Inhaltsverzeichnis

Autogenes Training 2
Geschichte und Entwicklung 2
Konzept 2
Plausibilität des Konzeptes 2
Durchführung 3
Anwender und ihre Ausbildung 3
Anwendungsbereiche 4
Wirknachweise 4
Achtung 4
Risiken 5
Hinweise 5
Bewertung 5
Quellenangaben 5
Die sechs Übungen der Unterstufe 6
So testen wir 7

© Stiftung Warentest, Stand 28.09.2005

Autogenes Training

Autogenes Training ist eine Methode der Selbstentspannung durch Konzentration auf autosuggestive Formeln. Ziel ist es, über die Muskelentspannung auch psychische Verspannung zu lösen und dadurch körperliche Beschwerden zu lindern. Der Begriff "autogen" entstammt dem Griechischen und bedeutet "selbst hervorgerufen".

Geschichte und Entwicklung

Die Grundlagen, aus denen sich das autogene Training entwickelte, wurden vom Hirnforscher Oskar Vogt (1870-1959) entdeckt. Er beobachtete an Patienten, die er mit Hypnose behandelte, dass sie sich nach einiger Zeit auch selbst in den hypnotischen Zustand versetzen konnten. Die regelmäßige Hypnose half ihnen, Spannungen abzubauen und ihr Leben besser zu bewältigen. Um 1915 begann der Nervenarzt Johann Heinrich Schultz (1884-1970) auf Vogts Anregung hin, sich mit Selbsthypnose und deren Auswirkungen zu beschäftigen. Sein Ziel war es, eine Methode zu entwickeln, die die Patienten vom Hypnotiseur unabhängig machen und ihnen selbst die Verantwortung über die Behandlung einräumen sollte. Während des Ersten Weltkrieges betreute Schultz in einem Lazarett Kriegsversehrte, die an schweren Ängsten und kriegsbedingten psychischen Störungen litten. Diese konnten mithilfe der Selbsthypnose die Schrecken des Erlebten wesentlich besser verarbeiten. In den Folgejahren untersuchte Schultz die Auswirkungen seiner Methode an interessierten Ärzten und Patienten und stellte sie schließlich in einer Publikation im Jahr 1932 der Öffentlichkeit vor.

Mehrere Therapeuten waren an der Weiterentwicklung des autogenen Trainings beteiligt. Im deutschen Sprachraum ist es das bekannteste und am häufigsten zu therapeutischen Zwecken eingesetzte Entspannungsverfahren.

Konzept

Dem autogenen Training liegt die Annahme zugrunde, dass alle Entspannungs- und Meditationszustände die Funktionen des parasympathischen Nervensystems - ein Teil des vegetativen, nicht dem Willen untergeordneten Nervensystems - verstärken und willentlich steuern können. Durch passive Konzentration und Ausblenden äußerer Reize während des Trainings entsteht ein tiefer Entspannungszustand ähnlich wie unter Hypnose. Die Konzentration auf bestimmte Vorstellungen und Gedanken (Selbstsuggestion) vertieft diese Körperwahrnehmung. Wird eine körperliche Entspannung erreicht, werden auch Ängste und andere negative Gefühle gemildert und abgebaut.

Das autogene Training besteht aus einem zweistufigen System mit Unter- und Oberstufe. Ziel der Unterstufe ist es, sich selbst jederzeit bei Bedarf in den Zustand der Entspannung versetzen zu können. Die Oberstufe des autogenen Trainings beschäftigt sich damit, durch formelhafte Leitsätze psychische Einstellungen zu verändern und eine umfassende Psychotherapie zu unterstützen. In der Psychotherapie wird es als Mittel zur Selbsthilfe betrachtet.

Mit dem autogenen Training werden, so die Vorstellung von Psychologie und Psychotherapie, bereits vorhandene Fähigkeiten des Übenden nutzbar gemacht. Zur Erklärung bieten sie verschiedene Modelle an: Schultz erklärt das Geschehen während des autogenen Trainings durch Dämpfung der Affekte (Gefühle); die Psychoanalyse erklärt die Wirkung - entsprechend ihrer Krankheitstheorie - als Rückbildung (Regression). Die Verhaltenstherapie nimmt als Grundlage eine Konditionierung an: Änderungen festigen sich dadurch, dass sie als positiv erlebt werden.

Plausibilität des Konzeptes

Das Konzept des autogenen Trainings ist wissenschaftlich plausibel. Das Verfahren verbindet psychotherapeutische Aspekte der Autosuggestion mit Effekten der Tiefenentspannung. Bei der Tiefenentspannung sind wahrscheinlich sowohl das Gefühle verarbeitende limbische System, ein Gebiet tief im Inneren des Gehirns, als auch das zentrale Steuer- und Regelsystem des Organismus, der Hypothalamus und die Hypophyse, beteiligt.

Heftige Empfindungen und Gefühle wie Angst, Wut oder Ärger gehen mit starken Erregungszuständen einzelner Organe und Muskelverspannungen einher. Diese Zustände können sowohl über den Körper als auch über die Psyche beeinflusst werden. So kann etwa durch eine muskelentspannende Behandlung wie Massage auch psychische Entspannung erreicht werden. Ebenso lässt sich durch Vorstellungskraft die körperliche Spannung lösen.

© Stiftung Warentest, Stand 28.09.2005

Durch regelmäßiges Üben wird ein Rückkopplungsmechanismus geschaffen, der eine immer bessere Kontrolle unwillkürlicher Prozesse ermöglicht. Es ist nachgewiesen, dass parallel zu den Übungen körperliche Änderungen vor sich gehen; zum Beispiel bewirkt die Autosuggestion von Wärme in der Hand eine Umverteilung des Blutflusses in diesen Bereich, was wiederum zu einem messbaren Temperaturanstieg führt.

Darüber hinausgehende Erkenntnisse liegen noch nicht vor, da die neurophysiologische Grundlagenforschung (also die Forschung, die sich mit den Vorgängen im Nervensystem befasst) zum autogenen Training noch nicht weit fortgeschritten ist.

Durchführung

Autogenes Training wird meist in Gruppen von sechs bis zwölf Teilnehmern - seltener in Einzelsitzungen - erlernt. Das Training findet in einem ruhigen Raum statt, und Störungen von außen sollten möglichst vermieden werden.

Kurze Aufzeichnungen über die eigenen Fortschritte nach Abschluss der Übungen festigen den Trainingserfolg.

Diagnose

Eine übliche medizinische Diagnose liegt bereits vor oder geht dem Erlernen der Technik voraus.

Erlernen der Technik

Das Training wird meist im Sitzen, seltener auch im Liegen mit geschlossenen Augen durchgeführt. Die Übenden sitzen angelehnt oder in der so genannten Droschkenkutscherhaltung: leicht vorgebeugt, die Füße fest auf dem Boden, die Arme auf den Knien abgestützt. Die Körperhaltung soll beim Üben entspannt, aber nicht schlaff sein.

Unterstufe

In den ersten Übungsstunden erläutert der Trainer Grundlagen und Prinzipien der Methode. Die Unterstufe des autogenen Trainings besteht aus sechs Übungen. In der Regel wird bei jeder Sitzung eine Formel eingeübt, bis alle sechs Übungen in einem Ablauf beherrscht werden. Der Trainer gibt Beispiele für die Formeln und Sätze, spricht sie beim Üben aber nicht vor. Alle Teilnehmer sollen für sich eigene beruhigende Formeln finden. Die Übenden sollen vom Trainer unabhängig sein und seine Unterstützung nur zur Anleitung und zum Lernen nutzen.

Nach dem Üben werden die Erfahrungen, die jeder bei seiner Übung in der Runde und zu Hause gemacht hat, gemeinsam besprochen, Fehler korrigiert, Anregungen zur Erleichterung gegeben und die nächstfolgende Übung angeleitet.

Die Trainer lehren auch das "Zurücknehmen" aus der Entspannung durch tiefes Einatmen, Muskelan- und -entspannung und Augenöffnen. Jede durchgeführte Übung wird intensiv zurückgenommen - mit Ausnahme der Anwendung als Einschlafhilfe.

Jede Übung dauert etwa drei bis fünf Minuten, eine Übungsstunde insgesamt 50 bis 70 Minuten. Im Abstand von ein bis zwei Wochen werden die Übungen vermittelt und trainiert. Dazwischen wird zu Hause geübt. Es ist von Vorteil, täglich und immer zur gleichen Tageszeit zu trainieren.

Hat man sich durch die Grundübungen in tiefe Entspannung gebracht, kann man sich eine Formel vorsprechen, mit der ein persönliches Problem bewältigt werden soll. Bei einem ängstlichen Menschen könnte diese Vorsatzformel etwa lauten: "Ich bin ruhig und gelassen. Ich lasse mich nicht schrecken." Jeder Übende kann, seinem Problem entsprechend, eine persönliche Formel wählen.

Oberstufe

Die Übungen der Oberstufe des autogenen Trainings sollen zur meditativen Versenkung anregen (siehe "Meditation"). Sie werden ebenfalls in sechs Stufen mit individuellen Leitsprüchen als Formeln durchgeführt.

Die inneren Bilder, die sich dabei einstellen, sollen die Übenden anschließend gemeinsam mit einem begleitenden Psychotherapeuten besprechen. Wer noch nicht geübt ist, sollte nicht sich selbst überlassen bleiben. Bei Erfahrungen mit der Oberstufe kann die Auseinandersetzung mit den selbst gewählten Bildern auch allein erfolgen.

Aufzeichnungen über die eigenen Fortschritte festigen den Trainingserfolg.

Anwender und ihre Ausbildung

Das autogene Training wird von Psychotherapeuten, Psychiatern, Allgemeinmedizinern und Ärzten anderer Fachrichtungen sowie Heilpraktikern zur Behandlung eingesetzt sowie in Laienkursen geübt. Es wird von

psychotherapeutischen Gesellschaften, in der Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und in Heilpraktikerschulen gelehrt. Die psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute erwarten die Teilnahme an mindestens zwei Kursen zu jeweils acht bis zwölf Doppelstunden, in denen auch psychologische und medizinische Grundlagen vermittelt werden.

Anwendungsbereiche

Autogenes Training wird bei allen stressbedingten und mit psychischer Belastung verbundenen Beschwerden angewendet. Dazu gehören unter anderem hoher Blutdruck, Unruhe, Ängste und Phobien (Angstneurosen), Überlastung (Burnout), Depression, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Migräne, prämenstruelles Syndrom (PMS), chronische Schmerzzustände wie Fibromyalgie (Erkrankung, bei der aus unerklärlicher Ursache in vielen Körperbereichen Schmerzen auftreten) oder Sudeck-Krankheit (schmerzhafte Entzündung im Bereich der Extremitäten mit Hautveränderungen und Knochenabbau), Verspannungen, Magenbeschwerden, Verdauungsstörungen, Blasenentleerungsstörungen, Asthma, Angina-Pectoris-Beschwerden (Beschwerden aufgrund von Durchblutungsstörungen des Herzens) und Tinnitus (Ohrgeräusche). Es wird zur Geburtsvorbereitung genutzt, um Spannungen abzubauen, und zur Einleitung oder in Kombination mit einer psychotherapeutischen Behandlung eingesetzt.

Wirknachweise

Eine systematische Übersicht bewertete fünf Studien zu autogenem Training als begleitende Therapie des hohen Blutdrucks. Vier davon berichten über eine blutdrucksenkende Wirkung des autogenen Trainings. Wegen methodischer Schwächen (zum Beispiel geringe Fallzahl, keine Kontrolle über unspezifische Effekte) werden die Ergebnisse zurückhaltend als nicht stichhaltig beurteilt.

Zum Einsatz von autogenem Training bei stressbedingten Beschwerden fanden sich acht Studien, von denen sieben über positive Effekte berichten. Allerdings sind diese Ergebnisse aufgrund methodischer Schwächen nur als Hinweise auf eine Wirksamkeit zu werten. Neuere Studie belegen jedoch die Stressreduktion auch bei Krebspatienten und Patienten, bei denen eine Operation an den Herzkranzgefäßen vorgenommen wurde.

Verschiedene andere Anwendungsbereiche des autogenen Trainings, das im Allgemeinen als begleitende Therapiemaßnahme eingesetzt wurde, erfasst ein systematischer Überblick von 64 kontrollierten Studien. Zu den Indikationen hoher Blutdruck und Stress können auf dieser Basis deutlich optimistischere Schlüsse im Hinblick auf die Wirksamkeit gezogen werden, als es die zuvor genannten Arbeiten erlaubten. Ferner belegen sie, dass autogenes Training wirksam ist bei Angina Pectoris, Asthma, Kopfschmerzen, neurovegetativer Dystonie (Funktionsstörung des vegetativen, nicht dem Willen unterworfenen Nervensystems), Glaukom (verschiedene Augenerkrankungen, bei denen Sehnervenfasern zugrunde gehen), Ekzem, Epilepsie, Raynaud-Krankheit (schmerzhafte Gefäßkrämpfe an den Fingern), Schlafstörungen und milder Depression, die jeweiligen Symptome zu lindern.

Zusätzlich liegen je eine kontrollierte Studie mit positiven Ergebnissen zu den Anwendungsbereichen Sudeck-Krankheit, Tinnitus und Fibromyalgie vor, bei denen die Symptome Schmerz beziehungsweise Ohrgeräusche gebessert wurden. Ebenso konnte eine Wirksamkeit auf Schlafstörungen bei Krebspatienten, Reisekrankheit und kindlichen Verhaltensstörungen gezeigt werden.

Achtung

Allgemein

Patienten mit Herzrhythmusstörungen können sich ängstigen, wenn sie ihren Pulsschlag bewusst empfinden. Asthmatiker kann es zu Beginn des Trainings beunruhigen, sich auf ihren Atemrhythmus zu konzentrieren. Durch das Üben in der Gruppe unter kompetenter Leitung verlieren sich diese Probleme in der Regel bald.

Autogenes Training ist meist kein eigenständiges Verfahren zur Behandlung bestehender Erkrankungen; es sollte zur Unterstützung einer medizinischen Therapie genutzt werden.

Die Anwendung von autogenem Training als therapeutische Behandlung durch medizinisch unerfahrene Trainer birgt die Gefahr, dass auf eine konventionelle Diagnose verzichtet und eine notwendige Behandlung versäumt wird.

© Stiftung Warentest, Stand 28.09.2005

Gegenanzeigen

Bei Persönlichkeitsstörungen, schweren psychischen Krankheiten sowie bei einer latenten Psychose sollte kein autogenes Training durchgeführt werden.

Auch für Menschen mit schweren Depressionen und starken Angstzuständen eignet sich autogenes Training nicht, weil sich die Betroffenen ohnehin meist stark nach innen zurückziehen.

Wechselwirkungen

Wird autogenes Training neben einer Standardtherapie angewendet, zum Beispiel bei einer medikamentösen Behandlung von hohem Blutdruck, sollte diese gut überwacht werden. Es ist möglich, dass die Dosierung der verwendeten Arzneimittel angepasst werden muss.

Risiken

Durch das Verfahren

Durch autogenes Training kann es gelegentlich zu ungewohnten Reaktionen im Körper kommen, zum Beispiel zu starkem Herzklopfen oder verstärkten Rückenschmerzen. Solche Reaktionen müssen mit dem Trainer besprochen werden.

Durch unsachgemäße Anwendung

Wenn das Training nicht in korrekter Weise durchgeführt wird, zum Beispiel die Übungen abrupt unterbrochen werden, kann das zu Angstzuständen führen.

Hinweise

Für Kinder unter 14 Jahren

Auch Kinder ab fünf Jahren können autogenes Training lernen. Für sie werden altersgemäße Erklärungen und Vorschläge für Formeln ausgewählt. Bei jüngeren Kindern fehlen im Allgemeinen noch die nötige Einsicht und das Konzentrationsvermögen.

Bewertung

Die therapeutische Wirksamkeit von autogenem Training als Ergänzung zu einer herkömmlichen Behandlung ist bei den Anwendungsgebieten Angina Pectoris, Asthma, Ekzem, Epilepsie, Fibromyalgie, Glaukom, Kopfschmerzen, milde Depression, neurovegetative Dystonie, Raynaud-Syndrom, Schlafstörungen, Stress, Sudeck-Krankheit und Tinnitus nachgewiesen. Die mit diesen Erkrankungen verbundenen Beschwerden gehen unter autogenem Training zurück. Ein wesentliches Risiko ist bei sachgemäßer Anwendung nicht gegeben. Die Abwägung von Nutzen und Risiko fällt daher insgesamt positiv aus. Autogenes Training ist zur begleitenden Behandlung für diese Anwendungen geeignet.

Der Nachweis der therapeutischen Wirkung des autogenen Trainings auf hohen Blutdruck ist bisher noch schwach. Daher fällt die Nutzen-Risiko-Abwägung hierfür eher negativ aus. Das autogene Training ist zur Behandlung von Bluthochdruck wenig geeignet.

Quellenangaben

Cowings, P. S.; Toscano, W. B.: Autogenic-feedback training exercise is superior to promethazine for control of motion sickness symptoms, in: J Clin Pharmacol 40 (2000), S. 1154-1165

Fialka, V. u. a.: Autogenic training for reflex sympathetic dystrophy: a pilot study, in: Comp Ther Med 4 (1996), S. 103-105

Goldbeck, L.; Schmid, K.: Effectiveness of autogenic relaxation training on children and adolescents with behavioural and emotional problems, in: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 42 (2003), S. 1046-1054

Hidderley, M.; Holt, M.: A pilot randomized trial assessing the effects of autogenic training in early stage cancer patients in relation to psychological status and immune system responses, in: Eur J Oncol Nursing 8 (2004), S. 61-65

Kanji, N.; White, A. R.; Ernst. E.: Antihypertensive effects of autogenic training: A systematic review, in: Perfusion 12 (1999), S. 279-282

© Stiftung Warentest, Stand 28.09.2005

Kanji, N.; Ernst, E.: Autogenic training for stress and anxiety: a systematic review, in: Comp Ther Med 8 (2000), S. 106-110

Kanji, N.; White, A. R.; Ernst, E: Autogenic training reduces anxiety after coronary angioplasty: A randomized clinical trial, in: Am Heart J 147 (2004), S. 10

Keel, P. J. u. a.: Comparison of integrated group therapy and group relaxation training for fibromyalgia, in: Clin J Pain 14 (1998), S. 232-238

Simeit, R.; Deck, R.; Conta, M. B.: Sleep management training for cancer patients with insomnia, in: Support Care Cancer 12 (2004), S. 176-183

Stetter, F.; Kupper, S.: Autogenes Training - Qualitative Meta-Analyse kontrollierter klinischer Studien und Beziehungen zur Naturheilkunde, in: Forsch Komplementärmed 5 (1998), S. 211-223

Winter, B.; Nieschalk, M.; Stoll, W.: Die Auswirkungen der Entspannungstherapie als Gruppen- und Einzelbehandlung bei chronischem Tinnitus, in: Psychother Psychosom med Psychol 46 (1996), S. 147-152

Die sechs Übungen der Unterstufe

- Zuerst wird die Schwereübung trainiert: Man konzentriert sich auf einen Körperteil, zum Beispiel einen Arm, und stellt sich vor: "Mein rechter Arm ist schwer". Allmählich stellt sich dieses vorgestellte Empfinden tatsächlich ein. Später geht man mit den Formeln auf andere Körperbereiche, schließlich auf den ganzen Körper über: "Die Schwere fließt in meine Arme und Beine", "Mein Körper ist ganz schwer" und "Ich fühle mich angenehm schwer".
- Bei der Wärmeübung wird wieder mit einem Teil des Körpers begonnen, dann die Vorstellung auf den ganzen Körper ausgebreitet: "Mein Arm ist angenehm warm", "Mein ganzer Körper ist warm", "Ich bin angenehm warm".
- Dann folgt die Herzübung, bei der man den Herzschlag konzentriert erlebt: "Mein Herz schlägt angenehm gleichmäßig", "Mein Puls fließt ruhig und kräftig", "Mein Herz geht ganz automatisch, von allein".
- Anschließend konzentriert man sich bei der Atemübung auf die Atmung: "Mein Atem fließt ruhig und gleichmäßig", "Ich atme angenehm ruhig", "Es atmet mich".
- Es folgt die Bauchübung, bei der sich die Gedanken auf den Bauch konzentrieren: "Mein Bauch ist weich und warm", "Mein Sonnengeflecht ist strömend warm".
- Die Stirnübung schließt die Imagination ab. Bei tiefer Entspannung konzentriert man sich auf einen kühlen Kopf: "Meine Stirn ist angenehm kühl", "Mein Kopf ist frei und klar".

© Stiftung Warentest, Stand 28.09.2005

So testen wir

Die Bewertung ist die Schlussfolgerung aus den hier dargelegten Sachverhalten. Welche Schlüsse Sie hinsichtlich Ihrer eigenen Behandlung daraus ziehen, bleibt selbstverständlich Ihnen überlassen.

Im Sinne des Verbraucherschutzes rät die Stiftung Warentest jedoch bei Verfahren, bei denen die Beurteilung nahe legt, dass das Verfahren nicht wirksamer ist als eine üblicherweise praktizierte Therapie oder sich als nicht wirksamer als Placebo erwiesen hat, einen Mediziner aufzusuchen, der die an Universitäten gelehrte Medizin anwendet.

Es ist in diesen Fällen nicht zu erwarten, dass eine Behandlung auf andere Art eine Besserung herbeiführen wird; vielmehr ist zu befürchten, dass wirksame und nützliche Behandlungen versäumt werden können. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass die Komplementärbehandlung unter Umständen erhebliche Kosten verursacht.

Auswahl der Verfahren

Aus der Vielzahl der in Deutschland angebotenen komplementärmedizinischen Verfahren hat die Stiftung Warentest mehr als 50 ausgewählt und ihre Wirksamkeit bei bestimmten Anwendungsgebieten und ihre Eignung zur Behandlung von Krankheiten und Störungen begutachtet. Grundlage für die Auswahl bildeten jene Verfahren,

- für die es in der Berufsordnung für Ärzte eine Zusatzbezeichnung gibt,
- die in den Lehrinhalten zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Arzt für Naturheilverfahren" aufgelistet sind,
- die in den Lehrplänen der Schulen für Heilpraktiker aufgeführt sind,
- die zu den so genannten klassischen Naturheilverfahren gehören.

Krankengymnastik und physikalische Behandlungen, die Bestandteil der allgemein üblichen Medizin sind, wurden nicht aufgenommen. Auch psychotherapeutische Verfahren wurden – bis auf die Hypnose – ausgespart.

Literaturrecherche

Die therapeutische Wirksamkeit wird anhand wissenschaftlicher Untersuchungen beurteilt. Solche Studien sind üblicherweise in allgemein zugänglichen Fachzeitschriften veröffentlicht. Eine Vielzahl dieser Zeitschriften ist in Datenbanken erfasst, auf die per Internet weltweit zugegriffen werden kann. Am Beginn einer jeden Begutachtung stand also eine sorgfältige Recherche zur verfügbaren Literatur.

Die Stiftung Warentest hat bei Lehrinstituten und Organisationen im deutschen Sprachraum, die sich mit den ausgewählten Methoden beschäftigen, nach Unterlagen und klinischen Studien zu den jeweiligen Verfahren gefragt. Darüber hinaus wurden Hersteller der zu den Verfahren gehörenden Arzneimittel und Geräte kontaktiert. Dieses Material wurde gesichtet und entsprechend der definierten Einschlusskriterien für die Begutachtung ausgewählt. Außerdem wurden auf elektronischem Wege Recherchen in den Datenbanken Medline, Embase und CISCOM durchgeführt, bei denen als Suchbegriff im Wesentlichen, aber nicht nur, der Name des jeweiligen Verfahrens eingegeben wurde.

Die Literaturrecherche wurde dadurch ergänzt, dass Fachzeitschriften gesichtet und Recherchen auf dem Gesundheitsmarkt durchgeführt wurden.

Einschlusskriterien für Studien

Bei Verfahren, für die es bereits Übersichtsarbeiten (systematische Reviews, Metaanalysen, siehe „Studien - Begriffsdefinitionen") zur Wirksamkeit gibt, wurden diese als Bewertungsgrundlage herangezogen. Dabei wurden die Qualität der Übersichtsarbeit und die jener Studien, welche in der Übersicht ausgewertet wurden, getrennt berücksichtigt. Wenn mehrere derartige Arbeiten vorlagen, wurde die jeweils aktuellste verwendet.

Bei Verfahren, für die noch keine systematischen Übersichten zu Verfügung standen, wurden Einzelstudien ausgewertet. Diese fanden aber generell nur dann Berücksichtigung, wenn es sich um kontrollierte Studien handelt. Und auch hier wurden die methodische Qualität und Quantität der Studien in der Urteilsfindung berücksichtigt.

© Stiftung Warentest, Stand 28.09.2005

Beurteilung der Wirksamkeit

Die Wirksamkeit der Verfahren wurde gemäß den internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin (evidence based medicine, EBM) beurteilt. Für diese Art der Beurteilung gibt es viele unterschiedliche Klassifikationen. Diejenige, nach der die Stiftung Warentest vorgegangen ist, hat vier Kategorien von Studien definiert; die Beweiskraft ist bei den zuerst genannten Arbeiten am größten, bei den weiteren nimmt sie kontinuierlich ab. Je nach Qualität der existierenden Arbeiten werden folgende Evidenzklassen gebildet:

- Es gibt wenigstens eine systematische Übersicht (Review, Metaanalyse) auf der Basis von methodisch hochwertigen, kontrollierten und randomisierten Studien.
- Es gibt wenigstens eine methodisch hochwertige, kontrollierte randomisierte Studie mit ausreichend großer Teilnehmerzahl.
- Es gibt wenigstens eine hochwertige, kontrollierte Studie, deren Teilnehmer allerdings nicht nach dem Zufallsprinzip auf die verschiedenen Studiengruppen verteilt wurden (Randomisierung).
- Es gibt andere Daten, zum Beispiel Beobachtungsstudien ohne Kontrollgruppe oder experimentelle Studien.

Bei der Beurteilung der Beweiskraft der für ein Verfahren vorliegenden Studien wurden folgende Kriterien berücksichtigt:

- Das Evidenz-Niveau. Dieses spiegelt wider, ob es sich um eine Übersicht über viele Einzelstudien, ob es sich um mehrere Einzelstudien oder nur eine Studie handelt.
- Die Qualität der Methodik, die der jeweiligen klinischen Studie zugrunde liegt, und wie glaubhaft die aus den Ergebnissen abgeleiteten Schlussfolgerungen sind (Validität). Liegen nur unkontrollierte Studien oder gar nur Erfahrungsberichte vor, kann die Wirksamkeit der Methode nicht als nachgewiesen angesehen werden.
- Die Anzahl der im Rahmen dieser Studien behandelten Personen. Die Aussage über die Wirksamkeit einer Methode wird umso solider, je mehr Menschen im Rahmen solcher Studien behandelt wurden.

Beurteilung der Sicherheit

Untersuchungen zur Wirksamkeit, wie sie oben angegeben sind, sind kaum aussagefähig, wenn es um die Frage geht, wie sicher die Anwendung dieses Verfahrens für die Patienten ist. Studienteilnehmer werden beispielsweise so ausgewählt, dass sie nur die zu untersuchende Krankheit haben – keine weiteren Begleiterkrankungen.

Bei der breiten Anwendung in der Praxis ist das anders. Da werden mit dem Mittel, dem Gerät oder dem Verfahren viele Menschen behandelt, die an mehreren Krankheiten leiden, es werden Frauen behandelt, während Patientinnen in Studien meist ausgeschlossen sind, und es werden alte Patienten therapiert, was ebenfalls bei klinischen Studien nicht üblich ist. Darüber hinaus kommen sehr viel mehr Menschen mit der Behandlungsmethode in Kontakt, als das in klinischen Studien der Fall ist, da deren Teilnehmerzahl meist eng begrenzt ist.

Um das Risiko besser beurteilen zu können, wurden deshalb auch Fallberichte, Fallserien, Gerichtsurteile und andere Untersuchungen in die Beurteilung einbezogen. Denn schließlich können die Auswirkungen einer unerwünschten Wirkung für den einzelnen Betroffenen recht dramatisch sein. Darüber hinaus ist der Bericht eines solchen Einzelfalls auch deshalb bedeutsam, weil er eventuell auf ein Problem hinweist, das näher untersucht werden sollte. Allerdings gilt auch für die Risikoabschätzung: Ein Einzelfallbericht ist kein Beweis.

Bewertung

Die auf die beschriebene Weise beurteilte Wirksamkeit wurde zu dem potenziellen Risiko ins Verhältnis gesetzt. Zum Wirksamkeitsnachweis wurden, wie oben beschrieben, vornehmlich kontrollierte Studien herangezogen, während zu Sicherheitsfragen sogar Einzelfälle in die Betrachtung einflossen. Dabei gilt, solange ein Wirksamkeitsnachweis nicht erbracht ist, ein Verfahren als nicht effektiv. Und falls auch nur ein kleiner Verdacht auf Risiken besteht, kann das Verfahren nicht als sicher betrachtet werden.

Ausgehend von dieser Nutzen-Risiko-Abwägung wurden die Verfahren abschließend einer Kurzbewertung unterzogen. Diese umfasst vier Kategorien:

- „Geeignet" ist ein Verfahren, dessen therapeutische Wirksamkeit oder diagnostischer Nutzen für ein definiertes Anwendungsgebiet nachgewiesen ist. Mit der Anwendung verbindet sich kein oder ein nur geringes Risiko. Die Abwägung von Nutzen und Risiko fällt demnach eindeutig positiv aus.

© Stiftung Warentest, Stand 28.09.2005

- „Mit Einschränkung geeignet" ist ein Verfahren, bei dem die therapeutische Wirksamkeit oder der diagnostische Nutzen für ein definiertes Anwendungsgebiet nachgewiesen ist. Die Anwendung birgt aber ein deutliches oder nicht ausreichend abschätzbares Risiko. Die Abwägung von Nutzen und Risiko fällt demnach nicht eindeutig positiv aus.
- „Wenig geeignet" ist ein Verfahren, bei dem es lediglich Hinweise auf eine therapeutische Wirksamkeit oder einen diagnostischen Nutzen in einem definierten Anwendungsgebiet gibt. Mit der Anwendung verbindet sich jedoch kein oder nur ein geringes Risiko. Die Abwägung von Nutzen und Risiko fällt insgesamt eher negativ aus.
- „Nicht geeignet" ist ein Verfahren für ein definiertes Anwendungsgebiet, wenn die Abwägung von Nutzen und Risiko negativ ausfällt. Dies ist vor allem der Fall, wenn – die therapeutische Wirksamkeit oder der diagnostische Nutzen gering, das Risiko jedoch erheblich ist, – die therapeutische Wirksamkeit oder der diagnostische Nutzen nicht nachgewiesen ist, unabhängig vom Risiko.

Evidenzbasierte Medizin

Ärzte, die ihre Patienten nach dem Prinzip evidenzbasierter Medizin behandeln, nutzen ganz bewusst zwei Quellen: Zum einen ihr Können und ihre Urteilskraft, die sie durch ihre Erfahrung und ärztliche Tätigkeit erworben haben (klinische Expertise), zum anderen die Ergebnisse klinisch relevanter Forschung (externe Evidenz).

Erst wenn beides zusammenkommt, haben Patienten davon den größtmöglichen Vorteil, denn wenn sich Ärzte vornehmlich auf das verlassen, was die Erfahrung sie gelehrt hat, bleiben neue Erkenntnisse möglicherweise unberücksichtigt. Zudem kann Erfahrung allein häufig in die Irre führen. Und auf der anderen Seite vernachlässigen Ärzte, die ihre Behandlung ausschließlich an Studienergebnissen orientieren, unter Umständen die individuellen Bedingungen des Kranken.

Aktualisierung

Dieses Internetangebot basiert auf dem Handbuch "Die Andere Medizin" der Stiftung Warentest. Das Buch erschien im Oktober 2005, Redaktionsschluss war der 31. Januar 2005. Die Inhalte werden regelmäßig kontrolliert und bei Bedarf aktualisiert.

Einzelne Teile des Buches sind bereits jetzt zur Aktualisierung vorgesehen und werden ab Januar 2007 bearbeitet. Dabei finden besonders solche Verfahren Beachtung, in denen regelmäßig und viel geforscht wird und/oder zu denen kürzlich wichtige Publikationen erfolgten.

Impressum

Herausgeber und Verlag
Stiftung Warentest

Lützowplatz 11-13, 10785 Berlin
Postfach 20 41 41, 10724 Berlin
Telefon: 0 30/26 31-0
Telefax: 0 30/26 31 27 27
email@stiftung-warentest.de

Bilder und Bildrechte
Stiftung Warentest

Alle in test.de veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Das gilt auch gegenüber Datenbanken und ähnlichen Einrichtungen. Die Reproduktion - ganz oder in Teilen - durch Nachdruck, fototechnische Vervielfältigung oder andere Verfahren - auch Auszüge, Bearbeitungen sowie Abbildungen - oder die Übertragung in eine von Maschinen, insbesondere Datenverarbeitungsanlagen verwendbare Sprache oder die Einspeisung in elektronische Systeme bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlags.
Ansprechpartner hierfür ist die Pressestelle, Telefon (030) 26 31 23 45. Alle übrigen Rechte bleiben vorbehalten.