

Die Welt ist komplex und wissenschaftlicher Populismus macht sie nicht einfacher

Gedanken zu Norbert Schmackes „Evidenz – Glaube – Adelung: Positionen zur sogenannten Komplementärmedizin“

HARALD WALACH,
ROBERT JÜTTE

Prof. Dr. Harald Walach ist Psychologe und Wissenschaftstheoretiker und beschäftigt sich seit 30 Jahren mit der Evaluation der Komplementärmedizin. Derzeit ist er Gastprofessor an der Medizinischen Universität Poznan und Dozent für philosophische Grundlagen der Psychologie an der Universität Witten-Herdecke

Prof. Dr. Robert Jütte ist Medizinhistoriker mit speziellem Schwerpunkt in der Geschichte der Alternativ- und Komplementärmedizin. Er ist stellvertretender Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer

Norbert Schmacke meint in seinem Beitrag „Evidenz – Glaube – politische Adelung: Positionen zur so genannten Komplementärmedizin“ (G+S 70(6)) man könne es sich leicht machen: es gäbe nur eine Medizin, die sich durch empirische Evidenz und Wissenschaftlichkeit auszeichne. Alles, was diese empirische Evidenz nicht vorweisen könne, so wie die Komplementärmedizin, habe darin keinen Platz, und eine intellektuelle Auseinandersetzung mit ihr sei nur eine verfehlte politische Würdigung. Dieser Beitrag setzt sich kritisch mit dieser Position auseinander.

Unsere Welt, auch die Welt der Medizin, ist komplex und einfache Lösungen haben immer den Charme für sich, für Ordnung zu sorgen. Dies können wir derzeit in der politischen Welt beobachten, wo simplistische Meinungen, die vom politischen Journalismus gerne als „Populismus“ tituliert werden Konjunktur haben. Das scheint nun auch in die Wissenschaft Einzug zu halten. Die Meinung, die Norbert Schmacke in seinem Artikel „Evidenz – Glaube – Adelung: Positionen zur sogenannten Komplementärmedizin“ geäußert hat, klingt danach¹: Es gibt nur eine Medizin, die sich methodisch durch Wirksamkeit ausweist. Alles was in dieser Medizin keinen Platz hat und darum nicht an der Hochschule gelehrt und beforscht wird ist per Definition nicht Bestandteil dieser Medizin. Die komplementäre Medizin gehöre eben genau nicht in die Medizin. Sonst wäre sie nämlich

schon längst in der Hochschule. Wäre es anders und gäbe es belastbare Daten, dann wäre das, was sich als komplementär oder alternativ geriert, Bestandteil der Medizin. Also müsste man sie weder politisch adeln noch intellektuell schönreden. So einfach wäre die Welt, wenn alle etwas rationaler wären. So, etwas verkürzt und absichtlich zugespitzt, lautet Schmackes Überlegung. Dies ist Populismus im wissenschaftlichen Gewand.

Populismus zeichnet sich dadurch aus, dass er sich einer vermuteten Mehrheitsmeinung oder Meinung einer Gruppe, die man ansprechen will, dadurch anpasst, dass man deren Erwartungen bedient und Komplexitäten und unpassende Informationen entweder unter-

¹ Schmacke N. Evidenz – Glaube – politische Adelung: Positionen zur so genannten Komplementärmedizin. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 2016;70(6):60-62.

schlägt, oder übersieht oder verbiegt. In diesem Falle ist die Mehrheitsmeinung nicht die des Großteils der Bevölkerung, die ja in Deutschland und Europa bekanntermaßen Komplementärmedizin wünscht, sondern die vermutete Mehrheitsmeinung des intellektuellen Establishments an den Hochschulen und in Ausschüssen. Schmackes Argument macht einige Voraussetzungen, die er offenbar als selbstverständlich ansieht und lässt dadurch einen erstaunlichen Mangel an analytischem Durchblick erkennen.

Dies ist sichtbar an der simplistischen impliziten Gleichung: alles was gut funktioniert, ist leicht wissenschaftlich dokumentierbar und daher auch gut erforschbar und erforscht und kommt daher auch im Rahmen der konventionell an den Hochschulen gelehrt Medizin vor. Alles andere ist daher auch unbrauchbar, und dass es so ist, ist leicht feststellbar. Dies ist wie gesagt der implizite Unterton der Argumentation. Dass diese Voraussetzung falsch ist, erschließt sich schon einem laienhaften Verständnis und sollte eigentlich aus dem Munde eines Gesundheitswissenschaftlers als professioneller Fauxpas

oder schädlich ist.² Bei 48% war unklar, ob die Intervention wirkt oder nicht; man müsse also weiter forschen. 43% der beforschten Interventionen hatten eine vermutlich positive, aber eben noch nicht klare Datenlage. Wie kann man bei einem solchen Befund, der wohlgemerkt hauptsächlich konventionelle medizinische Interventionen angeht, davon ausgehen, dass es sonnenklar wäre, was wirksam ist und dass die Komplementärmedizin nur deswegen klarerweise nicht in der akademischen Medizin integriert wäre, weil sie offenkundig nicht funktioniert, sonst wäre sie ja schon integriert?

Ein weiterer Punkt, der zu berücksichtigen ist: Forschung stellt nicht ein unschuldiges Abbild der Wirklichkeit her. Diese alte positivistische Idee einer von Interessen freien und Theorien unabhängigen Forschung ist in der Wissenschaftstheorie spätestens in den 1950er Jahren durch das Aufzeigen der Theorieabhängigkeit jeder Beobachtung zu Grabe getragen worden^{3, 4}. In der medizinischen Forschung hat sich durch viele empirische Analysen der letzten Jahre gezeigt: Was beforscht oder nicht beforscht wird, wie es beforscht wird

und auch welche Art der Ergebnisse publik wird ist in hohem Maße von den Interessen der Akteure abhängig. Und diese sind vor allem in der klinisch-medizinischen Forschung sehr häufig die Firmen, die ein Interesse daran haben, dass gerade ihre Interventionen beforscht und später in die Erstattung aus öffentlichen Geldern aufgenommen werden.⁵⁻⁷ In diesem

Kontext zu behaupten, an der Hochschule werde ausschließlich das gelehrt und beforscht, was in einem objektiven Sinne gut funktioniert, ist Naivität sträflichen Ausmaßes.

Ein dritter Punkt ist etwas komplexer, weil historisch und grundlagen-theoretisch: Unsere moderne Medizin der Hochschule ist eine Medizin aller höchster Güte. Aber sie ist eine Medizin, die aus der Tradition der Notfall- und Extremversorgung stammt. Denn diese ist es, die zunächst die Entwicklung der Medizin weitergetrieben hat. Unsere Universitätskliniken sind keine Zentren der Grund- oder Normalversorgung, sondern hochspezialisierte Zentren der

Tertiärversorgung. Dort wird vor allem das beforscht, getan und gelehrt, was diesem Zweck und vor allem diesem dient: Schwerstkranke Patienten zu versorgen, deren Leben zu verlängern, ihr Leiden zu mindern und Heilmethoden für hochkomplexe und oft seltene Krankheiten zu finden. Die eigentliche Domäne der medizinischen Normalversorgung kommt im Kontext der universitären Ausbildung nur am Rande vor. Hier setzt die Versorgungsforschung an, die erst langsam in der Bundesrepublik an Momentum gewinnt dank staatlicher Mittel, aber auch Bemühungen seitens der Bundesärztekammer. Zu diesem Bild passt, dass in Deutschland Lehrstühle für Allgemeinmedizin in der Regel schlecht ausgestattet, ihr Ausbildungspensum in der Klinik und ihr Forschungseinfluss ebenfalls begrenzt sind. Allgemeinmedizin, also das, was der normale Bürger und der gewöhnliche Kranke braucht, kommt in den Universitätskliniken allenfalls am Rande vor. Es ist sprechend, dass die große LMU in München bis vor kurzem gar keinen Lehrstuhl in Allgemeinmedizin hatte und jetzt nur deswegen einen hat, weil die Krankenkassen einen Stiftungslehrstuhl eingerichtet haben. Hinzu kommt: Alle Forschung, wirklich: alle, hängt von Voraussetzungen ab, die man machen muss. Wissenschaftstheoretiker benennen das häufig mit dem Kürzel „Paradigma“. Es ist ein abstraktes Modell, in diesem Fall eine abstrakte Vorstellung, wie ein menschlicher Organismus funktioniert und am besten beforscht und behandelt werden kann. Seit Descartes und später Virchow ist eine sehr erfolgreiche paradigmatische

2 El Dib RP, Atallah AN, Andriolo RB. Mapping the Cochrane evidence for decision making in health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2007; 13:689-92.

3 Suppe F, editor. *The Structure of Scientific Theories*. Urbana: University of Illinois Press, 1977.

4 Latour B. Die Hoffnung der Pandora: Untersuchungen zur Wirklichkeit der Wissenschaften. Frankfurt: Suhrkamp 2000.

5 Ransohoff DF, Pignone M, Sox HC. How to decide whether a clinical practice guideline is trustworthy. *Journal of the American Medical Association* 2013;309(2):139-40.

6 Gøtzsche PC. *Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma Has Corrupted Health Care*. London: Radcliff 2013.

7 Schott G, Dünnebeier C, Mühlbauer B, et al. Does the pharmaceutical industry influence guidelines?: two examples from Germany. *Deutsches Ärzteblatt International* 2013;110 (35-36):575-83. doi: 10.3238/arztebl.2013.0575

nicht zu erwarten sein. Schon innerhalb der konventionellen Forschungslandschaft ist es extrem schwer, einen Konsens darüber herzustellen, was „funktioniert“ und was wissenschaftlich gesichert ist. Das hat zum einen damit zu tun, dass die Forschungsprozesse viel weniger klar sind, als man gerne meint. Und zum anderen damit, dass die Wirklichkeit viel komplexer ist, als man sie gerne hätte. So hat z.B. eine Übersicht über 1016 ausgewählte Cochrane Reviews und Meta-Analysen gezeigt, dass gerade einmal bei 4,4% aller untersuchten Interventionen durch die Forschung Klarheit entstanden ist darüber, ob die Intervention nützlich

Metapher die vom menschlichen Organismus als Maschine. Sie hat uns viel gelehrt und konnte uns plausibel machen, wie wir im Notfall vorgehen müssen. Dies ist die Leitmetapher der akademischen Medizin. Darauf überblickt man gerne: sie funktioniert nur wirklich gut im akuten Fall. Wir haben aber heute und in Zukunft vor allem Probleme mit chronischen und funktionellen Krank-

Es war schon immer ein beliebter demagogischer Topos zu unterstellen, wenn etwas nicht von einer Mehrheit oder einer mächtigen Minderheit akzeptiert ist, dann könne es sich nur um Unsinn handeln.

heiten. Diese sind sehr komplex in der Behandlung und deren Beforschung ist noch komplexer. In der gegenwärtigen Praxis werden häufig Menschen über Monate und Jahre hinweg mit Medikamenten behandelt, oftmals mit vielen parallel, die am akuten Modell entwickelt und in relativ kurzfristigen Studien getestet wurden, und nach vielen Monaten oder Jahren stellt sich heraus, dass die Langzeitanwendung einer Substanz weniger unkompliziert ist, als gedacht, und dass die synergistischen Effekte vieler Medikamente nicht mehr beherrschbar oder vorhersagbar sind. Dann wundert sich der Fachmann, der Laie weniger, warum Patienten ihre verordneten Medikamente nicht mehr nehmen wollen oder sich um Alternativen bemühen. Man sieht an diesem kleinen Beispiel, dass chronische oder komplexe Probleme andere Antworten erfordern. Sie erfordern auch ein anderes Denkschema. Ein solches steht oft, wenn auch nicht immer, in den Modellen, die komplementären Verfahren zugrunde liegen, zur Verfügung. Dass deren Verfahren weniger gut erforscht sind, als man das wünschen würde oder als diese es verdient hätten, ist weniger der Tatsache geschuldet, dass es hier nichts zu beforschen gäbe oder dass es keiner tun will, als dem dreifachen Problem, dass es wenig Forschungsinteresse an der Hochschule gibt, weil es dort weder Geld, noch Patente, noch Lorbeeren zu holen gibt, dass es keine öffentlichen und

wenig private Forschungsgelder gibt und dass es wesentlich komplexer ist, solche Verfahren in einem sinnvollen Forschungsmodell zu beforschen als einfache pharmazeutische Interventionen. Aus all dem zu konstruieren, dass es weder ordentliche Forschung noch ernstzunehmende Befunde auf diesem Feld gebe, grenzt an theoretische Blindheit.

Es ist richtig: Es gibt nur eine wissenschaftliche Medizin, an der Natur- und Geistes- sowie Sozialwissenschaften ihren Anteil haben. Diese sollte, idealerweise, von öffentlichen Geldern so finanziert werden, dass sie sich um die Anliegen kümmern kann, die wissenschaftlich anstehen und die der Bevölkerung wichtig sind. Aus unserer Sicht ist es ein Skandal aller erster Güte, dass im Unterschied zu den USA öffentliche Gelder praktisch nicht zur Verfügung stehen, um vielversprechende und im Rahmen der Erfahrungsmedizin bewährte Verfahren solide und sorgfältig zu untersuchen. Solange es keine verlässlichen Möglichkeiten der Laufbahnentwicklung an den Hochschulen gibt, werden junge Forscher sich kaum dieser Thematik zuwenden. Solange es keine zuverlässigen Stellenpläne und Quellen für Forschungsgelder gibt, werden etablierte Forscher ihren Doktoranden und Postdoktoranden nicht raten können, sich um solche Themen zu bemühen. Solange das so ist, wird es auch keine für die Öffentlichkeit und die Gesundheitspolitik zuverlässigen Daten geben. Es war schon immer ein beliebter demagogischer Topos zu unterstellen, wenn etwas nicht von einer Mehrheit oder einer mächtigen Minderheit akzeptiert ist, dann könne es sich nur um Unsinn handeln.⁸ Was bedenklich ist, ist die Tatsache dass derart unreflektierte Argumentation im Rahmen einer akademischen Publikation Platz und Gehör findet. Es wäre Zeit für Differenzierungen und sorgfältige Analysen, nicht für plakative Argumente. Denn davon haben wir allenthalben wahrlich schon genug.

■

8 Jütte R. Geschichte der Alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute. München: C. H. Beck 1996.

Eigensinn und Streik

Aushandlungen der Reformen im Kita-Bereich



Umkämpfte Reformen im Kita-Bereich

Veränderte Arbeitsprozesse, alltägliche Aushandlungen und Streiks von Kita-Fachkräften

Von Dr. Stefan Kerber-Clasen

2017, 279 S., brosch., 54,- €

ISBN 978-3-8487-3750-5

eISBN 978-3-8452-8058-5

nomos-shop.de/28825

Nicht nur in den jüngsten Streiks verfolgen pädagogische Fachkräfte ihre Interessen: Sie tun dies auch, indem sie in den alltäglichen Arbeitsprozessen in Kitas eigensinnig handeln. In der Analyse dieses Handelns wird deutlich, wie sozialstaatliche Reformen des Kita-Bereichs ausgehandelt werden.

