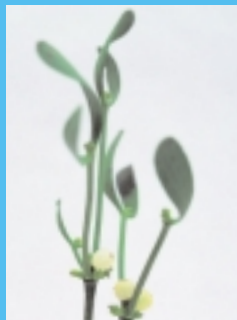


Anthroposophische Medizin in Wissenschaft und Forschung

Ausgangssituation | Methoden | Perspektiven



Anthroposophische Medizin in Wissenschaft und Forschung

Wissenschaft und Forschung sind integrale Bestandteile anthroposophischer Medizin. Allerdings beschränkt diese sich nicht allein auf naturwissenschaftliche Methoden und Kriterien, sondern geht – wie auch bei der Therapie – darüber hinaus. Anthroposophische Medizinforschung zielt vor allem darauf ab, den Menschen als Ganzes zu erfassen und nicht nur einzelne körperliche Reaktionen. Es ist die ureigenste Aufgabe der anthroposophischen Medizin, die willkürliche Aufsplitterung der Medizin in zahllose Untergruppen, die jeweils ihre eigene Sprache und Begrifflichkeit haben, zu überwinden. Es geht darum, einen fachübergreifenden Blick auf den Menschen zu gewinnen, in den anthroposophische Erkenntnisse so einfließen,

dass sie für alle anderen nachvollziehbar und verständlich sind. Denn das Anliegen der anthroposophischen Medizin ist die Begegnung von Mensch zu Mensch.

Auch geht es darum, die Wirklichkeit im Praxisalltag abzubilden. Das schließt das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis ebenso ein wie die therapeutische Überzeugung des Arztes und die aktive Mitarbeit des Patienten beim Gesundwerden. Aus diesem Grundverständnis leitet sich ab, dass anthroposophische Arzneimittel nicht im Sinne eines mechanistischen Konzepts bestimmte Stoffe im Körper ersetzen oder überschießende Vorgänge unterdrücken. Vielmehr zielen sie darauf ab, aus dem Gleichgewicht geratene Prozesse so zu beeinflussen, dass sie wieder harmonisch ablaufen.

In diesem Sinne bildet die Fähigkeit des Organismus zur Selbstregulation das Fundament der anthroposophischen Medizin. Selbstregulation bedeutet, körperliche und seelische Ungleichgewichte ausgleichen, Krisen überwinden, jede Lebenssituation aus eigener Kraft positiv wenden zu können. Die inneren und äußeren Möglichkeiten dafür sind bei jedem Menschen verschieden ausgebildet. Deshalb lässt sich die Fähigkeit zur Selbstregulation nicht allgemein voraussetzen und auch nicht verallgemeinern. Sie zeigt sich in individuell unterschiedlichen Schwächen und Stärken sowie im nicht einheitlichen Ansprechen auf allgemein gültige Therapiemaßnahmen. Was für den einen gut ist, kann für den anderen nachteilig sein. So will und muss anthroposophische Forschung neben dem Typischen und Allgemeinen die Individualität in der Methodik berücksichtigen.



Beim Abklopfen und Abtasten des Oberbauches (rechts) erkennt der Arzt, ob sich die Leber vergrößert hat. Extrakte aus der Eselsdistel (links) werden in Kombination mit anderen Pflanzenextrakten bei Herzkranken eingesetzt.



Auflagen und Einreibungen mit Arnikaessenz oder -öl wirken abschwellend und schmerzlindernd bei Prellungen, Verstauchungen und Zerrungen. Anthroposophische Forschung untersucht auch die Wirkung solcher Behandlungen.



Mehrere Beispiele aus jüngster Vergangenheit zeigen, dass Forschung in der anthroposophischen Medizin ihren festen Platz hat:

- Die **AMOS-Studie** (siehe Seite 12) konnte eindeutig nachweisen, dass anthroposophische Therapien ebenso wirksam wie wissenschaftlich sind.

- Wissenschaftler am **Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke** fanden heraus, dass das Sprechen im Versmaß des Hexameters – bekannt aus der “Odyssee” von Homer – das in der Sprachgestaltung therapeutisch angewandt wird, sich positiv auf die Koordination von Herzschlag und Atmung auswirkt.

- **Internationale Studien** zeigen, dass Kinder, die anthroposophisch behandelt werden (Zulassen von Kinderkrankheiten, weniger Impfungen, halb so viel Antibiotika

und fiebersenkende Mittel, biologisch-dynamische Ernährung), signifikant seltener an Allergien leiden.

- Zur Zeit steht eine auf vier Jahre angelegte Untersuchung bei **Erwachsenen mit chronischer Polyarthrit** kurz vor dem Abschluss. Sie vergleicht den anthroposophischen Therapieansatz mit der schulmedizinischen Basistherapie, die nicht bei jedem wirksam und teilweise mit schweren Nebenwirkungen belastet ist.

- Seit vielen Jahren laufen zahlreiche Studien (präklinische und klinische) zur **Erforschung der Mistel als Heilpflanze in der Krebstherapie** (siehe Seite 10).

- Mit führenden Vertretern der deutschen Ärzteschaft werden 2004 zwei Kongresse zum **Menschenbild und zur klinischen Forschung in der Komplementärmedizin** veranstaltet.

Was anthroposophische von konventioneller Forschung unterscheidet

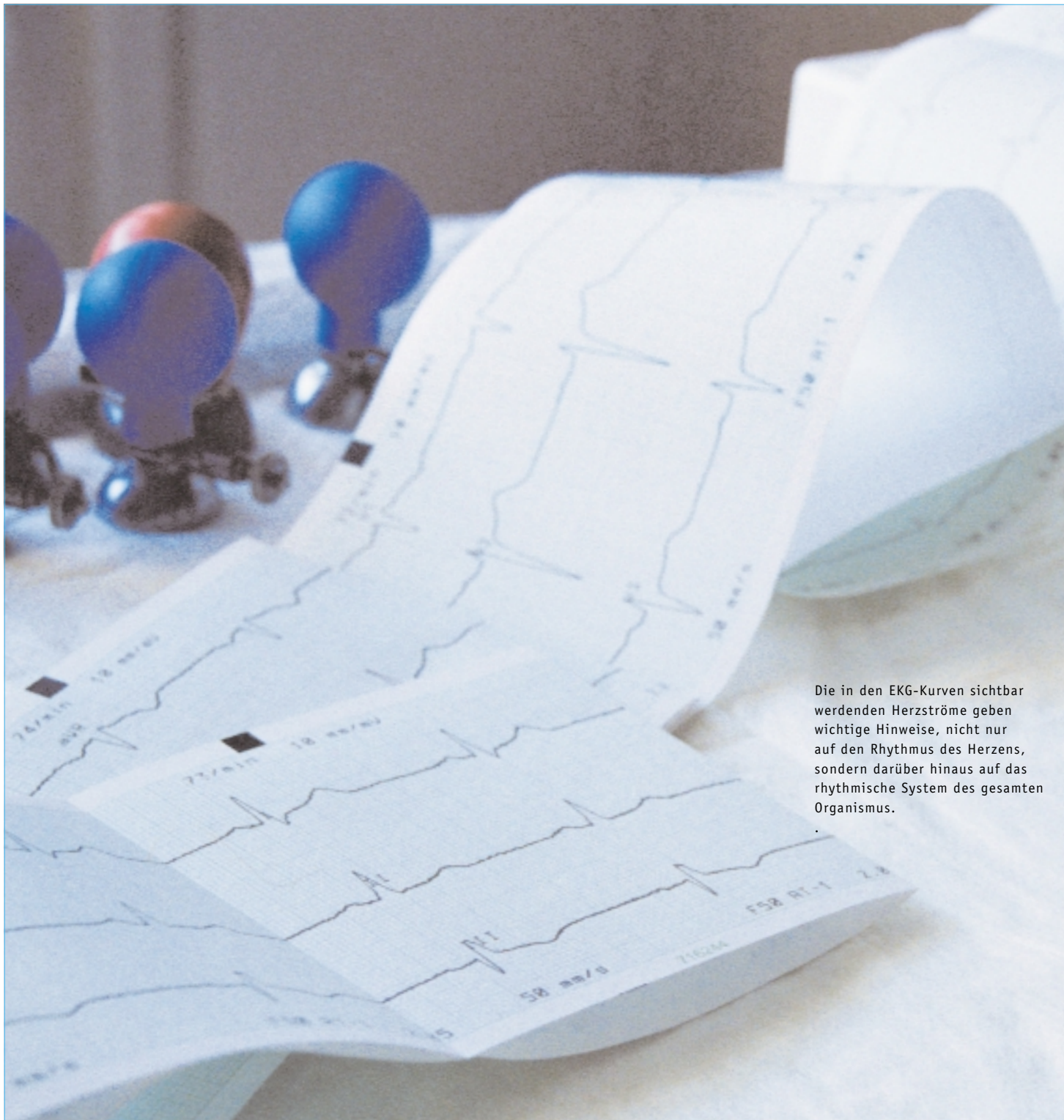
Im Mittelpunkt der konventionellen medizinischen Forschung steht der klinische Versuch als experimentelle Situation mit strengen Ausschlusskriterien. Als „Goldstandard“ für den Nachweis der Wirksamkeit eines Arzneimittels oder einer Therapie gilt die prospektive, randomisierte, kontrollierte Doppelblind-Studie, wobei die zu prüfende Methode möglichst noch mit einem Scheinmedikament (Placebo) oder Standard-Therapeutikum verglichen wird.

Als **prospektiv** werden Studien bezeichnet, die in die Zukunft gerichtet angelegt sind und nur Patienten aufnehmen, die bestimmte Kriterien erfüllen (z.B. gleiches Alter, gleiches Krankheitsstadium, keine

Voraussetzung für jede Studie ist das exakte Erheben von Daten. Im Gespräch stellt der Arzt fest, ob ein Patient prinzipiell in eine Studie aufgenommen werden kann. Anschließend erklärt er, welche Ziele die Studie verfolgt, welche Maßnahmen geplant sind, und erbittet die Zustimmung des Patienten (links). Am Beginn aller Befunderhebungen steht die körperliche Untersuchung (rechts).



Im Labor werden zusätzlich zu den ärztlichen Befunden studienrelevante Messdaten erhoben, beispielsweise aus Blut oder Urin.



Die in den EKG-Kurven sichtbar werdenden Herzströme geben wichtige Hinweise, nicht nur auf den Rhythmus des Herzens, sondern darüber hinaus auf das rhythmische System des gesamten Organismus.

Begleiterkrankung). **Retrospektive** Studien dagegen untersuchen anhand von z.B. Patienten-Dateien und Fragebögen bereits vorhandene Therapieergebnisse, die in der Vergangenheit erreicht worden sind. **Randomisiert** bedeutet: die Probanden werden nach dem Zufallsprinzip zwei Gruppen zugeteilt – entweder einer Gruppe, die das zu prüfende Mittel oder Verfahren erhält, oder einer Gruppe, die das Scheinmedikament oder die Standardtherapie bekommt. Diese „Randomisierung“ ist benannt nach dem englischen Begriff „random“ = Zufall. Sie hat zum Ziel, die „Droge Arzt“ zu eliminieren, damit sie die Studienergebnisse nicht beeinflusst. Als **kontrolliert** gelten Studien, wenn sie mit einem anderen Verfahren – einer Standardtherapie oder einem Scheinmedikament (placebokontrolliert) – verglichen werden. **Doppelblind** sind sie angelegt, wenn weder Arzt noch Patient wissen, ob das zu prüfende Medikament oder Verfahren eingesetzt wird. Damit soll verhindert werden, dass der Arzt suggestiv durch seine Überzeugung die Wirksamkeit des zu prüfenden Medikaments oder Verfahrens beeinflusst. Außerdem soll ausgeschlossen

sein, dass das Ergebnis durch die Haltung des Patienten verfälscht wird. Denn wenn er weiß, dass er ein wirksames Mittel bekommt, stellt er sich anders zur Therapie als wenn er weiß, dass es sich um ein Scheinmedikament handeln könnte.

Damit sind künstliche Verhältnisse geschaffen, die mit der Behandlungsrealität, wie sie normalerweise im Praxis- oder Klinikalltag vorkommt, nicht mehr viel zu tun haben. Sie betrachten immer nur einen eng umschriebenen Ausschnitt einer Therapie und dazu noch unter unrealistischen Bedingungen. Dennoch gilt ein Medikament oder ein Therapieverfahren, das in einer prospektiv-randomisierten (placebo)kontrollierten Studie positiv abgeschnitten hat, als allgemein wirksam. Umgekehrt gilt alles, was unter diesen Beobachtungsbedingungen schlecht abschneidet, als unwirksam – auch wenn sich in der Praxis positive Wirkungen zeigen und die Patienten von der Therapie profitieren.

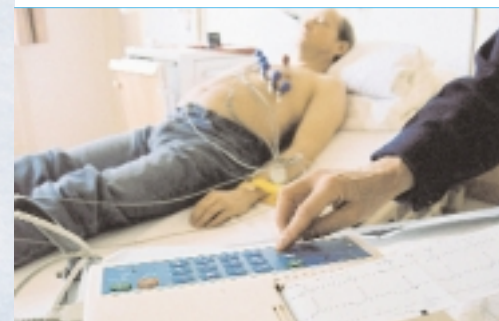
Mehr noch: Das in einer derartigen Studie mit positivem Ergebnis geprüfte Medikament oder Verfahren gilt für alle Patienten als wirksam – die Individualität ist dabei

unerheblich. Diese lässt sich aber gar nicht ausklammern, und es gibt auch bei positiv bewerteten Ergebnissen der randomisiert-kontrollierten Studien so genannte „Non-Responder“ – Patienten, die auf das als allgemein wirksam geltende Mittel oder Verfahren nicht angesprochen haben.

Das heißt: **Ein Mittel, das allgemein als wirksam anerkannt ist, kann trotzdem im Einzelfall unwirksam sein** – die Individualität mit all ihren körperlichen und funktionellen Besonderheiten lässt sich eben nicht ausklammern. Nicht zuletzt liegt darin begründet, warum selbst riesige multizentrische Mega-Studien manchmal nicht ausreichen, um die Wirksamkeit eines Verfahrens endgültig zu beurteilen.

Forschung muss wirklichkeitsnah sein

Diese Problematik sehen nicht nur anthroposophische Forscher, sondern auch namhafte Wissenschaftler wie zum Beispiel der klinische Pharmakologe Georges Fülgraff, der eine solche Situation wie folgt charakterisiert: „Es heißt, die Wirklichkeit durch Modelle zu ersetzen, die umso reduzierter



Verschiedene technische und bildgebende Verfahren vervollständigen die Untersuchungsergebnisse: z.B. EKG (links) und Computertomographie (rechts).



sein müssen, je komplexer die Wirklichkeit ist, bis schließlich umgekehrt nur noch der Ausschnitt der Wirklichkeit wahrgenommen wird, der im Modell noch vorkommt. Ärztliche Erfahrung wird insoweit gar nicht mehr gebildet, weil sich das Handeln am Modell orientiert und nicht an der Wirklichkeit.“

Wenn Wissenschaft Wirklichkeitsbezug haben will, muss sie die physiologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen des zu Untersuchenden berücksichtigen. Eine Studie ist umso wissenschaftlicher, je größer die Nähe zum Leistungsgeschehen am Krankenbett oder in der Praxis ist.

Anthroposophische Ärzte und Forscher lehnen prospektive, randomisierte, kontrollierte Studien nicht grundsätzlich ab. Sie sehen darin jedoch nicht den Wirksamkeitsnachweis per se, sondern nur eine eng begrenzte Möglichkeit zum Nachweis einer bestimmten Wirkung unter bestimmten, sehr eingeschränkten Bedingungen.

Im übrigen ist sogar von den Mitteln der Schulmedizin nur ein geringer Anteil nach diesem „Goldstandard“ geprüft, weil entweder zu wenige Patienten für eine randomisiert-kontrollierte Studie gewonnen werden

konnten oder weil die Krankheit, bei der das zu prüfende Mittel eingesetzt werden soll, zu selten vorkommt oder so lebensbedrohlich ist, dass sich die Scheinbehandlung verbietet.

Evidenz-basierte versus auf Erkenntnis beruhende Medizin

Das „störungsfrei“ abgebildete Ursache-Wirkungs-Modell der prospektiven, randomisierten, kontrollierten Studien stellt die höchste Stufe der evidenz-basierten Medizin (EBM) dar, an der sich heute die meisten Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften zur Behandlung bestimmter Krankheitsbilder orientieren. Evidenz bedeutet in diesem Fall, dass eine Aussage durch Daten und Belege bestmöglich gestützt ist.

In diesem aus dem angelsächsischen Kulturraum stammenden Verständnis geht es um die **äußere Evidenz**, die eine individuelle Erkenntnismöglichkeit grundsätzlich in Frage stellt: jedes Bemühen um Erkenntnis muss formalisiert und objektiviert werden. Dagegen beinhaltet der Begriff Evidenz, wie er hierzulande meist verstanden wird, dass etwas offensichtlich ist, weil ein unmittelbar erkennbarer innerer Zusammen-

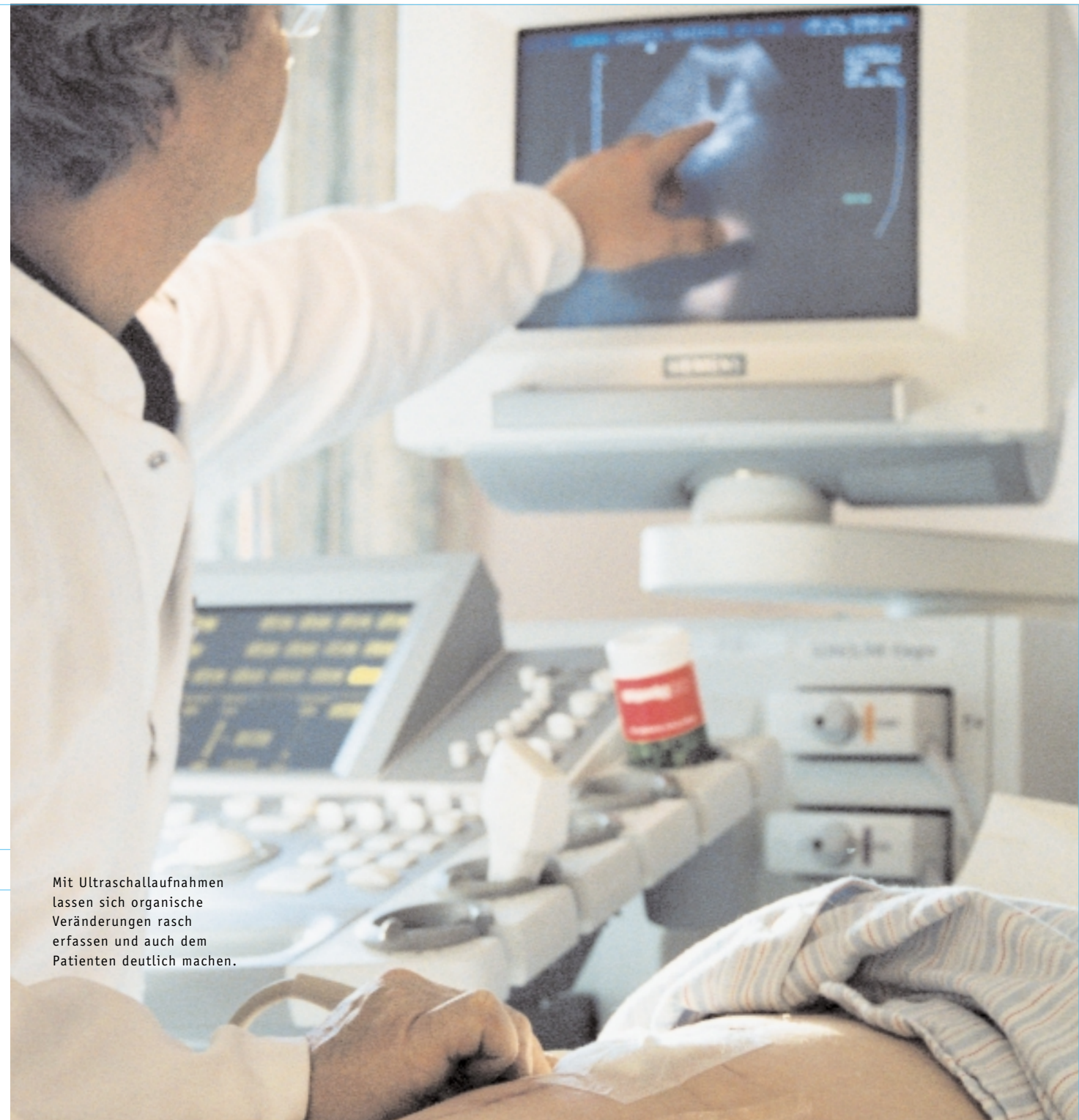
hang besteht, der keiner weiteren Belege oder Daten bedarf.

In diesem Sinne hat Evidenz auch für anthroposophische Forscher einen hohen Stellenwert: Sie messen der individuell und subjektiv begründeten Erkenntnis große Bedeutung bei.

Inzwischen haben anthroposophische Forscher eine **komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung** erarbeitet, die einen Ausweg aus dem Dilemma des Modellcharakters von randomisiert-kontrollierten Studien weisen kann. Diese **„cognition-based medicine“** baut auf persönlicher, individueller Erkenntnis auf. Die methodische Grundlage dafür ist die nachvollziehbar begründete ärztliche Therapieentscheidung im Einzelfall. Idealerweise lässt sich die Wirksamkeit dann anhand der erkennbaren Phänomene und des Befundspektrums beurteilen. Voraussetzung dafür ist eine ausreichende Therapieerfahrung des Arztes, aus der sich eine Erwartungswahrscheinlichkeit ableiten lässt. Erforderlich ist darüber hinaus eine genaue Kenntnis des therapeutischen Instruments (Arzneimittel, Heilmittel, Therapieverfahren) sowie ein



Alle Befunde stellen aber immer nur Momentaufnahmen dar. Um ein wirklichkeitsnahes Bild zu zeichnen, müssen Studien ausreichend lange laufen und die Untersuchungen (links: Abtasten des Bauches) sowie das ärztliche Gespräch (rechts) sich in bestimmten Intervallen, die die Krankheitsrhythmen berücksichtigen, wiederholen.



Mit Ultraschallaufnahmen lassen sich organische Veränderungen rasch erfassen und auch dem Patienten deutlich machen.



Vor über 80 Jahren wurde die Mistel von Rudolf Steiner als Heilpflanze in die Krebstherapie eingeführt. Heute gehört sie zu den meistverordneten Arzneimitteln in der Onkologie.

umfassendes Menschenbild, das den Zusammenhang zwischen Organfunktionen und seelisch-geistigen Einflüssen berücksichtigt. Auf der Patientenseite kommt es darauf an, inwieweit die Bereitschaft besteht, selbst an der Therapie mitzuwirken und die eigenen Gesundheitsquellen zu aktivieren.

Bisherige Forschungsarbeit

Aus den vergangenen 20 bis 30 Jahren liegen insgesamt knapp **400 wissenschaftliche Studien zu anthroposophischen Arzneimitteln und Therapieverfahren** vor. Allerdings sind viele dieser Arbeiten Einzelfallberichte, Fallserien oder klinische Studien, die den Kriterien der modernen Methodologie heute nicht mehr genügen. Seinerzeit aber erbrachten diese Studien vielfach statistisch signifikante Ergebnisse zugunsten der anthroposophischen Therapieverfahren, die auch mit der klinischen Erfahrung anthroposophischer Ärzte übereinstimmten.

Eine Sonderstellung nehmen Untersuchungen zur anthroposophischen Misteltherapie bei Krebs ein. **Keine andere Heilpflanze und kein anderes anthroposphi-**

ches Präparat ist so gut untersucht wie die Mistel. Präparate mit Mistelextrakt gehören mittlerweile zu den am meisten verordneten Arzneimitteln in der Onkologie insgesamt und werden nicht mehr nur ausschließlich von anthroposophischen Ärzten, sondern ebenso von konventionellen Therapeuten (Ärzte, Heilpraktiker) eingesetzt.

Es liegen zahllose Studien aus der präklinischen Forschung mit Mistelextrakten vor sowie mehr als 60 klinische Studien zur praktischen Anwendung der insgesamt fünf verschiedenen anthroposophischen Mistelpräparate (*AbnovaViscum®*, *Helixor®*, *Isador®*, *Isucin®*, *Isorel®*).

Die Ergebnisse dieser Studien sind überwiegend positiv. **Unter einer Misteltherapie verbessert sich vor allem die Lebensqualität**, teilweise verlängert sich auch das krankheitsfreie Überleben oder die Überlebenszeit insgesamt.

Wenn diese Untersuchungen vielfach nicht den methodischen Ansprüchen der konventionellen Medizin genügen, beruht das auf mehreren Gründen:

- Krebspatienten lassen sich nur schwer nach dem Zufallsprinzip zwei Gruppen

zuweisen. Nur 3 Prozent der Patienten, die anthroposophische Ärzte aufsuchen, sind dazu bereit. Bei Patienten, die konventionelle Verfahren anwenden, handelt es sich mit 30 Prozent ebenfalls nur um eine Minderheit. In einer lebensbedrohlichen Situation möchte kaum jemand das Risiko eingehen, eine Therapie, die ihren Nutzen bereits vielfach erwiesen hat, versäumen zu müssen, weil das Los auf die Kontrollgruppe fiel, die nicht das Prüfmedikament erhält.

- Mistelpräparate sind nicht verordnungspflichtig und jederzeit in Apotheken zu erwerben. Es gibt also keine hundertprozentige Gewähr, dass ein Patient wirklich kein Mistelpräparat anwendet.

- Doppelblindversuche sind mit den meist subkutan gespritzten Mistelpräparaten unmöglich. An der Einstichstelle rötet sich die Haut, auch juckt die Stelle oft, teilweise verhärtet sie etwas. Derartige Effekte lassen sich mit keinem Scheinmedikament erzielen. Arzt und Patient erkennen also gleichermaßen auf den ersten Blick, wer das richtige Medikament und wer das Placebo bekommen hat. Damit ist eine Verblindung unmöglich.

Mistelpräparate wirken vor allem auf das Immunsystem. Zum Beispiel verändern sich Anzahl und Verhältnis der verschiedenen Blutzellen, was bei der Bestimmung des Blutbildes unter dem Mikroskop überprüft werden kann.



• Prospektiv angelegte, randomisierte, kontrollierte Studien sind teuer und aufwendig. **Mistelforschung wurde und wird kaum mit öffentlichen Mitteln unterstützt.** Die Finanzierung der vorliegenden Studien erfolgte überwiegend durch die Hersteller von Mistelpräparaten. Diese verfügen jedoch nicht – wie große multinationale Pharma-Konzerne – über Forschungsetats in zweistelliger Millionenhöhe, wie sie für solche Studien notwendig sind.

Um das Datenmaterial der bereits vorhandenen Therapieerfahrungen mit Mistelpräparaten zu nutzen, wurden in jüngster Zeit mehrere so genannte Retroektiv-Studien erhoben. Diese übertragen die Daten von definierten Patientengruppen aus Karteien und Krankenblättern in standardisierte Erfassungsbögen und vergleichen die Daten von mit Mistelpräparaten Behandelten mit denen einer Kontrollgruppe aus Patienten, die keine Mistel bekommen haben. Solche vergleichenden epidemiologischen Kohortenstudien können zum Nachweis von Wirksamkeit und Unbedenklichkeit bereits etablierter Arzneimittel („well-established use“) in der Europäischen Union verwendet werden.

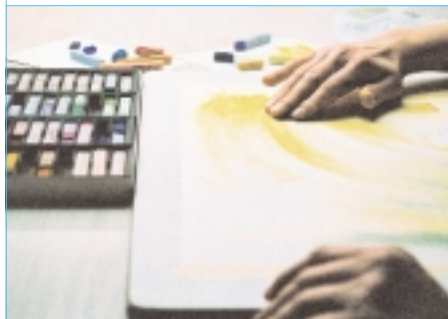
Neue Forschungsarbeiten

Ein konkretes Beispiel für eine Studie nach den Kriterien der „cognition-based medicine“ ist die von verschiedenen Krankenkassen finanzierte **„Anthroposophische Medizin Outcomes Studie“**, abgekürzt AMOS. Das Ziel dieser drei Jahre dauernden prospektiven, GCP („Good Clinical Practice“)-konformen Studie war die Evaluation von Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit anthroposophischer Therapien (Heileurythmie, künstlerische Behandlungsformen, rhythmische Massage und anthroposophische Arzneimittel) bei chronischen Erkrankungen (Asthma, Nebenhöhlenentzündung, Angstsyndrom, Kopfschmerzen, Rückenbeschwerden, Nackenverspannungen).

Daran beteiligt waren 141 anthroposophische Arztpraxen und Klinikambulanzen in Deutschland sowie 898 Patienten im Alter von 1 bis 75 Jahren, wobei Ärzte und Patienten unabhängig voneinander jeweils 3, 6, 12, 18 und 24 Monate nach Beginn der Therapie nach standardisierten Methoden befragt wurden. Erfasst wurden sowohl die subjektive Befindlichkeit und Symptomatik beim Patienten als auch die Befunde und objektiven

Kriterien seitens des Arztes, mit denen er die Therapie jeweils begründete. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Krankheitssymptome bei chronisch Kranken unter anthroposophischen Behandlungsmaßnahmen deutlich und lang anhaltend verbessern, dass die Lebensqualität steigt und die Gesamt-Behandlungskosten sinken.

Dieses Beispiel macht deutlich, dass bei entsprechend sorgfältiger und standardisierter Dokumentation sowie Evaluation **auch am Einzelfall ein Wirksamkeitsnachweis möglich ist**, indem die Therapie mit dem Krankheitsverlauf in der Vergangenheit oder dem unbehandelten Zustand verglichen wird. Das Arzt-Patienten-Verhältnis muss dabei ebensowenig außer Acht gelassen werden wie die therapeutische Überzeugung des Arztes, die Meinung des Patienten und seine aktive Mitarbeit. Damit spiegelt eine solche Studie die Verhältnisse in der Praxis wieder und kann dennoch nach einheitlichen Kriterien ausgewertet werden. Ausgehend davon können Patienten auch gruppenweise zu Kohorten zusammengefasst werden, die zusätzlich statistisch auswertbar sind und noch weiterführende Aussagen zulassen.



Die AMOS-Studie hat gezeigt: anthroposophische künstlerische Behandlungsmethoden wie therapeutisches Zeichnen und Malen (links) oder Musiktherapie (rechts) sowie Heileurythmie sind bei chronischen Erkrankungen wirksam und wirtschaftlich.



Heileurythmie harmonisiert, stärkt und rhythmisiert alle Körperfunktionen mit jeweils spezifischen Übungen.



Das Projekt EvAMed fördert die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Praxen und erfasst ein breites Spektrum von Krankheitsbildern.

Die Zukunft anthroposophischer Forschung

Ein besonders wichtiges und stark zukunftsorientiertes Beispiel moderner anthroposophischer Forschung ist das Projekt „Evaluation Anthroposophische Medizin“ (EvAMed). Ziele dieses Forschungsvorhabens sind:

- Eine **Infrastruktur** zu schaffen, die es erlaubt, anthroposophische Arzneimittel flexibel, schnell und kostengünstig wissenschaftlich zu evaluieren.
- Daten zur **indikationsbezogenen Verordnung und Anwendung** von anthroposophischen Arzneimitteln in Praxis und Klinik zu erhalten und bis 2005 erste Daten für ausgewählte Anthroposophika zum Nachweis einer Unbedenklichkeit nach EU-Richtlinien zu gewinnen.

- Im Rahmen des **Netzwerks Onkologie** (Zusammenschluss verschiedener anthroposophischer und konventioneller onkologischer Praxen und Klinikeinrichtungen) eine breite Plattform für eine gemeinsame onkologisch-klinische Forschung in der anthroposophischen Medizin zu etablieren.
- Einen **Fachkreis** von niedergelassenen und klinisch tätigen anthroposophisch orientierten Ärzten zur gemeinsamen Erarbeitung von krankheits- und medikamentenspezifischen Evaluationsbögen zur anthroposophischen Therapie aufzubauen.
- Eine **Abteilung für klinische Forschung** in Kooperation mit anderen Institutionen einzurichten.
- Vorhandene **Studiendesigns und Studieninhalte** zu prüfen und neue zu erarbeiten,

um zukünftig eine krankheitsspezifische Evaluation anthroposophischer Arzneimittel zu ermöglichen.

- Erste Daten zum **Wirksamkeitsnachweis** von (wenigen ausgewählten) Anthroposophika nach Anforderungen der EU-Richtlinien zu erhalten (bis 2005).

Dieses Projekt hat bereits begonnen und soll in den kommenden Jahren sowohl national als auch international weiter ausgebaut werden.

Die Finanzierung erfolgt über Stiftungen. EvAMed liefert zu dem methodologisch bereits Erarbeiteten die nötige Datengrundlage und somit die Basis für weitere, noch umfangreichere Forschungsvorhaben zu Nutzen und Wirksamkeit anthroposophischer Arzneimittel.

Das Netzwerk Onkologie besteht aus anthroposophischen und konventionellen Praxen und Klinikeinrichtungen mit dem Ziel, die Behandlung von Krebskranken, die immer wieder des ärztlichen Zuspruchs bedürfen, zu optimieren.



Impressum

Herausgeber: Medizinische Sektion der Freien Hochschule für Geisteswissenschaft am Goetheanum, Dornach (Schweiz)

Redaktion und Text: Annette Bopp, Hamburg; Dr. med. Jürgen Schürholz, Filderstadt **Grafische Konzeption und Gestaltung:**

Isabel Bünermann, BUERO HAMBURG **Fotos:** Nele Braas, Tangendorf **Litho:** Beyer Lithografie, Hamburg **Druck:** Gaiser Druck,

Schwäbisch Gmünd **Auflage** 10.000; September 2004 **Copyright:** Medizinische Sektion am Goetheanum, Dornach (Schweiz)

Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.

Adressen

Medizinische Sektion am Goetheanum, Dr. med. Michaela Glöckler, CH-4143 Dornach, Schweiz, Telefon +41-(0)61-7064290

www.goetheanum.ch **Research Council of the Medical Section,** Dr. med. Peter Heusser, CH-4143 Dornach, Schweiz,

Email: peter.heusser@medsektion-goetheanum.ch **Internationale Vereinigung Anthroposophischer Ärztegesellschaften (IVAA),**

Präsident: Dr. med. Giancarlo Buccheri, Via Vincenzo Monti 79/4, I-20145 Milano, Italien. www.ivaa.info

European Federation of Patient's Associations for Anthroposophical Medicine (E.F.P.A.M.), Präsident: René de Winter,

Landlustlaan 28, NL-2265 DR Leidschemdam, Niederlande. www.efpam.org

