Jörg Fritschi

Komplementärmedizin – quo vadis?

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

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 zur Zeit 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 zur Zeit nicht über einen eige-

pretation 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 umso 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 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

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

Arthur Schopenhauer

nen Fähigkeitsausweis und ist deshalb nicht tarifwirksam. Die Akupunktur liegt nicht auf dem Prüfbock, könnte aber durch eine «Tsunami-Welle» ebenfalls hinweg gerafft werden. Alle übrigen Methoden würden durch einen negativen Entscheid in die Zusatzversicherung verwiesen. Damit wäre der Zugang zu den komplementärmedizinischen Methoden für den weitaus grössten Teil der Bevölkerung verloren; jede anderslautende Inter-

derart integriert, dass ihr ein spezieller 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 inn- 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 Wirksamkeit der Homöopathie beim postoperativen Ileus [4] (positiv), zur Frage der Mind-body Therapie bei Fibromyalgie [5] (positiv) und 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 11 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 Folgen 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 erkaufte 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 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 die Bundesämter – im allgemeinen in dieser Reihenfolge. Zur Bekämpfung des Kostendruckes glaubt die Politik zur Zeit 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 halb so wichtig [11]. Eine neueste Umfrage ergibt eine positive Haltung zu vermehrter CAM sogar 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 wurden dabei zur Hälfte aus der eigenen Tasche bezahlt. Im Bereich der rheumatischen Krankheiten zeigen mehrere Studien eine Nutzung der Komplementärmedizin fast zu 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 1'600 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 Gründungsvaters 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 Patienten werden sich dafür einsetzen, dass diese Wirklichkeit nicht verkürzt wird. Die SAMW gibt in ihrem Projekt «Zukunftmedizin 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» [20].

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. Eine mögliche, persönliche Version ist in der **Abbildung** gezeigt.

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 [1]. 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 ernst genommen, 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

1. Zeltner T, Replik. Schweizerische Ärztezeitung 2004;85:Nr. 44, S. 2347.
2. Acupuncture. NIH Consensus Statement 1997 Nov 3–5; 15(5): 1–34.

3. EBM Reviews – Cochrane Database of Systematic Review. Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness.
4. Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness, NHS Centre for Reviews and Dissemination. Barnes J, Resch K L, Ernst E, Homeopathy for postoperative ileus; a meta-analysis. Journal of Clinical Gastroenterology, 1997;25(4):628–633.
5. Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness, NHS Centre for Reviews and Dissemination. Hadhazy V.A. et al., Mind-body therapies for the treatment of fibromyalgia: a systematic review. Journal of Rheumatology, 2000;27(12):2911–2918.
6. Acevedo E. et al., Tolerability profiles of rofecoxib, Scandinavian Journal of Rheumatology. 30(1):19–24, 2001.
7. Manson JE et al., Estrogen plus progestin and the risk of coronary heart disease. New England Journal of Medicine. 349(6):523–34, 2003 Aug 7.
8. Bucher HC. et al., Effect of amoxicillin-clavulanate in clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a placebo-controlled, double-blind, randomized trial in general practice. Archives of Internal Medicine. 163(15):1793–8, 2003 Aug 11–25.
9. Überlegungen zur Evidenz. SMGP Jahrestagung, Baden, 18.11.2004.
10. <http://www.gfs.ch/publikationen/gesundheitsmonitor/>
11. Fachkompetenz von Ärztinnen und Ärzten gut, Sozialkompetenz verbesserungswürdig. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung in der Schweiz. www.gfsbern.ch/gfs/medizin.html
12. Health Technology Assessment, Phytotherapie im Rahmen des Programms Evaluation Komplementärmedizin, Dr. med. Ursula Wolf, PanMedion Stiftung Zürich, Baden.
13. National Centre for Complementary and Alternative Medicine.
14. Wainaple SF, Thomas AD, Kahan BS.: Use of alternative therapies by rehabilitation outpatients. Arch Phys Med Rehabil 1998;79:1003–5.
15. Ernst E.: Usage of complementary therapies in rheumatology: A systematic review. Clin Rheumatol 1998;17:301–5.
16. 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.
17. ASA-Sekretariat, Postfach, 8575 Bürglen, www.akupunktur-tcm.ch
18. UNION schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen, Geschäftsstelle Luzern, Tribschenstrasse 7, Postfach 3045, 6002 Luzern, www.unioncomed.ch
19. Sackett DL: Evidence Based Medicine. Churchill Livingstone. Second Edition.
20. Projekt «Zukunft Medizin Schweiz»: Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Gemeinsamer Bericht 2004 der SAMW, FMH und fünf medizinischen Fakultäten (Basel, Bern, Genf, Lausanne, Zürich).

Anschrift des Autors:

Dr. med. Jörg Fritschi
FMH Innere Medizin, TCM, ASA, FACP
Präsident der UNION
Im Noll 38, CH-4148 Pfeffingen
dr.fritschi@hin.ch