

## Forum.ccfmh@emh.ch

Une réaction à l'article très politique de Gianfranco Domenighetti, cette semaine, avec une réponse de notre collègue René Raggenbass qui vaut d'y passer quelques minutes de lecture!

Et à sa suite la fin, probablement, des réactions à l'échange entre J. Fritschi et P. Vallotton sur les médecines complémentaires, avec encore quelques contributions rassemblées sous forme d'une sorte de «dossier»; nous les publions sans commentaire ni réponse, elles n'en demandent pas. Par contre, nous proposerons aux deux auteurs à l'origine du débat de conclure, dans nos prochains numéros.

*Le Comité central souhaite rappeler une fois encore que cette rubrique est ouverte, sous l'adresse forum.ccfmh@emh.ch, à n'importe quelle question que vous souhaiteriez lui adresser; le/la membre du CC concerné-e y répondra dans les semaines qui suivent!*

Jacques de Haller

## Forum.zvfmh@emh.ch

Diese Woche eine Reaktion auf den sehr politischen Artikel von Gianfranco Domenighetti mit einer Antwort unseres Kollegen René Raggenbass, für die es sich lohnt, eine Minuten Lektüre zu investieren!

Danach das voraussichtliche Ende der Reaktionen zur Debatte Fritschi-Vallotton über die Komplementärmedizin. Einige Beiträge dazu zusammengefasst in einer Art «Dossier», die wir hier ohne Kommentar oder Antwort veröffentlichen, weil sie keine benötigen. Dagegen werden wir die beiden ursprünglichen Autoren bitten, in einer der nächsten Nummern die Debatte zu beenden.

*Darüberhinaus möchte der Zentralvorstand noch einmal darauf hinweisen, dass diese Rubrik (unter forum.zvfmh@emh.ch) für alle und jedes Anliegen, das Sie an den Zentralvorstand richten möchten, offen ist. Das zuständige Mitglied des ZV wird jeweils dazu Stellung beziehen.*

Jacques de Haller



Photo Keystone

Dire que Gianfranco Domenighetti est impopulaire dans le corps médical suisse relèverait de l'euphémisme. Mais, si l'on peut à bon droit être agacé par la verve de chasseur de sorcières qui s'exprime dans certains de ses écrits, il serait stupide de contester par pure antipathie la valeur de ses arguments.

J'en veux pour preuve son analyse «Grandeur et misère des systèmes universels de santé» que le président de Haller, manifestant une remarquable ouverture d'esprit, a accueillie dans un récent Bulletin des médecins suisses.

Je ne vois pas ce qu'il serait possible de contester sérieusement dans l'argumentation

que l'auteur développe avec une cruelle lucidité. Si ce n'est qu'on pourrait lui reprocher de ne pas souffler mot du principal facteur de croissance des coûts, à savoir le secteur hospitalier public, que les cantons ne gèrent pas de manière optimale, c'est le moins que l'on puisse en dire, et dans l'inacceptable position de juges et parties. Qu'il suffise d'évoquer à ce propos les obstacles au pilotage de la neutralité des coûts dans les communautés hospitalières, que nos Fouquier-Tinville préposés à ce délicat exercice se bornent à regretter mollement sans envisager la moindre démarche judiciaire pour mettre fin à un état des choses qui bafoue l'esprit et la lettre de notre législation sociale, sans parler du droit des obligations.

Mais revenons à M. Domenighetti pour constater qu'à défaut d'une prise de conscience générale et déchirante, sa prophétie que notre système de santé finira par s'effondrer par «incapacité à payer» a les meilleures chances de se réaliser.

Comment faire pour que beaucoup d'acteurs de ce système cessent de se bercer d'illusions? Il n'y a guère à espérer, dans un avenir prévisible, un revirement des décideurs politiques, minés par le «lobbying» des assureurs et matraqués par les avis d'économistes qui n'ont pas encore compris que la médecine n'est pas une «marchandise» comme les autres.

Qui d'autre peut relever le défi sinon le corps médical et ses organisations faitières associés à des analystes aussi clairvoyants et documentés que le Professeur Domenighetti et ses pairs, même si ces derniers en dérangeant quelques uns. Il s'agira d'examiner de manière approfondie divers cas de figure pour sauver l'essentiel pendant qu'il en est encore temps, et cela sans dissimuler l'importance des inévitables sacrifices correspondants.

Et si les médias, qui peinent à se retenir de polémiser sur le sujet de la santé et des médecins, s'avèrent ne pas être à la hauteur de ce devoir d'information capital, rien n'empêche d'y associer les praticiens qui, s'ils y sont bien préparés, peuvent faire passer des messages décisifs aux patients qui leur font confiance.

On souhaite bonne chance à la nouvelle direction de la FMH pour qu'elle mette à profit sa «période de grâce» pour s'attaquer, outre les réformes déjà en cours, à une entreprise dont dépend le maintien d'une bonne partie de la qualité des soins que tout le monde nous envie encore.

*Dr Henri Voegeli, privat-docent, Genève*



### **Cela ne tient pas!**

En ce début d'année, le Bulletin des médecins suisses a publié coup sur coup deux articles [1, 2] tout à fait essentiels qui posent les bases d'une réflexion élargie non seulement sur les systèmes de santé mais également sur l'identité médicale au sein de ces systèmes.

Le premier article du Dr Martin décrit les efforts de la France pour faire tenir ce que le Dr Domenighetti nomme le système universel de santé et le second décortique certaines impasses de cette démarche. J'aimerais proposer ici trois remarques.

### **Le malade, le malade potentiel et le mal-être ou les limites des modèles**

Dans l'analyse de l'épuisement financier des systèmes de santé publique [1], on pointe facilement la responsabilité de l'industrie et du système économique libéral. Certes on peut parfois légitimement douter de leur volonté humaniste mais je rappelle que nous, médecins, nous n'avons pas beaucoup protesté face à la médicalisation des champs du quotidien qui n'ont souvent plus grand-chose à voir avec la maladie [2]. En fait, tout le monde se retrouvait dans une naïve promesse d'un bien-être social médico-psychologisé et prédictible. Dans ce contexte, le médecin est devenu – à l'insu de son plein gré – un soignant tous azimuts, agissant dans des champs de plus en plus étrangers à la pathologie.

Dans le contexte du modèle biopsychosocial qui a prévalu ces dernières décennies, le Dr Domenighetti pointe les effets de la progressive médicalisation de la vie. Un des effets secondaires de cette médicalisation est certainement de rendre de plus en plus floues et larges les frontières de la définition de la maladie (du malade vers le potentiel malade et le mal-être). De manière un peu surprenante, la médecine cherche aujourd'hui à corriger le tir en proposant une classification des non-maladies [2] (et je ne pense pas que ce soit uniquement pour des raisons d'économie). Si le modèle cité plus haut y a contribué, cette évolution a aussi été soutenue et renforcée par les multiples développements dans ce que l'on a nommé la «médecine prédictive» présentée dès la fin des années quarante comme l'alpha et l'oméga des maladies chroniques du XXI<sup>e</sup> siècle [3]. Si ces modèles ont contribué à étendre et à fragiliser le champ d'action de l'acte médical, ils ne sont certaine-

ment pas à rejeter mais leur application est sans aucun doute à repenser. Cette évolution a donc au moins le mérite de reposer directement la question de la définition de la maladie au sein du corps médical.

### **La «win-win situation» ou le priapisme moderne**

La notion de la «win-win situation» est très souvent mise au premier plan dans les discours des managers modernes et surtout dans les nouveaux modèles que l'on tente de mettre en place. Cette orientation ne veut rien changer, elle veut que tout le monde y gagne (ou du moins le croie)! C'est tout simplement une absurdité puisqu'elle véhicule l'illusion qu'il ne peut y avoir que des situations de gain. C'est une idéologie dans laquelle la question du coût, de la perte ou du manque ne se pose pas; ces concepts deviennent tabous. Le problème est que cette théorie ne correspond ni à l'éprouvé ni au vécu des individus (qui risquent de se sentir mals ou malades parce que non gagnants). Pour la psychanalyse, cette définition correspond étrangement au diagnostic médical de priapisme. L'érection permanente! Si l'on imagine aisément les formes narcissiques que peut prendre ce fantasme, on oublie un peu vite que le priapisme est, à ma connaissance, une urgence médicale.

Le risque de l'idéologie sous-jacente au «win-win» est de pousser les individus vers une facilitation de la perception malade de tous leurs manques d'érection sociale et autres ... (le Viagra ne répond pas à tout). Mais elle peut aussi conduire vers des aberrations comme l'hypertrophie du contrôle social dont l'objectif est de limiter, de traquer les débandades sous couvert d'un discours de responsabilisation individuelle. Or, l'effet réel de cette idéologie est que la population se sent toujours en déficit de quelque chose et, d'autre part, qu'elle fragilise notre pratique médicale ainsi que la relation de soins (par exemple, elle peut nous pousser à répondre médicalement à des questions non pathologiques mais névrotiques [1]).

### **Le «juste» est-il forcément de répondre à la demande apparente?**

Qu'est-ce que nous pouvons/devons faire avec la demande de nos malades, des malades potentiels ou encore des personnes souffrant de mal-être? Il me semble que dans ce domaine, l'outil psychanalytique a offert un éclairage, une contribution – non pas une solution – dans la mesure où celle-ci, dans sa théorie et sa pratique, a su distinguer le désir du besoin et de la demande.

Tout comme la personne qui parle n'est pas identique à la personne qui pense, la psychanalyse nous apprend que la demande exprimée par un individu n'est pas forcément superposable à son désir réel. Dans certains cas, on imagine facilement à quels malentendus la relation entre individus (médecin et malade; citoyen et élu, etc.) peut arriver. Je pense que cette observation – qui est clinique et non théorique – devrait davantage être prise en considération lorsqu'on essaye de réfléchir aux réponses à donner aux problèmes actuels des individus et/ou de la collectivité. Parce que toutes les constructions, les tentatives de colmatage et de dénégation générale des manques individuels ne tiennent pas s'ils ne sont pas mis en lien, par l'examen au cas par cas, avec le désir sous-jacent. Colmaté ici, il revient par-là, le circuit de la répétition peut ainsi être infini. Mais peut-être faut-il chercher dans cette répétition une plus value?

#### **Conclusion: pour un débat collectif qui ne soit pas une simple débandade**

S'il est urgent que la médecine se recentre sur son objet premier, la pathologie, cela ne signifie en aucun cas qu'un état prémorbide, certains mal-être, stress ou autres souffrances individuelles ne doivent plus être entendues, évaluées ni prises en considération par le système des assurances maladies. La recherche de modèle de remboursement est à placer dans un débat collectif qui sait faire place au cas par cas ainsi qu'à la responsabilité de chacun des utilisateurs. Dans ce débat, le corps médical a sa place. Il a à y défendre l'objet de son discours ainsi que les spécificités de sa pratique.

Je remercie donc ces deux auteurs puisque leur intervention ouvre un débat interne et externe indispensable sur des questions de fond. Qu'est-ce qu'une maladie, qu'est-ce qu'une demande, un besoin et un désir? Qu'est-ce qui est à la charge de qui et à quoi répond-on lorsqu'on propose une réponse?

*Dr R. Raggenbass, Comité central de la FMH*

- 1 Martin J. Evolution des systèmes de santé. Bull Méd Suisses 2005;86(2):89-91.
- 2 Domenighetti G. Grandeur et misère des systèmes universels de santé. Bull Méd Suisses 2005;86(4):211-26.
- 3 Ruffié J. Naissance de la médecine prédictive. Paris: Odile Jacob; 1993. Les espoirs que cette médecine suscite se lit bien dans ce passage: «La médecine prédictive fait partie de ces avancées qui peuvent aider nos contemporains à entrer, demain, dans le troisième millénaire, alors que

nous quittons un siècle marqué par les guerres, les famines, les génocides, les épidémies. De la grippe espagnole au sida, fléaux que l'on croyait à jamais révolus». (p. 467). On ne peut pas évoquer le discours des médecins de la fin du XIX<sup>e</sup> lorsque, avec la découverte des bactéries, on pensait que les microorganismes allaient donner un nom et un traitement à toutes les affections humaines.



#### **Diskussionsbeitrag zur Komplementärmedizin**

Als Schulmedizinerin, die seit 16 Jahren ausschliesslich eine komplementärmedizinische Praxis führt, glaube ich, einen wesentlichen Beitrag zu dieser Diskussion leisten zu können.

Zu dieser Art Medizin kam ich nicht aus einer besonderen Neigung, sondern, weil es mir wegen des deutschen Staatsexamens nicht erlaubt war, eine eigene schulmedizinische Praxis zu führen. Und nach einer langen Familienpause traute ich mich nicht mehr ans Staatsexamen.

Mehr zufällig als gesucht habe ich damals mit der Ausbildung in der komplementärmedizinischen Methode der Biophysikalischen Informationstherapie (BIT), identisch mit Bioredo-nanz, begonnen. Um meine Patienten ohne jede schulmedizinische Massnahme erfolgreich zu behandeln, war ich gezwungen, auf diesem Gebiet vollen Einsatz zu leisten und mich ständig weiter zu bilden.

Die Erfolge der BIT bei Erkrankungen des Immunsystems, besonders bei Allergien, chronischen Infekten und Darmflorastörungen sind so gut, dass der Bedarf das Angebot bei weitem übersteigt.

Wer die Komplementärmedizin grundsätzlich ablehnt, hat keine Ahnung von ihrer Wirkungsweise.

Woher kommt dieser Informationsmangel? Ist es Interesselosigkeit, Trägheit oder spielt nicht auch die Angst vor einer Erschütterung des angestammten Modells eine Rolle ?

#### **Es geht um einen Paradigmawechsel**

Die Wirkung der Komplementärmedizin beruht auf heilenden Informationen, die auf eine energetische Steuerungsebene des Organismus treffen. Das Ziel ist die Lösung der Blockaden in der Grundregulation. Hier bestimmt nicht die Symptomatik die Therapie, sondern die vom Körper des Patienten individuell geforderte Heil-information. Das kann z.B. ein homöopathisches Präparat, eine Heilpflanze oder eine Akupunktur-nadel sein.

Das meiste über die Wirkungsweise ist noch unbekannt, aber wir wissen durch neuste biophysikalische Forschungen, dass es im lebenden Organismus auf der Basis der Biophotonen ein Energiefeld gibt, das eine übergeordnete Steuerungsfunktion hat.

Die Tatsache, dass eine Heilung noch nicht «wissenschaftlich» messbar ist (ist das denn in der Schulmedizin immer der Fall?), kann doch nicht ausschlaggebend sein für die Negierung unserer Heilerfolge.

Die Patienten wissen es besser.

*Dr. med. Annelies Burki-Kiessling, Zug*



### La FMH et les médecines complémentaires

Je voudrais inviter mes confrères à considérer avec plus de recul du recul la médecine académique contemporaine. Elle n'a pas à faire ses preuves ni à être défendue, mais nous avons tout avantage à prendre la mesure de ses limites actuelles, pour les dépasser et sortir d'une crise sans précédent.

Le problème du coût des soins est sur le devant de la scène. Il serait politiquement moins présent si la population était totalement satisfaite des services de la médecine. Accomplir notre travail au plus près de notre conscience ne suffit pas, si nous ne reconnaissons pas l'insatisfaction d'une partie de nos patients qui demandent, dans certaines circonstances, le droit de se soigner autrement, en complément des services de la médecine. Jeter l'anathème sur des arts de soigner qui correspondent aux besoins d'une partie importante du public ne peut que nuire à notre image de marque.

L'expérience populaire de la maladie et de la santé n'a-t-elle rien à nous apprendre? La démarche scientifique, telle que je la comprends, ne rejette pas ce qu'elle ne connaît pas ou ne comprend pas, au contraire elle se nourrit sa réflexion, et fonde sa démarche sur l'élucidation de l'incompréhensible, ou à défaut sur la confrontation de l'incompréhensible avec la réalité.

Or la recherche en médecine est actuellement moins inspirée par une démarche scientifique au service de l'humanité que par la nécessité de profit imposée par un système économique pervers. Les quatre cinquièmes de la recherche contemporaine sont assurés par l'industrie privée. La recherche fondamentale et la recherche

en santé publique sont assumées par des organismes publics dont les moyens de financement sont en pleine cure d'amaigrissement. Pour l'industrie pharmaceutique, la recherche est limitée à la perspective de bénéfices élevés, obligatoirement liés à des molécules brevetées.

Cette recherche se détourne des domaines les moins rentables, antibiotiques, anti-malariques, anti-tuberculeux, maladies orphelines, pour consacrer ses efforts aux marchés les plus porteurs, (hyperlipidémies, hypertension, rhumatologie, dysfonction sexuelle, sida), au profit des populations les plus solvables.

Les découvertes spectaculaires de la pharmacologie dans les années 50 à 70 ont alimenté le mythe d'un progrès permanent par la biochimie. Mais en regard des 30 ou 40 molécules utiles produites annuellement durant cette période féconde, le bilan annuel des découvertes valables se compte aujourd'hui sur les doigts d'une main. Sur les cinquantes milliards d'euros investis annuellement par l'industrie pour «la recherche et le développement», les deux tiers au moins vont au «développement» c'est-à-dire au marketing. Le marketing, c'est le conditionnement du public, des médias et des médecins, une irrésistible machine à modeler l'opinion et à maintenir coûte que coûte le mythe du progrès médical par la biochimie. Quant à «la recherche», elle est surtout celle de nouveaux brevets, ce qui ne veut pas dire recherche de nouveautés thérapeutiques.

Les récents revers essayés par des produits impliqués sur le marché (Lipobay, Vioxx, hormones de substitution pour la post-ménopause ...) montrent les limites de cette démarche et minent la réputation du corps médical.

Dans ce contexte économique conditionné par l'appétit des actionnaires, il n'y a pas de place au soleil pour des recherches sur des méthodes plus naturelles, sur des thérapies simples, sur des produits d'automédication non toxiques, car pour ces techniques, aucun brevet ne peut assurer le plus minime retour sur investissement. L'énormité des sommes impliquées par une autorisation de mise sur le marché élimine d'emblée toute thérapie bon marché. Aucune entreprise ne peut se permettre de financer des recherches cliniques sur un produit thérapeutique dont elle n'aura pas l'exclusivité.

Or, à côté d'un lot inévitable d'illuminés ou de charlatans, de nombreux chercheurs, biologistes de talent ou médecins inspirés, travaillent dans ces domaines avec des résultats dignes d'intérêt, mais ils n'ont pas droit à la parole, ils sont raillés ou pénalement poursuivis. Ils explorent des molécules naturelles, ou des techniques



relevant de la biophysique. Autant de domaines qui ne se prêtent ni aux brevets ni au profit. Et parmi lesquelles se trouvent peut-être des germes de la médecine de demain.

Les médecins n'ont aucune raison de considérer les productions de l'industrie médico-pharmaceutiques comme représentantes exclusives de notre art de guérir. Au contraire, la liberté de prescrire dans le cadre médical, sous couverture de garanties élémentaires, des remèdes concurrents, et bon marché, ne peuvent que stimuler une industrie figée dans ses succès passés et son monopole.

La vie est complexe, les arts de guérir multiples. La médecine factuelle se base sur des résultats et non sur une rationalité qui, quoi qu'on en dise, n'a jamais été le lot de la médecine académique. La durée dans le temps de certaines thérapies traditionnelles est en elle-même un «fait», attesté par la satisfaction de ceux qui les ont expérimentées au cours des siècles. Dans cette optique nouvelle, toutes les médecines peuvent devenir complémentaires. L'intégrisme académique est stérile et contraire à l'esprit de liberté et de fantaisie qui a présidé aux plus grandes découvertes.

Notre société médicale ne doit pas s'amputer de cette part d'elle-même qui, en cherchant le meilleur pour les patients, expérimente en dehors des chemins battus. Nous avons tout intérêt à cultiver la confiance entre confrères et la tolérance envers nos patients, plutôt que la discorde et l'anathème.

*François Choffat, Estavayer-le-Lac*



### **Förderung des komplementärmedizinischen Angebotes**

Einige Gedanken mit einer Folgerung.

Löffler: «Der Geheilte wird seinem Arzt nie verübeln, auf Grund einer falschen Theorie geheilt worden zu sein» (zitiert nach [1]).

Man scheint der Diskussion über die Komplementärmedizin nicht müde zu werden.

Wollen wir nicht wenigstens die Begriffsfindungsphase beenden?

Ja, Kollege Valloton und mitunterzeichnende Kollegen möchten zuerst die Begriffe geklärt haben und steuern gleich selbst – um nicht, wie Valloton sagt, den Beigeschmack der Scholastik (??) – zu erzeugen, einen neuen, völlig unnötigen Begriff bei, nämlich den der

*akademischen Medizin* [2]. Bleiben wir doch der Einfachheit bei der ziemlich genau umschriebenen und geläufigen *Schulmedizin*.

Ausdrücke wie *Komplementärmedizin*, *Alternativmedizin*, *Additivmedizin* (oder gar *Naturmedizin* und 125 weitere) sind samt und sonders nur sektoriell zutreffend. Das wurde schon unzählige Male gesagt. Der ebenfalls unnötige Amerikanismus *CAM* ist um kein Jota gescheiter [3–5]. Soll zusätzlich eine *Offenbarungsmedizin* oder eine (wohlverstanden bidirektionale) *Zufluchtsmedizin* (Neubegriff) eingeführt werden müssen? Auch *technische Medizin* und *Beziehungsmedizin* sind überflüssiges Beiwerk.

Der beste Oberbegriff für alle nicht schulmedizinischen Heilmethoden ist einstweilen immer noch *Paramedizin*, wohlwissend, dass an gewissen Instituten in Europa und im fernerem Ausland Methoden gelehrt werden, die bei uns nicht anerkannt sind.

Ob es sinnvoll ist und ob wir es wahrhaben wollen oder nicht, die Paramedizin ist dermassen zum Allgemeingut geworden, dass es vermessen wäre, sie zu negieren oder zu bekämpfen. Es gibt Ärzte- und Laiengruppierungen mit Hunderten von Mitgliedern für TCM, Alternativmedizin, Manualtherapie, Homöopathie, für Naturheilmedizin, für Akupunktur, Reflexzonen-therapie usw. usf. Der Staat selbst stärkt und stützt die Intentionen, bietet selbst Ausbildung an, veranstaltet Prüfungen und verteilt Diplome und sanktioniert damit die Betreiber. Die Angehörigen der Gruppierungen wiederum unterrichten sich selber und diplomieren sich gleich auch noch selber. Was als TCM gilt (gelten soll), erfordert in China ein jahrelanges Studium, für echte klassische Homöopathie sei 4 Jahre Ausbildung nötig. Hierzulande reichen Wochenendkurse oder 3 Monatsseminare, womöglich über Jahre verteilt. Wenns in China drauf ankommt, behilft man sich übrigens wie bei uns mit westlicher Medizin.

Wenn die Paramedizin bei Ärzten Fuss fassen konnte, so aus mannigfachen Gründen: aus Überzeugung, aus persönlicher Erfahrung und nach wunderbaren Begegnungen, auf Druck der Klientele, aus pekuniären Überlegungen. Ein seltsames Phänomen ist das Pulkangebot. Man ist nicht einfach Homöopath oder Akupunkteur, sondern beides und dazu noch ein bisschen Kinesiologe, Biofeedbacker, Neuraltherapeut ...

Die Zeiten, in denen der Arzt gar aufgerufen war, die Patienten vor der Paramedizin zu bewahren, sind vorbei. Die Zweifler, Kritiker und Gegner sind zwar immer noch in der Überzahl, aber sie vermögen nichts mehr. Der Ruf des Publikums nach mehr Alternativem, den die

SAMW aus ihrem bescheuerten Fragebogen herausliest, gilt als stichhaltiges Argument zu dessen Etablierung, Vermehrung und Verbreitung.

Aufgrund der oben gemachten Feststellungen scheint der einzige vorzuschlagende, heute noch gangbare, zweifellos kompromissbehaftete Ausweg: Man lasse die Paramedizin(er) gewähren, ohne sie aber staatlich zu approbieren. Bezahlen sollen sie die Anhänger, deren Zahl in unterschiedlicher Höhe herumgesprochen wird [6], selber. Es stimmt nicht, dass eine Zusatzversicherung für Alternativmedizin alle Welt kostet, wie Kollege Fritschi glaubt. Die Anwendungen stünden dafür den meisten, die es wünschen, offen, und die Ungläubigen würden nicht zur Kasse gebeten [7].

Der Paramediziner fühlt sich eingeeengt und bedroht durch die vermeintliche Notwendigkeit der heiligen Evidenz. Diese ist aber wohl nicht im Ernst das Hauptanliegen der Schulmedizin oder der Mehrzahl der Schulmediziner. Gut und richtig ist allweil, was heilt und dabei nicht schadet. Wenn die Heilung erklärbar ist, um so besser, wenn sie reproduzierbar und nicht ein ephemeres Wunder ist, dann noch besser. Was sie taugen, die Heilungen und Reproduzierbarkeiten, lässt sich mit Cochrane oft ebenso belegen wie widerlegen [6].

Die Paramedizin hinwiederum lässt sich auf weiten Gebieten nicht in das übliche Schema von Symptomatik, Diagnose und Therapie zwingen, und nach Ansicht vieler Anwender sind vergleichende Prüfungen nach dem Goldstandard (nach Evidence-based Medicine) nicht zulässig. Es ist eher ungewöhnlich, wenn ein Homöopath sich an klassischen Krankheitsbildern versucht [8] und seine Erfolge vergleichen und messen lassen kann. Diese seine Erfolge sind erstrebenswert. Wenn sie reproduzierbar sind, wäre der Platz der Homöopathie gesichert(er), sie könnte dann aber nicht mehr als rein klassisch bezeichnet werden. Aber wie steht es mit den anderen 4 im Rampenlicht stehenden und den 10 oder 100 oder 1000 weiteren paramedizinischen Vorgehensweisen und Methoden?

*Dr. med. Kurt Bösch, Rorschacherberg*

- 1 Picht E. Ein Jahrhundert Höhentherapie und pathogenetische Theorie der Lungentuberkulose – eine Geschichte der Trugschlüsse? Schweiz Ärztezeitung 2000;81(44):2507-10.
- 2 Vallotton P. Soll die FMH unter ihren Mitgliedern das komplementärmedizinische Angebot fördern? Schweiz Ärztezeitung 2005;86(1):24-7.

- 3 Bösch J. Alternative Medicine Goes Mainstream. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(45):2550-1.
- 4 Bösch K. Alternative Medicine Goes Mainstream. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(49):2826.
- 5 Bösch K. Bekenntnisse meine Gesundheit betreffend. Schweiz Ärztezeitung 1999;80(46):2736-7.
- 6 Fritschi J. Soll sich die FMH für die Erhaltung oder sogar für die Förderung komplementärmedizinischer Angebote bei ihren Mitgliedern einsetzen? Schweiz Ärztezeitung 2005;86(1):27-30.
- 7 Ott R. PEK – Programm zur Erzeugung weiterer Kosten. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(1):13.
- 8 Von Arx S. Soll die FMH unter ihren Mitgliedern das komplementärmedizinische Angebot fördern? Schweiz Ärztezeitung 2005;86(3):142.



### **Soll die FMH unter ihren Mitgliedern die Komplementärmedizin fördern?**

Im Abstimmungskampf für das neue KVG versprach Frau Bundesrätin Dreifuss dem Stimmvolk, mit der Annahme des KVG würden alternativ- und komplementärmedizinische Massnahmen Pflichtleistungen der Grundversicherung. Dementsprechend wurden 1999 durch bundesrätliches Dekret verschiedene Behandlungen der Alternativmedizin für eine beschränkte Zeit Pflichtleistung der Grundversicherung und müssen von den Krankenkassen vergütet werden\*. Damit setzte sich die Exekutive über die bereits damals geltende Regelung hinweg, in der Grundversicherung nur Methoden als Pflichtleistung anzuerkennen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Die Kostenübernahme erfolgt damals mit der Begründung, in der gesetzten Zeitspanne von fünf Jahren sei die *Wirksamkeit* der Behandlungsmethoden zu prüfen [1]. Offenbar fehlte damals der Wirksamkeitsnachweis. Somit handelte es sich bei den vorläufig zugelassenen Methoden aber um experimentelle Behandlungen, die gemäss der Helsinki Deklaration über Versuche am Menschen nur im Rahmen von Studien mit entsprechender Patientenaufklärung durchgeführt werden dürften. Zum ändern hatte das Zwangskollektiv der Versicherten über die Prämien und die öffentliche Hand über die Prämienverbilligungen Forschungskosten zu übernehmen, was gegenüber der übrigen forschenden Industrie eine Rechtsungleichheit und eine Marktverzerrung schuf.

#### \* 1. Verordnung über die Leistung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Anhang 1 (Art. 1) Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

Einleitende Bemerkungen: [...] Er enthält Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit noch abgeklärt wird, für die jedoch die Kosten unter bestimmten Voraussetzungen und in einem festgelegten Umfang übernommen werden:

Anthroposophische Medizin: Ja, in Evaluation

Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannt ist, vom 1.7.1999 bis 30.6.2005.

### Wirkt Iscador?

Der Grund, dass Valloton und Fritschi bei der Frage der Zulassung der Komplementärmedizin in der Grundversicherung zu gegenteiligen Antworten kommen, liegt neben allfälligen finanziellen Interessen an der unterschiedlichen Interpretation der WZW-Kriterien. Diskurse über die Wirksamkeit von Iscador sind in der Regel wenig ergiebig. Schulmediziner sprechen von einer «Methode ohne nachgewiesene Wirkung». Anthroposophische Mediziner sehen den Wirkungsnachweis von Iscador in der verbreiteten Anwendung und in der Zufriedenheit der Patienten. Diese Zufriedenheit habe einen günstigen Einfluss auf den Krankheitsverlauf. Zudem sei es unethisch, mit einem so erprobten Medikament im nachhinein randomisierte Studien durchzuführen, die der Hälfte der Patienten im Kontrollarm eine wirksame Behandlung vorenthalten. Für Schulmediziner gibt es aufgrund prospektiver randomisierter Studien keine genügende Evidenz, dass Iscador in der Krebsbehandlung generell oder bei bestimmten Malignomen den natürlichen Krankheitsverlauf bezüglich Überlebenszeit oder Heilungsraten günstig beeinflusst. Ursache dieses unlösbar scheinenden Disputs ist unter anderem ein *semantisches Problem*: Es ist die unterschiedliche Verwendung des Wortes «Wirkung»: An einem bösartigen Tumor zu leiden bedeutet, mit einer existenzbedrohenden Krankheit leben zu müssen. Krebs kann die Freiheit einschränken und das Leben verkürzen. Dieses Wissen löst Angst aus. Solche Ängste haben die Menschen immer begleitet. Um sie zu lindern, setzten Kulturen und Individuen verschiedene Mittel ein. Während Pestepidemien im Mittelalter sollten Bussrituale oder Wallfahrten vor Erkrankung schützen. Erkrankte ein Kind, war das Abschreiten eines Kreuzweges bei selbstheilenden Krankheiten «wirksam», bei nicht selbstheilenden Krankheiten half es zumindest, die Angst und die Not der Hilflosigkeit zu lindern, was auf den Verängstigten eine entlastende und beruhigende «Wirkung» hatte. Die moderne Medizin lehrte uns nicht nur, selbstheilende Krankheiten von lebensbedrohlichen zu unterscheiden. Dank sozialem Fortschritt sank die Sterblichkeit an Tuberkulose. Die Einhaltung der Asepsis verminderte die Sterblichkeit im Kindbett. Die Kinderlähmungsimpfung verhinderte schwere Invalidität und Tod. Indem es der Medizin in vielen Fällen gelingt, potentiell tödliche Krankheiten zu heilen, nimmt sie den Betroffenen die Angst. Die früher praktizierten Rituale zur Angstlinderung verlieren so an Bedeutung. Es gibt aber weiterhin lebensbedrohliche Krankheiten, die trotz den Mitteln der

modernen Medizin nur bei einem Teil der Betroffenen geheilt werden können. Typisches Beispiel sind Krebserkrankungen, die heute bei einem Teil der Erkrankten, abhängig vom Stadium und vom Ursprungsort des Tumors, zum Tode führen und so die gleichen Ängste auslösen wie früher Tuberkulose oder Kindbettfieber. Die Betroffenen versuchen in ihrer Hilflosigkeit alles, was Angst und Not lindern könnte.

Spricht der *Schulmediziner* bei der Krebsbehandlung von Wirkung, meint er, dass bei einer Krankheit, die wegen vorzeitigem Tod und den durch die Schmerzen verbundenen Einschränkungen bedrohlich ist, *Heilung, Lebensverlängerung* und *Schmerzverminderung* als Kriterien einer wirksamen Behandlung gewählt werden. Setzt man diese Kriterien praktisch um, so ist die Wirksamkeit einer Behandlung an der Reduktion der Sterblichkeit gegenüber dem Spontanverlauf, am Hinausschieben des Rückfalls und an der Verlängerung des Lebens zu messen. Dahinter steht die Absicht, mit einer solchen Therapie Leben zu ermöglichen und so die Angst vor einem vorzeitigen Tod zu mindern. Verlängerung des Lebens und Hinausschieben des Rückfalls sind somit messbare Endpunkte für die Wirksamkeit der Therapie und bedeuten eine Zunahme an Freiheit gegenüber dem natürlichen Verlauf der Krankheit. Deshalb misst der Schulmediziner auch alternative Behandlungsmethoden an ihrer Fähigkeit, den Rückfall hinauszuschieben und das Leben, verglichen mit dem unbehandelten natürlichen Krankheitsverlauf, zu verlängern.

Demgegenüber legt der *Alternativmediziner* im Disput um die Wirkung anthroposophischer Behandlungsmethoden das Hauptgewicht auf die Zufriedenheit und das Glück des Patienten und interpretiert dieses Wohlergehen als Wirkung seines Medikamentes. Die Angstfreiheit des durch eine Operation bereits geheilten Krebspatienten wird zum Argument für die Wirksamkeit der alternativen Behandlungsmethode. Damit erfüllt die alternative Behandlungsmethode die gleiche Aufgabe wie früher und heute (religiöse) Praktiken bei der Bewältigung existentiell bedrohlicher Situationen.

### Heilung oder Heil? Wie lassen sich Prinzipien zur gerechten Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen finden?

Obwohl in den westlichen Industriegesellschaften das Interesse der Bevölkerung an alternativen und komplementären Behandlungen steigt, sind die heute vorliegenden Resultate über den Nutzen dieser unkonventionellen Krebsbehandlungen kontrovers, weil den Studien keine ver-

lässliche Methodologie zu Grunde liegt. Gründe für diese methodischen Mängel sind unter anderem Missverständnisse, die bei der praktischen Durchführung von methodisch einwandfreien Studien entstehen als Folge verschiedener Glaubenssysteme (biomedizinisches Paradigma gegen holistische Philosophie) [4]. Die Mittel im Gesundheitswesen sind immer begrenzt. Man will immer mehr, als vorhanden ist: mehr Pflegepersonal, mehr Menschlichkeit und mehr CAM. Das zeigt die von Fritschi zitierte Umfrage der GSF. Damit der Anspruchsexplosion keine Kostenexplosion in der Grundversicherung folgt, wurden in unserer pluralistischen Gesellschaft für die Auswahl des Pflichtleistungskatalogs allgemein zustimmungsfähige Gerechtigkeitsgrundsätze, die WZW-Kriterien, erarbeitet. Die Zuteilung medizinischer Leistungen ist somit eine politische Frage, die im Rahmen der grundlegenden Verfassungsfragen durch die öffentliche Vernunft beantwortet werden muss. Wie in einer pluralistischen Gesellschaft allgemein zustimmungsfähige Gerechtigkeitsgrundsätze gefunden werden können, versuchte J. Rawls in seiner «Theory of Justice» [2] zu beantworten. Zentrale Frage ist, «wie eine stabile und gerechte Gesellschaft freier und gleicher Bürger, die durch vernünftige und gleichwohl konträre religiöse, philosophische und moralische Lehren einschneidend voneinander getrennt sind, dauerhaft bestehen kann. Dies ist eine Frage der politischen Gerechtigkeit und nicht des höchsten Gutes. [...] Wie müssen Strukturen und Inhalte der dafür erforderlichen politischen Konzeption beschaffen sein, falls es eine solche Konzeption überhaupt gibt?» [3].

Für Rawls gibt es einen Raum des Politischen oder Öffentlichen, der seine eigene Plausibilität hat, die von umfassenden religiösen, philosophischen oder moralischen Lehren unabhängig ist. Es ist nun das Bestreben des politischen Liberalismus, die an Prinzipien der Gerechtigkeit orientierte Grundordnung der Gesellschaft allein in diesen freistehenden Plausibilitäten zu fundieren und somit aus den Gegensätzen und Dissonanzen der weltanschaulichen Überzeugungen herauszuhalten. Vom Vernunftgebrauch im Rahmen vernünftiger umfassender Lehren ist somit der öffentliche Vernunftgebrauch, der sich auf Plausibilitäten stützt, die allen Bürgern und Bürgerinnen in gleichem Masse zugänglich sind, zu unterscheiden. Dieser Vernunftgebrauch bezieht sich nicht auf alle politischen Fragen, sondern nur auf das, «was wir wesentliche Verfassungsinhalte nennen können, und auf Fragen grundlegender Gerechtigkeit» [3]. Da es sich bei der Mittelzuteilung im Gesundheits-

wesen um Fragen von Leben und Tod handeln kann, gehören sie zu den Fragen der grundlegenden Gerechtigkeit. Das schliesst in einer weltanschaulich pluralistischen Gesellschaft die Berufung auf religiöse Lehren aus und ist ein Argument für den öffentlichen Vernunftgebrauch.

Lässt man die Exponenten der Anthroposophie selber zu Worte kommen, ist die Anthroposophie eine vernünftige umfassende Lehre, in deren Rahmen Iscador angewendet wird: «Anthroposophical cancer treatment almost always contains mistletoe (Iscador) injections» [4]. Iscador ist Teil der anthroposophischen Lehre. Die Anwendung von Iscador erfolgt gemäss der anthroposophischen Menschen- und Naturerkenntnis [6]. «Anthroposophie aber», so schreibt es Rudolf Steiner, «Anthroposophie ist ein Erkenntnisweg, der das Geistige im Menschenwesen zum Geistigen im Weltenall führen möchte. Sie tritt im Menschen als Herzens- und Gefühlsbedürfnis auf. Sie muss ihre Rechtfertigung dadurch finden, dass sie diesem Bedürfnis Befriedigung gewähren kann. Anerkennen kann Anthroposophie nur derjenige, der in ihr findet, was er aus seinem Gemüte heraus suchen muss. Anthroposophen können daher nur Menschen sein, die gewisse Fragen über das Wesen des Menschen und der Welt so als Lebensnotwendigkeit empfinden, wie man Hunger und Durst empfindet» [5].

Wann kann nun eine solche, in den Rahmen einer umfassenden Weltansicht eingebettete Behandlung Pflichtleistung der Grundversicherung werden?

Mit der erzwungenen Solidargemeinschaft in der sozialen Krankenversicherung soll die Voraussetzung geschaffen werden, dass jeder Bürger mit gleichen Chancen seine demokratischen Rechte wahrnehmen und sein Leben nach eigenem Entwurf gestalten kann. Die Grundversicherung soll ihm ermöglichen, seine ihm richtig scheinende Weltanschauung zu leben, nicht aber seine Weltanschauung auf Kosten der Solidargemeinschaft zu praktizieren. Das Argument, die Iscadorthherapie sei keine teure Therapie, ist in diesem Zusammenhang nicht relevant, da es um eine grundsätzliche Erwägung geht und es sehr wohl vorstellbar ist, dass auch andere Behandlungsverfahren, die aus anderen Weltanschauungen stammen oder als Lifestylemedizin angeboten werden, mit deutlich teureren Mitteln ebenfalls Anspruch auf Zulassung zur Grundversicherung einfordern könnten.

Mit dem Versicherungszwang ist die Grundversicherung dem öffentlichen Recht zu vergleichen, dem ebenfalls ein Zwangscharakter zukommt. Dort wird der Gerechtigkeit das Pri-



mat über das Wohlbefinden zugeschrieben. Bei Verfassungs- oder Gerechtigkeitsfragen werden als Begründungen Argumente aus umfassenden Weltanschauungen abgelehnt und eine Urteilsfindung im Rahmen eines reflektiven Gleichgewichtes versucht. Damit ist der Rekurs auf das Weltbild der anthroposophischen Medizin als Begründung für die Zulassung von Iscador zur Grundversicherung problematisch, da dieses Weltbild nicht dem Kriterium der Reziprozität entspricht, schliesst doch die anthroposophische Weltsicht diejenigen aus, die gewisse Fragen nicht als lebensnotwendig empfinden [5].

Verwerfen wir aber den von den Vertreibern des Iscador beschriebenen Ansatz, dass dieser fermentierte wässrige Auszug aus Misteln gemäss der anthroposophischen Menschen- und Naturerkenntnis angewendet werden soll [6], müssen wir postulieren, dass Iscador ein Medikament ist. Nach welchen Kriterien soll dann die Wirksamkeit von Iscador geprüft werden? Da Iscador von den Vertreibern in der Behandlung von Krebskrankheiten als wirksam angepriesen wird, müssen, um der Rechtsgleichheit willen, die gleichen Kriterien wie bei andern Medikamenten angewendet werden, um die behauptete Wirkung zu belegen. Welche Kriterien würden wir als Gesunde für die Beurteilung der Wirksamkeit eines Medikamentes fordern, das zur Behandlung einer lebensbedrohlichen Krankheit eingesetzt wird? Wahrscheinlich das gleiche wie die Krebskranken selber: dass es unser Leiden heilt. Die empirische Forschung ist dieser Frage nachgegangen: Zwei kürzlich erschienene Studien [7, 8] zeigen, dass ein grosser Teil der Patienten erwartet, dass die Alternativ- oder Komplementärmedizin ihren Krebs *heilt*.

Die Erwartung, dass eine Behandlung die lebensbedrohliche Krebserkrankung heilt, ist gemäss Rawls ein freistehendes Konzept, das unabhängig von den verschiedenen vernünftigen Lehren anerkannt werden kann. Das entkräftet das Argument, auch das biomedizinische Modell sei wie die Anthroposophie eine umfassende vernünftige Lehre, so dass auch Heilmittel der Anthroposophie zu Lasten der Grundversicherung verwendet werden könnten. Iscador kann Pflichtleistung in der Behandlung von Malignomen werden, sobald es das freistehende Konzept der Wirkung im Sinne von Heilung oder Lebensverlängerung erfüllt. Für den Patienten ist es letztlich nicht wichtig, ob er aufgrund eines biomedizinischen oder eines holistischen Modells behandelt wird, sondern ob er geheilt wird.

Es liegen aber keine dem heutigen Standard entsprechenden Daten vor, die die Harmlosigkeit von Iscador belegen. Die Vertreter selbst [6]

geben sogar an, dass das Medikament Fieber und lokale Hautreaktionen auslöse, was sie als Hinweis seiner Wirkung auf das Immunsystem interpretieren. Ob diese behauptete Wirkung auf das Immunsystem einen günstigen oder ungünstigen Einfluss auf den Krankheitsverlauf beim Krebskranken hat (längeres Leben, längere Rückfallfreiheit als beim Spontanverlauf), wurde bislang in prospektiven randomisierten Studien nicht gezeigt. Bereits die als Immunmodulation interpretierte Veränderung der Körpertemperatur zeigt, dass *Iscador kein Placebo* sein kann, sondern bei einem Teil der Patienten messbare Veränderungen im Körper hervorruft: Neben Hautveränderungen sind als Nebenwirkungen Atemnot, Asthma und Kreislaufzusammenbruch beschrieben [6], die den Kranken zusätzlich gefährden und auf Kosten der Grundversicherung behandelt werden müssen. Temperaturanstieg und lokale Reaktionen an der Hauteinstichstelle sowie die regelmässige Verabreichung der Spritzen sind eine bewusst in Kauf genommene *Körperschädigung auf Kosten einer Zwangsversicherung*, deren Ziel es ja eigentlich sein sollte, nur Behandlungen anzubieten, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Ohne entsprechende klinische Untersuchungen kann aber nicht entschieden werden, ob dem Schaden durch Fieber und lokale Hautveränderungen auch ein Nutzen für den Patienten gegenübersteht. Somit darf es keine pauschale Zulassung von Iscador zur Krebstherapie geben. Wie alle andern Medikamente, so darf auch Iscador (und komplementäre oder alternative Behandlungen) nur für diejenigen Indikationen in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen werden, für die aufgrund kontrollierter randomisierter Studien gemäss den obgenannten Kriterien die Wirksamkeit nachgewiesen ist. In gleicher Weise sind auch die Kriterien der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit zu erfüllen.

Die heute praktizierte Abrechnung alternativenmedizinischer Leistungen zu Lasten der Grundversicherung wurde unter anderem damit begründet, während der begrenzten Zulassungszeit könne der Wirksamkeitsnachweis für die Behandlungsmethoden erbracht werden [1]. Das heisst aber, dass sich ein Patient, der sich mit einer dieser Methoden behandelt lässt, einer *experimentellen Behandlung* aussetzt, ohne eine entsprechende Einwilligung im Sinne eines «informed consent» abgegeben zu haben, nachdem er über den experimentellen Charakter der Behandlung aufgeklärt worden ist. Dies ist um so gravierender, als Patienten der Grundversicherung bislang annehmen konnten, nur mit Methoden behandelt zu werden, die gemäss dem

Stand der Wissenschaft wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Diese Annahme war um so berechtigter, als in einer Grundversicherung nicht Leistungen erbracht werden sollten, die bereits knappe Ressourcen unnötig verbrauchen.

Wenn Patienten, die über die fehlende Wirkung am Tumor aufgeklärt wurden, trotzdem (kontrafaktisch) an die Wirkung von Iscador glauben, wird Iscador zum Heilmittel und kann so nicht als Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung zugelassen werden. Wird der Patient vom behandelnden Arzt aber nicht über die fehlende Wirksamkeit von Iscador auf den biologischen Verlauf der Tumorkrankheit hingewiesen, verstösst er gegen die Aufklärungspflicht gegenüber dem kompetenten Patienten.

### Konklusion

Besitzt Iscador keine nachweisbare Wirkung im Sinne der vom Patienten erwarteten Heilung oder Lebensverlängerung, so ist Iscador bestenfalls Bestandteil einer Behandlung innerhalb einer vernünftigen umfassenden Weltsicht. Unter dieser Annahme mutet man aber den übrigen Mitgliedern des Zwangskollektivs die Übernahme von Behandlungskosten für eine Therapiemethode zu, deren Wirksamkeit für Anhänger einer anderen Weltsicht nicht nachvollziehbar ist. *Dies verstösst gegen das Prinzip der Reziprozität öffentlicher Entscheide und gegen das Prinzip der Unparteilichkeit, da es gegen die Gleichheit der Regelanwendung bei der Auswahl von Pflichtleistungen verstösst (Zulassung gemäss den WZW-Kriterien).*

Ist Iscador *nicht* Teil einer Krebsbehandlung im Rahmen einer vernünftigen umfassenden Weltsicht, sondern ein Medikament wie andere im Sinne der «Schulmedizin» bei der Krebsbehandlung eingesetzte Medikamente, so wurde aufgrund der heute vorliegenden Untersuchungen weder die Harmlosigkeit der Behandlung noch ihr Nutzen bezüglich Tumorrückbildung, Rückfallverzögerung oder Lebensverlängerung gezeigt. Die Zulassung von Iscador als alternative Behandlungsmethode in der Grundversicherung ist ein Verstoß *gegen das Prinzip des Nichtschadens*, da die Harmlosigkeit der Behandlung bei Karzinompatienten nicht nur nicht nachgewiesen wurde, sondern der Vertreiber des Medikamentes sogar regelmässige Nebenwirkungen beschreibt und darauf hinweist, dass selten auch allergische Reaktionen, wie generalisierter Juckreiz, Hautschwellung, Schüttelfrost, Atemnot, Asthma und Kreislaufzusammenbruch, auftreten können, die ein lebensbedrohliches Ausmass annehmen können. Mit der Übernahme der Behandlung in die Grundversiche-

rung wird der Patient zudem unwissend und nicht informiert einer experimentellen Behandlung ausgesetzt, ohne dass er eine entsprechende Einwilligung gegeben hätte. Dies verstösst *gegen das Prinzip der Patientenautonomie*.

Es kann deshalb nicht Aufgabe der FMH sein, die CAM zu fördern oder zu verhindern. Ihre Aufgabe ist es, besorgt zu sein, dass ihre Mitglieder so ausgebildet werden, dass sie in der Lage sind, gemäss den WZW-Kriterien eine Medizin zu betreiben, die den Zwangsversicherten in der sozialen Krankenversicherung Chancengleichheit, aber nicht Glückseligkeit gewährt. Alternativ- und komplementärmedizinische Verfahren aber sind nach den gleichen Kriterien auf ihre Wirksamkeit zu prüfen wie die übrigen Medikamente. Je nach Studienresultat sind sie für bestimmte Indikationen als Pflichtleistung zuzulassen, wenn sie auch wirtschaftlich und zweckmässig sind. Wurde lediglich ein Wirksamkeitsnachweis erbracht, können sie im Zusatzversicherungsbereich angeboten werden. Ohne einen Wirksamkeitsnachweis handelt es sich um experimentelle Therapien, die nur im Rahmen von kontrollierten Studien auf Kosten des Herstellers angewendet werden können.

J. Nadig, Bülach

### Literatur

- 1 Verordnung über die Leistung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Anhang 1 (Art. 1).
- 2 Rawls J. Eine Theorie der Gerechtigkeit (Übersetzung Hermann Vetter). Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1975.
- 3 Rawls J. Political Liberalism. New York: Columbia University Press; 1993.
- 4 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;130:1173-84.
- 5 Steiner R. Anthroposophische Leitsätze. 10. Auflage. Dornach: Rudolf Steiner Verlag; 1999.
- 6 Iscador. Anwendungsgebiet: gemäss der anthroposophischen Menschen- und Naturerkenntnis. Ärztinformation der Firma Weleda AG, Arlesheim, vom Juli 2000.
- 7 Burstein HJ, Gelber S, Guadagnoli E, Weeks JC. Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer. N Engl J M 1999;340:1733-9. [www.nejm.org/content/1999/0340/0022/1733.asp](http://www.nejm.org/content/1999/0340/0022/1733.asp).
- 8 Boon H, Stewart M, Kennard MA, Gray R, Sawka C, Brown JB, et al. Use of complementary/alternative medicine by breast cancer survivors in Ontario: prevalence and perceptions. J Clin Oncol 2000;18:2515-21. <http://intl.jco.org/cgi/content/abstract/18/13/2515>.