

Komplementärmedizin

Verschiedene politische Diskussionen werden sich in naher Zukunft um das drehen, was man «Komplementärmedizin» oder «Parallelmedizin» oder «Naturmedizin» nennt, je nach Affinität, die man zu diesen Praktiken hat ... Zu beachten sind insbesondere folgende Punkte:

- Die probeweise Anerkennung von fünf komplementärmedizinischen Methoden und deren Übernahme durch die Grundversicherung kommt zum Abschluss. Entscheidungen des BAG werden fällig sein.
- Eine Volksinitiative wurde lanciert, welche die endgültige Aufnahme der natürlichen Methoden in den Leistungskatalog fordert.

Wie bekannt ist die FMH entschlossen, fortan ihren Platz in den politischen Diskussionen einzunehmen, sich als unumgängliche Gesprächspartnerin in Gesundheitsfragen zu profilieren ... und ist bereit, entsprechende Risiken einzugehen. Der Zentralvorstand ist ebenfalls entschlossen, seinen Entscheidungen soweit wie möglich eine breite Diskussion vorangehen zu lassen, um so glaubwürdig wie möglich zu sein.

Die zwei folgenden Artikel werden zweifellos eine solche Diskussion auslösen, und das neue Forum des Zentralvorstands (vgl. Editorial in dieser Nummer) dürfte in kurzer Zeit zum Ort eines lebhaften Meinungsaustausches werden. Und genau das wollen wir auch, darauf freuen wir uns!

Jacques de Haller, FMH-Präsident

Soll die FMH unter ihren Mitgliedern das komplementärmedizinische Angebot fördern?

P. Vallotton

Diese kürzlich auf höchster Ebene in der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte lancierte Frage verdient eine Vergegenwärtigung der grundlegenden Behandlungsprinzipien.

Für ein besseres Verständnis der nachfolgenden Ausführungen müssen jedoch zuerst die Begriffe geklärt werden: Anstelle der Bezeichnungen «Schulmedizin» und «Komplementärmedizin», die den Beigeschmack der Scholastik besitzen bzw. eine zusätzliche Wirksamkeit suggerieren, werden die Ausdrücke «akademische Medizin» und «Alternativmedizin» verwendet. Dazu kommen die zur Differenzierung der medizinischen Tätigkeit notwendigen Definitionen der Begriffe «technische Medizin» und «Beziehungsmethoden».

- Die *akademische Medizin* ist eine Wissenschaft, die sich dauernd in Frage stellt, zweifelt und ständig nach besseren Lösungen für

die gesundheitlichen Probleme und Krankheiten des Menschen sucht. Es handelt sich um eine experimentelle Medizin, die sich auf Beweise zu stützen versucht und sich im Gleichschritt mit den wissenschaftlichen Entdeckungen entwickelt.

- Die *Alternativmedizin* ist eine Medizin, deren Grundlagen aus Offenbarungen oder Dogmen bestehen. Sie kann sich nicht in Frage stellen, ohne sich zu zerstören, weil der Versuch, ihre Wirksamkeit zu beweisen, de facto bedeutet, sie in die akademische Medizin zu integrieren. Diese Art der Medizin zu praktizieren ist ein Akt des Glaubens ohne greifbaren Beweis.
- Die *technische Medizin* umfasst die für die Reproduzierbarkeit ihrer Wirkung und ihrer Wirksamkeit bei der Mehrheit bekannten Handlungen, Medikamente, Pflegemassnahmen

Korrespondenz:
Dr. med. Pascal Vallotton
21, rue de Jaman
CH-1814 La Tour-de-Peilz

- men und Eingriffe. Diagnose, Verschreibung, Psychotherapie oder Chirurgie sind *Techniken*, weil sie mit einer belegten Wirksamkeit verbunden sind.
- Die *Beziehungsmedizin* ist Bestandteil jeder medizinischen Handlung und befindet sich weder im Alleinbesitz der akademischen Medizin noch der Anhänger der Alternativmedizin. Ihre Wirksamkeit wurde in zahlreichen Studien klar bewiesen, aber ihre Qualität hängt von den menschlichen Qualitäten, der Fähigkeit, zuzuhören, der Berufung des Arztes sowie dem Vertrauen und der Offenheit des Patienten ab. Nur die freie Wahl des Arztes durch den Patienten erlaubt diese Potenzierung durch die geheimnisvolle Alchemie des einzigartigen Dialogs.

Medizin und Versicherungen

Die Schweiz hat sich für eine obligatorische Krankenversicherung entschieden, um allen den gleichberechtigten Zugang zur Grundpflege zu gewähren. Damit die Kosten von der Allgemeinheit getragen werden, muss diese Grundpflege wirksam und für den Erhalt der Volksgesundheit sowie der Gesundheit des einzelnen notwendig sein. Folglich muss sie wissenschaftlichen Wirkungskriterien entsprechen.

Die von diplomierten Ärzten praktizierte Beziehungsmedizin wird von der Grundversicherung zu Recht als unverzichtbares Element jeder medizinischen Tätigkeit übernommen. Anders ist es bei der technischen Medizin, wo die glaubensgestützten Leistungen ausdrücklich von der Rückerstattung ausgeschlossen werden müssen. Das Fehlen von Auswahlkriterien, die Vielzahl von Glaubensgemeinschaften und der fehlende Konsens innerhalb jener Gruppierungen sind weitere Hinweise darauf, dass diese Alternativtechniken unnötig und unwirksam sind.

Deshalb muss das Gesetz die obligatorische Rückerstattung auf die technischen, diagnostischen und medikamentösen Behandlungen mit klar bewiesener Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit beschränken. Die Leistungsübernahme bei den «alternativmedizinischen Techniken» gehört ausschliesslich in den Bereich der fakultativen Zusatzversicherungen.

Infolgedessen ist eine Auswahl der Ärzte über die Aufhebung des Vertragszwangs völlig ungegerechtfertigt: Die unverzichtbare freie Arztwahl durch den Patienten hat Vorrang. Die Beziehungsmedizin ist dieselbe, und nur bei der Technik lohnt es sich zu differenzieren.

Weiterbildung

Die gesetzlich verankerte Weiterbildungspflicht der Ärzte ist eine von der FMH für die Bevölkerung und die Behörden erbrachte Qualitätsgarantie. Kann aber die FMH einem Teil ihrer Mitglieder eine anspruchsvolle und strenge Weiterbildung als Garantie für ihre Fähigkeit zur Erbringung «akademischer», von der obligatorischen Grundversicherung übernommener Pflegeleistungen vorschreiben und gleichzeitig bei den anderen jegliche unkontrollierbare medizinische Praxis ohne Bezug zu den genauen Kriterien des KVG oder – noch wichtiger – der Medizinwissenschaft tolerieren?

Was ist im übrigen von einer Weiterbildung in Bereichen zu halten, in denen, wie bereits erwähnt, eine Offenbarung die methodische Grundlage bildet und der Wirksamkeitsbeweis der ärgste Feind ist? Wir sind der Meinung, dass solche Verirrungen zu einer schwerwiegenden Diskreditierung der FMH führen, die weiterhin die medizinische Stütze des schweizerischen Gesundheitswesens und die wissenschaftliche Referenz für unsere Behörden darstellen muss.

Daher ist es mehr als bedauerlich, dass der Vizepräsident der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM) zum Präsidenten der Union schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen gewählt wurde und gleichzeitig Mitglied des SGIM-Vorstands bleibt. Handelt es sich hier nicht vielleicht um einen Versuch der Infiltration eines strategischen Amtes zur Wahrnehmung von Interessen, welche die Mehrheit zu Recht als Widerspruch zum Auftrag der SGIM betrachten darf? Zusammen mit den in jüngster Zeit vom neuen FMH-Präsidenten Jacques de Haller abgegebenen Erklärungen zugunsten eines Zugangs zur Alternativmedizin für alle wird dadurch der Idee einer Zweiklassenmedizin mit einem wissenschaftlichen und sozialen sowie einem politischen und korporatistischen Teil Glaubwürdigkeit verliehen.

Diese Zweiklassenmedizin kann nur verhindert werden, wenn eine Einklassenmedizin definiert wird, die allein den Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitskriterien des KVG gehorcht, von der FMH wissenschaftlich garantiert wird und alle Formen der auf Offenbarungen basierenden Medizin ausschliesst, die sich nicht regelmässig einer Neu beurteilung ihrer Leistung unterziehen.

Es sei daran erinnert, dass Frau Dreifuss und ihr Team und nicht die Ärzte die Alternativmedizin ins KVG eingebracht haben!

Die «Alternativmedizin» ist keine Komplementärmedizin (d.h. Ergänzung), sondern ein Zusatz zur akademischen Medizin und kann deshalb keinerlei Anspruch auf Gleichbehandlung erheben.

Denn sie wissen nicht, was sie tun...

Die Anhänger der verschiedenen Gebiete der Alternativmedizin behaupten, dass über 40% der Schweizer Ärzte diese Disziplin praktizieren. Aufgrund der täglichen Beobachtungen unserer Kolleginnen und Kollegen sind wir dieser Zahl gegenüber sehr skeptisch, aber die heilige Allianz der Soundsotherapeuten hat noch mehr Überraschungen für uns auf Lager.

Die unter 9734 unterschiedlichen Bezeichnungen zu einem durchschnittlichen Preis von 1600 Franken pro Kilo verkauften Zuckerkügelchen sind nicht nach dem Geschmack jener, welche die Meridiane ihrer eigenen Augen sehen oder in der Iris des Patienten die Erkrankung eines Organs entdecken, das von den Reflexologen an ebensovielen Stellen der Fusssohle identifiziert wird, wie es Reflexologen gibt. Die Aromatherapeuten schmecken nicht das, was die Farbtherapeuten sehen und die Musiktherapeuten hören. Die Phytotherapeuten behaupten, sie seien einzigartig und bezeichnen ihre Medizin als sanft: Die heilende und toxische Wirkung der von ihnen verschriebenen Pflanzen unterstützt ersteres und widerlegt letzteres.

Fazit

- Damit das System solidarisch ist, braucht es ein Ziel: ein für alle zugängliches öffentliches Gesundheitswesen und Gesundheitsleistungen für den einzelnen.
- Dazu muss die obligatorische Rückerstattung der Grundleistungen, der Medikamente, der Diagnose- und Behandlungstechniken auf das beschränkt werden, was die medizinischen Experten als notwendig, wirksam und wirtschaftlich erachten.
- Der Vertragszwang muss beibehalten werden, weil nur die freie Arztwahl des Patienten für Wirksamkeit und Qualität der Beziehungsmedizin sorgen kann.
- Wenn sie von diesen Grundsätzen abweicht, indem sie korporatistischen und gewerkschaftlichen Aspekten den Vorrang gibt und sich für sämtliche Praktiken aller Ärzte unabhängig ihrer jeweiligen Glaubwürdigkeit einsetzt, verliert die FMH ihre Stellung als

wissenschaftliche Garantin für die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Pflege.

- Ohne strenge Kriterien wird die Wirksamkeit gemäss den jährlichen Kosten pro Patient beurteilt werden. Anstelle der Ärzte werden dann Wirtschaftsfachleute über das öffentliche Gesundheitswesen entscheiden. Ein toter Patient ist billiger als ein Patient mit komplexer Pflege. Der Mangel an transplantierbaren Herzen ist ein wirtschaftlicher Glücksfall für die Versicherung, der so die Kosten für den Eingriff und die kostspielige Nachsorge erspart bleiben. Obliegt es wirklich den Versicherungen, die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu beurteilen?

Die FMH hat kein Recht, zu behaupten, das Pflegesystem müsse solidarisch bleiben, und jeder müsse beispielsweise Zugang zur Alternativmedizin haben. Sie kann nicht willkürlich die akademische Medizin, die ständig nach Beweisen sucht, und die anerkannte Beziehungsmedizin auf die gleiche Ebene stellen wie auf Offenbarungen gestützte Arten der Medizin, bei denen nur die Anhänger an eine Wirksamkeit glauben.

Neuste Entwicklung: die Lancierung der Initiative «Ja zur Komplementärmedizin», mit der alle selbsternannten Therapieformen übernommen werden sollen, und zwar unabhängig davon, ob sie von Ärzten angewandt werden oder nicht. Damit würden Irrationalität und Magie in der obligatorischen Grundversicherung Einzug halten, deren Aufgabe ganz im Gegenteil darin besteht, allen einen Zugang zu wirksamen und wirtschaftlichen Leistungen zu gewähren.

Wie die Architektur ist auch die Medizin eine Kunst, die sich auf unverzichtbare Grundregeln stützen muss. Sie braucht ebenfalls Grundlagen, Überlegungen, Vorsicht und Erfahrung. Durch Anarchie, Improvisation und Amateurismus bricht sie in sich zusammen.

Nachfolgend die Unterschriften der Personen, die sich diese Grundlagen wünschen: Dr. med. Pascal Vallotton, Dr. med. Eric Rochat, Dr. med. Christiane Galland, Dr. med. Philippe Gardiol, Dr. med. Pierre Bénédict, Dr. med. Paul Terrier, Dr. med. Stéphane Warpelin, Dr. med. Jean-Charles Estoppey, Dr. med. Luc Anex, Dr. med. Pedro Noetzi, Dr. med. Patrick Forel, Dr. med. Benoît Gumy, Dr. med. Olivier Rubli, Dr. med. Jean-Pierre Kulling, Dr. med. Denise Burnier, Dr. med. François Burnier, Dr. med. Martine Monney-Deshaie, Dr. med. Joseph Geinoz, Dr. med. Raymond Dufour, Dr. med. Pierre Basset, Dr. med. Willy Gilgien, Dr. med. Bryan O'Callaghan, Dr. med. Raphaël Maire, Dr. med. François Henry,

Dr. med. Didier Grob, Dr. med. Marcel Moillen, Dr. med. Andrei Cepleanu, Prof. Heinz Fankhauser, Dr. med. Roger Grosjean, Dr. med. Jean-Jacques Chevalier, Dr. med. Pierre-Michel Schmidt, Dr. med. David Sistek, Dr. med. Alain Regamey, Dr. med. Jean-François Monod, Dr. med. Christian Zuber, Dr. med. Antoine Peter, Dr. med. Pierre Joye, Dr. med. Jean-Daniel Baumgartner, Dr. med. Jacques Favre, Prof. Michel Campiche, Dr. med. Ulrich Schmid, Dr. med. Hans-Juerg Bopp, Dr. med. Pierre Egger, Dr. med. Gerard Wagner, Dr. med. Pierre-Alain Schmied, Dr. med. Adrien Hardmeyer, Dr. med. Jean-Noel Antille, Dr. med. Christiane Bettens, Dr. med. Jean-Philippe Corsat, Dr. med. Etienne Vetter, Dr. med. Trần-Thang Chiên, Dr. med. René Tabin, Dr. med. Luca Regli, Dr. med. Thierry Reymond, Dr. med. André Genoud, Dr. med. Claude Yersin, Dr. med. Daniel Peter, Dr. med. Henri Racz, Dr. med. Daniel Genné, Dr. med. Daphné Berner, Dr. med. Laurent Lob, Dr. med. Roger Gubser, Dr. med. Eric Jacot, Dr. med. Paul Wiesel, Dr. med. Jean Walther, Dr. med. Béatrice Fettet, Dr. med.

Nicolas Eisenhoffer, Dr. med. Pierre Beck, Dr. med. Paul Desjacques, Dr. med. Christophe Henny, Dr. med. Georges Rappoport, Dr. med. Blaise Courvoisier, Dr. med. François Feihl, Dr. med. Jacques-André Haury, Dr. med. Dominique-Bernard Burlet, Dr. med. Laurent Christin, Dr. med. Albert-Adrien Ramelet, Dr. med. Pierre Kraemer, Dr. med. Marie-France Maître, Dr. med. Michel Suter, Dr. med. Nicole Pellaud, Dr. med. Philippe Erard, Dr. med. Patrick Morier, Prof. Patrick Francioli, Dr. med. Alain Michaud, Dr. med. Frederic Fellrath, Dr. med. Bernard Pantet, Prof. Judith Hohlfeld, Dr. med. Elisabeth Genoud, Dr. med. Cédric Vuille, Dr. med. Pierre Chavaz, Dr. med. Pierre-Alain Porchet, Dr. med. Louis Alphonse Crespo, Dr. med. Pierre Graden, Florence Baudraz-Rosselet, Dr. med. Catherine Ruffieux, Dr. med. Laure Stampfli, Dr. med. Jean-François Luthi, Dr. med. Jacqueline Clément, Dr. med. Pierre Graden, Dr. med. Patrick-Olivier Rosselet, Dr. med. Stéphane Rohner und alle anderen, die sich anschliessen möchten.

Soll sich die FMH für die Erhaltung oder sogar für die Förderung komplementärmedizinischer Angebote bei ihren Mitgliedern einsetzen?

J. Fritschi

Erst wird eine neue Idee belächelt, dann bekämpft, und plötzlich ist sie eine Selbstverständlichkeit.

Arthur Schopenhauer

Ist die FMH aufgrund ihres Selbstverständnisses ein uniformer Block mit vorgeschriebenen medizinisch-weltanschaulichen Kriterien? Können Ärzte mit einer spezialärztlichen und komplementärmedizinischen Zusatzausbildung ein vollwertiger Teil dieser Gemeinschaft sein? Wie wahr ist die verbreitete Auffassung einer durchwegs evidenzbasierten Schulmedizin und einer scheinbar rein empirischen komplementären Medizin (CAM, Complementary and Alternative Medicine)?

Im KVG wurden fünf CAM-Methoden in die Grundversicherung aufgenommen. Die traditionelle chinesische Medizin, die anthroposophische, homöopathische, neuraltherapeutische Medizin sowie die westliche Phytotherapie werden momentan einem Evaluationsprogramm unterzogen; dessen Resultate sind 2005 mit einem bundesrätlichen Verdikt über den Verbleib in der Grundversicherung zu erwarten. Die FMH ist an diesem Programm nur indirekt beteiligt; die Leitung obliegt dem BAG. Allein die Phytotherapie verfügt derzeit nicht über einen eigenen Fähigkeitsausweis und ist deshalb nicht tarifwirksam. Die Akupunktur liegt nicht auf dem Prüfbock, könnte aber durch eine «Tsunami-Welle» ebenfalls hinweggerafft werden. Alle übrigen Methoden würden durch einen negativen Entscheid in

Korrespondenz:
Dr. med. Jörg Fritschi
Im Noll 38
CH-4148 Pfeffingen

die Zusatzversicherung verwiesen. Damit wäre der Zugang zu den komplementärmedizinischen Methoden für den weitaus grössten Teil der Bevölkerung verloren; jede anderslautende Interpretation ist ein Versuch, der Bevölkerung Sand in die Augen zu streuen.

«Wir wollen eine evidenzbasierte Medizin» [1]

Diesem Zitat von Herrn Prof. Thomas Zeltner, Leiter des BAG, kann sicherlich niemand widersprechen. Und doch ist es zu kurz, viel zu kurz gegriffen; ich glaube, wir wollen vor allem gute Ärzte. Dazu gehört deutlich mehr als evidenzbasierte Medizin; klinische Erfahrung, «patient values», kommunikatives Geschick und mannigfaltige weitere Faktoren: Hier stimmen auch schulmedizinisch orientierte Ärzte zu, und zwar um so eher, je länger und direkter sie klinisch tätig gewesen sind. Auch aus komplementärmedizinischer Sicht soll gänzlich unbelegten Methoden für die Grundversicherung nicht Tür und Tor geöffnet werden; aber diejenigen Methoden, die sich bewähren, sollen Eingang in unsere praktische Medizin finden, und nicht nur für Privilegierte. Die daraus resultierende nennen wir *Integrative Medizin*. Dies ist ein dynamischer Prozess, exemplarisch erlebt am Beispiel der Phytotherapie: Diese Disziplin hat sich innerhalb unserer Generation vom Aussenseiter zu einer gut belegten Behandlung entwickelt. Sie ist bereits derart integriert, dass ihr ein spezifischer Fachausweis nicht gewährt wurde, in der Meinung, sie betreffe jeden klinisch tätigen Arzt. Weitere wertvolle Methoden umfassen u. a. die in die Grundversicherung aufgenommenen Disziplinen.

Der erste Mythos – es gibt keine Evidenz für CAM

Eine ausführliche Antwort auf die Frage nach Evidenz in der CAM wurde von Fachleuten innerhalb und ausserhalb der PEK bereits erarbeitet. Die Kurzversion lautet: Ja, es gibt Evidenz, man muss sie nur zur Kenntnis nehmen.

Das NIH hat bereits 1997 über Akupunktur ein positives «Consensus Statement» [2] publiziert. Das Cochrane Central Register of Controlled Trials, die Cochrane Database of Systematic Reviews und die NHS Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness [3] beinhalten Tausende von kontrollierten Studien und Hunderte von Reviews. Dort sind u. a. Antworten zur Wirksam-

keit der Homöopathie beim postoperativen Ileus [4] (positiv), zur Frage der Mind-body-Therapie bei Fibromyalgie [5] (positiv) und auf viele weitere praxisrelevante Fragestellungen zu finden. Erwartungsgemäss zeigen nicht alle Studien positive Resultate, aber in vielen Fällen wie bei den Antidepressiva nicht signifikant weniger als in der Schulmedizin.

Der zweite Mythos – die Schulmedizin ist durchwegs evidenzbasiert

So wenig CAM rein empirisch ist, so beunruhigend ist heute jedem Arzt die Fragilität unseres schulmedizinischen Wissens bewusst. Unter dem Suchbegriff «rofecoxib» (Vioxx) [6] finden wir auch zum jetzigen Zeitpunkt im Cochrane Central Register of Controlled Trials elf qualitativ hochstehende Studien, welche nebst der Wirksamkeit auch die Sicherheit von Rofecoxib zweifelsfrei belegen. Die geschätzten Todesfälle belaufen sich auf Zehntausende. Seit 1964 haben wir Östrogene bei postmenopausalen Beschwerden verwendet; die negativen Konsequenzen sind aufgrund der WHI-Studien unbestritten [7]. Häufige, alltägliche medizinische Entscheidungen sind in vielen Fällen nicht evidenzbasiert. So konnte Heiner Bucher im Jahr 2003 zur Frage der Antibiotikaverschreibung bei klinisch diagnostizierter Sinusitis zeigen, dass der Einsatz von Amoxicillin-Clavunalat nicht nur keinen Nutzen bringt, sondern mit einer erhöhten Nebenwirkungsrate erkauft werden muss [8]. Diese Beispiele lassen sich – leider – fortsetzen. Experten errechneten, dass es für nicht mehr als 15–35% unserer täglichen Entscheidungen gute Evidenz gibt [9].

Spielball der Politik

Die virtuelle Forderung nach einer vollständig evidenzbasierten Medizin deckt das Spektrum der klinischen Wirklichkeit in unseren Praxen nicht ab. Patienten sind sich dieser Tatsache im allgemeinen früher bewusst geworden als Ärzte oder Bundesämter – im allgemeinen in dieser Reihenfolge. Zur Bekämpfung des Kostendrucks glaubt die Politik momentan an zwei Rezepte: die freie Marktwirtschaft und die Rationierung – am besten simultan. Eine wirklich explosive Mischung. Dabei wäre die Reduktion der vergüteten Leistungen für sie der einfachere Weg. Ein mögliches Bauernopfer einer Rationierung ist dabei die CAM.

Was will die Bevölkerung?

Im Jahre 2001 und 2004 durch das GFS durchgeführte Studien zeigen, dass die CAM einem Bedürfnis der Schweizer Bevölkerung entspricht [10]. Nach dem Wunsch nach vermehrtem Pflegepersonal (78%) folgen mehr Menschlichkeit (69%) und die CAM (58%). Alle weiteren Punkte waren der Bevölkerung nur noch halb so wichtig [11]. Eine neueste Umfrage ergibt eine positive Haltung zu vermehrter CAM bei 85% [12].

Während in den USA früher CAM mit Argusaugen beobachtet wurde, hat sich das Blatt in den letzten Jahren radikal gewendet. Gemäss Überblick des NCCAM [13] benutzen in den USA 32% der Bevölkerung CAM; die Kosten von 36 Billionen US-Dollar werden dabei zur Hälfte aus der eigenen Tasche bezahlt. Im Bereich der rheumatischen Krankheiten zeigen mehrere Studien eine Nutzung der Komplementärmedizin zu beinahe 100% [14, 15]. David Eisenberg an der Harvard Medical School in Boston hat die Trends von 1990 bis 1997 untersucht und in repräsentativen Stichproben aus der Gesamtbevölkerung der USA eine Zunahme von 33% auf 42% festgestellt [16].

Wie reagieren Ärzte auf diese neuen Bedürfnisse?

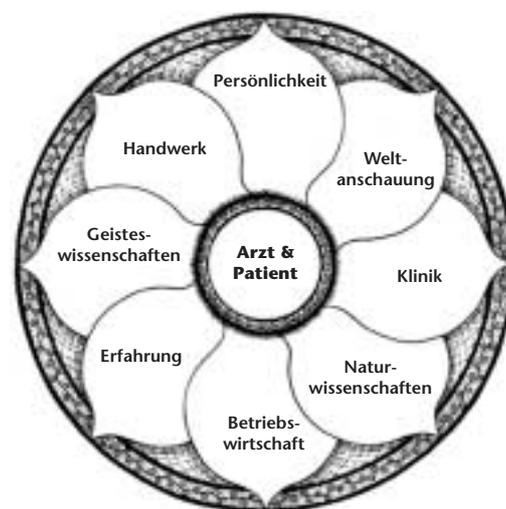
Für die TCM wurde bereits 1994 in Mitteleuropa eine Ausbildungsprävalenz von 4% festgestellt; in der Schweiz besitzen heute über 800 Ärzte oder 10% der allgemeinärztlichen Praxen den Fähigkeitsausweis für TCM [17], und insgesamt sind über 1600 Ärzte, also 20% der hausärztlichen Praxen, mit weiteren Fähigkeitsausweisen in der UNION [18] vertreten. Die CAM ist damit zu einem nicht mehr wegzudenkenden Angebot und einer standespolitischen Kraft in der Schweiz geworden. Unser hoher Ausbildungsstand bietet erstmals die Möglichkeit, ein integratives medizinisches System aufzubauen. Nicht nur ist dies kein Widerspruch zur EBM, es entspricht vielmehr einer Haltung des Gründungsaters David L. Sackett. Er hat EBM von Anfang an als *«integration of best research evidence with clinical expertise and patient values»* definiert. *«By patient values we mean the unique preferences, concerns and expectations each patient brings to a clinical encounter and which must be integrated into clinical decisions.»* [19] Klinisch tätige Ärzte und ihre Patienten werden sich dafür einsetzen, dass diese Wirklichkeit nicht verkürzt wird. Die

SAMW gibt in ihrem Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» klare Hinweise: *«Der Unterricht sollte nicht nur naturwissenschaftlich ausgerichtet sein, sondern auch, und dies zu einem möglichst frühen Zeitpunkt, geistes- und sozialwissenschaftliche Aspekte berücksichtigen»*.

Noch ein Wort zu den Kosten: CAM ist in den Händen geübter Fachleute nicht teurer als unsere Schulmedizin. Der vermehrte Zeitbedarf wird u.a. durch verminderte Medikamentenkosten selbst ohne Berücksichtigung eines Langzeiteffektes wettgemacht.

Komplexe Wirklichkeit

Jeder Arzt hat ein eigenes Bild seines Berufes und was es bedeutet, Arzt oder Ärztin zu sein. Hier ist eine mögliche, persönliche Version:



Ob westliche Schulmedizin oder komplementäre Medizin: in beiden Fällen suchen wir fortlaufend nach besserer Evidenz. Wir werden uns aber in den meisten Fällen auf best evidence verlassen; dazu gehören unsere Erfahrungen, diejenigen unserer Kollegen und das traditionelle Wissen hochstehender Kulturen. Die Zukunftsvision einer vollständig evidenzbasierten Medizin beruht auf einem verkürzten Heilungsverständnis, und sie ist weder *«cost-effective»* noch in ihrer Durchführung technisch machbar. Wir müssen uns der Komplexität des ärztlichen Handelns, noch mehr aber derjenigen des Patienten und unserer Interaktion mit ihr bewusst bleiben. Caritas, nachgewiesene klinische Qualität und Neugier sind die Leitlinien, die uns in die Zukunft begleiten. Medizin à deux vitesses, Klinik nur nach Internet und intellektueller Rückzug sind keine wirklichen Optionen.

Zusammenfassung

Die FMH bietet statutengemäss allen Ärzten bei genügender Aus- und Weiterbildung ein gemeinsames Dach. Für etablierte komplementäre Methoden, deren Nutzen sich aufgrund von «best evidence» erwiesen hat, darf und soll sich die FMH einsetzen. Dabei wird sie weder weltanschaulichen Prinzipien noch dem WZW-Artikel untreu. Eine integrative FMH wird politisch ernstgenommen, sie öffnet sich der offenkundigen medizinischen Dynamik in unserem Land und bekennt sich in erster Linie zum Patienten – eine Botschaft, die in unseren Tagen not tut.

Literatur

- Zeltner T. Replik. Schweiz Ärztezeitung 2004; 85(44):2347.
- Acupuncture. NIH Consens Statement 1997; 15(5):1-34.
- EBM Reviews – Cochrane Database of Systematic Review. Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness.
- Barnes J, Resch KL, Ernst E. Homeopathy for postoperative ileus; a meta-analysis. J Clin Gastroenterol 1997;25(4):628-33.
- Hadhazy VA, Ezzo J, Creamer P, Berman BM. Mind-body therapies for the treatment of fibromyalgia. A systematic review. J Rheumatol 2000;27(12):2911-8.
- Acevedo E, Castaneda O, Ugaz M, Beaulieu AD, Pons-Estel B, Caeiro F, et al. Tolerability profiles of rofecoxib (Vioxx) and Arthrotec. A comparison of six weeks treatment in patients with osteoarthritis. Scand J Rheumatol 2001;30(1):19-24.
- Manson JE, Hsia J, Johnson KC, Rossouw JE, Assaf AR, Lasser NL, et al. Estrogen plus progestin and the risk of coronary heart disease. N Engl J Med 2003;349(6):523-34.
- Bucher HC, Tschudi P, Young J, Periat P, Welge-Lüssen A, Zust H, Schindler C; BASINUS (Basel Sinusitis Study) Investigators. Effect of amoxicillin-clavulanate in clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a placebo-controlled, double-blind, randomized trial in general practice. Arch Intern Med 2003;163(15):1793-8.
- Überlegungen zur Evidenz. SMGP-Jahrestagung, Baden, 18. November 2004.
- www.gfs.ch/publikationen/gesundheitsmonitor/.
- Fachkompetenz von Ärztinnen und Ärzten gut, Sozialkompetenz verbesserungswürdig. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung in der Schweiz. www.gfsbern.ch/gfs/medizin.html.
- Wolf U. Health Technology Assessment, Phytotherapie im Rahmen des Programms Evaluation Komplementärmedizin. Zürich, Baden: PanMedion Stiftung; 2004
- National Centre for Complementary and Alternative Medicine.
- Wainaple SF, Thomas AD, Kahan BS. Use of alternative therapies by rehabilitation outpatients. Arch Phys Med Rehabil 1998;79:1003-5.
- Ernst E. Usage of complementary therapies in rheumatology: a systematic review. Clin Rheumatol 1998;17:301-5.
- Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wikey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997. Results of a follow-up national survey. JAMA 1998;280(18):1569-75.
- ASA-Sekretariat, Postfach, 8575 Bürglen, www.akupunktur-tcm.ch.
- UNION, Geschäftsstelle Luzern, Tribschenstr. 7, Postfach 3045, 6002 Luzern, www.unioncomed.ch.
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine. 2nd edition. London: Churchill Livingstone; 2000

Liebe Leserin, lieber Leser

Sie sind herzlich eingeladen, auf die kontroversen Stellungnahmen der Kollegen Vallotton und Fritschi zu reagieren – die Diskussion ist eröffnet!

Dazu steht Ihnen das neugeschaffene Forum des Zentralvorstands zur Verfügung; vgl. das Editorial des FMH-Präsidenten auf Seite 4! Wenn Sie die E-Mail-Adresse forum.zvfmh@emh.ch benutzen, werden Ihre Zuschriften automatisch an den FMH-Präsidenten und an die Mitglieder des Zentralvorstands weitergeleitet. Diese werden je nach Zuständigkeit oder Kompetenz auf Ihre Kommentare, Kritiken und Fragen antworten. Ihre Zuschrift und die entsprechende Replik werden in der nächstmöglichen Ausgabe der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert.

Selbstverständlich steht Ihnen auch die Leserbriefrubrik zur Verfügung. Ihre Leserbriefe können Sie nach wie vor per Post oder via E-Mail: redaktion.saez@emh.ch an die Redaktion schicken. Diese holt Repliken ein, wenn dies sinnvoll erscheint.

Mit der Wahl der Adresse entscheiden Sie demnach selbst, in welcher Rubrik Ihr Beitrag erscheinen soll.

Die Redaktion hofft, mit diesem diversifizierten Angebot den Dialog innerhalb der Ärzteschaft zu fördern.

Markus Trutmann, Chefredaktor SÄZ