

Internationale prospektive Beobachtungsstudie zur Verschreibung Anthroposophischer Arzneimittel: Dokumentation des Therapieerfolges durch Patient und Arzt

MICHAEL EVANS, PETER ZIMMERMANN

Übersetzung aus dem Englischen von Ursula Bruckmann

Internationale prospektive Beobachtungsstudie zur Verschreibung Anthroposophischer Arzneimittel

■ Zusammenfassung

Studienziel: Prospektive Einzelfallstudie zur Dokumentation des Therapieerfolges aus der Verschreibung eines breiten Spektrums anthroposophischer Arzneimittel. **Patienten:** Patienten aus Praxen von Allgemeinmedizinern und Fachärzten in 8 europäischen Ländern mit Offenheit für eine anthroposophische Behandlung. **Methode:** Beurteilung des Behandlungserfolges anhand prospektiver Dokumentation des Therapieziels (Besserung des Beschwerdebildes) und der therapeutischen Intervention (Verschreibung einer anthroposophischen Arzneimittelspezialität) zum Zeitpunkt des Erstbesuches und zum Zeitpunkt eines Kontrollbesuches. Das Therapieintervall bis zum Zeitpunkt des Kontrollbesuchs wird je nach Art des Krankheitsbildes während des Erstbesuches festgesetzt. Die Dokumentation umfasst die Bewertung des therapeutischen Erfolges und eine Einschätzung, inwieweit die therapeutische Intervention am therapeutischen Erfolg beteiligt sein könnte. Dies geschieht zum Zeitpunkt des Kontrollbesuchs anhand einer 5-Punkte-Skala sowie einer Antwortkarte, die vom Patienten zu Hause ausgefüllt wird. Therapeutisches Ziel ist die subjektive und objektive Besserung des Beschwerdebildes. Als Bewertungskriterium gelten die Bedingungen, die der realen Praxissituation entsprechen. **Ergebnisse:** Die Studie beschreibt insgesamt 575 Therapieverläufe mit 270 verschiedenen anthroposophischen Arzneimittelverschreibungen, die von 29 Ärzten aus 8 Ländern dokumentiert wurden. Die Bewertungen des Therapieerfolges durch den Arzt ergab bei 80,7 % der Patienten eine Verbesserung des Beschwerdebildes, die in 77,5 % auf die Wirkung des Arzneimittels zurückgeführt wurde. Hierbei fand sich eine hohe Übereinstimmung zwischen den Einschätzungen von Arzt und Patient. In 3,7 % der Fälle wurden leichte Nebenwirkungen beobachtet, starke Nebenwirkungen traten in keinem Fall auf. Die Studie lieferte außerdem Informationen darüber, welche Arzneimittel bei welchen Indikationen gehäuft zum Erfolg führen. **Schlussfolgerung:** Die Behandlung mit anthroposophischen Arzneimitteln verringert in der Mehrzahl der Fälle die Beschwerden des Patienten und verursacht nur selten leichte Nebenwirkungen.

■ Schlüsselwörter

Verschreibung anthroposophischer Arzneimittel, Therapieerfolg, Nebenwirkungen, Dokumentation durch Patient und Arzt

International Prospective Outcome Study on the Prescribing of anthroposophical medicines

■ Abstract

Objective: Prospective single-case-study to evaluate the therapeutic benefit of the prescription of a single remedy out of a large spectrum of anthroposophical medicines. **Patients:** Primary care and outpatient specialist settings in 8 European countries with patients who were open to an anthroposophically orientated treatment of their complaint. **Methods:** Documentation of outcome (change of a specific targeted problem, symptom or disease) and intervention (prescription of a single anthroposophical medicine) during an initial visit, an evaluation visit after a prospectively defined evaluation interval, and by written feedback of the patient using a reply card. The evaluation interval was defined according to the nature of the targeted symptom at the time of the first visit. Documented measures were the subjective or objective change of the specific targeted problem, symptom or disease during the treatment and the assessment of the probability of a possible causal relationship between outcome and intervention using a five-point scale. Therapeutic goal was the subjective or objective improvement of the problem, symptom or disease presented at the initial visit. Criteria for assessment were the criteria of medical judgement, which are available for physicians in genuine general practice/specialists' practice conditions. **Results:** 29 doctors from 8 countries documented a total of 575 patient treatment evaluations, which embrace recordings on 270 different anthroposophical remedies. Overall positive outcome according to the doctors' judgement was 80.7 %, and in 77.5 % this was judged to be possibly related to the prescribed medicine. There was strong correlation between the judgements of the doctors and the patients. Minor side effects were recorded in 3.7 %. There was no single case of severe side effects. In addition, the study revealed information, which anthroposophical medicine in which disorder works particularly well. **Conclusions:** The prescription of anthroposophical medicines correlates with improvement of the patients' symptoms in the majority of cases with a low rate of side effects.

■ Keywords

Prescribing of anthroposophic remedies, outcome, side effects, documentation by patients and doctors

Einführung

Komplementärmedizinische Therapierichtungen wie die Anthroposophische Medizin gewinnen in der medizinischen Praxis zunehmend an Bedeutung.

In zahlreichen Studien zeigte sich, dass mehr als 1/3 aller Patienten, in Deutschland bis zu 90 %, komplementärmedizinische Therapien anwenden (1-4). Immer mehr Mediziner bieten ihren Patienten diese Therapien selbst an (5-6). Das renommierte wissenschaftliche Journal „Clinics of North America“ widmete kürzlich der Komplementärmedizin eine komplette Ausgabe (7).

Anthroposophische Medizin ist eine ganzheitliche Erweiterung der konventionellen Medizin; sie wird von qualifizierten Ärzten praktiziert, die ergänzend zu konventionellen Arzneimitteln anthroposophische Arzneimittel und eine Reihe nicht-medikamentöser Therapieformen wie Kunsttherapie oder Heileurythmie, sowie physiotherapeutische Behandlungen wie Massagen und Hydrotherapie verschreiben.

In Europa (Großbritannien nicht inbegriffen) wird Anthroposophische Medizin in einigen Universitätskliniken gelehrt sowie in mehreren Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung schwerpunktmässig praktiziert. Darüber hinaus gibt es mehr als 1000 Praxen niedergelassener Allgemein- und Fachärzte, die ihre Patienten anthroposophisch-medizinisch behandeln. In Großbritannien arbeiten 7 Gruppenpraxen des staatlichen Gesundheitsdienstes (National Health Service/NHS) mit diesem therapeutischen Ansatz. Ein Bericht über die Arbeit in diesen Praxen wurde kürzlich in einer Studie von Bart's and the Royal London Department of General Practice publiziert (8).

In den meisten englischsprachigen Ländern, einschliesslich den USA und Großbritannien, gibt es Berufsverbände der anthroposophischen Ärzteschaft.

Die anthroposophische „Materia medica“ umfasst viele Arzneimittel, die auch in der Homöopathie und in der Naturheilkunde angewendet werden. Die meisten anthroposophischen Heilmittel sind jedoch aus dem Ansatz der Anthroposophischen Medizin heraus entstanden.

In der Vergangenheit lag der Schwerpunkt der innerhalb der Anthroposophischen Medizin durchgeführten klinischen Studien auf der Untersuchung der Mistel (9,10). In jüngster Zeit wurde darüber hinaus die AMOS-Studie publiziert, in der die anthroposophische Therapie-richtung als ganzes mit konventioneller Therapie bei chronischen Erkrankungen verglichen wurde (11).

Die Wirksamkeit der meisten der ca. 2000 anthroposophischen Arzneimittel wurde bislang nicht systematisch erforscht. Es gibt eine Reihe von theoretischen, ethischen und logistischen Herausforderungen bei der Untersuchung anthroposophischer Therapien mittels konventioneller Forschungsmethoden wie z.B. randomisierter kontrollierter Studien (12-14). Neuere Erkenntnismethoden im Sinne der „Cognition Based Medicine“ (CBM) lassen sich oft leichter auf das individualistische Behandlungsprinzip der Anthroposophischen Medizin anwenden (15-17).

In einer früheren Studie von einem der Autoren wurden Ärzte retrospektiv zu den von ihnen verschriebenen anthroposophischen Heilmitteln befragt. Die Ärzte wurden in dieser Studie gebeten, eine kleine Anzahl von Arzneimitteln zu nennen, die ihnen am stärksten wirksam erschienen. Aus dieser Befragung resultierte eine Liste von 18 Arzneimitteln, die von mindestens 3 verschiedenen Ärzten als „besonders wirksam“ beurteilt wurden (18).

Die vorliegende Studie schließt sich an diese retrospektive Studie an. Unser Ziel war es, mit einem ähnlich einfachen Studienaufbau im Rahmen einer multizentrischen internationalen Studie Therapieverläufe prospektiv zu dokumentieren. Dabei sollte weder das Spektrum der anthroposophischen Heilmittel noch das der Krankheitsbilder eingeschränkt werden, um eine möglichst reale Spiegelung der alltäglichen Praxissituation zu gewährleisten. Die Autoren berichteten bereits über vorläufige Teilresultate aus dieser Studie vor einigen Jahren (19). Nunmehr liegen die endgültigen Ergebnisse vor.

Patienten und Methode

Patienten

Die Patienten wurden aus dem alltäglichen Praxis-Klientel der an dieser Studie beteiligten anthroposophischen Ärzte rekrutiert. Sie erfüllten die Einschlusskriterien, wenn sie für eine anthroposophische Behandlung ihrer Symptome oder ihres Krankheitsbildes offen waren, und wenn das Beschwerdebild mit einem einzelnen anthroposophischen Arzneimittel eines anthroposophischen Arzneimittelherstellers behandelbar war. Dabei waren sowohl Einzelwirkstoffe als auch feste Wirkstoffkombinationen zugelassen. Ebenso wurden Kombinationen mehrerer Arzneimittel als „feste Kombinationen“ betrachtet, wenn sie von den Ärzten im Sinne einer „Standardkombination“ für eine bestimmte Krankheit angewendet wurden. Die Patienten wurden nach einem ausführlichen Informationsgespräch und nach mündlicher Einwilligung in die Studie aufgenommen.

Patienten wurden nicht eingeschlossen, wenn die Art ihrer Erkrankung eine Neu-Behandlung mit konventionellen Methoden allein oder in Ergänzung mit anthroposophischen Therapien erforderte. Auch Patienten, denen für das aktuelle Beschwerdebild nicht-medikamentöse Therapien wie Kunsttherapie oder Heileurythmie verordnet wurden, wurden ausgeschlossen. Dagegen waren bestehende konventionelle und anthroposophische Langzeit-Behandlungen medikamentöser oder nicht-medikamentöser Art kein Ausschlusskriterium, wenn der Beginn dieser Therapien deutlich vor dem Beginn der zu dokumentierenden aktuellen Behandlung lag. Der Beginn einer bestehenden Langzeit-Therapie musste mindestens so weit zurückliegen wie das festzulegende Evaluations-Intervall für die aktuelle Behandlung, um mögliche Veränderungen des aktuellen Beschwerdebildes mit der neu begonnenen anthroposophischen Therapie in Verbindung bringen zu können.

Abb. 1 a:
Original Dokumentationsbogen

HIER FALTEN oder abdecken zur Daten verschlüsselung

Praxis Stempel & Kontakt-Telefonnummer
Dr. med. Peter Zimmermann
HEMO, FIN-15100 Lahti

Bitte regelmäßig faxen an: +44 (0) 1299 861375
Oder E-mail an: MovementOffice@BTInternet.com

NAME		KONSULTATION KODE		PROBLEM/SYMPTOM	HEILMITTEL	Kontrollbesuch			Efficacy Option			Details ggf. bzgl. anderer Aspekte	
Nachname Telefon (falls gemeldet)	Initialen GebDatum	Datum	Konsult. Nr.	wofür das Heilmittel verschrieben wurde		Form	Dosis	Intervall Therapie erfolg	Patient	Dr.	Andere Aspekte		
1. O. A.	1954	1.4.98	1	Sinnsuche	Myrica salicina comp	Glob	10 Glob x3	4 Mon	1	1	1	3	Keine
2. V. L.	1947	8.4.98	1	Funktionelle Bauchschmerzen	Beladonna/Chenopila	Glob	10 Glob x3	2 Mon	-	-	-	-	Kein weiterer Kontakt
3. H. M. L.	1959	8.4.98	2	Herpes genitalis, HPV	Thuja occ. Argento culta D3	Di	10 Glob x 2	6 Mon	-	-	-	-	Hat Therapie nicht begonnen
4. K. T.	1974	8.4.98	3	Pluritus vulvae	Silicea collidale gelatum	Gel	2 x tgl.	4 Mon	-	-	-	-	Kein weiterer Kontakt
5. V. A.	1957	14.4.98	1	Funktionelle Bauchschmerzen	Nicotiana comp	Glob	10 Glob x 3	4 Mon	2	2	2	4	Zunahme von PMS-Beschwerden
6. S. A.	1948	21.4.98	1	Prämenstruelle Ödeme	Silicium uliginosum comp	Glob	10 Glob x 3	3 Mon	1	1	1	1	Besserung klimakterischer Hitzewallungen
7. R. T.	1956	8.5.98	1	Endometriose, Dysmenorrhoe, In-Bowel-Syndrom	Nicotiana comp	Glob	10 Glob x 3	3 Mon	1	1	1	2	Chronische Müdigkeit gebessert
8. S. A.	1971	7.5.98	1	Mastodynie, Prämenstruelles Syndrom	Silicium arsenicosum DS	Tril	Messerspitze 3 x tgl	4 Mon	6	6	6	1	Therapie dauerte nur 2 Wochen, dann wurde Patientin schwanger
9. H. T.	1970	13.5.98	1	Rezidivierende Harnwegsinfekte	Argentum nitricum comp	Glob	10 Glob x 3	6 Mon	1	1	1	4	Häufiger Pilzvaginosen
10. H. M. L.	1958	1.4.98	1	Herpes genitalis, HPV	Thuja occ. Argento culta D3	Di	10 Glob x 2	6 Mon	-	-	-	-	Hat Therapie nicht begonnen
11. K. K.	1960	26.5.98	1	Vaginaler Ausfluss	Calcium carbonicum cortex querous	Glob	10 Glob x 3	3 Mon	3	3	3	3	

Outcome Code: 1) deutlich gebessert 2) mäßig gebessert 3) keine Veränderung 4) mäßig schlechter 5) deutlich schlechter 6) unklar oder keine Angabe

Urteil Patient: 1) starker Hinweis für positive Wirkung auf Symptom 2) mäßiger Hinweis für positive Wirkung auf Symptom 3) kein Hinweis für eine Wirkung auf Symptom 4) mäßiger Hinweis auf eine negative Wirkung 5) starker Hinweis für negative Wirkung auf Symptom 6) keine Aussage möglich

Urteil Arzt: 1) starker Hinweis für positive Wirkung auf Symptom 2) mäßiger Hinweis für positive Wirkung auf Symptom 3) kein Hinweis für eine Wirkung auf Symptom 4) mäßiger Hinweis auf eine negative Wirkung auf Symptom 5) starker Hinweis für negative Wirkung auf Symptom 6) keine Aussage möglich

Andere Aspekte: 1) starker Hinweis für positive Wirkung auf andere Aspekte 2) mäßiger Hinweis für positive Wirkung auf andere Aspekte 3) kein Hinweis für eine Wirkung auf andere Aspekte 4) mäßiger Hinweis auf eine negative Wirkung auf andere Aspekte 5) starker Hinweis für negative Wirkung auf andere Aspekte 6) keine Aussage möglich

Die Studienärzte waren anthroposophische Ärzte, die mit drei Ausnahmen alle als Allgemeinmediziner praktizieren. Die drei Fachärzte (2 Gynäkologen und 1 Kinderarzt) arbeiten in Ländern, in denen Patienten direkten Zugang zu Spezialisten haben, sodass ihre Fälle denen aus allgemeinärztlichen Praxen stärker ähneln, als dies bei Fachärzten in Großbritannien der Fall wäre.

Methode

Das Design der Studie wurde in England vom „Medicines Research Committee of the Anthroposophical Medical Association“ erarbeitet und bereits früher im Merkurstab veröffentlicht (20). Die Grundlagen seien hier zusammengefasst:

Es wurde ein einfacher Dokumentationsbogen entwickelt (Abb. 1a), der den Aufwand für den Arzt so gering wie möglich halten sollte, und trotzdem die Möglichkeit bot, ein breites Spektrum Anthroposophischer Arzneimittel zu untersuchen.

Die Dokumentation umfasste 3 Schritte:

1. Erstbesuch
2. Kontrollbesuch nach einem beim Erstbesuch bestimmten „Evaluationsintervall“,
3. Kurzer Patientenfragebogen in Form einer Antwortkarte, die von den Patienten zu Hause ausgefüllt und per Post an die zentrale Datensammelstelle versandt wurde (Abb. 1b).

Die Dokumentationsbögen der Ärzte wurden per Fax in engen Zeitabständen an die zentrale Datensammelstelle (Park Attwood Clinic, Trimpey, Bewdley, Worcs, DZ 12 IRE) gesandt. Vorher wurden die persönlichen Identifikationsdaten der Patienten (Name und Geburtsdatum) von den Erfassungsbögen entfernt, so dass nur anonymisierte Daten zentral erfasst wurden.

Die Dokumentationsbögen der Ärzte und die eingesandten Antwortkarten der Patienten wurden anhand des Datums des Arztbesuchs, der Konsultationsnummer und der Identität des behandelnden Arztes in der zentralen Datensammelstelle zugeordnet.

Datenerfassung: Da als Studienziel die Dokumentation des Therapieerfolges (Outcome) unter möglichst realen Praxisbedingungen als Gesamtheit gegenüber der Untersuchung bestimmter Krankheitsbilder und Arzneimittelwirksamkeiten im Vordergrund standen, wurden mit Ausnahme des Beschwerdebildes (Diagnose oder Symptom) keine weiteren krankheitsspezifischen Daten auf den Bögen dokumentiert oder standardisierte Untersuchungen gefordert. Vielmehr wurde der Arzt gebeten, alle die Untersuchungen vorzunehmen, die er auch sonst außerhalb des Studiendesigns bei der Behandlung seines Patienten durchführen würde. Wenn ein Patient nicht zum Kontrollbesuch kommen konnte, konnte die Evaluation auch durch eine Telefonkonsultation erfolgen. In diesem Fall wurde dem Patienten die Antwortkarte per Post zugesandt. Bei der Auswertung wurde nicht zwischen Evaluationsdaten aus Telefonkonsultationen und Kontrollbesuchen unterschieden. Das Therapieregime wurde während des Evaluationsintervalls nicht verändert.

Erstbesuch: Beim Erstbesuch dokumentierte der Arzt den Namen des Patienten, das Datum, eine Konsultationsnummer, das zu behandelnde Beschwerdebild (Zielgröße) sowie die hierfür verordnete anthroposophische Medikation mit Darreichungsform und Dosis (Intervention).

Abb. 1 b:
Original
Antwortkarte

Sehr geehrter Patient!

Vielen Dank, dass Sie uns bei der Beurteilung unserer Arzneimittel behilflich sein wollen. Dies hilft uns für weitere Verordnungen in der Zukunft.

Wir wären dankbar, wenn Sie jede der unten angeführten Fragen A, B und C beantworten könnten, indem Sie aus den sechs möglichen Antworten die für Sie am ehesten zutreffende ankreuzen.

Bitte senden Sie diesen Fragebogen im beiliegenden, fertig frankierten Umschlag an die Datenerhebungszentrale.
Herzlichen Dank für Ihre grosse Hilfe!

Sie besuchten Ihren Arzt am:..... Grund für Ihren Arztbesuch:.....

Ihnen wurde verordnet:.....

Arzt-Kode Konsultations-Nr.

A Diese Frage betrifft den Verlauf Ihrer Beschwerden.
Das Problem, wofür Ihnen das Medikament verschrieben wurde:

☐ 1) Hat sich deutlich gebessert.
☐ 2) Hat sich etwas gebessert.
☐ 3) Ist unverändert geblieben.
☐ 4) Hat sich etwas verschlechtert.
☐ 5) Hat sich deutlich verschlechtert.
☐ 6) Kann ich nicht beurteilen.

B Diese Frage betrifft Ihre Meinung, inwieweit die Wirkung des Arzneimittels an der Veränderung Ihrer Beschwerden beteiligt war.
Zur Arzneimittelwirkung denke ich folgendes:

☐ 1) Deutlich positive Wirkung auf meine Beschwerden.
☐ 2) Gewisse positive Wirkung auf meine Beschwerden.
☐ 3) Keine Wirkung auf meine Beschwerden.
☐ 4) Gewisse negative Wirkung auf meine Beschwerden.
☐ 5) Deutlich negative Wirkung auf meine Beschwerden.
☐ 6) Ich kann dazu nichts sagen.

C Die Frage betrifft Ihre Meinung, ob das Arzneimittel sonstige Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes bewirkt hat – also auf einem anderen Bereich als dem, für das Sie das Arzneimittel verschrieben bekamen.
Bezüglich meines sonstigen Gesundheitszustandes hat das Arzneimittel nach meiner Einschätzung:

☐ 1) Deutlich positive Veränderungen bewirkt.
☐ 2) Gewisse positive Veränderungen bewirkt.
☐ 3) Keine Veränderungen bewirkt.
☐ 4) Gewisse negative Veränderungen bewirkt.
☐ 5) Deutlich negative Veränderungen bewirkt.
☐ 6) Ich kann dazu nichts sagen.

Beschreiben Sie, was verändert hat!

.....

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Bogen an:
AMA Medicines Evaluation Project
 c/o Park Attwood Clinic, FREEPOST
 Trimpley, Bewdley
 Worcs, DY 12 IRE

for office use:
 Pract./Pres. _____
 recd _____
 DB _____
 index _____

Je nach Beschwerdebild gab der Arzt eine Einschätzung, nach welcher Zeit er eine deutliche Besserung erwarten würde, vorausgesetzt das Medikament würde grundsätzlich ansprechen, und legte auf Grund dieser Einschätzung den Zeitpunkt für den Kontrollbesuch fest (Evaluationsintervall). Der Patient wurde nach diesem individuell festgelegten „Evaluationsintervall“ wieder einbestellt.

Kontrollbesuch: Bei diesem zweiten Besuch wurden folgende Daten dokumentiert:

1. Dokumentation des Therapieerfolges (Outcome)

Der Therapieerfolg im Sinne einer Veränderung des Beschwerdebildes, für das die Medikation verordnet wurde, wurde dokumentiert – zunächst unabhängig davon, ob die Veränderung auf das Arzneimittel zurückgeführt werden konnte oder nicht. Bei der Urteilsbildung verwendete der Arzt alle die Kriterien, die er auch sonst benutzen würde, um festzustellen, ob sich die Beschwerden gebessert haben. Dies konnte somit auf einer einfachen körperlichen Untersuchung bis hin zu aufwendigeren Labortests und apparativen Untersuchungen basieren, oder sich ausschließlich auf Patientenaussagen stützen. Der Therapieerfolg wurde anhand einer 5-Punkte Skala dokumentiert mit einer 6. Antwortmöglichkeit für den Fall, dass keine Angaben gemacht werden konnten. Das Beschwerdebild konnte sein:

1. deutlich gebessert
2. mäßig gebessert
3. keine Veränderung
4. mäßig schlechter
5. deutlich schlechter
6. keine Angabe

2. Einschätzung der Arzneimittelwirkung auf den Therapieerfolg durch den Patienten

Dann wurde der Patient vom Arzt befragt, wie stark er seiner Einschätzung nach die mögliche Veränderung seines Beschwerdebildes auf den Einfluss des anthroposophischen Arzneimittels zurückführen würde.

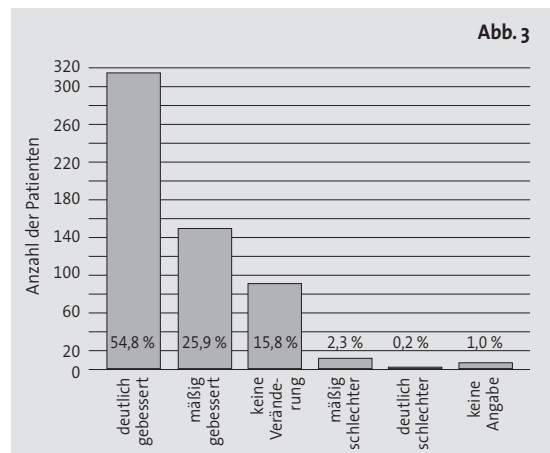
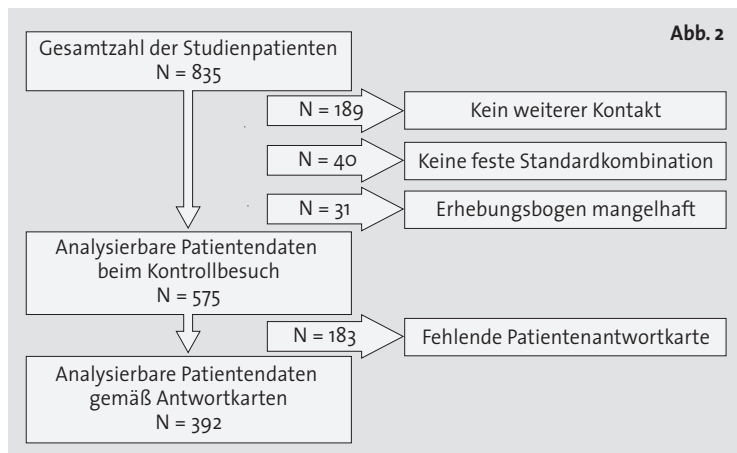
Die Antwort des Patienten wurde ebenfalls in einer 5-Punkte-Skala im Dokumentationsbogen festgehalten. Meiner Einschätzung nach hatte das verschriebene Arzneimittel:

1. Eine deutlich positive Wirkung auf das Symptom, für das es verschrieben wurde.
2. Eine mäßig positive Wirkung auf das Symptom, für das es verschrieben wurde.
3. Keine Wirkung auf das Symptom, für das es verschrieben wurde.
4. Eine mäßig negative Wirkung auf das Symptom, für das es verschrieben wurde (d.h. es hat das Symptom etwas verschlechtert).
5. Eine deutlich negative Wirkung auf das Symptom, für das es verschrieben wurde (d.h. es hat das Symptom sehr verschlechtert).
6. Keine Aussage möglich.

3. Einschätzung der Arzneimittelwirkung auf den Therapieerfolg durch den Arzt

Schließlich dokumentierte auch der Arzt seine Beurteilung, ob das verschriebene Medikament am Therapieerfolg hätte beteiligt sein können. Hierbei berücksichtigte er:

- den natürlichen Verlauf der Krankheit (Spontanheilung);
- die individuelle Krankengeschichte des Patienten (phasenförmiger Verlauf);



Tab. 2: Outcome / Beschwerden beim Kontrollbesuch

Land	Ärzte (N)	Patienten (N)	Deutlich verbessert	Mäßig verbessert	Alle Symptome verbessert	Deutlich schlechter	Mäßig schlechter	Alle Symptome verschlechtert	Keine Veränd./ keine Angabe
CH	3	8	8 (100,0 %)	—	8 (100,0 %)	—	—	—	—
DE	2	11	5 (45,5 %)	2 (18,2 %)	7 (63,7 %)	—	—	—	4 (36,3 %)
FI	2	62	37 (59,7 %)	15 (24,2 %)	52 (83,9 %)	—	2 (3,2 %)	2 (3,2 %)	8 (12,9 %)
UK	10	307	139 (45,3 %)	92 (30,0 %)	231 (75,3 %)	1 (0,3 %)	10 (3,3 %)	11 (3,6 %)	65 (21,1 %)
IE	1	2	—	2 (100,0 %)	2 (100,0 %)	—	—	—	—
N	1	3	2 (66,7 %)	1 (33,3 %)	100,0 %	—	—	—	—
NL	9	180	123 (68,3 %)	36 (20,0 %)	159 (88,3 %)	—	1 (0,6 %)	1 (0,6 %)	20 (11,1 %)
NZ	1	2	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	2 (100,0 %)	—	—	—	—
Alle	29	575	315 (54,8 %)	149 (25,9 %)	464 (80,7 %)	1 (0,2 %)	13 (2,3 %)	14 (2,5 %)	97 (16,8 %)

Abb. 2:
Flussdiagramm zu
Patientenzahlen
und Drop-Outs

Abb. 3:
Beurteilung des
Therapieerfolges
(Outcome) durch
den Arzt beim Kon-
trollbesuch. Die Be-
urteilung basiert
auf der klinischen
Untersuchung
und/oder dem Be-
richt des Patienten.
Die Prozentangabe
beziehen sich
auf die Gesamt-
zahl der Patienten
(n=575).

– andere Faktoren, die den Therapieerfolg beeinflusst haben könnten.
Als Ergebnis dieses Abwägens dokumentierte der Arzt sein Urteil, mit welcher Wahrscheinlichkeit das Medikament am Therapieerfolg hätte beteiligt sein können. Auch hier wurde eine 5-Punkte-Skala benutzt:

1. Starker Hinweis auf eine positive Wirkung der Intervention im Hinblick auf die Zielgröße.
2. Mäßiger Hinweis auf eine positive Wirkung der Intervention im Hinblick auf die Zielgröße.
3. Kein Hinweis auf eine Wirkung der Intervention im Hinblick auf die Zielgröße.
4. Mäßiger Hinweis auf eine negative Wirkung der Intervention im Hinblick auf die Zielgröße.
5. Starker Hinweis auf eine negative Wirkung der Intervention im Hinblick auf die Zielgröße.
6. Keine Aussage möglich.

4. Erfassung von Nebenwirkungen

Der vierte Aspekt der Studie bezog sich auf die Erfassung von potentiellen Nebenwirkungen aus der Verschreibung des anthroposophischen Heilmittels. Hierbei wurden nicht nur unerwünschte Wirkungen erfasst, sondern auch mögliche positive Auswirkungen auf die Gesundheit des Patienten, auf die nicht speziell abgezielt worden war. Auch hier erfolgte die Dokumentation mittels einer 5-Punkte-Skala:

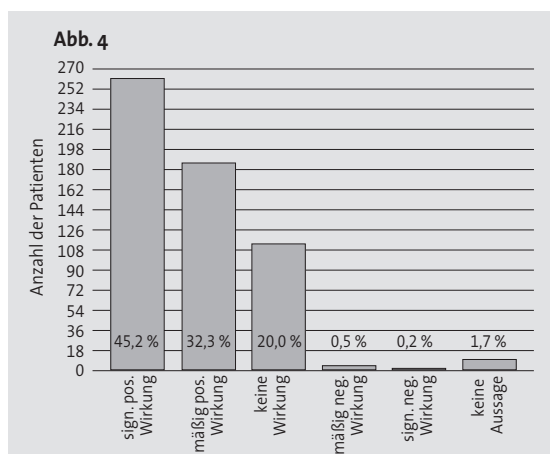
1. Die Medikation scheint eine deutlich positive Wirkung auf einen oder mehrere andere Aspekte der Gesundheit des Patienten zu haben.

2. Die Medikation scheint eine mäßig positive Wirkung auf einen oder mehrere andere Aspekte der Gesundheit des Patienten zu haben.
3. Die Medikation scheint keine Wirkung auf einen oder mehrere andere Aspekte der Gesundheit des Patienten zu haben.
4. Die Medikation scheint eine mäßig negative Wirkung auf einen oder mehrere andere Aspekte der Gesundheit des Patienten zu haben.
5. Die Medikation scheint eine deutlich negative Wirkung auf einen oder mehrere andere Aspekte der Gesundheit des Patienten zu haben.
6. Keine Aussage möglich.

Antwortkarte: Schließlich wurde dem Patienten beim Kontrollbesuch eine Antwortkarte in seiner Landessprache mitgegeben. Erfolgte die Evaluation durch Telefonkonsultation, erhielt er die Karte mit der Post. Der Patient wurde gebeten, die Karte zu Hause auszufüllen und direkt an das Datenerfassungszentrum zu schicken. Somit waren die Daten der Antwortkarte dem behandelnden Arzt nicht zugänglich. Mit dem Ausfüllen der Antwortkarte hatte der Patient nochmals Gelegenheit, zu den Fragen des Therapieerfolgs und der Einschätzung eines kausalen Zusammenhangs mit der verschreibenden anthroposophischen Medikation in aller Ruhe außerhalb des ärztlichen Sprechzimmers Stellung zu beziehen.

Statistik

Da die Daten der Studie hauptsächlich deskriptiv sind, beschränkte sich die statistische Analyse auf die Be-



rechnung einer „weighted Kappa“ – Statistik zur Erfassung des Grades der Übereinstimmung zwischen Arzt- und Patientenurteil, dargestellt in den bivariaten Histogrammen der *Abbildungen 6* und *7*. Bei diesem Test auf Übereinstimmung des Urteils zweier Methoden oder Untersucher gilt ein Wert von > 0.6 als Hinweis für gute Übereinstimmung (21). Für alle Analysen wurde die Software Statistica for Windows® sowie Statsoft® verwendet.

Ethische Erwägungen

Die Patienten gaben ihre mündliche Einwilligung beim Einschluss in die Studie. Es wurden keinerlei Daten erhoben, die eine Identifikation des Patienten außerhalb der Studie ermöglichen könnten. Der Einschluss in die Studie beeinflusste in keiner Weise den Behandlungsverlauf, der so erfolgte, wie er auch außerhalb der Studie durchgeführt worden wäre. Aus diesem Grunde wurde auf die Befragung einer Ethikkommission verzichtet.

Ergebnisse

Die Datenerhebung für diese Studie erfolgte in den Jahren 1996–2001. Ursprünglich waren 36 Ärzte aus 9 verschiedenen Ländern beteiligt. Letztlich analysierbare Daten wurden von 29 Ärzten aus 8 Ländern dokumentiert. Daten vom Erstbesuch wurden von 835 Patienten erhoben. 189 Patienten fielen aus der Studie heraus, da sie nicht zum Kontrollbesuch erschienen, bzw. nicht telefonisch erreichbar waren. 40 Patienten mussten aus der Studie ausgeschlossen werden, weil sie mit mehreren anthroposophischen Medikamenten behandelt worden waren, die nicht der Definition der festen Standardkombination entsprachen. Weitere 31 Patienten mussten wegen mangelhaft ausgefüllter Dokumentationsbögen ausgeschlossen werden. Letztlich lagen für 575 Patienten analysierbare Daten vor. Die Antwortkarten wurden von 392 (68,2 %) Patienten zurückgesandt (*Abb. 2*).

Die Daten enthielten Angaben zu 270 verschiedenen anthroposophischen Medikamenten. *Tabelle 1* (siehe Seite 12) beschreibt in einer Übersicht 56 Medikamente, die mindestens drei mal verordnet wurden, die Indikationen, für die sie angewandt wurden und die Erfolgsquote gemäß des ärztlichen Urteils beim Kontrollbesuch bzw. bei einer Telefonkonsultation. Die Erfolgsquote für

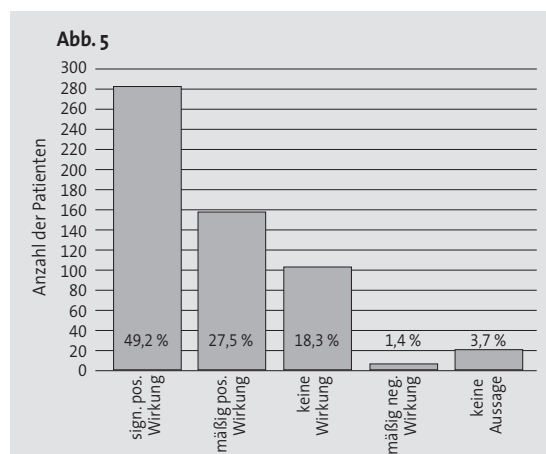


Abb. 4: Beurteilung der Arzneimittelwirkung nach Einschätzung des Arztes beim Kontrollbesuch. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der Patienten ($n=575$).

Abb. 5: Beurteilung der Arzneimittelwirkung nach Einschätzung des Patienten beim Kontrollbesuch. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der Patienten ($n=575$).

das jeweilige Arzneimittel wurde als Verhältnis jeglichen positiven Outcomes zur Anzahl der Verschreibungen dieses Mittels dargestellt. Die Auflistung der Behandlungsverläufe mit allen 270 Medikamenten würde den Rahmen dieses Artikels sprengen. Sie kann bei Bedarf von den Autoren angefordert werden.

Eine zusammenfassende Übersicht der Ergebnisse aus der Dokumentation beim Kontrollbesuch ist in *Tabelle 2* sowie in den *Abbildungen 3–7* dargestellt.

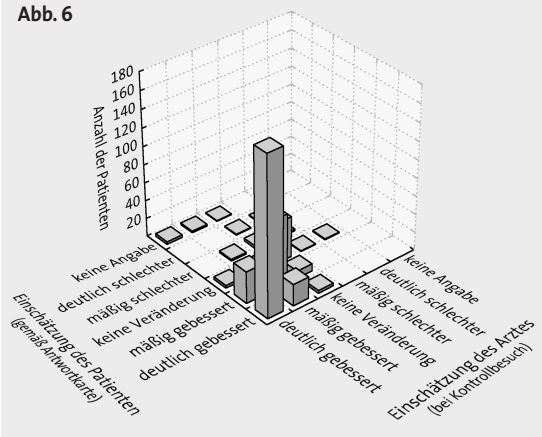
Die Bewertungen des Therapieerfolges durch den Arzt beim Kontrollbesuch ergab bei 80,7 % der Patienten eine Verbesserung des Beschwerdebildes. Diese Besserung wurde bei 54,8 % als deutlich empfunden. Bei 15,8 % gab es keine Veränderung und bei 2,5 % hatten sich die Beschwerden verschlechtert (negatives Outcome), bei 1 % konnte keine sichere Angabe gemacht werden (*Abb. 3*).

Der positive Therapieerfolg wurde in den meisten Fällen sowohl von Arzt als auch Patient auf die Arzneimittelwirkung zurückgeführt. So war nach ärztlichem Urteil in 77,5 % der Fälle ein kausaler Zusammenhang zwischen positivem Outcome und verordnetem Arzneimittel zu vermuten (*Abb. 4*), während bei den Patienten dieser Eindruck in 76,7 % entstand (*Abb. 5*). Interessanterweise führten in 8 Fällen (1,4 %) die Patienten und in 0,7 % der Arzt die Verschlechterung des Beschwerdebildes auf die Wirkung des Arzneimittels zurück. Dieses Phänomen könnte möglicherweise mit einer, aus der klassischen Homöopathie bekannten, „Erstverschlimmerung“ zusammenhängen. Dieser Anteil (1,4 %) liegt jedoch niedriger als der Anteil des negativen Outcomes (2,5 %). Dies zeigt, dass in der Mehrzahl der Fälle sowohl der Arzt als auch der Patient die Verschlechterung des Beschwerdebildes nicht als Folge der Medikation einstufen, sondern dahingehend, dass sich die Beschwerden trotz Medikation verschlechterten.

Unerwünschte Nebenwirkungen wurden bei 21 von 575 Fällen dokumentiert, davon wurden 20 Fälle (3,5 %) als „mäßig“, und 1 Fall (0,2 %) als „stark“ eingestuft. Die Nebenwirkungen umfassten Hitzewallungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Hautreaktionen, Schweißausbrüche und Schlaflosigkeit. Der einzige Patient, bei dem eine starke Nebenwirkung auftrat, wurde mit Solidago comp (WALA) wegen gutartiger Prostatavergrößerung

Abb. 6:

Beurteilung des Therapieerfolges: Das bivariate Histogramm zeigt die Einschätzung des Therapieerfolges durch den Arzt beim Kontrollbesuch im Vergleich zur Einschätzung des Patienten gemäß der zurückgesandten Antwortkarte ($n=392$, weighted Kappa=0,64).

Abb. 6**Abb. 7:**

Beurteilung der Arzneimittelwirkung: Das bivariate Histogramm zeigt die Einschätzung der Arzneimittelwirkung durch den Arzt beim Kontrollbesuch im Vergleich zur Einschätzung des Patienten beim Kontrollbesuch ($n=575$, weighted Kappa=0,79).

behandelt. Die Nebenwirkung bestand in einem Gefühl von Nadelstichen in den Extremitäten und der oberen Hälfte des Schädels, was nach Absetzen des Mittels bald verschwand.

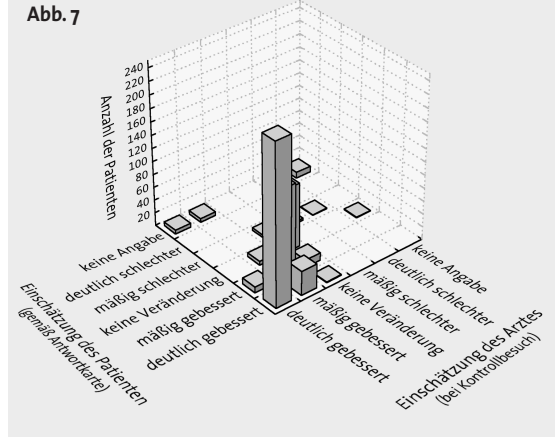
Die beim Kontrollbesuch erhobenen Daten zum Therapieerfolg stimmten in hohem Grade mit den Angaben der Patienten aus den Antwortkarten überein. In Abb. 6 sind die Ergebnisse im Detail beschrieben. Der visuelle Eindruck der Balkendiagramme wird auch durch die Statistik bestätigt (weighted Kappa = 0,64). Ein noch höherer Grad an Übereinstimmung zeigte sich in der Einschätzung des kausalen Zusammenhangs zwischen der medikamentösen Behandlung und der Verbesserung der Beschwerden der Patienten. Hier errechnete sich ein Kappa-Wert von 0,79 (Abb. 7).

Diskussion

Die Studie wurde für die Alltagssituation in Praxen von Allgemeinmedizinern oder Fachärzten konzipiert mit dem Ziel, eine einfache und unkomplizierte Methode anzubieten, mit geringem Dokumentationsaufwand für den Arzt. Gleichzeitig aber sollte die Möglichkeit gegeben werden, ein breites Spektrum anthroposophischer Arzneimittel zu untersuchen, ohne das therapeutische Handeln des Arztes zu stören oder zu beeinflussen.

Deshalb wurde ein möglichst einfaches Studiendesign gewählt, um die reale Praxissituation abzubilden, in der sich der Arzt immer ein Urteil darüber bilden muss, ob sich die Beschwerden durch die Behandlung seines Patienten gebessert haben oder nicht. Da auch der Arzt in der Regel keine Kohorte oder Kontrollgruppe zur Verfügung hat, wurde auch hier darauf verzichtet und nicht randomisiert. Das bedeutet, dass die Ergebnisse unserer Studie im Hinblick auf die Wirksamkeit einer bestimmten Therapie nicht mit dem gleichen Evidenzgrad bewertet werden können wie Ergebnisse von randomisierten oder zumindest vergleichenden Studien.

Die Patienten, welche die Praxis eines anthroposophischen Arztes aufsuchen, repräsentieren bereits per se eine präselektierte Population, da sie in der Regel eine positive Erwartungshaltung gegenüber der Anthroposophischen Medizin mitbringen. Auch die Einstellung ge-

Abb. 7

genüber dem Arzt ihrer Wahl ist gewöhnlich positiv. Auch ist nicht auszuschließen, dass die Studienärzte durch die Einschränkung auf eine Monotherapie oder „standardisierte Kombination“ unbewusst Paradefälle auswählten, wo sie mit hoher Sicherheit davon ausgehen konnten oder zumindest annahmen, dass diese auf die Behandlung gut ansprechen würden. Die Ergebnisse dieser Studie könnten deshalb durch verschiedene systematische Verzerrungen wie Selektions-Bias, Response-Bias etc. beeinträchtigt sein.

Trotz dieser Schwächen zeigen die Ergebnisse jedoch eindeutig, dass 4 von 5 Patienten, denen anthroposophische Arzneimittel verschrieben wurden, zumindest eine leichte Verbesserung ihres Beschwerdebildes erfahren konnten. Dieses Ergebnis erscheint um so bedeutender, als zugunsten des einfachen Studiendesigns auf eine der größten Stärken der Anthroposophischen Medizin verzichtet werden musste, nämlich eine fein abgestimmte, individuelle Behandlung mit mehreren anthroposophischen Arzneimitteln ggf. zuzüglich anderer nicht-medikamentöser Therapien.

Ebenfalls mit der Einschränkung möglicher systematischer Verzerrungen ist ein weiteres relevantes Ergebnis unserer Studie der extrem niedrige Anteil an Nebenwirkungen. Ernsthafte Erkrankungen aufgrund der Verschreibung anthroposophischer Arzneimittel traten bei keinem Patienten auf. Da diese speziell zu Nebenwirkungen befragt worden waren, weist dieses Ergebnis auf ein hohes Sicherheitsniveau anthroposophischer Arzneimittel hin, was gerade bei der heutigen gesundheitspolitischen Diskussion von außerordentlicher Bedeutung ist.

Die Daten zeigen, dass die Ärzte in der Beurteilung eines möglichen Kausalzusammenhangs zwischen Therapieerfolg und Wirkung des verordneten Arzneimittels kritischer als ihre Patienten waren. Dies zeigt, dass das professionelle ärztliche Urteil die Möglichkeit von Spontanbesserungen, zyklischen Verläufen von bestimmten Krankheitsbildern, sonstigen psychosozialen Faktoren etc. bei der Wirksamkeitsbeurteilung einer Therapie mit in die Überlegungen einbezieht. Gerade diese Urteilsfähigkeit wird dem Arzt von Vertretern der Evidence Based Medicine (EBM) oftmals abgesprochen.

Der Verlauf der Studie zeigt viele Probleme, die generell mit klinischer Forschung, insbesondere aber klinischer Forschung auf dem Gebiet der medizinischen Basisversorgung verbunden sind, da die gesamte verfügbare Zeit in die Versorgung der Patienten einfließt und wenige Kapazitäten frei sind für eine studienmäßige zusätzliche Dokumentation, die über die gewöhnliche Krankengeschichte hinausgeht.

Obgleich das Design dieser Studie sehr einfach war, gab es eine überraschend hohe Quote an Drop-Outs, sowohl bei den Studienärzten als auch bei den Patienten. Von ursprünglich 36 Ärzten lieferten letztlich nur 29 verwendbare Datenbögen. Die Dokumentationen von 31 Patienten konnten nicht verwendet werden, da entweder die Zielgröße (Diagnose) oder die Intervention (Therapie) oder beides fehlten. Bei 40 Patienten wurden die Einschlusskriterien bzgl. der erforderlichen Standardtherapie mißachtet. Somit ist allein die mangelnde Sorgfältigkeit der Studienärzte für 8,5 % der Drop-Outs verantwortlich.

Jeder 5. Patient (22,6 %) kam nicht zum Kontrollbesuch, war auch telefonisch nicht zu erreichen, hatte die Therapie nicht begonnen, oder das Medikament war gerade nicht lieferbar. Fast jeder dritte Patient, der zum Kontrollbesuch gekommen war (31,8%) fand es nicht der Mühe wert, die fertig frankierte Antwortkarte zur Post zu tragen. In Hinblick auf das volle Studienziel (inkl. Analyse der Antwortkarten) resultiert daraus ein gesamt Drop-Out von 443:853 also mehr als die Hälfte der ursprünglich in die Studie aufgenommenen Patienten.

Diese Tatsache hatte möglicherweise einen verfälschenden Einfluss im Hinblick auf die so deutlich positiven Ergebnisse unserer Studie. So haben womöglich bei einigen der Drop-Out-Patienten die anthroposophischen Verschreibungen nicht zufriedenstellend gewirkt. Doch auch eine Verzerrung in die Gegenrichtung ist möglich: Denn Patienten in Ländern mit großen räumlichen Distanzen zu den Praxen – wie beispielsweise in Finnland – nehmen gewöhnlich keinen weiteren Kontakt mehr zu ihren Ärzten auf, wenn es ihnen wieder besser geht. Es ist eine häufige Erfahrung, dass Patienten einfach vergessen, zu einer Nachuntersuchung zu kommen, wenn ihre Symptome verschwunden sind. Somit könnten sich hinter den Drop-Outs sowohl positive, als auch negative Therapieverläufe verbergen.

Die Tatsache, dass nur 56 von 270 Medikamenten für drei oder mehr Patienten verschrieben wurden, und dies noch oftmals mit verschiedenen Indikationen, weist auf den in hohem Maße individualisierten Ansatz der Anthroposophischen Medizin hin. Die vorliegende Studie kann im Hinblick auf die Bewertung der Wirksamkeit eines einzelnen bestimmtem Arzneimittels nur eine begrenzte Aussagekraft haben. Dennoch können die Ergebnisse unserer Studie die Grundlage für weitere Forschung konventioneller Art mit kontrollierten Studien liefern, indem man sich auf solche Medikamente konzentrieren könnte, die häufig von anthroposophischen Ärzten verschrieben werden, und auf solche Indikationen, bei denen hohe Erfolgsquoten zu erreichen sind.

Zum Abschluss: Dem genauen Leser mag aufgefallen sein, dass seit Abschluss der Datenerhebung mehr als drei Jahre vergangen sind und die Ergebnisse erst jetzt veröffentlicht sind. Grund hierfür ist, dass die Autoren ursprünglich beabsichtigten, die Ergebnisse im englischen Sprachraum einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Deshalb wurde die Studie zunächst einer amerikanischen, dann einer englischen Fachzeitschrift mit Schwerpunkt Komplementärmedizin angeboten. Beide lehnten die Studie ab, mit der Begründung, es ließen sich wegen methodologischer Mängel keine Aussagen über die Wirksamkeit der anthroposophischen Therapie anstellen. Dem Merkurstab sei an dieser Stelle gedankt, dass er trotz dieser Mängel die Studie zum Druck bringt.

Die Studie wurde am St. Luke's Medical Centre, in der Arztpraxis von Peter Zimmermann und in den Praxen der nachfolgend genannten Ärzte durchgeführt. Diesen Ärzten möchten die Autoren an dieser Stelle für ihren Beitrag zu den Outcome-Daten danken:

Albonico H.U.(CH), van der Bie G.H.(NL), Bjørnebye C.(N), Blitz N.(IR), Bösch R.(CH), Crijns R.P.J.M.(NL), Doering U.(NZ), Ellis E.(NL), Feder G.(GB), Gayer H.(GB), Geider S.(GB), Gowans B.(GB), Gradenwitz A.G.M.(NL), Hanrath P.(GB), Havinga W.(GB), Heusser P.(CH), Hommes J.(GB), Jansen J.E.(NL), Keller F.(CH), Kurppa R.(FI), van Maaren M.F.(NL), Maendl A (GB), Maris B.(DE), Mc Gavin D.(GB), Post Uiterweer C.J.(NL), Renkema S.(GB), Schjónsby A.(N), Schwarz R.(A), van Tellingen C.(NL), Tjaden B.R.(NL), Winkler M.(NL), Wirtz C.(CH), Witsenburg B.(NL), Witt J.(GB), Wormer P.(NL).

Die Studie wurde ermöglicht durch die großzügige finanzielle Unterstützung der Natural Medicine Society (GB), des Anthroposophical Medical Trust (GB), und der Signe and Gyllenberg Foundation (FI).

Michael Evans M.B. Ch.B
St. Luke's Medical Centre
53 Cainscross Road
Stroud, Glos.
GL5 4EX England
michael@stlukes.freeserve.co.uk

Dr. med. PhD Peter Zimmermann
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Vellamontie 4
FIN-15870-Hollola
Finnland
peter.zimmermann@fimnet.fi

Heilmittel	Hersteller	Symptom/Krankheitsbild (gebessert)	Symptom/Krankheitsbild (keine Änderung)	Erfolgsrate*
Akne Kapseln (Kaps.)	WALA	Akne, anovulatorische Zyklen		3/3
Anis Pyrit (Tabl.)	WELEDA	Grippe und Reizhusten		4/4
Apis D2 (Amp.)	WELEDA	Schmerzhafte Schultersteife	Muskuläre Schulterbeschwerden	7/8
Apis D2 cum Levistico (Amp.)	WELEDA	Akute Lumbago	Akute Lumbago, Torticollis, Ischias	1/5
Argentum nitricum comp. (Glob.)	WALA	Zystitis		3/3
Arnica planta tota D6 (Amp.) / Formica D6 (Amp.)	WELEDA	Plantare Faszienreizungen, Tennisellenbogen	Tennisellenbogen, Rückenschmerzen	2/5
Arnica planta tota D6 / Formica D6 comp. (Amp.)	WELEDA	Rückenschmerzen, Ischias, Schulterschmerzen	Tennisellenbogen	4/6
Aurum D10/Stibium D8/ Hyoscyamus D5 (Glob.)	WALA	Angstzustände, prämenstruelles Syndrom, Tachykardie, Tinnitus	Prämenstruelles Syndrom, Tachykardie	13/17
Aurum/Apis reginae comp. (Glob.)	WALA	Klimakterische Hitzewallungen, Schwitzen, Depression, paroxysmale Tachykardie (Bouveret-Syndrom)	Prämenstruelles Syndrom mit Depression	2/3
Avena sativa comp. (Dil.)	WELEDA	Angstzustände, Atembeengung, Müdigkeit	Schlafstörungen	2/3
Balsamicum (Ungt.)	WELEDA	Trockene Ekzeme	Kontaktdermatitis	6/8
Biodoron 1 % (Tabl.)	WELEDA	Kopf-, Spannungskopfschmerz, Migräne,	Migräne	7/8
Biodoron 5 % (Tabl.)	WELEDA	Kopfschmerzen		4/4
Biodoron D3 (Tabl.)	WELEDA	Kopfschmerzen	Spannungskopfschmerz	2/3
Bolus Eucalypti comp. (Trit., Dil., Glob.)	WELEDA	Pharyngitis		6/6
Calcium carbonicum/Cortex Quercus (Glob.)	WALA	Allergisches Ekzem, Vaginale Pilzkrankungen	Vaginaler Ausfluss	2/3
Cantharis comp. (Glob.)	WALA	Bettlässigen, Reizblase; Urge-Inkontinenz	Impotenz	6/8
Cartilago comp. (Glob.)	WALA	Gelenkentzündungen, -steife, -schmerzen	Osteoarthritis, Gelenkschmerzen	19/24
Choleodoron (Dil.)	WELEDA	Cholecystitis, Verdauungsstörungen, Nahrungsmittelallergie	Funktionelle Gallenbeschwerden	3/4
Dermatodoron (Dil.)	WELEDA	Ekzeme: kindliche (2), Kontakt (1)		3/3
Disci comp. cum Argento (Glob., Amp.)	WALA	Rückenschmerzen	Spondylarthritis	2/3
Disci/Rhus toxicodendron comp. (Amp.)	WALA	Chronische Rückenschmerzen, Ischias, Zervikalneuralgien, Schulter-Arm-Syndrom	Ischias und Morbus Parkinson	4/5
Echinacea/Quarz (Oc.gtt)	WALA	Konjunktivitis		3/3
Fragaria/Urtica (Anaemodoron) (Dil.)	WELEDA	Schwangerschaftsanämie, Eisenintoleranz, Müdigkeit		3/3
Fragaria/Vitis (Hepatodoron) (Tabl.)	WELEDA	Depression, Schlafstörungen	Schlafstörungen	6/9
Gencydo 3% (Amp.)	WELEDA	Heuschnupfen	Heuschnupfen	6/7
Gencydo 5% (Amp., Dil.)	WELEDA	Allergische Rhinitis		5/5
Hypericum Auro cultum Herba 1 % (Dil.)	WELEDA	Depression	Chronische Depression	2/5
Hypericum Tinctura (Dil.)	WELEDA	Depression, Angstzustände	Multipl. Sklerose	3/4
Iscucin salicis (Amp.)	WALA	Kniegelenkentzündung		4/4
Lachesis comp. (Glob.)	WALA	Rekurrente Abszesse		3/3
Majorana/ Capsella comp. (Dil.)	WELEDA	Amenorrhoe		3/3
Mandragora comp. (Amp.)	WELEDA	Schmerzen im Fußgewölbe mit Sehnenknötchen	Gelenkschmerzen und Gicht, Rheuma mit Handgelenksschwellung	1/3
Marmor D6 / Stibium D6 aa (Trit.)	WELEDA	Menorrhagie		3/3
Menodoron (Dil.)	WELEDA	Amenorrhoe, Hypomenorrhoe, anovulatorische Zyklen, Menorrhagie, Polymenorrhoe, Schmier-, blutungen, prämenstruelles Syndrom, Ovarialzysten	Menorrhagie, Mastodynie	14/17
Mercurius vivus comp. (Tabl.)	WELEDA	Häufige Stuhlentleerungen		3/3
Meteoreisen/Phosphor/Quarz (Glob.)	WALA	Schwindel, Müdigkeit nach fiebrig. Erkrankung	Migräne frühmorgens	2/3
Mixtura Stanni comp. (Dil.)	WELEDA	Bauchschmerzen		6/6
Myrrha comp. / Belladonna D8 (Dil.)	WELEDA	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ADS, Hyperaktivitätssyndrom	Hyperaktivität mit Nykturie	2/3
Nicotiana comp. (Glob.)	WALA	Funktionelle Bauchschmerzen, Dysmenorrhoe	Endometriose	16/17
Onopordon comp.B (Dil.)	WELEDA	Tinnitus, Psychische Labilität, Erschöpfungszustände, Grippe-Restzustände, Herzrhythmusstörungen	Herzrhythmusstörungen, stressbedingte Tachykardien, Angstzustände	4/7
Onopordon comp. B, Aurum D20 + Hypericum D3 (Dil.)	WELEDA	Depression, Panikzustände	Reaktive Depression	5/6
Ovaria comp. (Glob.)	WALA	Prämenstruelles Syndrom, Präklimakterium	Menorrhagie	3/5
Pulsatilla D6 (Dil., Tabl.)	WELEDA	Asthma		3/3
Pulvis stomachicus cum Belladonna (Trit.)	WELEDA	Dyspepsie		4/4
Rheumadoron 102A (Dil.)	WELEDA	Chronische und akute Gelenkentzündungen	Gelenksbeschwerden in Finger- und Handgelenken	2/3
Rhus toxicodendron D6 (Dil.)	WELEDA	Akute rheumatische Gelenkschmerzen, posttraumatische Fußschwellungen	Steifheit, Fibromyalgie, Lumbago	3/6
Sabal/Solidago comp. (Glob.)	WALA	Prostatahypertrophie	Prostatahypertrophie	8/9
Sepia comp. (Dil.)	WELEDA	Klimakterium	Psychische Labilität, Vergesslichkeit	5/6
Silicea comp. (Glob.)	WALA	Sinusitis	Sinusitis	5/9
Lotio Pruni comp. cum Cupro (Lotio)	WELEDA	Knöchelödeme, venöse Schwellungen		4/4
Stannum 0,4 % (Ungt.)	WELEDA	Posttraumatische Bursitis		3/3
Symphytum comp. (Glob., Amp.)	WALA	Bindegewebsschmerzen im Bein		3/3
Tormentilla comp. (Glob.)	WALA		Dysmenorrhoe und Infertilität	0/3
Urtica comp. (Glob.)	WALA	Diffuser Juckreiz		3/3
„Wieseneck“-Mixture: Gentiana 20 %, Gelsemium D6, Spigelia D6, Veratrum album D4, Melissa tinctura (Dil.)	WELEDA	Spannungskopfschmerz		3/3

*) Die Erfolgsrate ist definiert als das Verhältnis der Verschreibungen mit mindestens mäßiger Besserung zur Gesamtzahl der Verschreibungen eines bestimmten Anthroposophischen Heilmittels. Amp.=Ampullen; Dil.=Tropfen; Glob.=Globuli; Kaps.=Kapseln; Oc.gtt=Augentropfen Ungt.=Salbe; Tabl.=Tabletten; Trit.=Trituration.

Literatur

- 1 Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C; Norlock FE, Calkins DR and Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. *N Eng J Med* 1993;328:246-52.
- 2 Vaskilampi T, Meriläinen P, Sinkkonen S. The use of alternative treatments in the Finnish adult population. *Compl Med Research* 1992;1:9-20.
- 3 Shaw D, Leon C, Murray V, Volans G. Patients' use of complementary medicine (letter). *Lancet*. 1998;352:408.
- 4 O'Brian K. Complementary and alternative medicine: The move into mainstream healthcare. *Clinical and Experimental Optometry* 2004;87(2):110-120.
- 5 Strömbgens HH. Außenseitermethoden in der Allgemeinpraxis. *Münch Med Wschrift* 1978;120:1620-1621.
- 6 Haag G, Walach H, Erbe C und Hans-Heinz Schömbgens. Unkonventionelle medizinische Verfahren. *Z AllgMed* 1992;68:1184-1187.
- 7 Perlman A (ed): Complementary and alternative medicine. *Med Clinics of North America* 2002;86(1):1-202.
- 8 Ritchie J, Wilkinson J, Gantley M, Feder G, Carter Y, Formby J. A model of integrated primary care: Anthroposophic medicine. National Centre for Social Research and Department of General Practice and Primary Care, St Bartholomew's and the Royal London School of Medicine and Dentistry Queen Mary, University of London 2001.
- 9 Kienle GS, Berrino F, Büssing A, Portalupi E, Rosenzweig S, Kiene H. Mistletoe in cancer. A systematic review on controlled clinical trials. *Eur J Med Res* 2003;8:109-119.
- 10 Grossarth-Maticek R, Kiene H, Baumgartner SM, Ziegler R. Use of Iscador, an extract of European mistletoe (*Viscum album*), in cancer treatment: prospective nonrandomized and randomized matched-pair studies nested within a cohort study. *Altern Ther Health Med* 2001;7(3):57-66, 68-72, 74-76 passim.
- 11 Hamre HJ, Becker-Witt C, Glockman A, Ziegler R, Willich SN, Kiene H. Anthroposophic therapies in chronic disease: The anthroposophic medicine outcome study (AMOS). *Eur J Med Res* 2004;9:351-360.
- 12 Louhiala P. Anthroposophy, medicine and research. Meeting report on the 15th Gyllenberg Symposium "Research in Anthroposophical Medicine" of October 29-31 1998 in Hanasaari, Finland. *Forsch Komplementarmed* 1999;6(1):24-26.
- 13 von Rohr E, Pampallona S, van Wegberg B, Hurny C, Bernhard J, Heusser P, Cerny T. Experiences in the realisation of a research project on anthroposophical medicine in patients with advanced cancer. *Schweiz Med Wochenschr* 2000;130(34):1173-84.
- 14 Kiene H: A Critique of the Double-Blind Clinical Trial. Part 1 and 2. *Alternative Therapies* 1996;1:74-80 und 2:59-64.
- 15 Kiene H. Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung: Cognition-based Medicine. Springer Verlag Heidelberg, New York, 2001.
- 16 Kiene H, von Schön-Angerer T. Single-case causality assessment as a basis for clinical judgement. *Altern Ther Health Med* 1998;4:41-47.
- 17 Kienle GS, Hamre HJ, Portalupi E, Kiene H. Improving the quality of therapeutic reports of single cases and case series in oncology-criteria and checklist. *Altern Ther Health Med* 2004;10(5):68-72.
- 18 Evans MR. On the efficacy of anthroposophical medicines. *Complement Med Res* 1991; 5(2):71-78.
- 19 Evans MR, Zimmermann PJ. Prospektive internationale Outcome-Studie zur Verschreibung anthroposophischer Arzneimittel: ein vorläufiger Bericht. *Der Merkurstab* 2000; 53(2): 92-98.
- 20 Evans MR. Prospektive Outcome-Studie zur Verschreibung anthroposophischer Arzneimittel. *Der Merkurstab* 1998;51:132-135.
- 21 Altman DG. Practical statistics for medical research. Chapman & Hall/CRC, London 1991; 403-409.