

› **Münsteraner Memorandum Heilpraktiker**

Ein Statement der interdisziplinären Expertengruppe „Münsteraner Kreis“ zu einer Neuregelung des Heilpraktikerwesens

Manfred Anlauf, Norbert Aust, Hans-Werner Bertelsen, Juliane Boscheinen,
Edzard Ernst, Daniel R. Friedrich, Natalie Grams, Paul Hoyningen-Huene,
Jutta Hübner, Peter Hucklenbroich, Heiner Raspe, Jan-Ole Reichardt,
Norbert Schmacke, Bettina Schöne-Seifert, Oliver R. Scholz, Jochen Taupitz,
Christian Weymayr

› **Münsteraner Memorandum Heilpraktiker**

Ein Statement der interdisziplinären Expertengruppe „Münsteraner Kreis“ zu einer Neuregelung des Heilpraktikerwesens

Manfred Anlauf, Norbert Aust, Hans-Werner Bertelsen, Juliane Boscheinen,
Edzard Ernst, Daniel R. Friedrich*, Natalie Grams, Paul Hoyningen-Huene,
Jutta Hübner, Peter Hucklenbroich, Heiner Raspe, Jan-Ole Reichardt*,
Norbert Schmacke, Bettina Schöne-Seifert*, Oliver R. Scholz, Jochen Taupitz,
Christian Weymayr*

* Federführende Hauptautoren

Zitierweise:

Münsteraner Kreis: Münsteraner Memorandum Heilpraktiker. 21.8.2017. <http://daebl.de/BB36>

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert
Lehrstuhl für Medizinethik
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin,
Universität Münster
Von Esmarch-Str. 62
D-48149 Münster
bseifert@uni-muenster.de

Weitere Informationen:

www.muensteraner-kreis.de

Unterstützer schicken bitte eine Mail an:

unterstuetzer@muensteraner-kreis.de

Inhalt

1 Einführung	3
1.1 Worum es geht	3
1.2 Definitionen und Zusammenhänge: Heilpraktiker & KAM	3
2 Hintergründe	4
2.1 Ausbildungsstandards und Tätigkeitsbefugnisse	4
2.2 Behandlungskonzepte	5
3 Bewertungen	6
3.1 Schadenspotentiale durch die Tätigkeit reiner Heilpraktiker	6
3.2 Schadenspotentiale durch die Tätigkeit ärztlicher KAM-Anbieter	6
3.3 Patientenautonomie und Therapiefreiheit	7
3.4 Fairness in der solidarisch finanzierten Krankenversorgung	8
4 Lösungswege	9
4.1 Grundsätzliche Ziele	9
4.2 Optionen für die Lösung der Heilpraktiker-Problematik	9
4.3 Abschaffungslösung	10
4.4 Kompetenzlösung	10
5 Fazit	11

1 Einführung

1.1 Worum es geht

Falsche Behandlungen von Patienten sind ein vielschichtiges Problem, dem nicht zuletzt die Gesundheitspolitik durch Maßnahmen der Qualitätssicherung begegnen muss. Zwei spezifische, aber nicht trennbare Teilaspekte dieses Problems sind Fehlbehandlungen durch (i) Heilpraktiker, die ihre Patienten überwiegend mit Interventionen aus dem Bereich der (ii) Komplementären und Alternativen Medizin (KAM) behandeln. Ihre bisweilen dramatischen Folgen wurden der Öffentlichkeit u.a. im Sommer 2016 durch den Fall am „Biologischen Krebszentrum Bracht“ am Niederrhein deutlich. In der Obhut des Inhabers dieser Einrichtung, eines Heilpraktikers, starben damals drei Patienten, die vermutlich länger gelebt hätten, wenn sie nach den Standards der wissenschaftsorientierten Medizin behandelt worden wären.

Unser Autorenteam – der interdisziplinäre und von institutionellen Interessen unabhängige „Münsteraner Kreis“ – versucht, die genannte Problematik aus einer dezidiert wissenschaftsorientierten und zugleich am Selbstbestimmungsrecht der Patienten ausgerichteten Perspektive zu beurteilen. Dabei werden wir in diesem Papier zunächst eine systematische Problemanalyse vorlegen und anschließend zwei alternative Lösungsvorschläge skizzieren.

1.2 Definitionen und Zusammenhänge: Heilpraktiker & KAM

Unter Alternativmedizin (kurz: AM) verstehen wir – im Einklang mit einem verbreiteten Sprachgebrauch – die Gesamtheit der Verfahren, die in Konkurrenz zu Behandlungsverfahren der wissenschaftsorientierten Medizin angeboten werden. Unter Komplementärmedizin (kurz: KM) verstehen wir diejenigen Verfahren, die von ihren Betreibern ergänzend zur wissenschaftsorientierten Medizin angeboten werden – wie es wohl insgesamt die häufigere Praxis ist. Zwischen beiden Bereichen gibt es erhebliche Überlappungen, die je nach Sicht der Anbieter und Patienten unterschiedlich groß sind. Aufgrund dieser mangelnden Trennschärfe erscheint es uns legitim und sinnvoll, den Sammelbegriff *Komplementär-Alternative Medizin* (kurz: KAM) zu verwenden. Beispiele für KAM sind: Akupunktur, Homöopathie, Bachblüten oder chiropraktische Gelenkmanipulation.

Die Praxis der *wissenschaftsorientierten Medizin* hingegen, von der KAM sich begrifflich abgrenzt, soll zumindest ihrem Anspruch nach durchgehend wissenschaftlich begründet und in ihren Behandlungsaussichten mit hinreichendem Evidenzgrad überprüft sein, weshalb wir sie als *wissenschaftsorientierte Medizin* bezeichnen, die dem Ideal einer *wissenschaftlichen Medizin* verpflichtet ist. Beide Messlatten, wissenschaftliche Begründbarkeit und klinische Evidenz, werden von vielen KAM-Befürwortern skeptisch gesehen oder sogar abgelehnt.

KAM, und hier besonders der AM-Anteil, ist gängige Praxis von Heilpraktikern, die sich aber auch Techniken der wissenschaftsorientierten Medizin bedienen. Eine Tätigkeit als Heilpraktiker darf man in Deutschland nach geltendem Berufsrecht ausüben, wenn man eine minimalistische Prüfung bestanden hat (siehe 2.1.). Heilpraktiker selber, so lässt sich aus den zahlreichen explizit nicht wissenschaftlich fundierten Krankheits- und Heilkonzepten schließen, sehen sich vielfach als eigenständige Säule in einem „pluralistischen“ Gesundheitssystem. Ihre Patienten teilen diese Sicht gewiss in vielen Fällen.

Neben Heilpraktikern gibt es aber auch sehr viele Ärzte, die KAM-Verfahren anbieten, bewerben und dies ihrem Selbstverständnis nach als „Integrative Medizin“ bezeichnen. Während Ärzte nicht als Heilpraktiker firmieren dürfen, da eine Heilpraktikerprüfung ihnen weder

Zusatzqualifikationen bescheinigen noch Zusatzbefugnisse verleihen würde, gilt dies nicht für Zahnärzte, Psychologen oder Physiotherapeuten, die ihre vergleichsweise eingeschränkten berufsspezifischen Befugnisse durch eine Zusatzzulassung als Heilpraktiker ausweiten können. Eine große Gruppe solcher „Add-on“-Heilpraktiker bietet KAM neben den etablierten akademischen oder halb-akademischen Verfahren ihres Berufsstands an. Wegen des (außer bei „Psychotherapeutischen Heilpraktikern“) unbegrenzten Behandlungsbereichs dürfen sie in dieser Funktion nämlich über das Gebiet ihrer „eigentlichen“ Profession hinausgehen. So dürfen Heilpraktiker-Zahnärzte – ebenso wie Heilpraktiker-Physiotherapeuten – grundsätzlich auch Nieren- und Herzprobleme behandeln, was ihnen als „reinen“ Zahnmedizinern verboten wäre.

Hier nun liegt bereits eines der größten Probleme des Heilpraktikerwesens: Durch die staatliche Anerkennung von Heilpraktikern als „Heilkunde“ Ausübende und durch die gesetzlich fixierte Berufsbezeichnung „Heilpraktiker“ (vgl. Heilpraktikergesetz §1) wird Patienten suggeriert, 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 beschränkten. Dies wäre jedoch ein klarer Fehlschluss: Medizinstudenten 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, etwa bei der Behandlung von Infektionskrankheiten. Darüberhinaus gibt es keine staatlich regulierte Ausbildung. Ärzte sind des Weiteren zu einer regelmäßigen Fortbildung verpflichtet, die der Kontrolle durch die Landesärztekammern unterliegt – Heilpraktiker haben kein solches Fortbildungssystem.

2 Hintergründe

2.1 Ausbildungsstandards und Tätigkeitsbefugnisse

Ärztinnen und Ärzte dürfen Patienten versorgen, weil man begründetermaßen annimmt, dass sie über das entsprechende akademisch fundierte Wissen und Können verfügen. Um eine Kassenzulassung zu erhalten, müssen inzwischen alle Ärzte – vom Allgemeinmediziner bis zum Urologen – neben der ärztlichen Approbation eine Ausbildung zum Facharzt vorweisen. Sie haben dann also mindestens sechs Jahre Studium und mindestens fünf Jahre Facharztweiterbildung hinter sich. Auch Ärzte ohne Kassenzulassung müssen, so fordert etwa das Haftungsrecht, nach Facharztstandard behandeln.

Während also die wissenschaftsorientierte Medizin angehende Ärzte nach hohen Standards ausbildet, sind die gesetzlichen Hürden für angehende Heilpraktiker sehr niedrig und verlangen keinerlei wissenschaftlich fundierte, standardisierte oder kontrollierte Ausbildung. 1992 wurden Leitlinien definiert, nach denen die Gesundheitsämter Heilpraktiker in verschiedenen Wissensgebieten prüfen müssen – schriftlich wie mündlich. Im Dezember 2016 hat der Gesetzgeber mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) das Heilpraktikergesetz und die Erste Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz geändert. Nunmehr sollen bis Ende 2017 unter Beteiligung der Länder einheitliche Leitlinien erarbeitet werden, auf deren Grundlage zukünftig die Kenntnisprüfung von Heilpraktikeranwärtern durchgeführt werden soll. Diese begrenzte Novellierung des Heilpraktikergesetzes ändert allerdings nichts daran, dass sich angehende Heilpraktiker auf die verlangte Prüfung auch autodidaktisch vorbereiten können – ohne je einen Patienten zu sehen.

Eine Erlaubnis darf auch zukünftig dann (und nur dann) verweigert werden, wenn sich bei der Kenntnisprüfung ergibt, dass die Ausübung der Heilkunde durch den Betreffenden eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung oder für die ihn aufsuchenden Patienten bedeuten würde. Diese minimale Auflage wird weder der Komplexität des heute bekannten Krankheitspektrums gerecht, noch berücksichtigt sie die vielfältigen Risiken durch Nebenwirkungen von KAM-Präparaten oder durch ihre Wechselwirkungen mit Medikamenten der wissenschaftsorientierten Medizin. Sobald Heilpraktikern die Erlaubnis zur Berufsausübung erteilt worden ist, dürfen sie Diagnosen stellen und Behandlungen durchführen, etwa auch Injektionen verabreichen und Infusionen legen. Sie dürfen damit fast alle im ärztlichen Beruf angesiedelten Tätigkeiten ausüben, bis auf wenige Ausnahmen wie die Verordnung verschreibungspflichtiger Medikamente, Tätigkeiten im Bereich der Geburtshilfe und die Behandlung bestimmter Infektionskrankheiten.

Belastbare Daten über die in ganz Deutschland zugelassenen Heilpraktiker gibt es nicht. Herangezogen werden kann aber die vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit geführte Statistik, nach welcher sich die Zahl der Heilpraktiker allein in Bayern zwischen 2003 und 2015 von 11.035 auf 23.103 mehr als verdoppelt hat.

2.2 Behandlungskonzepte

Während die wissenschaftsorientierte Medizin, wie oben skizziert, in ihren Diagnose-, Therapie- und Präventionskonzepten grundsätzlich rational überprüfbar sein will und ihre kontinuierliche wissenschaftliche Weiterentwicklung und Verbesserung anstrebt, d.h. fortschrittstauglich ist, bewegt sich das Heilpraktikerwesen überwiegend in einer Parallelwelt mit eigenen, meist dogmatisch tradierten Krankheits- und Heilkonzepten. Je nach Lehre enthalten diese mehr oder weniger wissenschaftlich unbegründete oder unhaltbare Elemente: Vielfach handelt es sich dabei um Glaubensüberzeugungen, von denen viele wissenschaftlichen Erkenntnissen widersprechen oder durch die moderne Medizin empirisch widerlegt sind.

Wo die Grenze zwischen Wissen und Glauben verläuft, wird in den Prüfungen nicht abgefragt. Die entsprechenden Grenzen sind auch für viele Patienten kaum erkennbar, zumal die jeweiligen Theorien aus Laiensicht durchaus überzeugend klingen können. Aufgrund fehlender Qualifikation gelangen viele Heilpraktiker deshalb allenfalls intuitiv oder zufällig zu korrekten Diagnosen und sinnvollen Therapieansätzen, aber eben nicht auf der Basis einer wissenschaftlich erarbeiteten und aktuell gehaltenen Systematik. Gerade reine Heilpraktiker laufen daher Gefahr, ihre Patienten auf der Grundlage bruchstückhafter wissenschaftlicher Kenntnisse sowie fehlerhafter Interpretationen und überkommener Konzepte von Krankheit und Heilung zu behandeln.

Wenn hingegen Add-on-Heilpraktiker und Ärzte Alternative Medizin (AM) anbieten, tun sie dies zwar vor dem Hintergrund akademischen Fachwissens, sie blenden ihr Fachwissen beim Thema AM aber offenbar erfolgreich aus. Ob Heilpraktiker oder aber Ärzte AM anbieten, macht auch insofern keinen Unterschied, als es aus unserer Sicht ethisch illegitim ist, absehbar unterlegene bis unwirksame Verfahren zu verabreichen oder sie als verdeckte Placebos anzubieten.

3 Bewertungen

3.1 Schadenspotentiale durch die Tätigkeit reiner Heilpraktiker

In den vergangenen Jahren wurden in unserem Gesundheitswesen mit breitem Konsens umfassende Maßnahmen zur Qualitätssicherung eingeführt: So sind nationale Leitlinien, Zentrenbildung und Zertifizierungen Beispiele der flächendeckenden Umsetzung einer wissenschaftsorientierten Medizin auf hohem Niveau. Im Kontrast dazu steht der weitgehend unregelte Bereich der Behandlung durch reine Heilpraktiker, deren Berufsbefugnisse und Ausbildungsstandards, wie beschrieben, ein erhebliches Missverhältnis aufweisen.

Unbestritten schenken viele Heilpraktiker ihren Patienten Zuwendung und wohlthuende Aufmerksamkeit, die diese in der auf Effizienz getrimmten wissenschaftsorientierten Medizin sehr oft nicht finden. Auch scheinen nicht wenige Patienten die aus wissenschaftlicher Sicht *irrationalen* Therapieansätze dieser Behandler zu bevorzugen, wobei sie allerdings den unzutreffenden Eindruck haben mögen, deren staatliche Zulassung garantiere Qualität und Kompetenz. Dies liegt daran, dass staatliche Zulassungen normalerweise genau diese Funktion haben, im Sonderfall der Heilpraktiker aber nur minimale Kenntnisse zur Gefahrenabwehr verlangt werden. Auch zur umfangreichen Verpflichtung der wissenschaftsorientierten Medizin auf den therapeutischen *State of the art* und auf eine beständige systematische Verbesserung gibt es innerhalb des Heilpraktikerwesens keine Entsprechung. Wenn Patienten dennoch die Dienste von Heilpraktikern in Anspruch nehmen, dann vermutlich auch deshalb, weil ihnen die zur Anwendung kommenden Verfahren oft pauschal und fälschlich als natürlich, sanft, wirksam und nebenwirkungsfrei angeboten werden.

Gerade wegen der in Deutschland in nahezu allen Bereichen üblichen und erwartbar hohen Qualitätsstandards gehen Menschen hierzulande davon aus, dass solche Standards alle wichtigen Lebensbereiche regulieren – also auch die Gesundheitsversorgung durch Heilpraktiker. Umso größer ist die Gefährdung durch das unkontrollierte Feld des Heilpraktikerwesens. Mit zugespitzten Vergleichen: Es wäre undenkbar, Brückenbau auf der Grundlage spiritueller Statik zuzulassen oder jemandem die Steuerung eines Flugzeugs anzuvertrauen, dessen ganze Kompetenz in einem erfolgreich absolvierten Workshop über die Sage des Ikarus besteht.

So abstrus dies erschiene – auf der Basis vergleichbarer fachlicher Voraussetzungen dürfen Heilpraktiker in Deutschland Patienten untersuchen und behandeln. Und ähnlich abstrus mutet es an, dass innerhalb der staatlich regulierten Medizin *Sonderregelungen* für die Zulassung von Präparaten der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophischer Medizin bestehen (vgl. §§ 38ff. AMG). Hiernach sind diese Mittel unter bestimmten Voraussetzungen von den Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsnachweisen *ausgenommen*, denen alle anderen Arzneimittel genügen müssen. Da dies den falschen Eindruck erweckt, auch die Verwendung jener Präparate sei wissenschaftlich begründet, sollten die besagten Sonderregelungen entfallen, die sich nicht zuletzt dem erfolgreichen Wirken einflussreicher Interessengruppen verdanken.

3.2 Schadenspotentiale durch die Tätigkeit ärztlicher KAM-Anbieter

Wenn KAM *innerhalb* der wissenschaftsorientierten Medizin angeboten wird, entstehen ebenfalls Probleme. So können auch Ärzte, die von der Wirksamkeit bestimmter alternativmedizinischer Verfahren überzeugt sind, ihren Patienten schaden, wenn sie solche *anstelle* sinnvoller Maßnahmen der wissenschaftsorientierten Medizin anwenden und ihnen somit ein evidentermaßen überlegenes Vorgehen vorenthalten.

Aber unsere Bedenken gehen deutlich weiter. So sollten aus unserer Sicht Verfahren der Alternativmedizin überhaupt keinen Platz in der wissenschaftsorientierten Versorgung haben, da dies als wissenschaftliche „Adelung“ des gerade Nicht-Wissenschaftlichen erscheinen muss, und zwar selbst dann, wenn diese Verfahren lediglich ergänzend eingesetzt werden. Hier gilt: Ein der Patientenversorgung verpflichtetes Gesundheitssystem muss von unbelegten und überzogenen Heilsversprechen gänzlich freigehalten werden. Dies folgt unmittelbar aus dem ethischen Gebot der Wahrhaftigkeit im Umgang mit vulnerablen Patienten und ihren Angehörigen.

Anderes allerdings gilt nach unserem Dafürhalten für solche komplementären Verfahren, die (i) primär einer Steigerung des Behandlungskomforts dienen, (ii) diesbezüglich transparent und ohne übertriebene Versprechungen offeriert werden und dabei (iii) weder die Behandlungsstrategien der wissenschaftsorientierten Medizin untergraben, noch (iv) deren Prinzipien in Frage stellen. Ärzte, die dies berücksichtigen, arbeiten im besten Sinne wissenschaftsorientiert.

Auch der Einwand, eine strikte Wissenschaftsorientierung ärztlichen Handelns stehe Patientenbedürfnissen nach ärztlich-empathischer Anteilnahme entgegen, ist schlechthin falsch. Im Gegenteil: Eine gelingende Arzt-Patienten-Beziehung und solide Wissenschaftskompetenz widersprechen sich nicht. Sie sind vielmehr gemeinsam erforderlich. So fordern die ethischen Standards der wissenschaftsorientierten Medizin ausdrücklich die Einbeziehung der Patientenperspektive und die Respektierung der Patientenpräferenzen bei der Bestimmung des Therapieziels – eine gelingende Kommunikation ist hierzu unabdinglich. Gute Kommunikation allein – ohne Wissenschaftskompetenz – greift aber gleichfalls zu kurz und läuft Gefahr, fachlich zu versagen. Schließlich ist es gerade diese Kompetenz, die es Ärzten unter anderem ermöglicht, überzogene Ursache-Wirkungs-Urteile zu erkennen und scheinbar „gute Erfahrungen“ nicht vorschnell als Nutzenbelege misszuverstehen.

3.3 Patientenautonomie und Therapiefreiheit

Patienten suchen Heilpraktiker maßgeblich deshalb auf, weil sie das, was Heilpraktiker anbieten, von der wissenschaftsorientierten Medizin nicht zu erhalten glauben oder auch wirklich nicht erhalten können. Muss man Patienten dann davor schützen, ihre Gesundheit zu gefährden? Oder muss dieses Risiko als Preis für Selbstbestimmung in einer liberalen Gesellschaft in Kauf genommen werden? Diese Frage verweist auf ein komplexes Problem. Wo Heilpraktiker dezidiert in Kenntnis der bestehenden Evidenzen über die Unwirksamkeit von KAM und über Wirksamkeitspotentiale und Zeitfenster wissenschaftsorientierter Behandlungsalternativen aufgesucht werden, scheinen solche Entscheidungen als Teil der Patientenautonomie respektiert werden zu müssen. Auch *innerhalb* der wissenschaftsorientierten Medizin haben Patienten jederzeit das *Abwehrrecht*, selbst vielversprechende Behandlungen abzulehnen und etwa ihre Hoffnung auf Spontanheilung zu setzen. Entsprechend sind auch Hoffnungen auf Heilung durch Methoden der AM grundsätzlich zu respektieren. Andererseits kann es ethisch nicht hingenommen werden, wenn Patienten die mitunter weitreichende Entscheidung, exklusiv auf AM zu setzen, vor allem in Ermangelung umfassender und wahrhaftiger Aufklärungsangebote treffen. Um diese sicherzustellen, gehört die Aufklärung über die – im Ganzen ungünstigen – komparativen Chancen und Risiken von KAM in die Hände hinreichend kompetenten medizinischen Personals, dessen Ausbildungsstand staatlicherseits zu garantieren ist.

Zwei Schwierigkeiten, wie man sie auch aus anderen Bereichen der medizinischen Aufklärung und Beratung kennt, scheinen nun aber bei KAM besonders ausgeprägt. Erstens: Wenn Ärzte und Heilpraktiker ihre Patienten, wie geboten, über die fehlende wissenschaftliche Absicherung und fehlende professionelle Akzeptanz von KAM aufklären, senken sie absehbar die Nachfrage nach den eigenen Behandlungsangeboten. Dies steht jedoch ihren ökonomischen Interessen entgegen und zum Teil auch ihrer Haltung zum methodischen Vorgehen der wissenschaftsorientierten Medizin. Ähnlich problematische Interessenkonflikte treten etwa auch bei den sogenannten IGe-Leistungen auf und müssen hier wie dort durch strukturelle Maßnahmen entschärft werden.

Zweitens haben Patienten in bestimmten Grenzen das Recht, eine detaillierte Aufklärung – selbstbestimmt – abzulehnen. Bei hoher KAM-Affinität liegt der Verzicht auf kritische Informationen vielleicht auch ihnen selber nahe. In diesem Fall müssten es die Therapeuten sein, die um ihrer professionellen Standards willen auf besagter Aufklärung bestehen. Wie aber, so könnte skeptisch nachgefragt werden, verträgt sich diese Forderung mit dem Prinzip der ärztlichen Therapiefreiheit? Hier lautet die unseres Erachtens richtige Antwort, dass ärztliche Therapiefreiheit nicht der Legitimation willkürlicher Eingriffe dienen, sondern die sinnvolle Anpassung leitliniengerechter Therapien an den individuellen Patienten ermöglichen soll. Ärzten wird Therapiefreiheit also nicht um ihrer selbst willen zuerkannt, sondern zur Ausübung ärztlicher Expertise innerhalb eines geschützten Freiraums. Analoges sollte auch für Heilpraktiker gelten.

3.4 Fairness in der solidarisch finanzierten Krankenversorgung

Ein anderer ethischer Aspekt betrifft die Frage, welche Versorgungsleistungen innerhalb unseres solidarisch finanzierten Gesundheitssystems erstattet werden sollen. Auch innerhalb der wissenschaftsorientierten Krankenversorgung werden keineswegs mehr alle zulässigen und von einem Arzt empfohlenen Behandlungen *automatisch* von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Leistungsansprüche sind vielmehr unter anderem an Nutznachweise gebunden. Auch die ansonsten in der Medizinethik so „hochgehaltene“ Patientenautonomie kann nach allgemeinem Dafürhalten keine gegenläufigen *Ansprüche* – sondern eben nur ein durchgängiges Abwehrrecht – begründen. Entsprechend sind KAM-Verfahren bis auf wenige Ausnahmen keine Regelleistung der Gesetzlichen Krankenkassen, weil ihre Wirksamkeit nicht hinreichend belegt ist und die Solidargemeinschaft nicht für bestenfalls Unsinniges oder für teuer bezahlte Plazebo-Therapien aufkommen soll.

Wenn Patienten KAM-Behandlungen wünschen, müssten sie diese also eigentlich aus eigener Tasche bezahlen. In zunehmendem Maße unterwandern allerdings viele Krankenkassen diese Regel im Wettbewerb um Mitglieder, indem sie die Kosten für KAM-Leistungen freiwillig erstatten – eine gegenüber der Solidargemeinschaft kaum zu rechtfertigende Praxis.

4 Lösungswege

4.1 Grundsätzliche Ziele

Den skizzierten Problemen zu begegnen, ist eine gesundheitspolitische Aufgabe mit mehreren Teilzielen. Mittelfristig gilt:

- (1.) Die Sonderbehandlungen von KAM-Verfahren im Arzneimittel-, Zulassungs- und Leistungsrecht sowie in der akademischen Ausbildung und Praxis müssen neu diskutiert und auf einen gemeinsamen Maßstab der Patientendienlichkeit ausgerichtet werden.
- (2.) Die wissenschaftsorientierte Medizin muss sich akut und dringlich den Herausforderungen gelingender Kommunikation mit Patienten stellen und etwa einer ökonomisch motivierten Verdichtung der Behandlungsabläufe auf Kosten dieser Kommunikation aktiv entgegenwirken.
- (3.) Die akademisch vermittelte Medizin muss den theoretischen Grundlagen ihrer Wissenschaftsorientierung und der Förderung wissenschaftlicher Urteilskraft in der Ausbildung angehender Ärzte mehr Raum gewähren. Nur so können Ärzte befähigt werden, sich angesichts der hohen Dynamik des medizinischen Fortschritts auf dem neuesten Stand zu halten, pseudowissenschaftliche Angebote als solche zu erkennen und auch ihre Patienten über deren Status aufzuklären.
- (4.) Schließlich muss möglichst kurzfristig das oben beschriebene Missverhältnis von Qualifizierung und Befugnissen der Heilpraktiker korrigiert werden, ohne dabei die Selbstbestimmungsrechte der Patienten ungebührlich zu beschränken. Allein um diesen letzten Punkt geht es im Folgenden.

4.2 Optionen für die Lösung der Heilpraktiker-Problematik

Das dringende Regulierungsziel einer Umsetzung des in 4.1. letztgenannten Punktes lässt sich auf verschiedenen Wegen erreichen, wenn auch mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen:

Eine erste Strategie könnte darin bestehen, die von Heilpraktikern ausgehenden Fehlbehandlungsrisiken zu minimieren, indem primär deren Befugnisse begrenzt würden. Dazu könnte (a) eine *Beschränkungslösung* dienen, die ihnen gemessen am Status quo weitere ärztliche Tätigkeiten verbietet – wie dies etwa ein konsentierter Vorschlag des Deutschen Ärztetages vom Mai 2017 für den Bereich der Onkologie sowie für Injektionen und Infusionen fordert.* Alternativ könnten Heilpraktiker (b) einer strikten ärztlichen Weisungsbindung unterworfen werden. Diese arztzentrierte *Lotsenlösung* würde den Heilpraktikern allerdings faktisch ihre Patienten entziehen, weil es aus Sicht der wissenschaftsorientierten Medizin keine Indikation für Verschreibungen von AM oder von kostenintensiven Placebo-Therapien gibt.

Eine zweite Strategie bestünde darin, primär den Kompetenzmangel der Heilpraktiker zu beseitigen. Dies ließe sich sowohl durch (c) eine konsequente *Abschaffungslösung* erreichen als auch (d) durch eine *Kompetenzlösung*, mit der die Befugnisse von Heilpraktikern auf ein Fachgebiet beschränkt und an eine Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf gekoppelt würden.

* Siehe: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt_2017-05-26.pdf

Bei den beiden letztgenannten Lösungen bestünde eine besondere Herausforderung darin, dass bereits zugelassene Heilpraktiker trotz mangelnder Kompetenz noch für vergleichsweise lange Übergangszeiten tätig wären. Daher müssten sie zum Zweck des Patientenschutzes mit einer der beiden erstgenannten Lösungen kombiniert werden. Gleichwohl erscheinen sie uns langfristig zielführender als eine der ersten beiden Lösungen alleine, denn nur so ließe sich das Kompetenzniveau innerhalb der Gesundheitsversorgung einheitlich auf einen hinreichend patientendienlichen Stand bringen. Nachfolgend gehen wir konkreter auf die beiden langfristigen Lösungen ein.

4.3 Abschaffungslösung

Die *Abschaffungslösung* bestünde darin, den staatlich geschützten Beruf des Heilpraktikers zu annullieren. Als Vorbild könnte dabei die Neustrukturierung der bundesdeutschen Zahnheilkunde im Jahr 1952 dienen. In deren Rahmen wurde der Ausbildungsberuf „Dentist“ (Zahn-techniker mit nicht-akademischer Weiterbildung) zu Gunsten des akademisch ausgebildeten Zahnarztes abgeschafft. Eine Streichung des Heilpraktikerberufs hätte den Vorteil, die bizarre Qualitätslücke in der Parallelstruktur aus qualitätsgesicherter ärztlicher Gesundheitsversorgung und bloß Gefahrenabwehr-kontrolliertem Heilpraktikerwesen nachhaltig zu schließen.

4.4 Kompetenzlösung

Patienten – in ihrer gesundheitlichen Not und unter dem damit häufig verbundenen Zeitdruck – sind besonders vulnerabel und damit regelmäßig anfällig für falsche Heilsversprechungen und ökonomische Ausbeutung. Solche Beeinträchtigungen ihrer Entscheidungsfindung verlangen nach Maßnahmen zum Schutz der Patienteninteressen, indem staatlicherseits zumindest garantiert wird, dass die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen auch über die jeweils hinreichende Qualifizierung für eine sachgerechte Versorgung verfügen. Vor diesem Hintergrund lässt sich auch die staatliche Regulierung des Medizinstudiums als Voraussetzung der Approbation verstehen und gleichzeitig die Nichtregulierung des Heilpraktikerwesens als Problem erkennen.

An die Stelle des bisherigen Heilpraktikers mit seinem problematischen Globalzuschnitt und dem gleichzeitig nicht garantierten Kompetenzniveau setzt die *Kompetenzlösung* daher *Fach-Heilpraktiker* mit wissenschaftsorientierter Ausbildung und staatlicher Prüfung. Staatlich anerkannter Fach-Heilpraktiker sollte (nur) werden können, wer bereits eine Ausbildung in einem der speziellen nicht-akademischen/teilakademischen Heilberufe absolviert hat. Das beträfe eine Reihe von Gesundheitsfachberufen, wie Ergotherapeuten, Gesundheits- und Krankenpfleger, Logopäden oder Physiotherapeuten.

Personen mit einer dieser Ausbildungen sollten auf Fachhochschul-Niveau eine zusätzliche, fachspezifische Ausbildung erhalten können, die sie zum Fach-Heilpraktiker *für ihren Bereich* qualifiziert. Diese Ausbildung kann als einen ihrer Teilbereiche den wissenschaftlich fundierten Umgang mit KAM-Verfahren enthalten und zudem einen deutlichen Schwerpunkt auf Kommunikation und Empathie legen. Die Fähigkeit, diese Verfahren ebenso kritisch wie jede wissenschaftsorientierte Methode zu reflektieren, sollte durch eine solide wissenschaftstheoretische Ausbildung befördert werden.

Auf diese Art erhielten Fach-Heilpraktiker fachspezifische Befugnisse, die über die jetzigen Befugnisse der jeweiligen Heilberufe hinausgehen, aber in ihrem fachlichen Zuständigkeitsbereich verblieben (ein Physiotherapie-Fachheilpraktiker etwa bliebe beschränkt auf Beschwer-

den und Erkrankungen im Bewegungsapparat). Die zusätzlichen Qualifikationen und Befugnisse sollten sich in der jeweiligen Berufsbezeichnung niederschlagen, etwa mit dem Anhang „und Fach-Heilpraktiker“.

5 Fazit

Medizinische Parallelwelten mit radikal divergierenden Qualitätsstandards, wie sie aktuell im deutschen Gesundheitswesen in Form von Doppelstandards bei Ergebnisbewertung und Qualitätskontrolle bestehen, sind für eine aufgeklärte Gesellschaft nicht akzeptabel. Bei Heilpraktikern stehen aufgrund ihrer ungenügenden, kaum regulierten Ausbildung die Qualifikationen und Tätigkeitsbefugnisse in einem eklatanten Missverhältnis. Heilpraktiker bieten schwerpunktmäßig alternativ- oder komplementärmedizinische Verfahren an, die in den meisten Fällen wissenschaftlich unhaltbar sind. Dies führt zu einer Gefährdung von Patienten.

Abhilfe verspricht nur ein gleichzeitiges Vorgehen auf mehreren Ebenen:

- (1.) eine einheitliche Bewertung der Patientendienlichkeit in allen Bereichen der Medizin;
- (2.) ein verstärktes Engagement für die Erfordernisse einer gelingenden Kommunikation mit Patienten;
- (3.) eine verstärkte Förderung wissenschaftstheoretischer Kompetenzen in Ausbildung und Studium gesundheitsbezogener Berufe; sowie
- (4.) eine Abschaffung des Heilpraktikerwesens oder eine radikale Anhebung und Sicherstellung des Kompetenzniveaus von Heilpraktikern.

Wir haben uns hier auf die Reform des Heilpraktikerwesens konzentriert und dafür zwei Lösungsvorschläge skizziert: Wir empfehlen entweder die gänzliche Abschaffung des Heilpraktikerberufs oder dessen Ablösung durch die Einführung spezialisierter „Fach-Heilpraktiker“ als Zusatzqualifikation für bestehende Gesundheitsfachberufe. Für die Übergangsphase empfehlen wir eine gesetzliche Beschränkung des Heilpraktikerwesens auf weitgehend gefahrlose Tätigkeiten. Auf diese Weise ließen sich die Gefahren für Patienten reduzieren und die Patientenversorgung langfristig wesentlich verbessern.