten“, „Patientenpräferenz als Richtschnur hausärztlichen Handelns“ etc. Es handelt sich bei den AHV-Praktizierenden nicht nur um Hausärzte: In Hamburg haben z.B. ca. 25 % (n = 775) der niedergelassenen Ärzte eine der beiden Zusatzbezeichnungen für AHV, neben Hausärzten sind es vielfach Orthopäden [9].

4. Auch andere Organisationen favorisieren AHV in der einen oder anderen Weise:

- Die DEGAM hat 2009 einen Arbeitskreis „Komplementärmedizin“ ins Leben gerufen, der mit prominenten (professoralen) Vertretern der Allgemeinmedizin besetzt ist [10].
- Medizinstudierende sollen gemäß Approbationsordnung im Rahmen der Pflichtlehre im „Querschnittsbereich Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ einen Einblick in die AHV bekommen [11]. Demgegenüber ist der Unterricht in Evidenzbasierter Medizin keine Pflicht.
- Selbst Universitätskliniken demonstrieren ihre Affinität (wenn sich damit Geld verdienen lässt): Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf betreibt z.B. eine Ambulanz für Traditionelle Chinesische Medizin, die Universität Duisburg-Essen verfügt über eine „Abteilung für Naturheilkunde und Integrative Medizin“. Ein Überblick über die vielen Kliniken, die AHV anwenden, findet sich bei Hoefert et al. [12].

Mit anderen Worten: Auch die Medizin bedient sich mehr als gelegentlich der AHV, ohne dies als theoretisch problematisch zu beschreiben. Eine Klärung des Verhältnisses seitens Ärzteschaft und Fakultäten zu AHV ist zwingend.

5. Schwierig wird jede Maßnahme auch dadurch, dass die Popularität der AHV in der Bevölkerung groß ist. Die Beliebtheit hängt unter anderem mit Ängsten bezüglich einer Medizin zusammen, die a) als invasiv und nebenwirkungsträchtig angesehen (Furcht vor Antibiotika, CT-Röhren, „Schläuchen“ etc.) und b) als kommunikations- und empathiearm empfunden wird [7, 13]. Beides ist nachvollziehbar. Die AHV punkten mit angenehmen Leitsätzen: Ganzheit(lichkeit), Nebenwirkungsfreiheit, „natürliche“ Medizin etc. Viele Patientinnen verwenden AHV im Übrigen parallel zur kritisch beäugten „Schulmedizin“.

6. Die Medizin hat vielfach keine wirksamen bzw. evidenzbasierten Angebote für eine Reihe von Beschwerden und Krankheiten. Die Bevölkerung nimmt die gewaltigen Fortschritte der Medizin gern „mit“, um dann erstaunt festzustellen, dass längst nicht alle Erkrankungen erfolgreich behandelt werden können. EbM ist – historisch betrachtet – eine ganz junge Entwicklung, die für diese kurze Zeitspanne große Erkenntnisfortschritte erreicht hat – und zwar genau zu den Fragen von Nutzen und Schaden, zu den Grenzen der Medizin (über die zu reden ein wichtiger Bestandteil des Patientenschutzes sein sollte) sowie zum Schutz vor Überversorgung (z.B. „choosing wisely“) [14].

7. Es gibt – allen Gegenbehauptungen zum Trotz – kaum belastbare Studien, die eine Wirksamkeit der AHV nachweisen. Ausnahmen sind die GERAC-Akupunktur-Studien mit chronischen Kopf- und Rückenschmerzen sowie dauerhaften Gelenkschmerzen im Knie [15]. Darüber hinaus gibt es immer wieder einzelne Hinweise auf Effekte z.B. von Yoga, die mit kognitiver Verhaltenstherapie vergleichbar sein könnten. Wiederholte Studien mit vergleichbaren Ergebnissen fehlen zu allen AHV. Für die Homöopathie gibt es zum Beleg eine Reihe von methodisch ausgezeichneten Reviews [16–18]. Shang z.B. *„compared 110 placebo-controlled trials of homeopathy matched according to disorder and type of outcome to trials of conventional medicine. The study only included trials that were controlled, included randomised assignment to treatment or placebo groups and were accompanied by sufficient data for odds ratio calculations. The authors concluded that when analyses were restricted to large trials of higher quality there was no convincing evidence that homeopathy was superior to placebo“*.

8. Belastbare Daten über die in Deutschland zugelassenen Heilpraktiker, deren Klientel, Behandlungsansätze, (subjektive) Behandlungserfolge bzw. deren Fehler gibt es nicht. Nach einer Statistik vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit hat sich die Zahl der Heilpraktiker allein in Bayern zwischen 2003 und 2015 von 11.035 auf 23.103 mehr als verdoppelt. Hochgerechnet wären das für das Bundesge-

biet ca. 145.000 Heilpraktiker [19]. Das würde bedeuten, dass die Zahl der ambulant tätigen Ärzte und Ärztinnen mit der Zahl der Heilpraktiker etwa gleich wäre(!), was unwahrscheinlich erscheint.

Worüber zwischen beiden Autoren Dissens besteht

1. Popularität und Attraktivität der AHV

Norbert Schmacke: Die staatliche Anerkennung von Heilpraktikern und die gesetzlich fixierte Berufsbezeichnung „Heilpraktiker“ (vgl. Heilpraktikergesetz § 1) suggeriert den Patienten, es handle sich um staatlich geprüfte Heiler, die im Grunde äquivalent zu Ärzten ausgebildet seien und deren Kenntnisse sich zudem – anders als die vieler Ärzte – nicht auf ein oder zwei Fachgebiete beschränken. Heilpraktikerinnen werben jedenfalls alle mit dem erfolgreichen Absolvieren der Überprüfung durch das Gesundheitsamt. Medizinstudierende durchlaufen ein der Wissenschaftlichkeit verpflichtetes Studium, an dessen Ende eine staatliche Prüfung steht. Heilpraktiker haben demgegenüber nur eine einzige Prüfung zu bestehen, in der sie nachweisen müssen, dass sie sich bestimmter Grenzen ihres Kompetenzbereichs bewusst sind. Danach können sie de facto tun, was sie wollen. Die meisten behandeln alle ihnen vorgetragenen Beschwerden und Krankheiten mit einigen wenigen Verfahren: in einer Mitgliederbefragung des Fachverbandes Deutscher Heilpraktiker wurden im Durchschnitt 4,3 Therapieschwerpunkte angegeben. 62 % der Befragten nannten fünf Therapiemethoden [20].

Relevant ist zudem, dass bei der häufig genannten „Harmlosigkeit“ von AHV übersehen wird, dass die „Überzeugungstäter“ Patientinnen davon abhalten können, wirksame Verfahren der Medizin in Anspruch zu nehmen. Dies ist leider nicht systematisch aufgearbeitet (überzeugende Belege finden sich u.a. bei Ernst und Smith [21]).

Hendrik van den Bussche: Dass die staatliche Anerkennung von Heilpraktikern Patienten „suggeriert, es handle sich um staatlich geprüfte Heiler, die im Grunde äquivalent zu Ärzten ausgebildet seien“ [...] ist eine bloße Annah-

me. Empirische Belege dafür gibt es nicht. Diese These des MK suggeriert, dass Patienten nicht in der Lage sind, zu entscheiden, was ihnen subjektiv nutzt (auch wenn es – wissenschaftlich gesehen – nur Placebo wäre). Ich persönlich habe den Duktus des Memorandums des MK über weite Strecken als undifferenziert, gar apodiktisch empfunden. Alles wird entweder schwarz oder weiß gezeichnet: Die AHV-präferierenden Patienten sowie alle Heilpraktiker und alle AHV-praktizierenden Ärztinnen auf der einen – falschen – Seite, die „wahren“ Ärzte – alle akademisch bzw. evidenzbasiert ausgerichtet – auf der anderen Seite, die AHV-Behandelten unmittelbar von schweren Behandlungsfehlern bedroht. Auch hier fehlen – mit einer mir bekannten Ausnahme [22] – belastbare Belege, von dramatischen Einzelfällen abgesehen. Alle Varianten von Heilpraktikern werden pauschal als gefährlich eingestuft, ohne Gefühl für die Frage, ob nicht einige auch vernünftig handeln.

2. Qualifikation der AHV-verschreibenden Ärzte

Hendrik van den Bussche: „Ärzte sind zu einer regelmäßigen Fortbildung verpflichtet, die der Kontrolle durch die Landesärztekammern unterliegt – Heilpraktiker haben kein solches Fortbildungssystem“, so der MK. Bei der „regelmäßigen Fortbildung“ der Ärzte hätte in der MK-Stellungnahme auf die Regelmäßigkeit des Pharnasponsorings hingewiesen werden müssen, ebenso auf die real fehlende Kontrolle der Fortbildungsqualität durch die Landesärztekammern. Heilpraktiker gaben demgegenüber in einer Befragung [20] einen Median von 90 Stunden Fortbildung pro Jahr an, was mit dem Umfang bei Ärzten übereinstimmen dürfte.

Norbert Schmacke: Dass die Ärztekammern bislang kaum Qualitätskontrollen ihrer Fortbildungsangebote vornehmen, ist bekannt. Es ist richtig, dass diese Fortbildungen viel zu häufig industriefinanziert sind. Es gibt aber ein Instrumentarium zur Durchführung guter Fortbildung, anders als bei den Heilpraktikern: Dort erzählen immer Gläubige vor Gläubigen denselben Unsinn.

Das Problem im Kontext von AHV ist, dass es auch innerhalb der Ärzteschaft Gruppen gibt (bei den Heilpraktikern sowieso), die sich aus dem wissen-

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche ...



... war von 1993–2011 Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, von 2003–2006 zugleich Prodekan für Lehre der Hamburger Medizinischen Fakultät.

„Mein erster Kontakt mit AHV fand ca. 1968 während meines Medizinstudiums statt. Ich arbeitete als studentische Hilfskraft in der Pathologie und nahm an der Obduktion eines ca. 25-jährigen

Mannes teil, der an einem Osteosarkom des Femurs gestorben war. Er war auf eigenen Wunsch ausschließlich naturheilkundlich behandelt worden. Auf dem Sektionsstisch war der Tumor blumenkohlartig und nekrotisch weit durch die Haut durchgebrochen. Ich werde mich zeitlebens an diesen jungen Mann erinnern – als Beispiel für die Gefahr einer alleinigen AHV-Behandlung bei bestimmten Krankheiten. Ich habe vor ca. 20 Jahren mehrere Akupunktur-Sitzungen bei einer entsprechend qualifizierten Ärztin gehabt, um mir das Rauchen abzugewöhnen; allerdings ohne Erfolg. Mit der Gesundheits- und Berufspolitik im Nationalsozialismus befasste ich mich seit fast 40 Jahren und habe dabei auch das komplizierte Verhältnis von AHV und NSDAP untersucht [8]. Als Hochschullehrer habe ich regelmäßig Vorlesungen für Medizinstudierende zu den theoretischen und historischen Konzepten der AHV gehalten.“

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke ...



... geb. 1948, Internist und Sozialmediziner. Mitglied der Abteilung 1: Versorgungsforschung, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen.

„Meine Annäherung an das Thema AHV begann mit einer qualitativen Studie zur Haltung von Langzeitzurückgebliebenen zur Homöopathie. Damals gab es eine solche Studie speziell zur Homöopathie in Deutschland nicht [6]. Danach habe ich in weiteren Recherchen

festgestellt, dass Praktiker der AHV ihren Patientinnen sehr oft wahre Wunder versprechen, und zwar keineswegs nur ‚additiv, komplementär‘, sondern als alleinige Therapie. In meinem Buch ‚Der Glaube an die Globuli‘ habe ich dies am Beispiel des Schweizer Homöopathen Jens Wurster, Oberarzt an der Tessiner Klinik Santa Croce, dargelegt. Dieser behauptet, Krebspatienten mit homöopathischen Mitteln zu heilen [7]. Ich engagiere mich im Münsteraner Kreis, weil es Zeit wird, dem Esoterik-Hype im Gesundheitswesen entgegenzutreten.“

schaftlichen Diskurs abgemeldet haben. Das ist ein hoch relevantes, soziologisches Phänomen. Wenn Ärzte AHV anbieten, blenden sie ihr Fachwissen offenbar des Öfteren erfolgreich aus. Ob Heilpraktiker oder solche Ärzte AHV anbieten, macht keinen Unterschied, da es ethisch nicht angehen kann, unterlegene bis unwirksame Verfahren zu verabreichen oder sie als verdeckte Placebos anzubieten. Es ist zu beklagen, dass sich viele Ärzte nicht mit der Placebothematik vertraut gemacht haben und schlicht annehmen, das Rezeptieren von Zuckerpillen (im wörtlichen wie übertragenen Sinne) sei kein Problem.

3. Abschaffung des Berufs des Heilpraktikers

Hendrik van den Bussche: Die Forderung nach Abschaffung des Heilpraktikerberufs lässt sich leicht formulieren.

Meiner Meinung nach ist das aber nicht zielführend. Man muss auch darüber reden, welche Folgen ein Verbot hätte. Mögliche Folgen sind meiner Meinung nach (einzeln oder in Kombination):

1. Da das Interesse der Patienten an AHV durch das Berufsverbot nicht gleichermaßen verschwinden wird, könnte sich ein Schwarzmarkt von Leistungsanbietern ohne Prüfung bilden. Diese Folge kann sich niemand wünschen.

2. Niedergelassene Ärzte könnten von Patienten zunehmend „bedrängt“ werden, mehr AHV anzubieten. Sie würden dabei de facto (nehmen wir mal an: ungewollt) ein Monopol über die AHV erlangen. Damit hätten sie noch weniger Zeit für die nicht-AHV-Patienten. Die Kosten, die von Heilpraktikern verursacht werden, würden dann, da von Ärzten verursacht, von den Krankenkassen übernommen werden. Die Summe ist schwer zu schätzen, aber sicherlich

nicht unerheblich. Diese Kostenvermehrung in der GKV kann sich niemand wünschen.

3. Mit der Abschaffung des Heilpraktikers läge die Verabreichung von AHV in den Händen von niedergelassenen Ärzten, die in ihrer Aus- und Weiterbildung praktisch nichts über AHV gelernt hätten und sich in praxi vielfach kaum um EbM kümmern. Ob dann die „Qualität“ der AHV-Leistungen wesentlich besser würde, wäre empirisch zu verfolgen.

4. Wenn die Zebras ahnungslos im Weiher baden, schleichen sich die Löwen heran. Das DNEbM forderte in seiner Stellungnahme vom 24.10.2017 ebenfalls die restlose Abschaffung des Heilpraktikerberufs. Diese Stellungnahme hat einen gewissen Hautgout. Die Erklärung stammt aus der Feder von Gabriele Meyer, Professorin für Gesundheits- und Pflegewissenschaften in Halle. Sie verknüpft die Forderung nach Abschaffung des Heilpraktikerberufs unmittelbar mit dem Vorschlag, die Zuständigkeit für AHV im Rahmen der Heilkundeübertragung (nach § 63 Abs. 3c SGB V) auf Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe zu transferieren, zugleich verknüpft mit der Forderung, diese Ausbildungsgänge nicht (mehr) an Fachhochschulen, sondern an den medizinischen Fakultäten anzusiedeln („Ein geeigneter Ausbildungsort zum erweiterten klinischen Kompetenzerwerb auf Hochschulniveau sind die Medizinischen Fakultäten ...“). Abgesehen von der Frage, ob die Lehre bezüglich der Heilkundeübertragung im Allgemeinen und bezüglich AHV im Besonderen nun wirklich gut an den medizinischen Fakultäten aufgehoben wäre, ist dieser Vorschlag aus meiner Sicht ein besonders gelungenes Beispiel für die Nutzung eines Problems zugunsten einer unverblühten Berufspolitik [23].

5. Selbst die Bundesärztekammer geht nicht so weit. 2017 forderte sie nicht die Abschaffung, sondern nur eine „deutliche Beschränkung des erlaubten Tätigkeitsumfangs der Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker [...] insbesondere den Ausschluss aller invasiven Maßnahmen sowie der Behandlung von Krebserkrankungen“ [24].

6. Es gibt einen weiteren Komplex an Gründen, die die Abschaffung des Heilpraktikerberufs sehr schwierig machen dürften. Der Heilpraktiker ist ein anerkannter „freier Beruf“. Freie Berufe können sich auch auf Art. 12 GG („Be-

rufsfreiheit“) berufen, d.h. dieser Beruf ist „schwer“ geschützt. Es erscheint verfassungsrechtlich kaum denkbar, dass der Staat einen freien Beruf abschafft. Der Abschaffung potenziell im Wege stünden auch die Grundfreiheiten des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV, insbes. die Art. 45, 49–55 und 56f.) sowie die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, die in Art. 23 Abs. 1 das „Recht auf Arbeit, auf freie Berufswahl, auf gerechte und befriedigende Arbeitsbedingungen sowie auf Schutz vor Arbeitslosigkeit“ enthält. Die Abschaffung des Heilpraktikerberufs erscheint also als ein kaum realisierbares Ziel. Womöglich wird hier viel Energie verbraucht, die besser in realistischere Ziele investiert werden könnte. Anders sieht es mit der Forderung nach einer Anhebung der Bedingungen für die Qualifikation und Leistungserbringung von Heilpraktikern und AHV-praktizierenden Ärzten aus, was aber nicht die primäre Forderung des MK (und des DNEbM) ist. Hierzu ließe sich eine Vielzahl sinnvoller Maßnahmen denken. Einen ersten Schritt dazu hat die Bundesregierung jüngst bezüglich der Heilpraktikerausbildung vorgenommen [25].

Norbert Schmacke: Ich unterstütze die erste Variante im Manifest des MK, dass die beste Lösung darin bestünde, „den staatlich geschützten Beruf des Heilpraktikers zu annullieren. Eine Streichung des Heilpraktikerberufs hätte den Vorteil, die bizarre Qualitätslücke in der Parallelstruktur aus qualitätsgesicherter, ärztlicher Gesundheitsversorgung und bloß Gefahrenabwehrkontrolliertem



Abbildung 1 Kaiserin Eugénie, Kaiserin von Frankreich von 1853 bis 1870, Porträt von Pierre Désiré Guillemet nach Franz Xaver Winterhalter www.zapfenstreich.at

Heilpraktikerwesen nachhaltig zu schließen“ [1].

Es ist zwar richtig, dass damit nicht garantiert werden kann, dass selbsternannte Heiler weiter wirken und interessierte Patientinnen finden würden. Der Sorge, dass damit der AHV-Markt in der Ärzteschaft weiter wächst, muss dadurch begegnet werden, dass künftig alle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren durch dasselbe Raster an Methodenbewertung laufen müssen. Damit bliebe auf mittlere bis längere Sicht

als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung von AHV so gut wie nichts übrig. AHV könnten damit, das ist richtig, zu einer neuen Sparte der IGeL-Leistungen werden. Es entfele aber das „Gütesiegel“.

Parallel muss in Aus- und Weiterbildung ein wissenschaftliches Curriculum zur Geschichte und Systematik der AHV entwickelt werden, das vor allem von Medizinethikern und -historikerinnen unterrichtet werden sollte.

Epilog

Kaiserin Eugénie (Abb. 1), von der Herkunft her brasilianische Gräfin, Kaiserin von Frankreich von 1853 bis 1870, große Befürworterin „natürlicher Heilverfahren“, soll François-Pierre Guizot, Premierminister der Regierung ihres Gatten Napoléon III, anlässlich des 10.(!) Verfahrens in der Nationalversammlung zum Verbot der Homöopathie gesagt haben: „Wenn diese Richtung eine Charlatanerie ist, wird sie von selber verschwinden“.

Auch Kaiserinnen haben nicht immer Recht.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche
Eichenstraße 38
20255 Hamburg
Tel.: 040 2271-5823
bussche@uke.de

Literatur

1. www.muensteraner-kreis.de/media/MunsteranerMemorandumHeilpraktiker.pdf (letzter Zugriff am 25.05.2018)
2. www.muensteraner-kreis.de/media/MunsteranerMemorandumHomöopathie2018-03-14.pdf (letzter Zugriff am 25.05.2018)
3. Jütte R. Geschichte der Alternativen Medizin. München: Beck, 1996: 17–65
4. Erklärung Walter Groß auf der Tagung der „Vertrauensleute der NSDAP an den medizinischen Fakultäten“ in München am 14.01.1934; zitiert nach: Ohne Autor. Kampfansage an Liberalismus und Reaktion auf der Hochschule. In: Dtsch Arztebl 1934; 64: 59–64
5. Heyll U. Wasser, Fasten und Licht – Die Geschichte der Naturheilkunde in Deutschland. Frankfurt a. M.: Campus Verlag, 2006
6. Schmacke N, Stamer M, Müller V. Gehört, gesehen und verstanden werden: Überlegungen zu den Lehren aus der Homöopathieforschung. Z Allg Med 2014; 90: 251–55
7. Schmacke N (Hrsg.). Der Glaube an die Globuli – Die Verheißungen der Homöopathie. Berlin: Suhrkamp, 2015
8. van den Bussche H. Im Dienste der Volksgemeinschaft – Studienreform im Nationalsozialismus am Beispiel der ärztlichen Ausbildung. Hamburger Beiträge zur Wissenschaftsgeschichte Bd. 4. Berlin/Hamburg: Reimer Verlag, 1989
9. Linde K, Friedrichs C, Alschner A, Schneider A. Verwendung komplementärer Therapien und Einsatz von Placebos durch niedergelassene Ärzte in Deutschland. Z Allg Med 2015; 91: 6
10. Joos S, Breivogel B, Gündling P, et al. Komplementärmedizin in der hausärztlichen Praxis – Zur Gründung der Arbeitsgruppe Komplementärmedizin (AG KompMed) in der DEGAM. Z Allg Med 2010; 86: 337–41
11. Jobst D, Musselmann B. Naturheilverfahren – ein Publikumslied geht an die Uni. Z Allg Med 2003; 79: 605–608
12. Hoefert HW, Michalsen A, Uehleke B (Hrsg.). Komplementärmedizin im Krankenhaus: Strategien, Konzepte,

- Umsetzung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2014
13. Astin JA. Why patients use alternative medicine. Result of a national study. JAMA 1998; 279: 1548–53
14. Richter-Kuhlmann E. Choosing wisely: Mut haben, etwas nicht zu tun. Dtsch Arztebl 2015; 112: A-1810
15. www.gerac.de/de_index_publicationen.htm (letzter Zugriff am 25.05.2018)
16. Shang A, Huwiler-Müntener K, Nartey L, et al. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy. Lancet 2005; 366: 726–32
17. www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cam02 (letzter Zugriff am 25.05.2018)
18. <https://publications.parliament.uk/pa/cm200910/cmselect/cmsctech/45/4502.htm> (letzter Zugriff am 25.05.2018)
19. <http://scienceblogs.de/gesundheitscheck/2015/02/16/wie-viele-heilpraktikerinnen-gibt-es-eigentlich-in-deutschland> (letzter Zugriff am 25.05.2018)
20. <https://www.heilpraktiker.org/files/news/sdh-stiftungsumfrage-final-web-0915.pdf> (letzter Zugriff am 25.05.2018)
21. Ernst E, Smith K. More harm than good? The moral maze of complementary and alternative medicine. Cham, Switzerland: Springer Int. Publishing, 2018
22. Johnson S, Park H, Gross C, Yu J. Use of alternative medicine for cancer and its impact on survival. J Natl Cancer Inst 2018; 110: d1x145
23. www.ebm-netzwerk.de/aktuelles/news2017-10-24 (letzter Zugriff am 25.05.2018)
24. www.aerzteblatt.de/nachrichten/82946/Heilpraktikerpruefungen-Reformentwurf-fuer-Bundesaerztekammer-unzureichend (letzter Zugriff am 25.05.2018)
25. Bundesministerium für Gesundheit. Bekanntmachung von Leitlinien zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärterinnen und -anwärtern nach § 2 des Heilpraktikergesetzes in Verbindung mit § 2 Absatz 1 Buchstabe i der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz vom 7. Dezember 2017. Bundesanzeiger, 22. Dezember 2017 (BAnz AT 22.12.2017 B5)