



Abteilung Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung

UniversitätsKlinikum Heidelberg

EbM
**Gelingt die Umsetzung im
Praxisalltag?**

Zukunftsaspekte der **Phytoforschung**

Dr. med. Berthold Musselmann



Phytotherapie und Evidenz?

- Wirkung vieler Phytos auf Augenhöhe konventioneller chemischer Medikamente
- EbM-Regeln für Arzneimittel/Zulassung: Wie wirkt eine Therapie unter sehr eng definierten Bedingungen
- Was aber, wenn diese Therapie auf Wirklichkeit trifft?
EbM für Alltag ungenügend
- Hausaufgaben gemacht – aber Effekt?



Forschungsaktivität Komplementärmedizin

- sprunghafter Anstieg der Publikationen zu Komplementärmedizin in den letzten Jahren
- davon 8.300 randomisiert-kontrollierte Studien
- L. Nartey et al. : Matched-pair study showed higher quality of placebo-controlled trials in Western phytotherapy than conventional medicine, Journal of Clinical Epidemiology 60 (2007) 787e794

Suchbegriffe Medline	RCTs* Stand 12/1999	RCTs* Stand 12/2009
Phytotherapie	80	1653
- Gingko biloba	60	196
- Johanniskraut	8	111
- Mistel	2	33
Akupunktur	278	1325
Manuelle Medizin	17	108
Manipulationstherapie	36	153
Homöopathie	43	131
Yoga	31	107
Hydrotherapie	17	66
Anthrop. Medizin	0	6
Eigenblut	0	2
Paracetamol	751	1150
Appendektomie	173	256

*randomisiert-kontrollierte Studien



Werden wir wirklich durch Nachahmung der eindimensionalen Weltsicht der Schulmedizin mehr Geltung erlangen? Warnung vor Statistik-Hörigkeit

Trotz zahlreicher Forschungsarbeiten in den letzten 10 Jahren und dadurch verfügbarer Evidenz wird KM weiterhin in der ärztlichen Praxis, besonders in der Klinik, zu wenig berücksichtigt.



Das Fehlen wissenschaftlicher Studien heißt nicht automatisch fehlende Wirksamkeit.

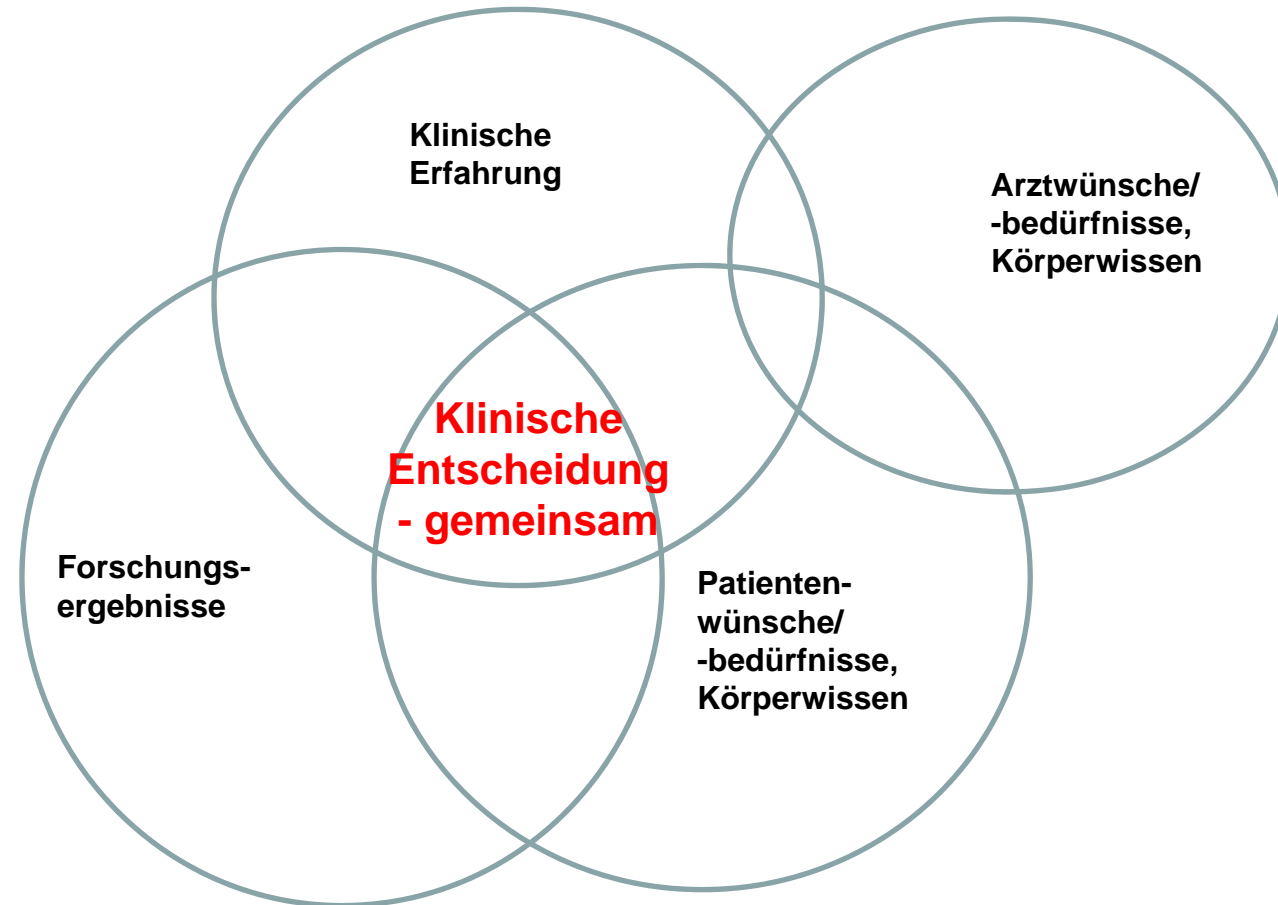
Statistisch signifikant heißt nicht automatisch medizinisch relevant.

Unterschied KM zu konv. Medizin:

Die Methoden sind bereits in der Versorgung implementiert, d.h. sie können und sollten auch im Versorgungssetting erforscht werden.



Wahre Evidenzbasierte Medizin



www.cochrane.de, www.ebm-netzwerk.de, www.dr-kares.de



Ab Juli 2012 - 2015:

PhytoCONTENT Vergleichsstudie

Vergleich

a) Wirkungsprofile

b) unerwünschte

Nebenwirkungen

c) Kosten

d) Gesamtergebnis

bei "klassischer"

(Pharmako)Therapie im

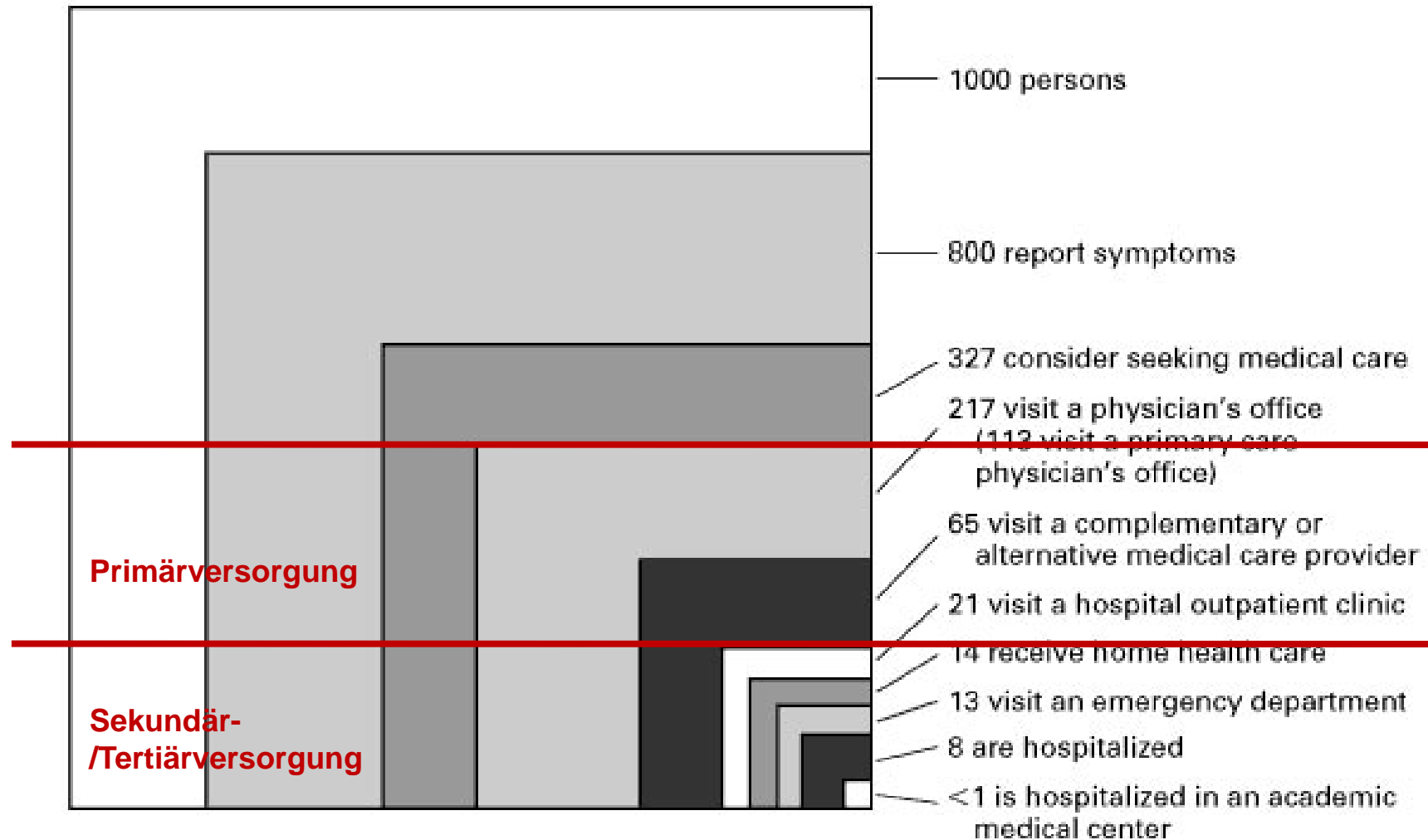
Vergleich zur

Phytotherapie - NHV

- <http://phytotherapie-komitee.de/>
- Studienleiter
PD Stefanie Joos, PD
Gunter Laux, Dr.
Berthold Musselmann
gemeinsam
- Laufzeit 3 Jahre



Vom Symptom zur Versorgung



Green LA et al., The Ecology of Medical Care Revisited NEJM 2001;344:2021-2025



Das hausärztliche Patientenkollektiv und noch mehr das OTC-Gebiet sind gekennzeichnet durch ...

- selbstlimitierende Erkrankungen
- Erkrankungen im Anfangsstadium - mit leichter Ausprägung
- „medically unexplained symptoms“ (MUS)
→ in ca. 50% der Fälle bleibt es beim Beratungsanlass ohne definitive Diagnose (z.B. Rückenschmerzen)

Ziele heute:

- **wieder mehr Kompetenz im Umgang mit Phytopharmaka**
- **Erkennen der Stärken und Grenzen der Phytos**
- **endlich weg von Fehl-/Unter-/Überversorgung**



Hausärztlicher Arbeitsalltag

TABELLE 3

Arbeitsbelastung und Zahl der Patientenkontakte 2009

	D	AUS	CDN	F	I	NL	NZ	N	S	UK	USA
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit (Stunden)	50,8	40,5	42,5	48,6	37,5	44,4	41	40,5	37,8	42,2	47,6
– davon persönlicher Kontakt	70 %	87 %	75 %	82 %	75 %	69 %	83 %	67 %	66 %	68 %	76 %
Durchschnittliche Zahl behandelter Patienten pro Woche	242	128	124	110	171	123	116	81	53	130	96
Wochenarbeitszeit in Stunden (Median [unteres Quartil, oberes Quartil])	50 [45, 60]	40 [38, 50]	40 [32, 50]	50 [40, 60]	40 [30, 45]	45 [34, 50]	40 [38, 48]	40 [33, 48]	40 [32, 43]	40 [35, 50]	46 [40, 60]
– davon persönlicher Kontakt	70 %	87 %	75 %	82 %	75 %	69 %	83 %	67 %	66 %	68 %	76 %
Zahl behandelter Patienten pro Woche (Median [unteres Quartil, oberes Quartil])	250 (150, 300)	125 (110, 150)	110 (70, 150)	101 (81, 136)	150 (120, 200)	120 (90, 150)	120 (100, 130)	80 (60, 100)	50 (40, 64)	120 (90, 150)	100 (65, 120)
Mittlere Zeit pro Patientenkontakt in Minuten (Median [unteres Quartil, oberes Quartil])	9,1 (6,4; 13,4)	17,0 (14,9; 19,2)	16,8 (12,1; 23,3)	22,2 (16,9; 29,5)	10,3 (7,2; 15,0)	15,0 (12,2; 18,0)	17,4 (15,4; 19,8)	20,6 (16,0; 26,0)	28,8 (24,0; 36,0)	13,3 (10,8; 16,8)	22,5 (17,0; 29,7)

AUS, Australien; CDN, Kanada; D, Deutschland; F, Frankreich; I, Italien; NL, Niederlande; NZ, Neuseeland; N, Norwegen; S, Schweden; UK, Vereinigtes Königreich; USA, Vereinigte Staaten von Amerika

Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT: The German Health Care System in international comparison: the primary care physicians' perspective. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(15): 255–61.

Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

B. Musselmann S. Joos

Realität der Vergütung von Gesprächen?

Zusatzangebote beim Arzt

Die häufigsten privaten Leistungen in Prozent¹⁾



1) Von insgesamt 903 angebotenen oder nachgefragten Leistungen in einer Arztpraxis; ohne Zahnärzte. Quelle: AOK / F.A.Z. -Grafik Dobratz

- Chance Prävention
- Gefahr: Zweifelhaftes
- Wirtschaftlich notwendig



Häufige Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis

Rang Beratungsanlass/Symptom

1	✓ Husten
2	✓ Untere Rückensymptomatik/-beschwerden
3	Risikofaktoren NNB
4	✓ Durchfall
5	✓ Nackensymptomatik/-beschwerden
6	Rückensymptomatik/-beschwerden, BWS/n.s.
7	Schmerz generalisiert/ an mehreren Stellen
8	Hals-/Rachensymptome/-beschwerden
9	Sehstörung, andere
10	✓ Bauchschmerzen/-krämpfe, generalisiert
11	Schlafstörung
12	Kopfschmerz
13	Schwindel/Benommenheit
14	✓ Kniesymptomatik/-beschwerden
15	Schultersymptomatik/-beschwerden

**Leitlinie
Deutschland**



**Leitlinie
Ausland**



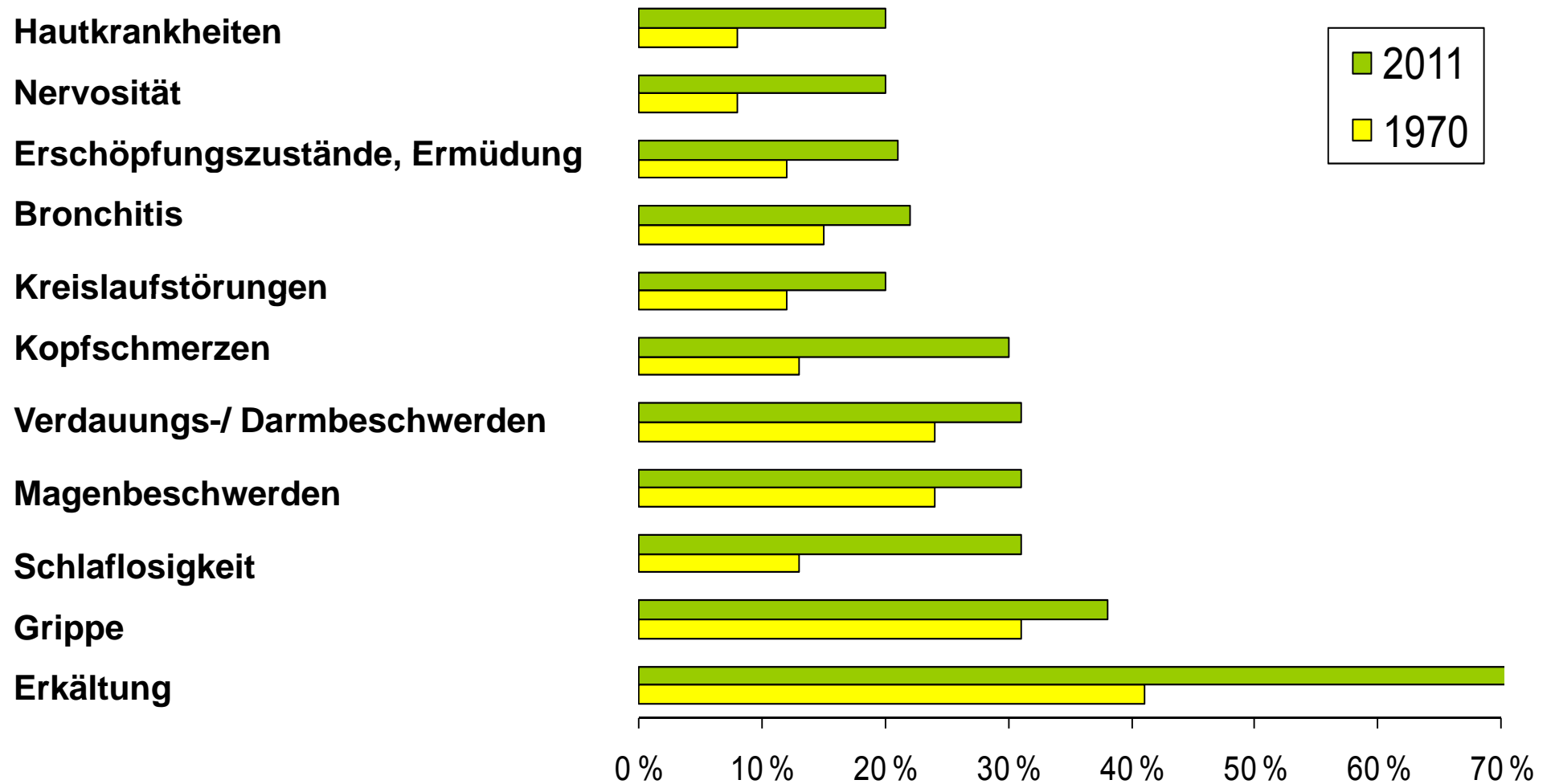
**Systematische
Reviews**

Daten aus CONTENT mit
freundlicher Genehmigung
von G. Laux;
160.000 Patienten,
dokumentiert nach ICPC



Wobei Naturmittel geholfen haben

Allensbachstudie 2011





Phytopharma-Einsatz in der Praxis:

Compliance, Therapietreue,
Patientenvertrauen sehr gut

WESENTLICHER HEILFAKTOR!



Zusammenfassung

- **Naturheilverfahren: hohe Popularität in der Bevölkerung** (70% Inanspruchnahme), bei allen Erkrankungen eingesetzt.
- **Naturheilverfahren/Phytotherapie: hoher Stellenwert in der ambulanten Versorgung** (Hausärzte: 60% Anwendung, viele Zusatzbezeichnungen), **besonders im Bereich Erkältung.**
- **Integration in Medizin** teilweise erfolgt, verbesserungsfähig
- **Trotz zahlreicher Forschungsarbeiten in den letzten Jahren und dadurch verfügbarer Evidenz wird KM weiterhin in der ärztlichen Praxis, besonders in der Klinik, zu wenig berücksichtigt. Anwendungsqualität verbesserungswürdig.**
- **Weg von einseitiger RCT-FIXIERUNG!**
- **Arzt-Patient-Beziehung, Erwartungshaltung des Patienten u.a. scheinen potente unspezifische Wirkfaktoren bei KM zu sein.**
- **KM at its best: hochindividuelle, optimal adaptierte Medizin, die ihre Grenzen kennt.**



Aktuelles Forschungsparadigma

Unser aktuelles Forschungsparadigma ist zu stark geprägt durch die **Arzneimittelforschung** mit dem Goldstandard der randomisiert-kontrollierten Studie (RCT).

„The notion that evidence can be reliably placed in hierarchies is illusionary. Hierarchies of evidence should be replaced by accepting a **diversity of approaches**. This is not a plea to abandon RCTs and replace them by observational studies. Rather it is a plea to investigators to continue to develop and improve their methodologies.“

„Die Vorstellung, dass Beweise hierarchisch geordnet werden können, ist illusorisch. Beweis-Hierarchien sollten besser durch die Akzeptanz einer Vielfalt von Ansätzen ersetzt werden.

Dies ist kein Plädoyer dafür die RTCs aufzugeben und sie durch Beobachtungsstudien zu ersetzen. Vielmehr ist es ein Appell an die Forscher ihre Methoden weiter zu entwickeln und zu verbessern.“

Michael Rawlins, ehemaliger Direktor des NICE-Instituts,
Harveian Oration 2008 (jährlicher Festvortrag Royal College of Physicians, London)