



Devenons-nous les disciples de notre confrère Knock?

Il n'est pas question de rentrer en polémique avec un confrère qui est déjà à la retraite et qui était un médecin fonctionnaire, donc lié aux institutions étatiques ... comme Domenighetti [1]. S'il m'est arrivé plus d'une fois de m'opposer à ce Monsieur, ce n'est pas par principe mais après avoir lu attentivement ce qu'il a écrit et m'être rendu compte que les études qu'il a menées sur l'impact économique du corps médical sont comme par hasard financées par les caisses-maladies et que son raisonnement n'a rien de scientifique: en effet, il part d'une conclusion et cherche à prouver par des chiffres la réalité de ce qu'il pense. Il a publié par exemple que la médecine ambulatoire serait le facteur principal de l'augmentation des primes des caisses-maladie. Pour prouver cela il utilise les dépenses des caisses, pour lesquels en effet la médecine ambulatoire représente environ 30%, mais cette même médecine ambulatoire ne présente que 16% des primes encaissées par les caisses ... la différence venant du fait que seulement une partie des cotisations encaissées sert à rembourser des soins. Et c'est justement là qu'il faut chercher l'augmentation insupportable des cotisations, car d'année en année, la part des cotisations qui n'est pas utilisée à rembourser des soins, augmente.

Désolé pour cette digression, mais ma perplexité a été encore plus grande lorsque je me suis aperçu que Jean Martin faisait partie du conseil d'administration de EMH et donc je comprends mieux qu'il soit publié si souvent et pas seulement dans le coin des lecteurs! Libre à lui d'écrire si souvent, comme il en a maintenant la possibilité mais qu'il n'écrive pas n'importe quoi et surtout pas quelque chose qui nuira au corps médical, dans un journal qui n'est sensé refléter l'opinion du comité de la FMH.

Dr Rudolf Mayer, Pully

1 Martin J. Devenons-nous les disciples de notre confrère Knock? Bull Méd Suisses 2005; 86(14):813-4.

Considérations économiques et intérêt général dans le système de santé

Un de mes maîtres en médecine disait qu'il y a, parmi d'autres, trois règles importantes: écouter, écouter et écouter ... Une longue carrière en contact avec le corps médical, les autres professions de la santé et la société civile m'a appris qu'il était essentiel d'écouter – et lire – ce que disent celles et ceux qui professent des opinions différentes des siennes, pour se forger une position susceptible de correspondre – le moins mal possible – à une appréciation objective de la réalité. Objective et donc, on veut l'espérer, concrètement utile. Je m'efforce d'observer cette recommandation.

Avec le Dr Mayer, on peut dire il est vrai que – après huit ans de travail outremer dans des cadres de coopération – j'ai fait une carrière de médecin «fonctionnaire, lié aux institutions étatiques». De plus, je devrais m'abstenir de donner mon avis puisque je suis à la retraite et donc un *has been*. Disons qu'une activité d'un quart de siècle dans un service cantonal de la santé, avec des relations substantielles au niveau suisse et international – pas seulement avec des fonctionnaires –, ne m'a pas fait penser que je donnais seulement l'impression d'un employé «étatisant». En tout cas, j'ai constamment apprécié et été enrichi par mes contacts avec les plus de 2500 médecins vaudois.

Je connais G. Domenighetti. Je réalise le côté iconoclaste, par rapport à telles ou telles fortes «idées reçues», de certains de ses résultats. L'ennui, c'est que les arguments de ses vigoureux critiques ne sont à ma connaissance jamais vraiment allés au delà de la descente en flammes sur la base d'affirmations vertueuses et définitives ... Nous vivons dans un monde imparfait et Monsieur Domenighetti l'est sans doute. A propos de toute étude, on peut dire qu'elle pourrait être encore plus irréprochable dans sa méthodologie. On constate néanmoins qu'un économiste qui a fait toute sa carrière dans un modeste canton de notre modeste pays – et à ma connaissance sans connection spéciale discutable dans la presse scientifique – a vu ses travaux publiés dans des

journaux qui incluent le *New England Journal of Medicine*, *Lancet*, *British Medical Journal*, *International Journal of Health Services* et *International Journal of Epidemiology*, parmi d'autres. On me dira que *l'impact factor* n'est pas la mesure de toutes choses et je suis tout à fait d'accord. Pour être un bon médecin en particulier, il faut aussi d'autres compétences, humaines, relationnelles. Cela étant, on ne peut pas porter aux nues les scientifiques médecins qui publient dans de tels journaux et, quand il s'agit d'un non-médecin, faire comme si cela était sans intérêt.

La réaction de notre confrère Mayer me donne l'occasion de citer le courrier reçu d'un médecin généraliste dont la tenue éthique m'est connue de longue date: «Je vous rejoins pleinement en ce qui concerne votre article dans le BMS. Je suis inondé de publicité à propos de cholestérol, migraine, impuissance, ostéoporose, pour faire prescrire et vendre certains médicaments à un prix public plusieurs dizaines de fois le prix de production. C'est vrai ce que vous dites du «lèse-majesté hippocratique». Je me suis adressé à plusieurs instances au niveau fédéral sans rencontrer l'ombre d'une volonté d'y changer quelque chose.»

Plus académique, dans le numéro du 6 avril 2005 de la *Revue médicale suisse*, l'éditorial «Debout, collègues», par les professeurs Pierre Dayer et Jérôme Biollaz: «N'est-il pas frappant de constater qu'à quelques semaines près, deux anciens éditeurs en chef du *New England Journal of Medicine*, références séditieuses s'il en est, jugent indispensable de faire partager au plus grand nombre leurs «doutes» sur la politique des producteurs de médicaments, tantôt d'une brutalité grossière, tantôt d'une subtilité rare lorsqu'il s'agit de convaincre les prescripteurs de les suivre» (les ouvrages de Marcia Angell et Jérôme Kassirer cités par cet éditorial peuvent être hautement recommandés). Après avoir souligné que l'enjeu est notre crédibilité aux yeux des patients et du public, Dayer et Biollaz relèvent avec pondération qu'il ne faut pas confondre l'écume et la vague.

D'accord bien sûr pour ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Les médecins guérissent et soulagent plus souvent qu'à l'époque du «Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours» d'Ambroise Paré. De nombreux médicaments sont grandement utiles. Il reste à mon sens – j'assume – que la logique qui mène les décisions stratégiques de l'industrie pharmaceutique est basée sur des critères tout à fait comparables à ceux de l'industrie chimique (hors médicaments), informatique, automobile, des boissons ou de l'armement – qui sont bien sûr des secteurs

économiques qui ont le droit d'exister, ils ne font rien d'illégal. Ce que j'ai déploré [1], c'est que, dans les décisions de cette industrie qui est un partenaire majeur du système de santé, il n'y a pas de place pour une personne ou instance qui soit l'avocat de *l'intérêt général*. Etonnant, non? En tout cas clairement regrettable. Que je souligne ici que je serais ravi de voir une démonstration convaincante de mon erreur dans cette appréciation.

Enfin, s'agissant de ma présence au Conseil d'administration des EMH depuis l'an dernier, je peux dire que cette invitation a été pour moi une surprise totale – notamment parce que j'étais devenu un *has been*. Je n'ai pas refusé. Je veux croire que cet élément n'a pas joué de rôle dans l'acceptation d'articles par la rédaction du BMS mais ce n'est évidemment pas moi qui peut juger. Au reste, il est vrai que je continue à proposer à des revues médicales – pas seulement à notre journal professionnel – des manuscrits sur des sujets que j'imagine susceptibles de retenir l'attention de nos confrères.

Dr Jean Martin, PD, Echandens

- 1 Martin J. Research in biomedicine – Is anyone representing/advocating the public interest? *Eur J Pub Health* 2001;11:458-9; texte français dans *Le Temps* (Genève), 12 janvier 2001.



Zahlenmanagement eines Spitalstrategen

Würden Sie als Spitalmanager die «Erzielung eines guten Betriebsergebnisses» als sehr wichtig, wichtig, weniger wichtig oder gar als unwichtig einstufen? Je nach Antwort gäbe das 0–3 Punkte. Wären Sie bereit, 20 andere, durchaus erstrebenswerte Qualitäten eines Spitals nach dem gleichen Schema einzuordnen? Können Sie nachvollziehen, dass 85 von 100 deutschschweizer Spitaldirektoren, die mit diesem «schriftlichen Fragebogen angeschrieben wurden», eine Mitarbeit verweigert haben? Die Rücklaufquote betrug magere 15%.

Das hat einen im Gesundheitswesen tätigen Unternehmensberater nicht daran gehindert, die Angaben von neun öffentlich-rechtlichen Institutionen («60%») und von sechs Privatspitalern («40%») zu prozentuieren, um damit zahlenreiche statistische Aussagen und Abbildungen zu alimentieren [2]. Fünf Teilnehmende werden zu 33% der Befragten hochstilisiert, obwohl sie nur ein Drittel der Antwortenden ausmachen. Als hätte die Studie eine grosse Beteiligung erreicht, wurden Mittelwerte der Scores

pseudowissenschaftlich auf zwei Stellen nach dem Komma berechnet. So gilt die Messung der Zufriedenheit der zuweisenden Ärzte mit exakt 2,71 als beinahe sehr wichtig, eine diesbezügliche Befragung der Belegärzte erachten die Spitalmanager mit 1,85 als weniger dringlich, obwohl etliche von ihnen Privatspitäler leiten. Die Konzepte des Autors für ein langfristig erfolgversprechendes strategisches Denken und Handeln im Spital sind dennoch beachtenswert. Es mag didaktisch auch hilfreich sein, einige Kernsätze in der Einleitung, im Hauptteil und bei den Schlussfolgerungen zu wiederholen. Wenn aber ganze textverarbeitete Blöcke unverändert an mehreren Stellen des wortreichen Artikels eingefügt sind, entsteht ein Phrasen-Patchwork und man fragt sich, ob die Redaktion keine Schere für Kürzungen besitzt. (Im gleichen Heft der SÄZ wurde ein 96 Positionen umfassendes Literaturverzeichnis der zweisprachigen Leserschaft im Doppel eingepflegt.)

Aus den Ergebnissen der empirischen Umfrage (15 Teilnehmer) lasse sich die «bedeutende Rolle von hochqualifiziertem Humankapital im Spitalumfeld» ableiten; eine umwerfend neue Erkenntnis. Früher nannte man es schlicht «gutes Personal», wir hatten es aber lieber drinnen im Spital als nur auf dessen Umfeld.

Dr. med. Bernhard Gurtner, Wetzikon

- 2 Schönenberger M. Strategisches Management im Krankenhaus. Schweiz Ärztezeitung 2005; 86(9):562-73.



Soll die FMH unter ihren Mitgliedern die Komplementärmedizin fördern?

Sehr geehrter Herr Kollege Nadig

Ich habe Ihre intellektuelle Fleissarbeit über die Wirkung von Iscador mit grossem Interesse gelesen und habe mich während des Lesens immer gefragt, auf welche Weise es Ihnen wohl gelingen werde, mit all den arabesk ziselierten Argumenten aus «Philosophie, Juristerei und Medizin und leider auch Theologie» den geplanten Vernichtungsschlag gegen dieses schon seit Jahrzehnten den schulmedizinischen Ductus lästig störende Iscador zu führen [3]. Da endlich sind Sie bei dem Schluss angelangt, dass durch den fehlenden Wirkungsnachweis dem Patienten eine Wirkung vorgetäuscht werde, die es nicht gebe. Hier spätestens merkt man Ihre Absicht und ist verstimmt, dass der scheinbar Schritt für

Schritt wissenschaftlich geführte Beweis in dem *völlig unwissenschaftlichen Schluss endet, ein fehlender Wirkungsnachweis sei gleichbedeutend mit fehlender Wirkung*. Überdies sind Sie offensichtlich ungenügend darüber orientiert, dass es auch überzeugende Langzeitstudien gibt, aus denen die verlängerte Überlebenszeit von Krebspatienten unter Iscador klar hervorgeht. Um aber Ihre Tendenz, alle Wirksamkeit nur auf doppelblinde, randomisierte, prospektive Studien abzustützen, etwas zu erschüttern, müsste ich Ihnen vorschlagen, an dem berühmten, randomisierten, prospektiven Versuch zum Nachweis der Wirksamkeit des Fallschirmes teilzunehmen: der eine Arm ohne Fallschirm, der andere mit Fallschirm, damit endlich bewiesen werden kann, dass der Fallschirm wirksam ist. Auch die Sonne geht jeden Morgen am Horizont ohne einen doppelblinden, randomisierten, prospektiven Nachweis auf. Dieses «schulmedizinische» Paradigma ist ja längstens zu einem, den wissenschaftlichen Fortschritt immer weiter hemmenden «Paradogma» geworden. Sie sind sich ganz offensichtlich nicht bewusst, dass Sie in Ihrem Artikel eine Anschauung der Welt vertreten, von der Sie so sprechen, als ob sie keine Weltanschauung wäre. Ebenso stört es Sie wenig, dass der Bürger mit seinen Prämien die Milliardenäläre und -umsätze der chemischen Firmen bezahlen hilft, die ihrerseits problemlos ihre einträglichen Medikamente mit vergoldeten Wirksamkeitsnachweisstudien versehen können. Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass eine der grössten wissenschaftlichen Lügen unserer Zeit z. B. ist, dass dank der modernen Medizin die mittlere Überlebenszeit der Menschen drastisch zugenommen habe in den letzten 200 Jahren. Um diese statistische Lüge unter die Bevölkerung streuen zu können, hat man nämlich vorerst den Beginn des menschlichen Lebens nicht mehr bei der Zeugung, sondern willkürlich mindestens drei Monate später oder bei der Geburt angesetzt, damit man die Heerscharen von im Mutterleibe umgebrachten menschlichen Wesen nicht in die Statistik einbeziehen muss. Oder ist aus einem einmal befruchteten menschlichen Ei schon jemals ein Elefant geworden? Ich bin mir bewusst, dass es wohl kaum je so viele alte Menschen gegeben hat wie heute, aber auch noch nie so viele im Keime dank unserer medizinischen Möglichkeiten erstickte Menschen! Die moderne Medizin scheint es demzufolge mit der von Ihnen so hervorgehobenen Verlängerung der Überlebenszeit nicht immer konsequent ernst zu nehmen. An sich ist ja die Überlebenszeit wirklich nicht das allein-sigmachende Kriterium, ist doch der Tod im Individualleben ein viel zu seltenes Ereignis, als

dass es überhaupt eine statistische Bedeutung erlangen könnte.

Wenn wir uns wiederum darauf besinnen werden, dass unsere schwierige ärztliche Aufgabe, unsere Quadratur des Zirkels darin besteht, Leben zu gestalten und zu erhalten, ohne die höhere Notwendigkeit des Todes vergewaltigen zu wollen, wird man sich nicht mehr hinter den sich gegenseitig ausschliessen wollenden Begriffen von «Schulmedizin» und «Alternativ- oder Komplementärmedizin» zu verschanzen haben. Was die angeführten finanziellen Bedenken betrifft, lohnen sich auch Ihre Anstrengungen nicht, gegen eine komplementäre Medizin, welche nur 2 bis 3% der Kosten des ganzen Gesundheitswesens ausmacht, zu kämpfen. Im übrigen macht mir auch die Betonung der Wirtschaftlichkeit im Bereich der Medizin die grösste Mühe. Medizin hat nun wirklich nichts mit Wirtschaft zu tun, sonst müsste ich sagen, es sei am wirtschaftlichsten, wenn der chronisch kranke Mensch möglichst rasch stirbe, damit er nicht noch teure Chemotherapien hervorruft. Evidente Erfahrungen von Generationen von Ärzten mit einem Medikament wie Iscador können nicht mit der – nota bene – unrichtigen Behauptung nicht vorhandener Statistiken wegdiskutiert werden. Wenn Sie Augenzeuge sind, wie Ihnen der Hase den Salat im Garten frisst, brauchen Sie kein kompliziertes Beweisverfahren, dass der Hase den Salat gefressen hat. Sie würden Ihre Überzeugung – nehme ich wenigstens an – behalten, auch wenn ein doppelblind randomisierter statistischer Nachweis nicht zum selben Schluss käme.

Lieber Herr Nadig, ich bin mir meines fast ein bisschen gehässigen Tones bewusst, den ich nur angeschlagen habe, um auch die etwas «komplementären» Farbtöne zu Ihrem Gemälde hervorzuheben. Ich lebe auch in all den gedanklichen Sorgen, die Sie angesprochen haben, und fühle mich als Arzt, der sich weder vor den modernen Errungenschaften unserer Medizin noch vor den nach neuen Wegen ringenden Richtungen verschliessen möchte. Doch denke ich, dass weder der «komplementäre» noch der «schulmedizinische» Dogmatismus zum Fortschritt beitragen werden. Ich freue mich jedes Mal über offene, gesprächsbereite Kollegen, denen der Patient als kranker Mensch wichtiger ist als jeder akademische Methodenstreit.

Mit bestem Dank für Ihre gedankliche Stimulation Ihr

Dr. med. S. Aebi, Ittigen

- 3 Nadig J. Soll die FMH unter ihren Mitgliedern die Komplementärmedizin fördern? Schweiz Ärztezeitung 2005;86(7):388-92.

Replik

Sehr geehrter Herr Kollege Aebi

Es freut mich, wenn in meiner arabisch ziselierten Argumentation etwas von der Transparenz der Marmorgitter im Löwenpalast der Alhambra durchscheint.

Wie können in einer pluralistischen Gesellschaft mit unterschiedlichen Glaubenssystemen (holistisches vs. biophysisches Weltbild) jenseits des Methodenstreites im öffentlichen Raum vernünftige Entscheide gefällt werden, war eine zentrale Frage meiner intellektuellen Fleissarbeit. Indem man sich auf Plausibilitäten stützt, die allen Bürgerinnen/Bürgern unabhängig von ihrem Glaubenssystem in gleichem Masse zugänglich sind, war die Antwort. Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind solche Plausibilitäten, die bei der Auswahl von Behandlungen für die Grundversicherung helfen. Angenommen habe ich dabei, dass der Inhalt des Leistungskataloges der Grundversicherung eine wesentliche gesellschaftliche Frage ist, zumal in der Grundversicherung alle Bürgerinnen/Bürger zu einem Zwangskollektiv der Prämienzahler zusammengeschlossen sind. Darin ist sie dem öffentlichen Recht vergleichbar, dem ebenfalls ein Zwangscharakter zukommt. Dort wird der Gerechtigkeit das Primat über das Wohlbefinden zugeschrieben. Deshalb postuliert Rawls, dass bei Verfassungs- oder Gerechtigkeitsfragen Argumente aus umfassenden Weltanschauungen abzulehnen sind.

Bei der Suche nach Kriterien für die Wirksamkeit der CAM stützte ich mich auf empirische Daten, die von Tumorpatienten erhoben wurden bei der Frage, was sie von der CAM erwarten. Dass sie von ihrem Krebsleiden geheilt würden, war die häufigste Antwort. Somit soll man die von den Betroffenen erwartete Heilung oder die damit verbundene Lebensverlängerung zum Mass der Wirksamkeit einer Behandlung nehmen. Damit wäre die Lebensverlängerung beispielsweise eine Plausibilität im öffentlichen Raum.

Ich habe Iscador nicht mit der Absicht ausgewählt, einen Vernichtungsschlag gegen diesen wässrigen Extrakt aus Misteln zu führen, sondern um aufzuzeigen, dass Iscador sogar von den Vertreibern als Teil einer umfassenden Weltansicht, der Anthroposophie, angepriesen wird. Solange nun für die Zulassung von Iscador nur Plausibilitäten im Rahmen dieser Weltansicht verwendet werden, kann dieses Medikament nicht Teil des Leistungskataloges sein, da es nicht die Pflicht des Zwangskollektivs der Prämienzahler sein kann, einer einzelnen Gruppe von Gläubigen die Ausübung ihrer Weltanschauung zu entschädigen. Die Grundversicherung kann höchstens

die Bürger dazu befähigen, ihre eigene Weltanschauung zu leben.

Wird nun Iscador aber ausserhalb des anthroposophischen Weltbildes im Sinne eines Medikamentes eingesetzt, das beispielsweise, wie von den Patienten erwartet, den Krebs heilen soll, so muss sich diese Heilung in geeigneter Form, beispielsweise an der Verlängerung des Überlebens, nachweisen lassen. Dabei sind wegen der Verfahrensgerechtigkeit für Iscador die gleichen Kriterien für die Zulassung anzuwenden wie bei anderen Medikamenten.

Dass man sich beim Wirkungsnachweis auf randomisierte Studien stützt, ist nun aber keine Erfindung der Industrie, sondern wurde bereits zur Zeit der Weltumsegelungen von einem englischen Seefahrer erfolgreich eingesetzt, um die Frage zu klären, ob die Ernährung mit frischen Früchten seine Mannschaft auf den langen See-reisen vor dem Skorbut bewahre. Dass es aber aufwendige industriegesponserte randomisierte Studien gibt, die lediglich dem besseren Marketing des eigenen Medikaments dienen, ist auch mir sehr wohl bekannt. Dies diskreditiert aber nicht das Instrument, sondern bestenfalls die Intensionen des Anwenders. Andererseits ist es aber immer noch besser, mit einer korrekten Studie zwei Medikamente aus Marketinggründen zu vergleichen, als im Widerspruch zur Helsinkideklaration über Experimente am Menschen Medikamente von der obligatorischen Grundversicherung bezahlen zu lassen, ohne den Patienten aufzuklären, dass es sich um eine experimentelle Behandlung handelt, die nur im Rahmen von Studien eingesetzt werden dürfte und deren Interaktionspotential mit anderen Medikamenten ungenügend bekannt ist.

Schade, dass Sie die vielen Studien nicht zitieren, die zeigen, dass Iscador bereits seit Ärztegenerationen den Krebs wegfresse wie der Hase den Salat. Zumindest in der EORTC-Studie zum malignen Melanom war die Gefrässigkeit des Iscadors nicht so evident, dass es mit Iscador weniger Rückfälle oder ein längeres krankheits-freies Leben ergeben hätte als in der Kontrollgruppe [1].

Dem infaust-unwissenschaftlichen Schluss, fehlender Wirkungsnachweis sei auch fehlende Wirkung, bin ich, so ich mich richtig interpretiere, zu meiner nicht unmephistophelischen Freude nicht erlegen, da eine Wirkung sehr wohl da sein kann, bevor wir sie gemessen, beschrieben und also nachgewiesen haben. Um aber bei Ihrer Bildsprache zu bleiben: Wenn ich die ganze Nacht in ekstatischer Verzückung trommle, bis am Morgen die Sonne aufgeht, hat das auf mein Befinden, vielleicht auch auf mein Selbstgefühl eine Wirkung. Solange ich für mein Glück oder mein Wohlbefinden nachts trommle, ist das meine persönliche Angelegenheit. Wenn ich aber behaupte, die Sonne gehe des Morgens nur dank meiner nächtlichen Trommelorgien auf, wird mein Trommeln je nach soziokulturellem Umfeld als lebenserhaltende heilsnotwendige Handlung dankbar angenommen oder als Hybris verspottet. Würde ich von der Solidargemeinschaft auch noch eine Zwangssteuer verlangen, würde es sich bestenfalls autistisch undiszipliniertes Denken verbieten, der Frage nachzugehen, ob denn die Sonne nicht auch ohne Trommeln am Morgen wieder aufgeht. Das Anbrechen des Morgens wäre beispielsweise eine zustimmungsfähige Plausibilität, die, jenseits der unterschiedlichen Glaubenssysteme und ungeachtet des persönlichen Glücksgefühls und der Verzückung des Trommlers, hilfreich wäre, die Wirksamkeit des Trommelns auf den Sonnenaufgang zu messen. Beeinflusste das Trommeln den Lauf der Sonne nicht, würde es kaum ein vernünftiges Argument geben, den Gläubigen eine Zwangssteuer aufzuerlegen, um den Trommler das Praktizieren seines Glaubens zu finanzieren.

Dr. med. Jürg Nadig, Bülach

- 1 Kleeberg UR, Suci S, Brocker EB, Ruiter DJ, Chartier C, Lienard D, et al. Final results of the EORTC 18871/DGK 80-1 randomized phase III trial: rIFN versus rIFN-gamma versus Iscador M versus observation after surgery in melanoma patients with either high-risk primary (thickness >3 mm) or regional lymph node metastasis. *Eur J Cancer* 2004;40:390-402.



Diskussionsbeitrag zur Komplementärmedizin

Die bisherigen die Komplementärmedizin ablehnenden Meinungsäusserungen sind von einer erschreckenden Ahnungslosigkeit betreffend der täglichen Realität in der Komplementärmedizin. Wir sind Ärzte, die ebenfalls das wissenschaftliche Studium absolviert haben und jeden Tag versuchen, für den konkreten Patienten das Beste zu tun.

Die naturwissenschaftliche Medizin verdankt ihre Existenz Menschen wie Galilei, die Dogmen und Bevormundung über Bord warfen und Neues entdeckten: Galilei z.B. unter anderem die Jupitermonde. Dies genügte bereits zur Revolution, weil die Zahl der von Gott geschaffenen Sterne laut Lehrmeinung festgelegt war. Heute droht die Naturwissenschaft und die naturwissenschaftliche Medizin selbst zum Dogmatiker zu werden. Für die Wissenschaft ist es aber ohne Zweifel am besten, wenn im Forschen und Lehren Freiheit herrscht. Ich selber nehme mir die Freiheit, die Prämissen der Naturwissenschaft zum Teil abzulehnen, z.B. die Prämisse, dass nur das sinnlich Wahrnehmbare existiert (bzw. das, was mess- und wägbare ist). Für mich ist der Mensch ein primär geistiges Wesen, wobei der Menscheng Geist während des Lebens die Stoffe, den Leib zusammenhält und erhält. Auf dieser Grundlage arbeite ich als anthroposophischer Arzt. Dabei beziehe ich naturwissenschaftliche Tatsachen mit ein – der Mensch ist auch ein physisches Wesen –, nicht aber unbedingt Theorien und Modelle. Bisherige Meinungsäusserungen haben eine Unkenntnis des Patientengutes einer komplementärmedizinischen Praxis gezeigt. Dies sollte mit den Resultaten der PEK-Studie 1. Teil klarer werden. Wir haben in diesem Teil vor allem dokumentiert, welche Krankheiten in unseren Praxen behandelt werden. Aus meiner

Sicht habe ich Patienten mit jeglichen Krankheiten, nicht nur «Halbkranke»: Öfter kommen auch Patienten, denen mit schulmedizinischen Mitteln nicht mehr geholfen werden kann.

Zurückweisen muss ich die Unterstellung, dass Komplementärmediziner nicht selbstkritisch sein können. Schliesslich wurde das in einem Leserbrief erwähnte Buch vom autistisch-undisziplinierten Denken auch für die Schulmedizin geschrieben. Ich habe das Buch in meiner Assistentenzeit auf Empfehlung meines Chefarztes studiert. Es wird unexaktes Denken häufig unterstellt, wenn jemand nur mit anderen Prämissen arbeitet. Auch die heutige Naturwissenschaft hat ihre Prämissen, die legitim hinterfragt werden können.

Ich wünsche mir von der FMH, dass sie die komplementärmedizinischen Richtungen, die bisher schon einen Fähigkeitsausweis haben, als Ergänzungen und Erweiterungen der Schulmedizin im Sinn einer wohltuenden und für den Fortschritt nötigen Pluralität weiter anerkennt und unterstützt.

Dr. med. C. Wirz, St. Gallen



Für und wider Komplementärmedizin

Ihrem Artikel mit dem oben erwähnten Titel [1] stimme ich vollumfänglich zu. Gestatten Sie mir aber trotzdem eine kleine Korrektur: Sie schreiben am Schluss Ihrer Ausführungen zu Recht, dass Akupunktur und Ovomaltine nicht in die Pflichtleistungen der Krankenkasse gehören. Die beiden Heilverfahren sollten aber nicht im gleichen Satz erwähnt werden. Ovomaltine ist besser! Einverstanden?

Dr. med. Jörg Nef, Flawil

1 Jakob J. Für und wider Komplementärmedizin. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(10):607-8.



**FMH und Komplementärmedizin,
FMH und Psychotherapie**

Es ist wirklich erfreulich, dass im Zusammenhang mit der Komplementärmedizin innerhalb der Ärzteschaft wieder einmal eine rege medizinische Grundsatzdiskussion in Gange gekommen ist. Was jedoch im höchsten Grade erstaunt, ist die Tatsache, dass diese vorwiegend auf einem wissenschaftlichen Niveau stattfindet, das noch ganz ins letzte Jahrhundert gehört. Es ist in der ärztlichen Gemeinschaft offensichtlich völlig unbemerkt geblieben, dass hinter ihrem Rücken auf dem Gebiet der Neurowissenschaften (zu denen natürlich auch alle psychologischen und psychotherapeutischen Forschungen gehören) eine wahrhaftige Revolution im Gange ist, die die bisherige Evidenz vieler in der Medizin etablierter Konzepte grundlegend in Frage stellt. Unter diesem Gesichtspunkt ist die heutige Diskussion alles andere als evidence-based. Der Fokus ist daran, sich rasant von einfachen verständlichen «peripheren» zu komplexen «zentralen» Vorgängen zu verschieben. Im Hirn hängt alles mit allem zusammen, was letztlich auch bedeutet, dass dort alles beeinflusst werden kann. Grobe Raster sind aber nicht mehr tauglich, ärztliches Handeln muss feiner, individueller und kreativer werden. Das sind Massstäbe, denen die Psychotherapie schon längst gerecht werden muss. Darum bestehen im Bereich von Psychiatrie und Psychotherapie schon längst Konzepte und Strukturen, von denen die Durchschnittsmedizin noch weit entfernt ist. Im «American Journal of Psychiatry» wurde schon vor Jahren diskutiert, ob es nicht für die Medizin als Ganzes

fatal wäre, die Psychotherapie «auszulagern», weil ihr so zukünftig wichtige Konzepte und Denkweisen verlorengingen, die in den letzten Jahren dank intensiver Forschungen zudem ein hohes Mass an Evidenz erhalten haben. Diese Frage wurde für Amerika gestellt. Soweit ich es einschätzen kann, ist der Zug dort heute weitgehend abgefahren, mit dem Resultat eines katastrophalen Kosten-Nutzen-Verhältnisses. In der Schweiz hingegen haben wir bis jetzt noch eine einmalige Konstellation, die es zu bewahren gälte. Ob die Komplementärmedizin in der heutigen Form Teil der Grundversorgung bleibt, ist wohl viel weniger wichtig als die Frage, ob das Feld von Psychiatrie und Psychotherapie vermehrt in alle Gebiete der Medizin einfließen sollte. Es wäre höchste Zeit, dass die Psychiater aus ihrem Dornröschenschlaf aufwachen. Zum Beispiel würde das auf der universitären Ebene bedeuten, dass die verantwortlichen Psychiater nicht über Psychiatrie, sondern über Medizin reden würden. Und weiter würde das bedeuten, dass es auf der Ebene der Grundversorgung keine Qualitätszirkel ohne fest integrierte Psychiater mehr geben sollte. Und für die Hausärzte würde es heissen, dass sie gut beraten wären, psychotherapeutisch massiv «aufzurüsten». Damit wäre die Hausarztmedizin mehr als gesichert. Und zum Schluss würde es natürlich auch heissen, dass die Komplementärmediziner ihr Handeln mit den neusten medizinischen Erkenntnissen in Einklang bringen müssten und nicht mit exotischen Theorien operieren würden. Wie ihre Erfolge zustande kommen, lässt sich nämlich leicht aus der heute so reichen Psychotherapieforschung ableiten.

Dr. med. Georg Schlaginhaufen, Weinfelden