

Plädoyer für eine Evidenzbasierte Integrative Medizin und deren verfassungsrechtliche Fundierung durch das deutsche Grundgesetz

Peter F. Matthiessen

Vor dem Hintergrund zahlreicher unhaltbarer nationaler und internationaler Pauschalangriffe auf die Komplementärmedizin im Allgemeinen und die Homöopathie im Besonderen, sei nachfolgend im Namen des Dialogforum Pluralismus in der Medizin ein Plädoyer für das Erfordernis einer Evidenzbasierten Integrativen Medizin und deren verfassungsrechtliche Stellung im deutschen Grundgesetz formuliert. Das Dialogforum ist im Jahre 2000 durch den damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe, gegründet worden. Es besteht aus renommierten Ärzten und Wissenschaftlern, die es leid waren und sind, die traditionellen, vorurteilsbasierten Grabenkämpfe zwischen Mainstreammedizin, der sogenannten Schulmedizin, und Komplementärmedizin fortzusetzen, sondern die entschlossen waren und sind, stattdessen einen zwar kritischen, aber unvoreingenommenen verstetigten Dialog zwischen ausgewiesenen Vertretern unterschiedlicher Denk- und Praxisansätze zu führen. Zu seinen Zielsetzungen gehört die Erarbeitung einer Evidenzbasierten Integrativen Medizin als Voraussetzung einer vollorchestrierten Gesundheitsversorgung mit menschlichem Antlitz. Dies, um den vielfältigen und individuell unterschiedlichen Bedürfnissen und Präferenzen in der Bevölkerung besser gerecht zu werden. (Matthiessen, 2011b.) Evidenzbasierte Integrative Medizin und Paradigmenpluralität bedeuten für das DPM aber nicht Willkür oder pluralistische Beliebigkeit. In einem ersten Schritt wurde in einem eigens dafür eingerichteten Workshop die Spreu vom Weizen getrennt (Matthiessen, 2011b.) Im Rahmen dieser Aufgabenstellung wurden die weiteren übergeordneten Ziele wie folgt formuliert:

- Integration von sinnvollen komplementären Medizinrichtungen in der Gesamtmedizin, um eine bestmögliche Patientenbehandlung zu garantieren
- Einbindung nützlicher komplementärmedizinischer Inhalte in Lehre und Forschung der Hochschulmedizin und die medizinische Aus- und Weiterbildung
- Erhalt von ärztlicher Therapiefreiheit und Individualität in der Patientenbehandlung
- Stärkung der Eigenverantwortung der PatientInnen im Hinblick auf Auswahlmöglichkeiten und Kostenerstattung von Therapieverfahren
- Abgrenzung unseriöser und fragwürdiger Therapien

- Austausch und Diskurs auf europäischer Ebene
- Sachgerechte Beurteilung des Nutzens medizinischer Verfahren durch analoge Kriterien, dabei vorrangige Berücksichtigung von medizinwissenschaftlichen vor wirtschaftlichen Gesichtspunkten

In Beantwortung der Frage, welche medizinischen Ansätze und Richtungen in unserem langfristig konzipierten Diskurs zwischen der konventionellen Medizin und komplementären Behandlungsmethoden an der Arbeit in unserem Dialogforum sinnvollerweise teilnehmen sollten, haben wir folgende Kriterien der Diskursfähigkeit festgelegt:

- Intersubjektive Vermittelbarkeit des zugrundeliegenden medizinischen Konzepts
- Standortbestimmung hinsichtlich der inhaltlichen Beziehungen zu anderen Menschen
- Bereitschaft zu Nutzendokumentation und Darstellung von Konzepten zur Wirksamkeitsbeurteilung.

Im Dialogforum vertreten finden sich seitdem: die Mainstreammedizin, Anthroposophische Medizin, Homöopathie, klassische Naturheilkunde und Chinesische Medizin (TCM). Was wir im Rahmen des Wissenschaftspluralismus in der Medizin verfolgen, sind die Konsequenzen unterschiedlicher Theorieansätze auf die Versorgungspraxis der individuellen PatientInnen – auch unter ethischen Gesichtspunkten. Neben der Evidenzbeurteilung der therapeutischen Wirksamkeit im Sinne von David Sackett (Sackett et al. 1997) wird im Dialogforum am Beispiel der Fallkonferenzen Integrative Medizin (B. Brinkhaus et al., 2011) die Frage nach einem Ranking der differenzialtherapeutischen Indikationen der unterschiedlichen Ansätze am einzelnen Patienten verfolgt sowie diejenige nach den wechselseitigen Erkenntnispotentialen (aber auch des Ausschlusses) zwischen den einzelnen Behandlungsverfahren. Das ermöglicht nicht nur eine sehr viel differenziertere Sicht im Hinblick auf die individuelle Patientenbetreuung, sondern zeitigt zugleich eine Horizonterweiterung und eine Perspektivenvervielfältigung bei den beteiligten Ärzten und Wissenschaftlern. Als Resümee kann auf dem Boden unserer nunmehr achtzehnjährigen Erfahrung festgehalten werden: eine rational gehandhabte medizinische Paradigmenpluralität ermöglicht eine Evidenzbasierte Integrative Medizin, die erkennbar geeignet ist, die individuelle Krankenversorgung in unserem Gesundheitswesen zu

verbessern und zudem besser die Patientenpräferenz widerspiegelt (Matthiessen 2011a, 2011c).

In Anbetracht des Umstandes, dass es derzeit zu einer Art Mode geworden ist, undifferenziert die Effektivität der Komplementärmedizin in toto in Abrede zu stellen und in diesem Zusammenhang die Wirksamkeit der Homöopathie zum Teil als Ausdruck der Desinformation über den realen, durch zahlreiche wissenschaftliche Studien belegten Kenntnisstand, zum größeren Teil aber durch bewusst getätigte fälschliche Wiedergabe von Studienergebnissen mit dem Ziel der Stimmungsmache gegen die Homöopathie, sieht sich das DPM veranlasst, statt einer Widerlegung der unzutreffenden homöopathiefreudlichen Behauptungen, die andernorts erfolgt, ein Plädoyer für das Erfordernis einer Evidenzbasierten Integrativen Medizin als Ausdruck einer rationalen Pluralität unterschiedlicher Medizin-Paradigmen zu formulieren. Zugleich wird die verfassungsrechtliche Basis für einen verantwortungsvoll gestalteten medizinischen Pluralismus aufgezeigt.

Weltweit beginnt sich seit einigen Jahrzehnten die Auffassung durchzusetzen, dass eine vollorchestrierte Gesundheitsversorgung eine Integrative Medizin als Grundlage benötigt, wenn sie den vielfältigen und individuell unterschiedlichen Bedürfnissen der Bevölkerung und einer evidenzbasierten Medizin gerecht werden will. Unter dem Konzept der Integrativen Medizin ist eine begründbare sowie begründete und damit nachvollziehbare Koexistenz von Paradigmen im Sinne unterschiedlicher Denk- und Praxisansätze in der Medizin zu verstehen. Diese unterschiedlichen medizinischen Denk- und Praxisansätze amalgamieren sich dabei zu einem sinnvollen Ganzen, das sich an den unterschiedlichen Bedürfnissen des Bürgers als potentiell und aktuellem Patienten orientiert und insofern auch dessen Präferenzen, Weltbild und Lebensweise Rechnung trägt. Rationale Pluralität, wie sie vom Dialogforum Pluralismus in der Medizin (DPM) vertreten wird, meint in diesem Zusammenhang, dass nach einer Trennung der Spreu vom Weizen neben der konventionellen Medizin, der sogenannten Schulmedizin, seriöse (s.o.) weitere Ansätze integriert werden. Dies sind Ansätze, die ihre Möglichkeiten und Grenzen durch evaluierte Forschungsaktivitäten untersuchen, wie u.a. die klassische Naturheilkunde, die Anthroposophische Medizin, die Homöopathie, die Chinesische Medizin (TCM). Dieses

Konzept einer Integrativen Medizin folgt im Übrigen den Regeln einer evidenzbasierten Medizin, wie sie von David Sackett¹ und seiner Gruppe entwickelt wurden und gefordert werden; nämlich die beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz (also unter Berücksichtigung aller Evidenzebenen), die klinische Expertise und damit die Einschätzung von Wirksamkeit im individuellen Behandlungsfall und im Verlauf, und nicht zuletzt die Berücksichtigung der Patientenpräferenz, seiner Weltanschauung und seines Lebensstils.

Dabei ist es sinnvoll, sich an eine Definition der Integrativen Medizin zu erinnern, die - obwohl eine naturheilkundlich orientierte und philosophisch reflektierte Medizin in Europa viel ältere Wurzeln hat – jetzt von den USA aus wieder nach Europa zurückkommt. Sie wurde von über 40 führenden medizinischen Fakultäten in den USA verfasst und im Namen eines „Academic Consortium for Integrative Medicine and Health“ veröffentlicht.

„Integrative medicine and health reaffirms the importance of the relationship between practitioner and patient, focuses on the whole person, is informed by evidence, and makes use of all appropriate therapeutic and lifestyle approaches, healthcare professionals and disciplines to achieve optimal health and healing.“ (Developed and adopted by “The Academic Consortium for Integrative Medicine and Health” 2004, revised May 2015. Accessible unter <https://www.imconsortium.org/about/about-us.cfm>; accessed Mai 22, 2017)²

In den USA hat sich in den vergangenen 20 Jahren eine Gemeinschaft von Ärzten und Therapeuten entwickelt, die in Krankenhäusern, Academic Health Centers und in der ambulanten Versorgung eine Integrative Medizin anbieten und praktizieren. Für die Beteiligten bedeutet der Begriff Integrative Medizin ein Leitbild, indem hier primär ein Ansatz angestrebt wird, wodurch die Parteilichkeiten zwischen einzelnen Richtungen in den

¹ „Evidenzbasierte Medizin (EBM) erfordert die Integration der besten Forschungsergebnisse mit unserer klinischen Kompetenz und den besonderen Werten und Lebensverhältnissen unseres Patienten.“

„Evidence-based medicine (EVP) requires the integration of the best research evidence with our clinical expertise and our patient’s unique values and circumstances.“ Straus SE, Glasziou P, Richardson WS, and Haynes RB, Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach it. Churchill Livingstone-Elsevier, Edinburgh, 4. Auflage, S. 1. Übersetzung: E.G. Hahn.

² „Integrative Medizin und Gesundheit ist die Praxis der Medizin, die die Bedeutung der Beziehung zwischen Arzt und Patienten betont, sich auf die ganze Person fokussiert, sich auf Evidenz stützt und alle angemessenen Möglichkeiten für Therapie und Lebensweise, von Gesundheitsberufen und –disziplinen nutzt, um optimale Gesundheit und Heilung zu erreichen.“ The Academic Consortium for Integrative Medicine and Health, 2015. Übersetzung: E.G. Hahn

Hintergrund treten. Es geht also nicht mehr um eine Alternative zur konventionellen Medizin, sondern um eine Integration. Statt Parallelwelten zu errichten, wird nüchtern und unvoreingenommen danach Ausschau gehalten und untersucht, was sich in dieser Integration bewährt.

In Deutschland vertritt etwa die Hufelandgesellschaft, der Dachverband der Ärztegesellschaften für Naturheilkunde und Komplementärmedizin 20.000 Ärzte. Insgesamt arbeiten ca. 60.000 bis 70.000 Ärzte vorwiegend im niedergelassenen Bereich in ihrem Praxisalltag mit mindestens einem komplementärmedizinischen Verfahren. Davon haben ca. 45.000 eine mehrjährige Ausbildung in einem dieser Verfahren absolviert. Ende 2015 waren ca. 121.000 niedergelassene Ärzte verteilt auf ca. 95.000 Praxen, was bedeutet, dass die Hälfte der Ärzte die Komplementärmedizin bereits in die ärztliche Praxis integriert hat. Eine Integrative Medizin im oben beschriebenen Sinn erfordert eine neue Praxis im Gesundheitswesen, die alle von PatientInnen potentiell präferierten oder gesuchten Therapieverfahren möglich macht. Das DPM entwickelt solche Ansätze.

Was den Problembereich der Wirksamkeitsbeurteilung betrifft, so hat das DPM in einem von allen Mitgliedern des DPM verfassten und von H. Kiene und H. Heimpel 2010 im Deutschen Ärzteblatt publizierten Artikel zum Thema „Pluralismus in der Evaluation“ ausgeführt, auf den an dieser Stelle ausdrücklich verwiesen wird.³ (Kiene, H.; Heimpel, H., 2010)

Alle diejenigen, die gegenwärtig mit eschatologischer Verbissenheit den Ausschluss der Komplementärmedizin von der Erstattungsfähigkeit durch die Kostenträger und ein Verbot der Homöopathie fordern, bestätigen eine bereits von Thomas Kuhn beschriebene klassische Dynamik der Privilegierung des je eigenen Paradigmas durch kirchliche Autorität oder staatliche Rechtsprechung. In einem laizistischen Staat wie Deutschland gilt aber nicht nur die Trennung von Staat und Kirche. Gemäß § 5 Abs. 3 des Grundgesetzes sind „Kunst und Wissenschaft, Forschung und Lehre frei“.

Insofern ist es dem Staat verfassungsrechtlich untersagt, einen bestimmten Wissenschaftsansatz bzw. ein bestimmtes medizinisches Paradigma zu privilegieren. Gemäß

³ Wenn nicht anders gekennzeichnet, beziehen sich alle Zitate auf den Artikel Kiene, H.; Heimpel, H.: Ärztliche Professionalität und Komplementärmedizin. Was ist seriöses Therapieren? Zudem gilt, dass die dort zitierte Literatur in dieser Publikation nicht eigens aufgeführt wird.

dem Grundgesetzkommentar von Maunz et al. ist „dem Staat jedes kulturpolitische Diktat, jeder Versuch kulturpolitischer Uniformierung bzw. jeder (...) wissenschaftliche, inhaltlich bestimmende Dirigismus (... „Wissenschaftsrichtertum“) verschlossen“ (Maunz et al. 1980). Weiter wird dort ausgeführt: „Art. 5 Abs. 3 garantiert die Freiheit der Wissenschaft als Freiheit von Forschung und Lehre; im Vordergrund dieser Gewährleistung steht das Abwehrrecht (Freiheitsrecht) des einzelnen Wissenschaftlers. Ihm gewährleistet Art. 5 Abs. 3, wie das BVerfG in Einklang mit der herrschenden Meinung ausführt, einen prinzipiellen ‚Freiraum‘; dieser „ist grundsätzlich ebenso vorbehaltlos geschützt, wie die Freiheit künstlerischer Betätigung gewährleistet ist. In ihm herrscht absolute Freiheit von jeder Ingerenz? öffentlicher Gewalt... Jeder, der in Wissenschaft, Forschung und Lehre tätig ist, hat – vorbehaltlich der Treuepflicht gem. Art. 5 Abs. 3 GG – ein Recht auf Abwehr jeder staatlichen Einwirkung auf den Prozess der Gewinnung und Vermittlung wissenschaftlicher Erkenntnis“. Die Wissenschaft bilde einen „von staatlicher Fremdbestimmung freien Bereich persönlicher und autonomer Verantwortung des einzelnen Wissenschaftlers“.

„Die Aufgaben von Wissenschaft, Forschung und Lehre sind im System des freiheitlichen Kulturstaates zwar als ‚öffentliche Aufgaben‘, nicht aber als öffentlich-rechtliche Aufgaben im Sinne staatlicher Zuständigkeiten ausgewiesen. Ihre kompetentielle ‚Verstaatlichung‘ schließt die Grundrechtsgarantie der Wissenschaftsfreiheit gerade aus. Wissenschaft, Forschung und Lehre sind gesellschaftlich-autonome, freiheitsrechtlich garantierte Lebenssachverhalte, die nicht in staatliche oder staatlich gelenkte Zuständigkeitsverhältnisse überführt werden dürfen.“ (Maunz et al. 1980).

Gemäß der Konsensustheorie der Wahrheit konstituieren sich erfahrungsgemäß und auch nach Ludwig Fleck und Thomas Kuhn Denkkollektive, die in Glaubensfragen je nach Bedarf Konzilentscheidungen oder die staatliche Gesetzgebung zur Sicherung wissenschaftlichen Geltungswillens in Anspruch nehmen. Der Prophet Mohammed vertrat die Ansicht, dass die Gemeinde sich im Irrtum nicht einig sein kann, weswegen die Einigkeit der Gemeinde zum Wahrheitsbeweis erklärt wurde. Später wurde daraus der Consensus doctorum (idschmâ^c), welcher besagte, dass dasjenige als wahr und recht zu gelten habe, worin die Schriftgelehrten als die berufenen Vertreter der islamischen Gemeinde zurzeit einmal einer Meinung waren (Taescher 1964).

Der Kirchenvater Tertulian war der Auffassung, dass Gott mit dem Amt zugleich den dazu erforderlichen Verstand verleiht. Weder die Herstellung von Konsens in Form der Konstituierung wissenschaftlicher Denkkollektive noch die Unfehlbarkeitszuschreibung qua Amt erweisen sich aber als sichere Mittel, in Erkenntnisfragen Unfehlbarkeit zu implementieren.

Vor diesem Hintergrund hat sich der Gesetzgeber bei der Formulierung des 2. Arzneimittelgesetzes 1976 nicht nur grundgesetzkonform, sondern klug, ja geradezu weise verhalten, indem er die in der Gesundheitsversorgung realiter bestehende Paradigmenpluralität in der Medizin auch de jure abgebildet hat. In Anbetracht dessen, dass die Arzneimittelzulassung aufgrund einschlägiger EU-Richtlinien eine staatliche Angelegenheit ist, hat der zuständige Bundestagsausschuss das 1976 beschlossene Arzneimittelgesetz seinerzeit wie folgt kommentiert: „Bei der Neuordnung des Arzneimittelrechts ist der Ausschuss von der Tatsache ausgegangen, dass auf dem Gebiet der Arzneimitteltherapie mehrere Therapierichtungen nebeneinander bestehen, die von unterschiedlichen theoretischen Denkansätzen und wissenschaftlichen Methoden ausgehen... Nach einmütiger Auffassung des Ausschusses kann und darf es nicht Aufgabe des Gesetzgebers sein, durch die einseitige Festlegung bestimmter Methoden für den Nachweis der Wirksamkeit eines Arzneimittels eine der miteinander konkurrierenden Therapierichtungen in den Rang eines allgemein verbindlichen „Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse“ und damit zum ausschließlichen Maßstab für die Zulassung eines Arzneimittels zu erheben. Der Ausschuss hat sich vielmehr bei der Beschlussfassung über die Zulassungsvorschriften, insbesondere bei der Ausgestaltung der Anforderungen an den Wirksamkeitsnachweis, von der politischen Zielsetzung leiten lassen, dass sich im Zulassungsbereich der in der Arzneimitteltherapie vorhandene Wissenschaftspluralismus widerspiegeln muss“ (Deutscher Bundestag, Ausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit, Bericht zur Neuordnung des Arzneimittelrechts. Drucksache 7/5091 vom 28.04.1976).

In dem bereits zitierten, von allen Mitgliedern des DPM autorisierten Artikel von Kiene und Heimpel im Deutschen Ärzteblatt wird zu „Fachkompetenz und Dialog“ ausgeführt: „Der Pluralismus der Medizin benötigt die Verpflichtung zu fachlicher Kompetenz. Hierzu gehören

multidisziplinäre Kenntnisse, unter anderem aus Naturwissenschaft, Psychologie, Soziologie, Methodologie, Pathologie, aber auch Fertigkeiten in Diagnosen und Therapie sowie spezialisiertes Fachwissen. Zur ärztlichen Kompetenz gehören auch die Fähigkeit zur Erzeugung einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung, die Kooperation mit Kollegen (nicht zuletzt, wenn eigene Kompetenzgrenzen erreicht sind) und die kontinuierliche Weiter- und Fortbildung. Dies alles gilt in gleicher Weise sowohl für schul- als auch komplementärmedizinisch tätige Ärzte. Therapeutische Seriösität ist erst möglich auf der Basis von Fachkompetenz. Zu einer Kompetenzsteigerung führen fachärztliche Spezialisierungen. Auch komplementärmedizinische Weiterbildungen können als ein Zugewinn an Kompetenz verstanden werden, eine Ansicht, die verbreitet sein dürfte im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung, wo der Einsatz von Komplementärmedizin heute von ungefähr der Hälfte der Ärzte befürwortet wird. Andererseits aber erzeugt die ausgeprägte Unterschiedlichkeit der schul- und komplementärmedizinischen Positionen nicht selten gegenseitige Abwehr und Grabenkämpfe innerhalb der Profession. [...] Da ärztliche Kompetenz nicht zuletzt von der Kenntnis, der Reichweite und Limitierung auch anderer, als nur der eigenen Perspektiven abhängt, ergibt sich aus dem medizinischen Pluralismus die Aufforderung, sich über die anderen Perspektiven und deren Leistungsfähigkeit zu informieren und den intra- und interprofessionellen paradigmensüberschreitenden Dialog einzugehen.

Geeignete Orientierungsfragen hierfür sind:

- Auf welchen theoretischen Grundlagen, einschließlich Menschen – und Naturverständnis, beruht der betreffende Therapieeinsatz, und in welchem Verhältnis steht er zu anderen Therapiesystemen?
- Wie sehen die Vertreter dieses Therapieansatzes die Evaluationsmöglichkeiten?
- In welchem Maß bestehen Diskursfähigkeit und intersubjektive Vermittelbarkeit?“

Aus guten Gründen ist vom DPM in besagtem Artikel auch zur „Autonomie der Patienten“ Stellung genommen worden:

„Autonomie der Patienten

Das erste Leitprinzip ärztlicher Professionalität ist das Patientenwohl (*salus aegroti suprema lex*), als zweites kam in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts die Beachtung der Patientenautonomie hinzu. Die Autonomie der Patienten bedeutet, dass auch deren Blick

auf die Komplementärmedizin eine Berücksichtigung finden muss: nach Umfragen wünscht sich die Mehrzahl der Patienten eine aus Schul- und Komplementärmedizin integrierte Versorgung. In der Schweiz wurde im Mai 2009 per Volksabstimmung ein Zusatz zur Verfassung beschlossen, wonach die Staatsorgane für eine angemessene Berücksichtigung der Komplementärmedizin im Medizinsystem zu sorgen haben. Wenn der künftige Ausbau der Gesundheitsversorgung diesem Patientenwillen Rechnung trägt, werden Professionalitäts- und Seriösitätsgesichtspunkte vorrangige Bedeutung haben.“

Um unsererseits nicht in selbstgenügsamen Orthodoxien oder institutionalisierten Rechthabereien zu erstarren, brauchen wir den Dialog zwischen unterschiedlichen Denk- und Praxisansätzen in der Medizin. Wenn ein solcher Dialog, der immer auch ein Perspektivenaustausch ist, gelingen und für die Medizin bereichernd sein soll, dann gilt es, die Sichtweise des Anderen ernst zu nehmen und sie nach kritischer, aber unvoreingenommener Prüfung auch anzuerkennen. Dort, wo dies nicht praktiziert wird, stellt sich, wie im vorliegenden Fall, eine Tendenz zur Paradigmenmonopolisierung ein mit der Folge einer geistigen Uniformierung und damit einer auch menschlichen Verarmung der Medizin und des Gesundheitswesens. Ebenfalls stellen sich dann, wie vorangehend gezeigt, auch folgenreiche inhaltliche Fehler ein, weil die Bereitschaft zur sachlichen Information über andere Denkmodelle fehlt.

Als der Nestor der hermeneutischen Philosophie in Deutschland, Hans-Georg Gadamer im Alter von 100 Jahren in einem SPIEGEL-Interview vom 21.02.2000 gefragt wurde, ob er die Quintessenz seiner Philosophie in einem Satz zusammenfassen könne, antwortete er: „Der Andere könnte Recht haben“. Man führt kein Gespräch, wenn der Andere nicht Recht haben könnte. Im Dialogforum haben wir diesen Satz modifiziert: Der Andere könnte auch Recht haben (Matthiessen 2011b).

Ein monoparadigmatischer Reduktionismus führt – bedacht oder nicht bedacht – am Ende stets in eine totalitäre Ideologie, für die die Ideologie alles, der Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des Bürgers und die Achtung der Menschenwürde nichts bedeutet. In Vergangenheit und Gegenwart finden wir die menschenverachtenden und sozial zerstörerischen Folgen totalitär-faschistischen Denkens schmerzhaft vor Augen geführt.

Wollen wir eine solche Entwicklung in unserem Land für die Medizin und unser Gesundheitswesen?

Wir, die Mitglieder des Dialogforum Pluralismus in der Medizin (DPM) und der Internationalen Akademie für wissenschaftlich orientierte Homöopathie und Integrative Medizin e.V., werden uns weiterhin mit Nachdruck für den Erhalt und die Weiterentwicklung einer wissenschafts- und werteppluralen Medizin einsetzen als Grundlage eines freiheitlichen und demokratischen Gesundheitswesens, in dem in personaler Verantwortung unter Berücksichtigung des Gemeinwohls eine gesundheitliche Versorgung praktiziert werden kann, die in kritischer Nutzenabwägung die individuell unterschiedlichen Bedürfnisse und Präferenzen berücksichtigt. Entschieden verwahren wir uns deshalb gegen totalitäre, verfassungsrechtlich mit dem Grundgesetz kollidierende Denkstrukturen und Machtansprüche.

Literatur

Brinkhaus B, Kraft K, Michalsen A, Teut M: Die Fallkonferenzen Integrierte Medizin des Dialogforum Pluralismus in der Medizin – Hintergrund, Methodik und Beispiele. In: Peter F. Matthiessen (Hrsg.), Patientenorientierung und Professionalität. Festschrift 10 Jahre Dialogforum Pluralismus in der Medizin. Verlag akademische Schriften (VAS) 2. erweiterte Auflage, Bad Homburg, 2011.

Deutscher Bundestag, Ausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit: Bericht zur Neuordnung des Arzneimittelrechts. Drucksache 7/5091 vom 28.04.1976.

Fleck L: (1993) Die Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Suhrkamp. (Der Text ist identisch mit der Erstausgabe bei Benno Schwabe und Co. von 1935.)

Kiene H, Heimpel H, gemeinsam verfasst von den Mitgliedern des Dialogforum Pluralismus in der Medizin: Ärztliche Professionalität und Komplementärmedizin. Was ist seriöses Therapieren? Medizinpluralismus und die Verpflichtung zu Wissenschaftlichkeit erscheinen nur auf den ersten Blick als ein Widerspruch. Dtsch Ärztebl 2010; 107(12): A-548 / B-477 / C-469.

Kiene H, Ollenschläger G, Willich SN (Hrsg.): Pluralismus in der Medizin – Pluralismus der Therapieevaluation? (Schwerpunktheft) ZEFQ 2005; 99[4-5]: 257-336.

Kienle GS: Gibt es Gründe für pluralistische Evaluationsmodelle? Limitationen der randomisierten klinischen Studie. ZEFQ 2005; 99: 289-94.

Kuhn, TS: (1962) The Structure of Scientific Revolutions. Chicago.

Kuhn, TS: (1977) Die Entstehung des Neuen, Suhrkamp, Frankfurt a. Main.

Matthiessen PF: Das Phänomen Komplementärmedizin: Verwilderung oder Bereicherung ärztlichen Handelns? Z Med Ethik 2004; 50: 351-363.

Matthiessen PF: (2011a) Paradigmenpluralität und Individualmedizin. In: Peter F. Matthiessen (Hrsg.), Patientenorientierung und Professionalität. Festschrift 10 Jahre Dialogforum Pluralismus in der Medizin. Verlag Akademische Schriften (VAS), 2. erweiterte Auflage, Bad Homburg, 2011.

Matthiessen PF: (2011b) 10 Jahre Dialogforum Pluralismus in der Medizin . Warum es uns gibt, wer wir sind und was wir wollen. In: Peter F. Matthiessen (Hrsg.), Patientenorientierung und Professionalität. Festschrift 10 Jahre Dialogforum Pluralismus in der Medizin. Verlag Akademische Schriften (VAS), 2. erweiterte Auflage, Bad Homburg, 2011.

Matthiessen PF: (2011c, 2013) Einzelfallforschung zwischen Evidence based Medicine and Narrative based Medicine. ICE 11: Köthen (Anhalt) www.wisshom.de.

Maunz T, Dürig, G, Herzog, R, Scholz R: (1980) Grundgesetz Kommentar C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München.

Sackett D, Richardson W, Haynes R: (1997) Evidence-based Medicine: How to practice and teach EBM. Churchill Livingstone, New York, Edinburgh, London.

Schurz G. Koexistenz rivalisierender Paradigmen. In: G. Schurz/P. Weingärtner (Hrsg.), Koexistenz rivalisierender Paradigmen. Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen/Wiesbaden 1998.

Taescher F: (1964) Geschichte der arabischen Welt. Alfred Kröner Verlag, Stuttgart.

The Academic Consortium for Integrative Medicine and Health. (2004, revised May 2015). Accessible under <http://www.imconsoftium.org/about-us.cfm>; accessed May 22, 2017.

Willich St, Girke M, Hoppe J-D, Kiene H, Klitzsch W, Matthiessen PF, Meister P, Ollenschläger G, Heimpel H: Schulmedizin und Komplementärmedizin. Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden. Dtsch Ärztebl 2004; 110(19): A-1314-1319 / B-1087-1091 / C-1051-1055.

Kontakt:

Prof. Dr. med. Peter F. Matthiessen
Vorsitzender des Sprecherkreises des Dialogforum Pluralismus in der Medizin
Leiter des Arbeitsbereiches Methodenpluralität in der Medizin
am Institut für Integrative Medizin (IfIM) an der Universität Witten/Herdecke gGmbH
Em. Inhaber des Gerhard-Kienle-Lehrstuhls für Medizinteorie und Komplementärmedizin
an der Universität Witten/Herdecke gGmbH
Ehm. Ltd. Arzt am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke