

**„Der einzige, der beurteilen kann, ob etwas wirkt, ist der Patient“**

*Ein Gespräch über die Therapie- und Methodenvielfalt in Forschung und Lehre mit Prof. Dr. Harald Matthes, Leitender Arzt der Abteilung für Gastroenterologie, Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe, Berlin und Inhaber der Stiftungsprofessur für Integrative und Anthroposophische Medizin an der Charité Berlin*

**GESUNDHEIT AKTIV:** *Sie sind seit 2016 Inhaber des Stiftungslehrstuhls für Integrative und Anthroposophische Medizin an der Charité. Ist das der erste Lehrstuhl für Anthroposophische Medizin in Deutschland?*

**Harald Matthes:** Es gab vorher bereits einen Lehrstuhl für Anthroposophische Medizin in Witten/Herdecke, der eng mit dem Gründungsimpuls der dortigen Universität verbunden ist. Auch an anderen Orten wird Anthroposophische Medizin an Hochschulen erforscht, allerdings unter dem Label ‚Integrative Medizin‘, ohne den Zusatz ‚Anthroposophische Medizin‘. Für mich war es wichtig, dass der Lehrstuhl nicht nur für Integrative Medizin, sondern ausdrücklich für Anthroposophische Medizin eingerichtet wird, denn das ist, was ich mache und was ich beforschen will. Mir geht es darum, dass die Anthroposophische Medizin sichtbar wird als das einzige Medizinsystem in Deutschland, das in Krankenhäusern und in der ambulanten Medizin voll integrativ ist.

**GA:** *Gab es da Bedenken seitens der Charité?*

**H.M.:** Es bedurfte schon einiger Überzeugungsarbeit und Studien bzw. Publikationen, aus denen klar hervorging, dass ich für eine seriöse und fundierte Forschung stehe.

**GA:** *Wo ist der Lehrstuhl in der Charité angesiedelt?*

**H.M.:** Die Professur ist an zwei Institute gekoppelt, zum einen am Institut für Sozialmedizin, an dem auch die anderen drei Stiftungsprofessuren für Komplementärmedizin angesiedelt sind (siehe Kasten), zum anderen bei Frau Prof. Britta Siegmund an der Medizinischen Klinik für Gastroenterologie, Infektiologie und

Rheumatologie. Meinen Lehrauftrag erfülle ich am Krankenbett in der Gastroenterologie und im theoretischen Unterricht in der Sozialmedizin.

**GA:** *Wie reagieren die Medizinstudent\*innen der Charité auf die Integrative Medizin?*

**H.M.:** Da gibt es oft ein Aha-Erlebnis. Viele denken über komplementäre Methoden zunächst, dass so etwas ja nicht wissenschaftlich sein kann. In meinen wissenschaftstheoretischen Veranstaltungen lasse ich die Studierenden dann recherchieren: Wie wirkt z. B. Akupunktur? Was gibt es für Indikationen? Liegen Metaanalysen vor? Wie sicher ist die Methode? Die meisten denken bis zu diesem Zeitpunkt, es gäbe gar keine Studien. Dann merken sie, dass es große Metaanalysen und systematische Reviews gibt, die beweisen, dass Akupunktur für bestimmte Krankheitsbilder deutlich effektiver ist als die konventionelle Medizin. In den Leitlinien findet sich darüber allerdings nichts. Damit kommt es zu einem zweiten Aha-Erlebnis, nämlich der Erkenntnis, dass die Leitlinien zu den verschiedenen Krankheitsbildern offenbar nicht immer neutral oder wissenschaftlich sind, sondern dass ganz offenbar auch gesundheitspolitische Faktoren mit im Spiel sind, wenn entschieden wird, was in die Leitlinien aufgenommen wird und was nicht.

**GA:** *Welche Forschungsschwerpunkte setzen Sie? Was ist Ihnen besonders wichtig?*

**H.M.:** Es geht mir vor allem darum zu untersuchen, wie effektiv anthroposophische Therapien bei verschiedenen Krankheitsbildern sind und wie man ihren Einsatz weiter differenzieren kann. Dazu laufen Studien in der Onkologie, besonders zur Misteltherapie und zu multimodalen Therapiekonzepten, zu chronisch entzündlichen Darmkrankheiten und zu weiteren Krankheitsfeldern. Ein wichtiger Schwerpunkt sind zudem Studien zur Mikrobiota, dem Mikrobiom, das ist die Gesamtheit der Mikroorganismen in unserem Körper – im Darm, auf der Haut, im Mund und an vielen weiteren Orten.

**GA:** *Was verstehen Sie unter einem differenzierten Einsatz anthroposophischer Therapien?*

**H.M.:** Man kann ja grundsätzlich alle anthroposophischen Therapien nach dem Gießkannenprinzip allen Patienten zukommen lassen. Aber wir wissen auch, dass bestimmte Therapien bei bestimmten Krankheitsbildern besonders effektiv sind. Deshalb fragen wir: Welche sind wann besonders nützlich? Wann ist z. B. eine Malttherapie besser als eine Musiktherapie? Wann ist eine Bewegungstherapie

besonders sinnvoll? Wie viele Behandlungen braucht der Patient zusätzlich zur konventionellen Therapie, und ab wann bringen diese keinen zusätzlichen Nutzen mehr?

**GA:** *Welchen Maßstab legen Sie denn dabei an?*

**H.M.:** Das Konzept der Anthroposophischen Medizin beruht auf Selbstregulation. Deshalb schauen wir, wieviel Anregung und Unterstützung ein/e Patient\*in braucht und ab wann die Effektstärke deutlich abnimmt. Ziel ist es, spezifische multimodale Therapiekonzepte zu entwickeln nach dem Motto: so viel wie nötig, aber nicht alles, was möglich wäre. Denn auch unsere Mittel sind limitiert.

**GA:** *Gibt es weitere Schwerpunkte?*

**H.M.:** Uns interessiert, was Patient\*innen selbst über ihr Krankheitsbild denken und warum sie zur Komplementärmedizin greifen. Wir wollen wissen, was sie als erfolgreich ansehen und wie sie bestimmte Therapieformen bewerten. Das wiederum gleichen wir mit der Einschätzung von Therapeut\*innen, Ärzt\*innen und Pflegenden ab, um ein umfassendes Bild zu gewinnen. Die subjektive Bewertung des Patienten über seine Fortschritte ist sehr wichtig, um auch aus dieser Perspektive eine Therapieoptimierung zu erreichen.

**GA:** *Welchen Stellenwert hat die Einschätzung des Patienten in der Forschung? Man hat oft den Eindruck, dass das subjektive Empfinden, etwa dass Naturmedizin hilft und erfolgreich ist, für viele Wissenschaftler gar keine Rolle spielt.*

**H.M.:** Aus meiner Sicht sollte die Einschätzung des Patienten einen sehr hohen Stellenwert in der Forschung haben. Wir müssen uns doch fragen: Wer außer dem Patienten kann eigentlich beurteilen, ob etwas gewirkt hat oder nicht? Welcher Arzt maßt sich an, besser beurteilen zu können, ob etwas geholfen hat? Das lässt sich ja nur zum Teil objektiv messen. Allein die Tatsache, dass ich als Arzt in einem Gelenk eine Beweglichkeit von 110 Grad messe, sagt nichts darüber aus, ob der Patient diese Bewegung womöglich nur unter Schmerzen ausführen kann. Für den Patienten macht es aber einen großen Unterschied, ob er das Gelenk schmerzfrei bewegen kann oder nicht. Insofern kann er Effekte am besten beurteilen. Erkenntnismäßig ist er sogar der einzige, der beurteilen kann, ob etwas wirkt. Darum sollte er im Mittelpunkt der Forschung stehen und nicht irgendwelche objektiven Messparameter.

**GA:** *Trotzdem hat die Subjektivität in der Forschung einen schlechten Ruf, im Fokus steht die Evidenz.*

**H.M.:** Das Problem am heutigen Evidenzbegriff ist, dass die randomisiert-kontrollierten Versuche, also die experimentellen Studien, in denen Versuchspersonen zufällig (randomisiert) und unter kontrollierten ‚Laborbedingungen‘ einer Intervention ausgesetzt werden, absolut gesetzt werden. Erkenntnistheoretisch ist das allerdings schon vor zwanzig Jahren in Frage gestellt worden. Der randomisiert-kontrollierte Versuch kann nur zeigen, ob prinzipiell ein Effekt vorhanden ist, der zu einer bestimmten Ursache in Beziehung steht. Andere, ebenfalls sehr wichtige Fragestellungen – z. B. wie effektiv eine Therapie ist, wie verträglich, welche Nebenwirkungen sie hat usw. – können in einer randomisiert-kontrollierten Studie überhaupt nicht beantwortet werden. Dazu bedarf es anderer Instrumente. Wir sprechen deshalb heute von einer zirkulären Evidenz, d.h. dass für verschiedene Fragestellungen unterschiedliche Testmodelle eingesetzt werden müssen. Für die oben genannten Fragen sind Kohortenstudien (*Beobachtungsstudien unter realen Umweltbedingungen, d. Red.*) der bessere Ansatz. Es gibt da heute schon eine große Methodenvielfalt, sie muss nur angewandt werden.

**GA:** *Wie stehen Sie zu der Kritik, dass auf diese Weise oft nur Korrelationen und keine Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge gemessen werden können?*

**H.M.:** Das ist zwar richtig, aber gerade durch solche epidemiologischen Daten bekommen wir sehr gute Hinweise auf mögliche Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge, die dann in einem neuen Forschungsdesign überprüft werden können. Wir brauchen zunehmend eine epidemiologische Forschung, weil sie die reale Versorgung analysiert und Hinweise auf Einflussfaktoren gibt.

**GA:** *Welche Folgen hat es für die Patienten, dass für die Evidenz immer nur solche randomisiert-kontrollierten Studien herangezogen werden?*

**H.M.:** Wenn, wie es gerade aktuell geschieht, eine neue Leitlinie zur Integrativen Onkologie erarbeitet wird und ausschließlich randomisiert-kontrollierte Studien zur Richtschnur gemacht werden, kann die Komplexität der Therapiemöglichkeiten nicht einmal annähernd erfasst werden. Gerade in der Integrativen Medizin werden sehr unterschiedliche Methoden eingesetzt, zu denen es aber keineswegs immer

randomisiert-kontrollierte Studien gibt, weshalb andere Evidenzen zur Bewertung herangezogen werden müssen, um z. B. auch Lebensqualität und Patientenzufriedenheit beurteilen zu können.

**GA:** *Heißt das, der Aspekt Lebensqualität findet gar keinen Eingang in die Leitlinien?*

**H.M.:** Wenn man so vorgeht, nicht. Das ist natürlich fatal, denn gerade in der Onkologie ist die Lebensqualität ja entscheidend. Ob jemand zwei Monate länger lebt, aber dafür 18 Monate lang durch eine Chemotherapie eine um die Hälfte reduzierte Lebensqualität hatte, muss doch mit in die Therapieempfehlung eingehen. Leider gibt es heute aber immer noch viele publizierte Studien, die wahrscheinlich bewusst auf die Messung der Lebensqualität verzichten. Viele davon sind Studien, die von Pharmakonzernen gesponsert werden. Da besteht dann auch ein entsprechend einseitig geprägtes Interesse. Die wenigen Studien, die von den onkologischen Fachgesellschaften gemacht werden, messen die Lebensqualität immer mit.

**GA:** *Nun ist Lebensqualität ja ein Feld, in dem die Komplementärmedizin ihre besonderen Stärken hat.*

**H.M.:** Das ist der springende Punkt und einer der Gründe, warum die komplementärmedizinischen Methoden bisher noch nicht in die onkologischen Leitlinien eingegangen sind. Viele Ärzte und natürlich erst recht viele Patienten erfahren so gar nicht, welche Hilfen von dieser Seite her noch möglich wären.

**GA:** *Hat die Erarbeitung von Leitlinien also auch eine politische Dimension? Gibt es Dinge, die bewusst nicht gewollt sind bzw. unter Verschluss gehalten werden?*

**H.M.:** Ganz sicher. Die Haltung, randomisiert-kontrollierte Studien als Maß aller Dinge zu betrachten, bevorzugt medikamentöse Zulassungsstudien, die zu 94 Prozent pharmagesponsert sind, und geht in erster Linie von Gegnern der Komplementärmedizin aus. Das sind in der Regel Ärzte, die als Wirkprinzip nur Pharmakotherapie zulassen. So sind viele der Standardleitlinien auch voller Arzneimittelempfehlungen, teilweise mit geringsten Wirkstärken, jedoch ohne Hinweise auf gesundheitsstärkende oder übende Verfahren, die jedoch teilweise eine um Zehner-Potenzen höhere Wirkstärke aufweisen.

**GA:** *Warum haben diese Ärzte kein Interesse an solchen Verfahren?*

**HM:** Das Instrument des niedergelassenen Arztes ist zumeist das Rezept.

Sprechende Medizin und lebensstilverändernde Maßnahmen bedürfen ausgiebiger Schulungen, sie sind extrem zeitaufwendig und werden in der Praxis kaum vergütet, so dass sie für den Arzt leider nur eine geringe Bedeutung haben.

**GA:** *Wie ist denn generell heute der Forschungsstand zur Komplementärmedizin?*

**H.M.:** Wir haben dazu mittlerweile eine solide Forschung, es gibt sehr viele Studien zu den sogenannten übenden Verfahren, insbesondere zu Achtsamkeit und Yoga: Zu Yoga liegen über 2.000 Studien vor. Zu Achtsamkeit, Musiktherapie, Sprachtherapie und Maltherapie ca. 600 Studien. Allerdings kommt diese Forschung nicht in der Mainstream-Medizin an. Ich bin immer wieder entsetzt, wenn ich bei einer Leitlinienarbeit für bestimmte Krankheitsbilder merke, dass es zwar sehr viele Studien gibt, die zeigen, wie effektiv Yoga, TCM oder bestimmte multimodale Therapiekonzepte aus der Integrativen Medizin sind, aber die Mehrheit der Ärzte weiß nichts davon, ganz zu schweigen von der Bevölkerung. Wir müssen solche Ergebnisse viel breiter kommunizieren.

**GA:** *Wie kommt so eine Unwissenheit unter Ärzten denn zustande? Durch Ignoranz?*

**H.M.:** Das Hauptproblem ist eine verzerrte Wahrnehmung, die in unserem Wissenschaftssystem begründet ist: Musik- oder Kunsttherapie-Studien, auch wenn sie hochwertig gemacht sind, erscheinen nicht in den renommierten wissenschaftlichen Fachzeitschriften, die von den Ärzten gelesen werden, z. B. in *Lancet* oder *Science*. Die Studien dort sind meistens medikamentenorientiert, und das bedeutet in der Regel pharmagesponsert oder -abhängig. 94 Prozent der Studien in der Mainstream-Medizin sind solche von der Industrie finanzierten Medikamentenstudien! Mit solchen wirtschaftlich-interessensgelenkten Publikationsstrategien hat die Komplementärmedizin-Forschung stark zu kämpfen. Sie macht zu 90 Prozent keine Medikamentenstudien. Für übende Verfahren gibt es keine Sponsoren.

**GA:** *Werden nicht auch naturheilkundliche Medikamente beforscht?*

**H.M.:** Phytotherapie-Studien sind für die meisten Pharmaunternehmen uninteressant, denn für pflanzliche Wirkstoffe gibt es keinen Patentschutz. Jede andere Firma könnte den gleichen Pflanzenextrakt ebenfalls zulassen. Das eigentliche Geld wird heute nicht mit den billigen Naturarzneien, sondern mit patentgeschützten neuen

Arzneimitteln gemacht. Dort können die Unternehmen zum Teil Phantasiepreise berechnen, gerade im ersten Jahr nach der Zulassung. Dafür gibt es viele drastische Beispiele, vor allem in der Onkologie und Diabetologie.

**GA:** *Wie sieht es denn mit öffentlichen Forschungsgeldern bzw. öffentlichen Lehrstühlen für Komplementärmedizin aus?*

**H.M.:** Es gibt derzeit keine öffentlich geförderten Lehrstühle für Komplementärmedizin in Deutschland, alle elf Lehrstühle in Deutschland sind Stiftungslehrstühle, die von privaten Förderern eingerichtet wurden. Einen ersten öffentlichen Lehrstuhl will nun das Land Baden-Württemberg in Tübingen etablieren, auch Bayern plant einen solchen Lehrstuhl. Aber das sind allenfalls erste Schritte zu einer größeren Anerkennung der Komplementärmedizin. Die freie Forschungsförderung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft, das Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Europäische Union berücksichtigt die Komplementärmedizin nur in geringstem Umfang. Derzeit gehen nur 0,01 Prozent der Forschungsförderung in die Komplementärmedizin.

**GA:** *Obwohl Patienten Komplementärmedizin in so hohem Maß nachfragen?*

**H.M.:** Ja, das ist ein unglaubliches Missverhältnis. Forschung zur Komplementärmedizin darf keine Nischenforschung mehr sein, es muss Förderprogramme und damit ein politisches Signal geben, dass Komplementärmedizin gewollt und notwendig ist!

**GA:** *Wie müssten künftige Strukturen für Komplementärmedizin-Forschung aus Ihrer Sicht idealerweise aussehen?*

**H.M.:** Die Forschung sollte an regulären Lehrstühlen an den Universitäten geschehen und komplementäre mit konventionellen Forschungszentren verbinden. Zukünftig sollten Krankheitskonzepte nicht, wie derzeit üblich, an verschiedenen Orten, sondern gemeinsam an den Universitäten beforscht werden. Diese müssten sich für komplementäre Therapiemaßnahmen öffnen. Zum Teil gibt es bereits solche Tendenzen für Achtsamkeit (Mind-Body-Medizin), Bewegung und Yoga, zum Beispiel in der Psychiatrie, in der Onkologie und verschiedenen anderen Fächern. Was noch fehlt, ist die selbstverständliche Einbindung in Leitlinien. Heute gibt es eine konventionelle Leitlinie zu Brustkrebs, die kein komplementäres Verfahren beinhaltet. Zu bestimmten Krankheitsbildern, etwa der tumorabhängigen Fatigue, gibt es dann

im Rahmen der Onkologie eine zweite, komplementäre Leitlinie. Das heißt: Überall da, wo die Schulmedizin nicht wirklich weiterkommt, wo es keine Medikamente gibt, werden komplementäre Verfahren in andere Leitlinien ausgelagert, so dass der Arzt vor Ort, der nur die Hauptleitlinie zu Brustkrebs liest, so gut wie keine Angaben zu komplementären Verfahren findet. Viele Ärzte sind deshalb wenig motiviert, in die Leitlinien zu schauen, weil diese immer nur Teilaspekte abdecken.

**GA:** *In den USA gibt es das NIH (National Center for Complementary and Integrative Health), das die Forschung zur Integrativen und komplementären Medizin mit hohen Summen aus öffentlichen Geldern vorantreibt. Wäre so eine Einrichtung auch für Deutschland wünschenswert?*

**H.M.:** Unbedingt, aber das wäre fast schon eine Revolution! In den USA ist die gesamte Forschungsförderung sehr viel weniger ideologisiert und – was den Nutzen angeht – wesentlich mehr patientenzentriert. In Deutschland, auch auf EU-Ebene, ist das ideologisch gefärbt, hier liegt der Schwerpunkt häufig auf High-Tech-Medizin. Einfache Fragestellungen, z. B. zu chronischen Erkrankungen oder zu Primärprävention, die für die Patient\*innen wichtig sind, interessieren kaum. Die USA investieren jährlich 400 Millionen Dollar in die Forschung zur Komplementärmedizin! So ein Institut wie das NIH in Deutschland wäre natürlich ein Traum. Dazu bräuchte es den politischen Willen, neben dem Bundesforschungsministerium und der Deutschen Forschungsgemeinschaft ein drittes Institut zu gründen, das sich um Komplementärmedizin-Forschung kümmert und mit namhaften Expert\*innen aus der Komplementärmedizin besetzt ist. In den USA ist das vorbildlich verwirklicht. Ebenso beispielhaft ist dort die Weitervermittlung der Ergebnisse an Ärzte und Patienten. Das bekannte Sloan Kettering Hospital in New York zum Beispiel übernimmt die Forschungsergebnisse des NIH sofort in die Therapieregimes und kombiniert sie mit konventionellen Verfahren. In den USA geht das inzwischen so weit, dass sich fast keine Universität mehr erlauben kann, keinen integrativen Ansatz zu verfolgen bzw. keine komplementären Methoden zu erforschen! Davon sind wir in Deutschland noch meilenweit entfernt.

**GA:** *Welche Gründe sehen Sie für eine solche Ignoranz des Staates gegenüber der Komplementärmedizin in Deutschland?*



**H.M.:** Dafür gibt es mehrere Ursachen. Zum einen haben der deutsche Staat oder die EU – anders als zum Beispiel die chinesische oder indische Regierung – keinerlei Interesse an der traditionellen Erfahrungsheilkunde. Für diese gibt es bei uns keinerlei Lobby. Die Pharmalobby dagegen hat in Deutschland und auch in der EU einen sehr großen Einfluss.

**GA:** *Gibt es noch andere Ursachen?*

**H.M.:** Ein weiterer wichtiger Punkt ist der weit verbreitete Irrglaube, dass wir mit allopathischen Medikamenten die überwiegende Zahl der Erkrankungen behandeln könnten. In der Akutintervention sind diese Mittel extrem wirksam, aber unser Hauptproblem sind mittlerweile chronische Krankheiten wie Diabetes, metabolisches Syndrom, also die Kombination aus Übergewicht, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung und Diabetes sowie der Bluthochdruck selbst und Herzerkrankungen wie Herzschwäche und koronare Herzkrankheit. Hier sind Lebensstilveränderungen und vorbeugende Maßnahmen sehr viel wirksamer als alle Medikamente zusammen! Wir in Deutschland legen bei verengten Herzkranzgefäßen die meisten Stents im Rahmen von Herzkatheter-Eingriffen, aber die Kosten für die Herzschenkel, die mit den Patient\*innen Lebensstilveränderungen über einen längeren Zeitraum einüben, werden von den Kassen nicht finanziert. Und das, obwohl die einzelnen Elemente, die die Herzschenkel anwenden – Bewegung, Ernährung, Entspannung – ihre Evidenz in zahlreichen Studien längst bewiesen haben. Da wird in Deutschland weder von den Krankenkassen noch von politischer Seite genug getan. Man investiert lieber in die Intervention mit dem Herzkatheter und wartet, bis das Kind in den Brunnen gefallen ist.

**GA:** *Wie sieht es denn bei chronischen Erkrankungen aus?*

**H.M.:** Konventionelle Medikamente haben bei chronischen Erkrankungen meist nur geringe Effekte, sie können die Krankheiten nicht heilen, sondern lediglich Symptome lindern. Hier könnte die Erfahrungsmedizin, insbesondere mit ihren übenden Verfahren und der Aktivierung von Selbstheilungskräften viel erreichen. Das Verständnis dafür ist aber weder in der Politik noch bei den Leistungserbringern vorhanden.

**GA:** *Was müsste denn passieren, dass sich das ändert?*

**H.M.:** Meiner Ansicht nach ist das eigentliche Problem, dass die Krankenkassen nicht die Patienten vertreten, sondern eigene wirtschaftliche Interessen verfolgen. Deshalb kollidieren die Interessen von Patient\*innen und Kassen immer wieder. Obwohl Komplementärmedizin in der Bevölkerung breit verankert ist, weil die Menschen merken, wie hilfreich sie ist, wird sie von den Krankenkassen nicht erstattet. Das Problem ist, dass die Patient\*innen keine eigene Stimme haben. Im Gemeinsamen Bundesausschuss sind sie zwar anhörungsberechtigt, haben aber kein Stimmrecht. Es wäre extrem wünschenswert, wenn wir dort eine Nutzenbewertung hätten und auch die für Patient\*innen relevanten Effektstärken in die Bewertung miteinbeziehen würden. So könnte man nachweisen, dass viele übende Verfahren den Medikamenten vom Nutzen her deutlich überlegen sind, auch im Hinblick auf die Kosten. Komplementärmedizin ist meistens sehr viel preiswerter als die konventionelle Medizin, braucht aber den aktiven, motivierten Patienten.

*GA: Ist es also eine Frage des Geldes, ob sich jemand Komplementärmedizin leisten kann oder nicht?*

**H.M.:** In Deutschland gibt es ganz klar einen sozioökonomischen Shift: Je höher der Verdienst und je besser der Bildungsstand ist, desto mehr werden komplementäre Verfahren genutzt. Das heißt nicht, dass Menschen mit geringerer Bildung und weniger Einkommen Komplementärmedizin nicht kennen oder nicht nutzen wollen. Sie können sie sich aber oft einfach nicht leisten. Das ist aus meiner Sicht politisch hochbrisant, weil es die Frage aufwirft: Muss jemand, der weniger Geld hat, früher sterben? Unsere Gesundheitspolitiker behaupten, das stimmt nicht. Trotzdem: Der Bildungsstand und die Anwendung von Komplementärmedizin und damit das Verwirklichen eines gesunden Lebensstils hängen in Deutschland eng zusammen.

*GA: Die Krankenkassen sind also hinsichtlich der Erstattung von Komplementärmedizin nicht Anwälte der Patient\*innen?*

**H.M.:** Das kann man so sagen, es ist aber systembedingt: Im Interesse der Krankenkassen sollte es ja eigentlich sein, so viele gesunde Versicherte wie möglich zu haben und nicht möglichst viele Kranke. Aber in Deutschland werden dafür die falschen Anreize gesetzt: Durch den Morbiditätsausgleich (*Krankenkassen mit besonders vielen schwerkranken Patienten bekommen eine Ausgleichszahlung von anderen Krankenkassen, d. Red.*) profitiert eine Krankenkasse finanziell davon, wenn sie viele Versicherte mit kostenträchtigen Krankheiten wie Diabetes oder

Metabolischem Syndrom hat. Somit fehlt den Krankenkassen der Anreiz für eine Primärprävention, um Menschen vor Übergewicht, Diabetes, Bluthochdruck und deren Folgeerkrankungen zu schützen.

*GA: Wie sollte eine Medizin, die in die Zukunft weist, Ihrer Ansicht nach aussehen?*

**H.M.:** Wir brauchen eine Integrative Medizin: Wir wollen das Beste aus der Schulmedizin und das Beste aus der Komplementärmedizin in einem Konzept zusammenbringen. Das wollen wir auch beforschen. Dabei kann durchaus herauskommen, dass Methoden aus der Komplementärmedizin so wirksam sind, dass wir auf Medikamente verzichten können. Angesichts der zunehmenden Überalterung der Gesellschaft ist das ein wichtiger Faktor, denn wir haben heute ein Riesenproblem mit der Polypharmazie: Vor allem ältere Menschen mit vielen und insbesondere chronischen Erkrankungen nehmen heute viel zu viele Arzneimittel, die Neben- und Wechselwirkungen haben und die oft schwere Schäden verursachen. Für sie und ebenso für die jungen Erwachsenen und ganz besonders für die Kinder brauchen wir die Therapieverfahren der Komplementärmedizin.

Kasten:

### **Integrative Medizin an der Charité**

Komplementäre und Integrative Medizin wird als Projektbereich an der Berliner Charité erforscht. Er ist am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie angesiedelt und besteht aus vier Arbeitsgruppen:

- der Arbeitsgruppe Naturheilkunde und Integrative Medizin, Leitung Prof. Benno Brinkhaus
- der Arbeitsgruppe Komplementäre und Integrative Medizin, geleitet von Prof. Claudia Witt
- der Arbeitsgruppe Integrative und Anthroposophische Medizin, geleitet von Prof. Harald Matthes
- der Arbeitsgruppe Klinische Naturheilkunde unter der Leitung von Prof. Andreas Michalsen.

Am Campus Mitte und im Immanuel-Krankenhaus gibt es darüber hinaus die Hochschulambulanz für Naturheilkunde, die Patient\*innen auf der Basis

wissenschaftlicher Forschungsergebnisse naturheilkundliche und präventive Verfahren anbietet und diese in wissenschaftlichen Studien evaluiert.

Im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe werden die anthroposophischen Therapien ambulant wie stationär angeboten.

Mehr Informationen zu den verschiedenen Bereichen unter:

[https://epidemiologie.charite.de/forschung/projektbereich\\_komplementaere\\_und\\_integrative\\_medizin/](https://epidemiologie.charite.de/forschung/projektbereich_komplementaere_und_integrative_medizin/)

## **Zur Person**

Prof. Dr. Harald Matthes, geb. 1961 in Berlin, ist Internist mit Schwerpunkt Gastroenterologie und Anthroposophischer Arzt (GAÄD). Seit Januar 1995 ist er Leitender Arzt der Abteilung für Gastroenterologie und Ärztlicher Leiter am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe. 2011 habilitierte er sich an der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Gastroenterologie, Infektiologie und Rheumatologie an der Charité-Universitätsmedizin Berlin und hat dort seit 2016 den Stiftungslehrstuhl für Integrative und Anthroposophische Medizin inne.

Er ist Mitglied zahlreicher Fachgesellschaften und Gremien, u.a. der Pharmakovigilanzkommission am Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte (seit 2007), im Vorstand der Hufelandgesellschaft (seit 2006) sowie seit 2004 Mitglied der Kommission Medizin der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft (DKG). Er hat u.a. an den Leitlinien für die Behandlung von Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, des Reizdarmsyndroms und der Obstipation mitgearbeitet und ist Autor von über 70 wissenschaftlichen Publikationen.