

# Komplementärmedizin in der Praxis – der diagnostisch-therapeutische Prozess aus Sicht von Hausärzten: Eine qualitative Studie

Berthold Musselmann<sup>a, b</sup> Joachim Szecsenyi<sup>a</sup> Stefanie Joos<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg,

<sup>b</sup> Praxis für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren, Wiesloch, Deutschland

## Schlüsselwörter

Komplementärmedizin · Naturheilverfahren · Qualitative Forschung · Fokusgruppe · Allgemeinmedizin · Hausärzte · Arzt-Patient-Beziehung

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Komplementärmedizinische Therapieverfahren kommen in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland häufig zum Einsatz. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, den diagnostisch-therapeutischen Prozess und wesentliche Wirkfaktoren beim Einsatz von Komplementärmedizin (KM) aus Sicht von Hausärzten zu untersuchen. **Methodik:** Im Rahmen eines qualitativen Ansatzes wurden drei leitfragengeführte Fokusgruppen mit 17 Hausärzten durchgeführt. Die Gruppendiskussionen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. **Ergebnisse:** Aus Sicht von Hausärzten ist der diagnostisch-therapeutische Prozess in der KM komplex und weniger von der angewendeten Methode als sehr stark von methodenunabhängigen Faktoren geprägt. Ausgehend vom Textmaterial der Fokusgruppen wurden vier Hauptkategorien identifiziert, die beim hausärztlichen Einsatz von KM eine wesentliche Rolle spielen: patientenseitige Faktoren, arztseitige Faktoren, Beziehungsfaktoren und methodenübergreifende Faktoren. Als relevante persönliche Faktoren des Patienten wurden Konstitution, Erwartungshaltung und Wertvorstellungen genannt. Empathie, Wertschätzung und Authentizität galten als wichtige Faktoren des Arztes. Für die Beziehung spielten nach Meinung der Hausärzte insbesondere Faktoren wie Zeit, Vertrauen, Passung, Machtverhältnisse und gemeinsame Rituale eine wichtige Rolle. **Diskussion:** Aus Sicht von Hausärzten wird der diagnostisch-therapeutische Prozess als Kreisprozess verstanden, in dem patientenseitige, arztseitige und Beziehungselemente sowie methodenübergreifende Faktoren eng miteinander verflochten sind. Unter dieser Vorstellung wird KM in der hausärztlichen Praxis breit eingesetzt, wobei genügend Zeit mit und für den Patienten und eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung Grundvoraussetzungen sind. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Ökonomisierung in der Medizin besteht allerdings die Gefahr, dass KM prozessualisiert wird, d.h. in Einzelteile zerlegt und von der Arzt-Patient-Beziehung abgekoppelt wird, was ihre Wirksamkeit in der alltäglichen Versorgungspraxis gefährdet.

## Key Words

Complementary and alternative medicine (CAM) · Qualitative research · Focus group · General practitioners · Patient-doctor-relationship

## Summary

*Complementary and Alternative Medicine in Practice – the Diagnostic-Therapeutic Process from the Perspective of General Practitioners: A Qualitative Study*

**Background:** Complementary and alternative medicine (CAM) is widely used in general practices in Germany. This study aimed to explore the diagnostic-therapeutic process and relevant factors regarding the use of CAM from the perspective of general practitioners (GPs). **Methods:** Within a qualitative approach 3 focus groups with a convenience sample of 17 GPs were conducted. Group discussions were analysed by qualitative content analysis. **Results:** GPs view the diagnostic-therapeutic process in CAM as complex and less dependent on the methods used than on approach-independent factors. On the basis of the focus group transcripts, 4 main categories were identified that play a major role when CAM is used in primary care: patient factors, physician factors, relationship factors and generic factors of CAM. 'Constitution', 'expectation', and 'personal (life) concepts' were mentioned as relevant patient factors, 'empathy', 'respect' and 'authenticity' as relevant physician factors. At the level of the doctor-patient-relationship, 'time', 'confidence', 'matching', 'balance of power' and 'rituals' seem to play a major role. **Discussion:** From the perspective of the GPs the diagnostic-therapeutic process can be considered as a cyclic process in which patient, physician and relationship elements as well as generic CAM factors are closely interweaved. According to this conception, CAM can be used for a wide range of health problems in primary care. Sufficient time and a trustful doctor-patient-relationship are, however, essential for the use of CAM. Due to the increasing economical pressure there is a risk that CAM is processualised, i.e. split into single processes and uncoupled from the doctor-patient-relationship. This would jeopardise efficacy of CAM in everyday practice.

## Einleitung

In Deutschland besteht im Gegensatz zu vielen anderen Ländern bereits eine weitgehende Integration von Naturheilverfahren/Komplementärmedizin (KM) in die hausärztliche Versorgung [1]. Hausärzte bieten viele verschiedene Methoden an [1], allerdings wurde dem Stellenwert der KM in der Arzt-Patient-Beziehung und im therapeutischen Prozess bisher wenig Beachtung durch die Forschung geschenkt.

Hauptgründe, die Patienten zur KM führen, sind Angst vor Nebenwirkungen konventioneller Medikamente, Hoffnung auf eine sanftere Wirkung der KM, mehr Zeit des Arztes, mehr Empathie und Mitspracherecht, das Gefühl, als ganzer Mensch ernstgenommen zu werden, Hoffnung auf Hilfe, wo konventionelle Medizin nicht mehr helfen kann bzw. nicht geholfen hat, und Hilfe zur Selbstheilung [2, 3]. Kritiker tun die KM allerdings oft als gesellschaftliche «Modeerscheinung» ab [4].

Motive der Ärzte sind die eigene medizinische Grundhaltung, die Bewährung einzelner Methoden in der Praxis, eine erwünschte Erweiterung des Therapiespektrums sowie eigene Erfahrungen und «Schlüsselerlebnisse», weniger die Begeisterung über bestimmte Therapien und finanzielle Aspekte [5].

Korrespondierend zur steigenden Nachfrage der Patienten hat die Zahl niedergelassener Ärzte, die komplementärmedizinische Diagnose- und Therapiemethoden anbieten, in den letzten Jahren stark zugenommen. Dies belegt die steigende Zahl von Zusatzbezeichnungen im komplementärmedizinischen Bereich in den letzten 15 Jahren. Ende 2006 gab es unter den rund 400 000 Ärzten in Deutschland zirka 46 000 Zusatzbezeichnungen aus dem Bereich KM, davon fielen zirka 32 000 auf rund 120 000 vertragsärztlich tätige, niedergelassene Ärzte [6]. Die Zahl der erworbenen Zusatzbezeichnungen allein sagt allerdings wenig über den tatsächlichen Umfang und die Qualität der praktizierten KM aus, da auch Ärzte ohne Zusatzbezeichnung KM anwenden. Außerdem lassen sich immer mehr Ärzte auch privatärztlich nieder und bieten in diesem Rahmen in großem Umfang KM an.

Diese Entwicklungen werfen Fragen auf: Wie beurteilen Ärzte die diagnostisch-therapeutischen Prozesse, die beim Einsatz von KM zum Tragen kommen? Welche Faktoren wirken bei der Behandlung eines Patienten mit KM? Wie gestaltet sich die Arzt-Patient-Beziehung bei Ärzten, die komplementärmedizinisch behandeln? Diese Fragen waren Gegenstand des vorliegenden Forschungsprojektes. Weitere in den Fokusgruppen angeschnittene Themen wie der Stellenwert von KM im deutschen Gesundheitssystem, Integration von KM in der Praxis, die Finanzierung von KM, Heilpraktiker und KM, KM und Qualität, KM und Aus-, Fort- und Weiterbildung, KM und Forschung wurden bereits an anderer Stelle beleuchtet [5]. Die vorliegende Veröffentlichung unterscheidet sich in den Schlüsselthemen deutlich von der Vorveröffentlichung.

## Methodik

Um möglichst breit, unvoreingenommen und offen an das Thema heranzugehen, wurde ein qualitativer Ansatz gewählt. Im Fokus stand die Anwendung von KM im hausärztlichen Setting. Deshalb wurden als Zielgruppe Hausärzte gewählt. Als methodisches Vorgehen wurden leitfadengestützte Fokusgruppen zur Bearbeitung der Forschungsfragen gewählt.

### *Teilnehmende Ärzte*

Auf dem halbjährlich an der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg stattfindenden «Tag der Allgemeinmedizin» [7] wurden Ärzte über ein Infoblatt in der Tagungsmappe über die Studie informiert. Um auch Ärzte mit kritischer Einstellung gegenüber KM zu erreichen, wurde auf dem Infoblatt explizit darauf hingewiesen, dass teilnehmende Ärzte nicht notwendigerweise selbst KM anwenden müssten, sondern auch Ärzte mit kritischer Einstellung zu Komplementärmedizin eingeladen seien, an den Fokusgruppen teilzunehmen. Hierdurch sollte ein breites Meinungsfeld erfasst werden, das die kontroverse Diskussion abbildet, die beim Thema KM innerhalb der Ärzteschaft herrscht. Auf diese Weise wurden 12 Ärzte rekrutiert. Darüber hinaus wurden 5 Ärzte aus dem fachlichen Umfeld, z.B. aus Qualitätszirkeln der Autoren, für die Teilnahme an den Fokusgruppen rekrutiert; 3 davon zählten zum Kreis der Lehrbeauftragten der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universitätsklinik Heidelberg. Voraussetzung für die Teilnahme war lediglich eine bestehende Praxistätigkeit (eigener KV-Sitz oder angestellt). Das Kollektiv der befragten Ärzte entspricht dem Kollektiv aus [5].

### *Durchführung der Fokusgruppen und Leitfragen*

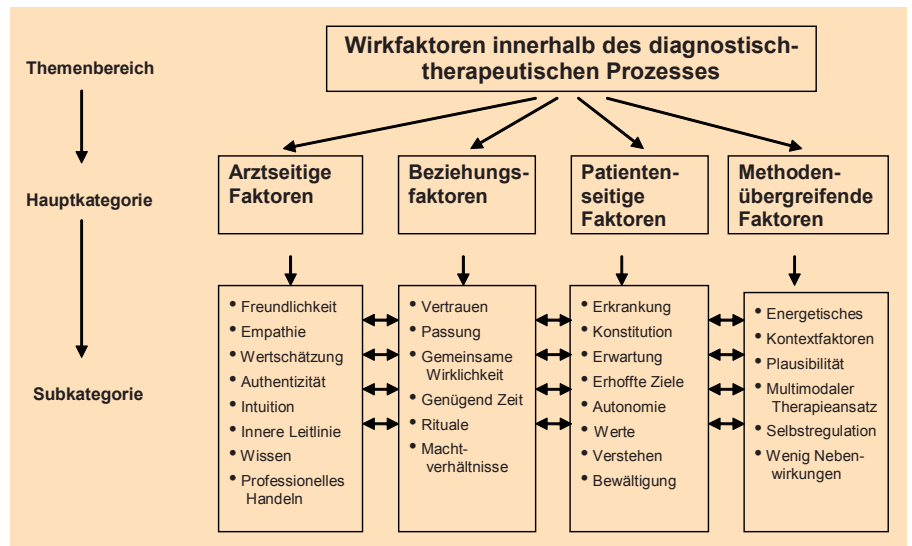
Die Fokusgruppen fanden von Dezember 2005 bis März 2006 in den Räumen der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg statt und dauerten im Schnitt jeweils 3–3,5 h (15 min Pause). Nach eingehender Literatursuche und Beschäftigung mit dem Themenbereich KM im Allgemeinen und vor dem Erfahrungshintergrund der praktischen Anwendung von KM in der hausärztlichen Praxis im Besonderen wurden im Vorfeld durch die Autoren offene Leitfragen formuliert, die in allen drei Fokusgruppen in der gleichen Reihenfolge diskutiert wurden. Die Leitfragen, die das Textmaterial für den vorliegenden Artikel lieferten, waren:

- Bei welchen Erkrankungen wenden Sie KM in Ihrer Praxis an?
- Gab es bei Ihnen ein Schlüsselerlebnis für die Beschäftigung mit KM?
- Was, glauben Sie, wirkt eigentlich bei KM?
- Wie ist die Rolle des Arztes im therapeutischen Prozess?
- Worin sehen Sie Stärken/Schwächen der von Ihnen angewendeten KM-Methoden?

Jede Fokusgruppe wurde von einem Moderator aus dem Autorenteam betreut (SJ bzw. BM). Vor Beginn der Diskussionsrunden erfolgte jeweils eine kurze Präsentation mit Basisinformationen zu den vorgegeben Themen (z.B. Definition, Begrifflichkeiten KM). Damit sollte eine vergleichbare Diskussionsgrundlage bei den Teilnehmern sichergestellt werden. Zu Beginn jeder Fokusgruppe stellte der Moderator außerdem die «Spielregeln» (ausreden lassen usw.) vor und informierte die Ärzte, dass die Gespräche aufgezeichnet würden.

### *Datenaufbereitung und -auswertung*

Die Diskussionen wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät vollständig aufgezeichnet und anschließend am PC pseudonymisiert transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Auswertung erfolgte angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [8] mithilfe der Computersoftware Atlas.ti 5.2.12 (Scientific Software Development GmbH). Der Text wurde unabhängig voneinander durch BM und SJ primär kodiert. Hauptkategorien und Subkategorien wurden von den primär Kodierenden induktiv aus dem Textmaterial heraus entwickelt [8]. Im interpersonellen Konsens wurden nach iterativer Textanalyse und Diskussion



**Abb. 1.** Kategoriensystem mit Haupt- und Subkategorien.

**Tab. 1.** Charakteristika der teilnehmenden Hausärzte

<i>Geschlecht, n</i>	
Weiblich	9
Männlich	8
<i>Dauer ärztlicher Tätigkeit in Praxis, Jahre</i>	
Mittelwert	7,6
Minimum	0,5
Maximum	15
<i>Niederlassungsart, n</i>	
Einzelpraxis	7
Gemeinschaftspraxis	8
Praxisgemeinschaft	2
<i>Ort der Praxis</i>	
Stadtgebiet	12
Ländlicher Raum	5
<i>Vorhandene Zusatzbezeichnungen, n</i>	
Naturheilverfahren	14
Chirotherapie	4
Homöopathie	5
Umweltmedizin	2
Balneologie	1
Akupunktur-Diplom	4
Keine	2

die kategorisierten Ausführungen interpretiert und daraus ein Kategoriensystem gebildet [8, 9]. Anschließend wurden aus dem Textmaterial prägnante Zitate («Ankerzitate») zur Veranschaulichung der jeweiligen Kategorien ausgewählt.

## Ergebnisse

Es konnten insgesamt 17 Hausärzte zur Teilnahme an den drei Fokusgruppen gewonnen werden. Tabelle 1 zeigt die wichtigsten Charakteristika dieser Ärzte. Ihre Haltung zu KM war unterschiedlich. Der überwiegende Teil der Ärzte

war KM gegenüber positiv eingestellt. In jeder Fokusgruppe war jedoch mindestens ein Arzt mit einer kritischen Haltung gegenüber KM. Bei einigen Teilnehmern wechselte sich die Rolle des Befürworters bzw. Kritikers ab, je nach Thema und Methode. Im Folgenden werden die identifizierten Haupt- und Subkategorien erläutert (Abb. 1) und teilweise mit Ankerzitaten unterfüttert. Alle Aussagen im Text stammen von Teilnehmern der Fokusgruppen.

### Patientenseitige Faktoren

Die Mehrheit der teilnehmenden Hausärzte meint, dass sich KM für viele oder – ergänzend angewendet – sogar für alle Gesundheitsprobleme eignet, wobei einige Hausärzte der Ansicht sind, dass die Konstitution für den Heilungsprozess entscheidender ist als das jeweilige Gesundheitsproblem. Konstitution definieren die Hausärzte als die individuellen Ressourcen und die innere Bereitschaft, auf biopsychosozialer Ebene zu reagieren:

«... aber wenn man den Begriff [Konstitution] so fasst, dass man eben nicht nur die letzten Momente vor den bestehenden akuten Symptomen verwendet für die Behandlung, sondern auch die Eigenheiten und Eigenschaften, die er [der Patient] sonst hat, körperlich, ob jemand groß ist oder ob er normal ist, aber auch seelische Eigenheiten, ob jemand sehr empfindlich ist oder sehr robust ist, so was.» (4:174)

Darüber hinaus beurteilt der Großteil der Teilnehmenden die positive Erwartungshaltung der Patienten in Zusammenhang mit KM als wichtig für den Therapieerfolg. Es sei in der KM sehr bedeutsam, was im Laiensystem vor dem ersten Kontakt abliefe, insbesondere was die Patienten über die Behandlung bei einem bestimmten Therapeuten vorab erfahren hätten. Erhoffte Ziele stünden oft unausgesprochen im Raum und würden den Verlauf der Begegnung wesentlich mitbestimmen. Außerdem spielten Werte und Lebenskonzepte der Patienten eine große Rolle. KM-Patienten hätten einen ausgeprägten Wunsch nach Mitbestimmung. Daher stehe die An-

erkennung der speziellen Weltsicht eines Patienten im Mittelpunkt einer erfolgreichen Therapie.

*«Die Komplementärmedizin wird von manchen Patienten mehr anerkannt als die Schulmedizin. Man erzeugt ja dann weniger Abwehr. Damit geht's dem Patienten dann auch gleich besser.» (4:166)*

Als weiteren Punkt diskutierten die Hausärzte die Bereitschaft, Eigenverantwortung zu übernehmen, als wichtige Quelle von Heilung und Gesunderhaltung. In einem vertrauensvollen Setting sei es durchaus möglich, dass Patienten, die auf der Suche nach Hilfe jahrelang im Medizinsystem umhergeirrt seien, die Unabänderlichkeit und Unerklärlichkeit ihrer Beschwerden annähmen und damit ins Leben zurückkehrten. Allerdings würden KM-Methoden auch häufig benutzt, um sich im Leben bzw. am Körper notwendigen Maßnahmen nicht stellen zu müssen; ungerne Gehörtes würde oft überhört und Hinweise zur Psychogenese von Beschwerden würden häufig weggeschoben. Sehr viele Patienten, die KM nutzen, litten unter funktionellen bzw. somatoformen Störungen.

*«Oft sind es aber auch Leute, die noch ein Behandlungsverfahren suchen. Die sich fürchten, in den Spiegel zu sehen und zu sagen: Eigentlich ist da oder dort das Problem.» (4:433)*

#### Arztseitige Faktoren

Die Mehrheit der teilnehmenden Hausärzte ist der Ansicht, dass Freundlichkeit, Empathie und Wertschätzung Grundvoraussetzungen für eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung und damit indirekt auch entscheidend für einen positiven Heilungsprozess sind. Die persönliche Überzeugtheit des Arztes, seine Glaubwürdigkeit, Überzeugungskraft und Authentizität zählten ganz besonders für den Glauben der Patienten an ihre Gesundung und damit für die Wirksamkeit der ärztlichen Bemühungen:

*«Ich wende nur Methoden an, hinter denen ich selber stehe, mit denen ich Erfahrungen gemacht habe, denn sonst kann ich eh nicht überzeugend reden, und wenn ich nur was verkaufe, was ich als Quatsch ansehe: Das erspare ich mir. Das mach ich nicht. Da ist bei mir eine Grenze.» (4:422)*

Eine eigene Behandlungsphilosophie könnten die meisten erfahrenen Therapeuten angeben; dies könnte man die Essenz ihrer Erfahrung («innere Leitlinie») nennen. Eigene Schlüsselerlebnisse der Therapeuten mit KM spielten hierbei aus Sicht einiger Hausärzte eine bedeutende Rolle. Wer selbst erfahren habe, dass KM helfe, könne die Heilkräfte der KM auch überzeugend vermitteln:

*«... und weil meine Kinder schulmedizinisch antibiotisch totaltherapiert worden waren von sämtlichen Koryphäen der Umgebung, hab ich gedacht: Da muss es noch was anderes geben! Und das war mein Einstieg und auch gleich mein Schlüsselerlebnis zur Naturheilkunde.» (4:65)*

Auch eine breitere Vorbildung, z.B. ein Biologiestudium, das den ausgeprägten Anthropozentrismus der Medizin relativiere, mache es leichter, eine ganzheitliche Sichtweise zur

Stellung des Menschen in der Natur einzunehmen. Besonders erfolgreich sei man in den Feldern, die man während seiner Entwicklung zum Therapeuten als stimmig für sich selbst erkannt habe, die einem persönlich besonders lägen. Von Heilpraktikern könne man sehr viel über die in der wissenschaftlichen Medizin oft unerfüllten Wünsche der Patienten lernen. Intuition, das Anschauen von Menschen und gleichzeitige Aufnehmen und Reflektieren vieler Informationen auf unterschiedlichen «Kanälen» im Sinne einer «hermeneutischen Spirale» sei entscheidend:

*«Die Menschen sind so unterschiedlich, und jeder ist auf einer anderen Ebene erreichbar, und das ist meine Aufgabe.» (4:381)*

Darüber hinaus sei es wichtig, auf Gefühle einzugehen, um wiederum ein gutes Gefühl beim Patienten zu erzeugen. Diese Fähigkeit sei nicht immer gleich ausgeprägt und z.B. stark von der eigenen Tagesform abhängig:

*«Also, wenn ich merke, dass ich wirklich nicht gut drauf bin, dann fange ich lieber später mit der Sprechstunde an und hole das eben wieder ein, aber wenn ich so trübnig dem Patienten gegenüber sitze, dann kann ich nicht sehen, was der braucht.» (4:143)*

#### Beziehungsfaktoren

Insgesamt lassen die Beiträge der Ärzte erkennen, dass sie den Aufbau einer Vertrauensbeziehung als Basis für den Erfolg des diagnostisch-therapeutischen Prozesses sehen. Diese Beziehung sei Grundvoraussetzung für einen positiven Heilungsprozess, bei dem im besten Fall eine Passung entstehe, also ein Zusammenpassen von Arzt und Patient auf den verschiedensten Feldern. Dabei gebe es Felder, die essenziell, also in nahezu jeder Arzt-Patient-Beziehung von Bedeutung seien, und Punkte, die nur im Einzelfall eine hohe Bedeutung erlangten. Timing, also die richtige Maßnahme, das richtige Thema usw. zur rechten Zeit sei dabei wichtig:

*«Also, ich denke auch, die Beziehung ist das wichtigste. Dass der Patient sich öffnet. Er kommt mit einem Lokalsymptom – was auch immer –, und dann komme ich in die Erstanamnese rein und frage ganz viel ab, und da entsteht eine Öffnung, und der Patient findet Vertrauen und kann immer mehr von sich erzählen, was ich festhalte und was ich repertorisiere und was ich ihm auch widerspiegele, indem ich das wiederhole und ihm spiegele. Das ist fast wie Psychotherapie, aber eben dann doch auch sowohl im geistigen Bereich, im seelischen Bereich als auch im körperlichen Bereich, indem ich homöopathisch repertorisiere und da dann auf die passenden Mittel stoße ...» (5:2366)*

Nach Meinung der Ärzte erlangt der KM-Therapeut dieses Grundvertrauen durch genaueres Hinsehen, Aufbau einer gemeinsamen Wirklichkeit, gemeinsame Rituale mit für die Beteiligten bedeutsamen und emotional erfüllten Zeichen und durch eine genauere Anamnese. Dabei müsse die angewendete Methode nicht wissenschaftlich belegt sein. Es werde teilweise auf den Glauben der Patienten gesetzt und dem



Wunsch entsprochen, einfache Erklärungen für die körperlichen Symptome zu bekommen. Dies finden einige Teilnehmer der Fokusgruppen problematisch:

«Man muss zugeben, dass Quacksalberei auch gut funktioniert. Das [die Wissenschaftlichkeit] allein ist also noch kein Kriterium, z.B. Bioresonanz, da gibt es krachende Praxen, und die Leute zahlen sich dumm und dämlich, glauben dran, an das Ritual, berichten auch über Erfolge. Das ist sehr schwierig, das ist Treibsand.» (4:236)

Die Mehrheit der diskutierenden Ärzte betont, dass die meisten Patienten, die KM in Anspruch nehmen, großen Wert darauf legen, dass ihre individuelle Sicht von sich selbst, ihrer Krankheit und Gesundheit, ihre Werte usw. geachtet und berücksichtigt würden. Demzufolge erwarteten sie von KM-Therapeuten, in ihrer Autonomie unangetastet zu bleiben. Dafür seien sie auch bereit zu bezahlen, im Sinne eines Machterhaltes/-zuwachses gegen Geld. Dies habe zur Folge, dass die Mitarbeit im Heilungsprozess besser funktioniere:

«Also, ich denke schon, Autonomie und Eigenverantwortung sind sehr viel stärker ausgeprägt bei Patienten, die Naturheilverfahren kriegen, weil sie mitmachen müssen. (...) Wenn sie eh viel selber zahlen müssen und wenn sie dann verstehen, was sie tun, und weil ich ihnen auch vertraue, dass sie mitmachen. Dann kann man da sehr drauf hinwirken.» (5:321–329).

Einige Ärzte sehen Gefahren in dieser Entwicklung insofern, als durch KM falsche Überzeugungen über den eigenen Körper und die Vorgänge darin bei Patienten perseveriert würden, abwegige Vorstellungen genährt und möglicherweise notwendige Maßnahmen und Änderungen im Leben, die den Patienten zu schmerzhaft oder anstrengend seien, die sie ablehnten, unterblieben. In diesem Zusammenhang schildert ein Kollege das Vorgehen mancher Heilpraktiker und Naturheilärzte:

«... sie [die Patienten] bezahlen. Also die Musik spielt, solange sie's wollen und auch nach ihrer Melodie. Es wird intensiv eingegangen auf ihre Vorstellungen, die mögen noch so abstrus sein, von Krankheit.» (5:1736)

Andere Diskutanten sehen diese Situation, z.B. durch eine Ausweitung von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), als zumindest zwiespältig an, da sie neben Vorteilen auch einen Verlust der Wirksamkeit der «Droge Arzt» mit sich bringe:

«Wenn Leute bei mir IGeL bezahlen, habe ich automatisch eine geringere Autorität. Und das Gleiche passiert beim Heilpraktiker ... Aber immerhin, es hat auch einen Vorteil: Weil es die Angst nimmt und weil man so jemandem auch eher mal zuhört und sich von so jemandem auch eher verstanden fühlt. Weil die Gefühlsseite oft besser klappt, wenn man sich mehr auf einer Augenhöhe wähnt und nicht so majorisiert, bevormundet.» (5:733).

In allen drei Diskussionsrunden bemängeln die Ärzte, dass der Faktor Zeit im aktuellen Gesundheitssystem nicht ausreichend honoriert werde. Da Zeit mit und für den Patienten bei vielen KM-Methoden eine tragende Rolle spiele und auch von

Patienten als eine der wichtigsten Stärken von KM genannt werde, wäre laut Meinung der Ärzte schon über eine bessere Honorierung der sprechenden Medizin ein wichtiger Schritt für KM getan. In diesem Zusammenhang zeigen sich die Ärzte über die neue Vergütungsregelung z.B. bei der Akupunktur wenig erfreut, welche sie als völlig unterfinanziert ansehen, da die Zeit, die man z.B. im Vorfeld für eine eingehende (chinesische) Diagnose oder auch für im Behandlungsverlauf notwendige Zwischengespräche brauche, nicht ausreichend berücksichtigt sei. Einige Diskussionsteilnehmer argumentieren, dass Zeit und das Eingehen auf den Patienten einen Teil des Therapieeffektes bei der Akupunktur ausmache, weshalb viele die Akupunktur unter diesen Rahmenbedingungen mit niedriger Vergütung nicht durchführen wollen:

«Das bringt uns wieder dieses Zeitfenster ..., dass du Akupunktur in einer Minute setzt, dass du das andere dann noch in drei Minuten bringst, dass du pro Tag so und so viele Hydrotherapien machst. Das ist halt die Frage ...» (4:658)

#### Methodenübergreifende Faktoren

Neben patientenseitigen-, arztseitigen und Beziehungsfaktoren werden Wirkfaktoren diskutiert, die den angewandten Methoden bzw. den Grundsätzen von KM an sich zuzuschreiben sind. Hierbei kann beobachtet werden, dass sich die teilnehmenden Ärzte mit einer Antwort auf die Frage, was eigentlich heilend wirkt im therapeutischen Prozess, sichtlich schwertun. Als Begründung wird genannt, dass es sich um eine Frage handle, die man sich im Alltag nicht oft stelle. Hier gehe man eher intuitiv vor:

«Ich mache, was ich denke, wo ich mich ein bisschen auskenne und wo ich bei dem, der vor mir sitzt, was bewirken kann. Ob ich den jetzt «einrenke» oder ein Phytotherapeutikum aufschreibe oder ihm sage: Du musst dich vielleicht mit deiner Frau unterhalten und dann geht's wieder besser. Ich gucke mir an, was ich brauchen kann, und wenn ich da was finden kann, dann mach' ich das.» (4:63)

Wichtige Faktoren, die sich in allen KM-Therapieansätzen wiederfinden, seien die Grundprinzipien der Ordnungstherapie und die Tatsache, dass in der KM oft auf Medikamente verzichtet werde. KM wirke durch die Kombination vieler alleine schwach, in der Summe aber stark wirkender Maßnahmen. Insgesamt seien in einer solchen multimodalen Therapie die Nebenwirkungen deutlich geringer:

«... das ist natürlich eine komplexe Maßnahme ... Fasten, Bewegungstherapie, Ernährung, Balneologie und alles. Aber gerade die Kombination von diesen vielen Methoden, die einzelne mag ja nur schwach sein, aber die Kombi, wenn man auf diesem Klavier spielen kann, kann irre wirksam sein ... auch bei ausgebrannten Leuten.» (4:170)

Die Mehrheit der Teilnehmer ist der Meinung, dass der Therapieerfolg bei KM (aber auch in der konventionellen Medizin) in hohem Maße vom Behandelnden bzw. vom Gesamtsetting der Behandlung abhängt, weniger von der verwendeten KM-Methode. Hierbei sei ein wichtiger Punkt die

Zuwendung, die der Arzt dem Patienten in sehr vielen verschiedenen Formen schenke. Außerdem sei das Erkennen geeigneter Patienten für bestimmte KM-Maßnahmen entscheidend.

Übereinstimmende Meinung in den Diskussionsrunden ist, dass es in der KM unterschiedliche therapeutische Wege gibt, die zu vergleichbaren Ergebnissen führen können. Hierbei wird als gemeinsamer Wirkmechanismus der therapeutische Ansatz gesehen, die Fähigkeit des Organismus zur Selbstregulation zu fördern, statt diese von außen (z.B. durch Medikamente) zu unterdrücken. Fokusgruppenteilnehmer aus der Homöopathie kommentieren in diesem Zusammenhang, dass die Homöopathie unter Umständen weniger pharmakologisch wirke als durch eine allgemeine Erhöhung des Kohärenzgefühls über positive Suggestion und eine Beeinflussung der Einstellung zum Körper:

*«Und ich merke, ich bestelle mir die Patienten bei der Erstanamnese zweimal ein, arbeite zwischendurch das homöopathische Mittel aus und merke, schon bevor ich ein Mittel gegeben habe, hat ein Heilungsprozess eingesetzt. Das heißt, ich bin selber eigentlich nur ein Helfer, kann ich zusammenfassend sagen, der Wege zur Heilung aufzeigt ... Da findet schon ein Stück Heilung statt, ohne dass ich ihm ein Mittel gegeben habe. Das ist schon der erste Ansatz und Homöopathie, homöopathische Mittel setzen das fort. Und ich sehe mich eben auch durchaus als Mittler darin, als Spiegel für den Patienten. Das ist schon ... Das ist wirklich ein Grenzbereich. Homöopathie Richtung Psychotherapie. Da ist eine absolute Verbindung da.» (5:2366).*

Häufig erwähnt, jedoch ohne klare Erklärung, wird «das Energetische». Es wird umschrieben als «heilbringende» Atmosphäre zwischen Arzt und Patient, die in Bezug auf die eingesetzte KM-Methode, aber auch in Bezug auf den individuellen Patienten sehr unterschiedlich wirken könne.

## Diskussion

In der Fokusgruppendifkussion mit den Hausärzten kristallisierten sich vier Hauptgruppen von Wirkfaktoren innerhalb des diagnostisch-therapeutischen Prozesses heraus: Faktoren des Patienten, des Arztes, der Beziehung sowie den angewendeten KM-Methoden zuzuschreibende Faktoren. Diese Faktoren sind in hohem Maße miteinander verflochten und nicht vollständig voneinander abzugrenzen.

Aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte spielen im therapeutischen Prozess beim Patienten Grunddimensionen wie die Konstitution, das individuelle Risikoprofil und die Bereitschaft, Eigenverantwortung zu übernehmen, die Hauptrolle, weniger die bestehende Erkrankung. Diese teilweise in der konventionellen Medizin vernachlässigte Sicht kann eine Bereicherung bei Modellen von Gesundheit und Heilung sein.

Als wichtig beim Arzt werden neben grundlegenden, als «selbstverständlich» empfundenen Faktoren wie Freundlich-

keit, Interesse, Empathie und Zeit für den Patienten eine authentische Haltung genannt. Unter einem authentisch vorgehenden Arzt wird eine Person verstanden, die sich als Persönlichkeit voll einbringt und sich dank ihrer Erfahrung behutsam und ohne schädliche Vorurteile jedem individuellen Patienten unter Wahrung von dessen Selbstbestimmung annähert. Dass Authentizität im Umgang mit Patienten ein wichtiges Thema ist, zeigt sich nicht zuletzt daran, dass sich Lehrende Gedanken machen, wie man Medizinstudierenden authentisches Handeln vermitteln kann [10, 11]. Andererseits ist die Bedeutung der Authentizität durchaus kontrovers zu diskutieren, da man als Arzt gezwungen ist, verschiedene Rollen zu übernehmen. Man ist einerseits Anwalt des Patienten, andererseits Anwalt der Gesellschaft und nicht zuletzt sich selbst verpflichtet [12]. Dies stellt insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens keine einfache Aufgabe dar.

Stimmen die artzseitigen Faktoren, kann sich nach Meinung der Ärzte eine Passung zwischen Arzt und Patient herstellen, kann eine gemeinsame Wirklichkeit aufgebaut werden, in der beide in einem Maße, das zu einer effektiven Verständigung ausreicht, einen gemeinsamen Code, eine gemeinsame Sprache finden. Natürlich führen auch hier oft verschiedene Wege zum Ziel. Der Therapeut wird die Wege wählen, die er selbst am überzeugendsten vermitteln kann [13, 14].

Der Prozess der Passung wird dadurch erschwert, dass das Bild der Realität, ebenso wie das Bild von Krankheit und Gesundheit höchst subjektiv sind. Es ist geprägt durch viele Prozesse der «Nachbearbeitung», Verdrängung, Verfälschung und Übertragung. Diesem in höchstem Grade persönlichen Erleben, das durch den wechselseitigen komplexen diagnostisch-therapeutischen Prozess zusätzlich beeinflusst wird, gilt es, sich in einer erfolgreichen Therapie anzunähern [15]. Im besten Fall läuft ein therapeutischer Prozess ab, in dem durch «erlaubtes Ausprobieren» eine effiziente Optimierung der Therapie stattfindet. Dieses Vorgehen entspricht einer hermeneutischen Spirale und ist unter den Bedingungen der Praxis, die ein breites Spektrum auch unklarer, hochindividuell geprägter Erkrankungen behandelt, sehr nützlich, sparsam und wirksam [16]. Es kann vermutet werden, dass ein Arzt, der so vorgeht, nicht nur leichter Heilung erzielen, sondern die Patienten auch dauerhaft in einer tragfähigen Vertrauensbeziehung binden kann – ein unschätzbar wertvoller Bestandteil der «Droge Arzt», ein wichtiger Teil der «Placebo-Wirkung» [17, 18].

Einige Hausärzte in den Fokusgruppen meinen, der Arzt muss, um in bestimmten Einzelfällen eine Vertrauensbeziehung aufbauen zu können, ähnliche Persönlichkeitseigenschaften haben wie der Patient. Arzt und Patient müssen also im wahrsten Wortsinn «zusammenpassen». In solchen Fällen kann es vertretbar sein, von Behandlungsleitlinien abzuweichen und Verfahren anzuwenden, deren Wirksamkeit (noch) nicht wissenschaftlich belegt ist, wie dies bei KM-Verfahren oft der Fall ist. Dies ist ein Vorgehen, das auch im eigent-

lichen Sinne aus der evidenzbasierten Medizin ableitbar ist, welche Patientenwünsche und Arzterfahrungen als wesentlich zu berücksichtigende Faktoren bei der medizinischen Entscheidungsfindung benennt [19, 20]. Dies wird im konventionell geprägten Alltag häufig nicht ausreichend berücksichtigt [21]. Andererseits sehen viele Ärzte an diesem Punkt die Gefahr, dass die Arzt-Patient-Beziehung bzw. das Vertrauen des Patienten ausgenutzt wird und dem Patienten unbelegte Methoden z.B. als IGeL aufgenötigt werden [22]. Dies gefährdet wiederum das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt sowie längerfristig den gesamten ärztlichen Bereich der KM.

Essenziell im diagnostisch-therapeutischen Prozess sind die Bedingungen des Kontextes, in dem sich Beratung, Therapie und Heilung vollziehen. Hierzu gehört der Faktor «Zeit», der mit 15 Erwähnungen am häufigsten thematisiert wurde. Dagegen halten die Hausärzte die eingesetzte KM-Methode selbst für weniger wichtig. Wichtiger scheint zu sein, wer sie in welchem Setting und bei welchem Grad gegenseitigen Vertrauens, Übereinstimmens, gegenseitiger Akzeptanz und gegenseitiger Erkenntnistiefe usw. ausübt, d.h. wie weit die Beziehung trägt. Dabei gilt es, die Autonomie des Patienten zu erhalten und eine Beziehung auf Augenhöhe aufzubauen, in der beide, Arzt und Patient, einander schätzen, als Fachperson und Menschen im Fall des Arztes und als Spezialist für den eigenen Körper und einzigartige Person im Fall des Patienten. Hierbei können bewusste oder unbewusste Rituale eine wesentliche Rolle spielen. Rituale stellen eine gewisse Feierlichkeit her, die ein Verinnerlichen und Einprägen fördert. Die Aufmerksamkeit wird gelenkt, Gesten ersetzen sprachlich Unausdrückbares bzw. existenziell Bedrohliches – gleich einer «Inszenierung». Es gibt erste Forschungsergebnisse, die auf die therapeutische Bedeutung von Ritualen in diesem Sinne hindeuten [23–25].

In Zusammenhang mit möglichen Wirkmechanismen tun sich die Hausärzte mit dem Begriff des «Energetischen» schwer, es zeigt sich keine einheitliche Meinung. Vielmehr scheinen die Ärzte die Frage nach einem möglichen Wirkmechanismus auf energetischer Ebene aus ihrem Praxisalltag zu verdrängen und damit «gut leben zu können». Dies deckt sich mit Ergebnissen aus einer quantitativen Befragung unter nie-

dergelassenen Hausärzten in Deutschland zum Thema KM. In dieser Befragung hielten 80% maßgeblich psychologische Prozesse, 59% Selbstheilung, 54% Placebo-Effekte, 37% bisher unbekannte Wirkmechanismen, 35% energetische Prozesse und 34% biochemische Vorgänge für an der Heilung beteiligt [26].

Die hier dargestellte Arbeit hat einen qualitativen Ansatz mit dem Ziel, Meinungen und Ideen zu sammeln und daraus Hypothesen zu generieren. Es handelt sich um die Darstellung individueller Meinungen ohne Anspruch auf Repräsentativität. So waren in den Fokusgruppen KM-«Befürworter» in der Überzahl. In jeder Runde war jedoch mindestens ein Teilnehmer, der selbst keine KM ausübt und ihr eher kritisch gegenübersteht. So wurden alle drei Diskussionen durch kritische Bemerkungen angeregt. Außerdem ist, wie bei qualitativen Projekten üblich, bei der Textanalyse ein Einfluss der auswertenden Personen, die im Falle der vorliegenden Arbeit beide der KM nahestehen, nicht ausgeschlossen.

#### Fazit für die Praxis

Aus Sicht von Hausärzten ist der diagnostisch-therapeutische Prozess in der KM komplex und weniger von der angewendeten KM-Methode als sehr stark von persönlichen Faktoren der Patienten und Ärzte geprägt. Dieser Vorstellung entsprechend wird KM als «Mensch-zu-Mensch-Medizin» in der Versorgung breit eingesetzt. Als wesentlich bei der Anwendung von KM wird angesehen, sich genügend Zeit mit und für den Patienten zu nehmen. Zeit ist jedoch durch die zunehmende Ökonomisierung der Medizin gleichzeitig der limitierende Faktor in der täglichen Praxis. Hierdurch besteht die Gefahr, dass KM bzw. komplementärmedizinische Verfahren prozessualisiert werden, d.h. dass der komplexe Prozess entflochten, in (zeitlich machbare) Einzelteile zerstückelt und von der Arzt-Patient-Beziehung entkoppelt wird. Dies gefährdet die Wirksamkeit von KM in der alltäglichen Versorgungspraxis.

#### Dank

Die Autoren danken allen beteiligten Hausärzten für ihre Teilnahme und ihr Engagement in den Diskussionsrunden.

#### Literatur

- 1 Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J: Integration of complementary and alternative medicine into family practices in Germany: results of a national survey. *Evid Based Complement Alternat Med*, eCAM, doi:10.1093/ecam/nep019.
- 2 Hartel U, Volger E: Use and acceptance of classical natural and alternative medicine in Germany – findings of a representative population-based survey. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd* 2004;11:327–334.
- 3 Bishop FL, Yardley L, Lewith GT: Treat or treatment: a qualitative study analyzing patients' use of complementary and alternative medicine. *Am J Public Health* 2008;98(9):1700–5.
- 4 Marstedt G: Die steigende Popularität alternativer Medizin – Suche nach Gurus und Wunderheilern? In Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg): *Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Gütersloh, Bertelsmann, 2002, pp 112–129.
- 5 Joos S, Musselmann B, Miksch A, Rosemann T, Szecsenyi J: The role of complementary and alternative medicine (CAM) in Germany – a focus group study of GPs. *BMC Health Serv Res* 2008;8:127.
- 6 Ärzttestistik/Grunddaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung/KBV. [www.bundesaerztekammer.de/downloads/Aerzttestistik2006.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Aerzttestistik2006.pdf)
- 7 Szecsenyi J, Wiesemann A, Stutzke O, Mahler C: «Tag der Allgemeinmedizin» – ein Beitrag zur Entwicklung einer gemeinsamen regionalen Plattform zwischen Hausarztpraxen und einer Universitätsabteilung. *Z Allg Med* 2006;82:449–455.
- 8 Mayring P: *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, ed 6. Weinheim, Deutscher Studien Verlag, 1997.
- 9 Barbour RS: Checklist for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *BMJ* 2001;322:1115–17.

- 10 Leach DC, Batalden PB: Preparing the personal physician for practice (P(4)): redesigning family medicine residencies: new wine, new wineskins, learning, unlearning, and a journey to authenticity. *J Am Board Fam Med* 2007;20(4):342-7.
- 11 Risdon C, Edey L: Human doctoring: bringing authenticity to our care. *Acad Med* 1999;74(8):896-9.
- 12 Niermeyer R, Wilbers G: Geht es Menschen besser, wenn sie im Beruf «sie selbst» sein können? Ein Streitgespräch. *Psychologie Heute*, März 2009, 40-43.
- 13 Foerster H v, Pörksen B: Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners – Gespräche. Heidelberg, Auer, 2001.
- 14 von Uexküll T, Adler RH, Herrmann JM: Psychosomatische Medizin: Modelle ärztlichen Denkens und Handelns, ed 6. München, Elsevier, 2002.
- 15 Taraba S: Das Spiel, das nur zu zweit geht, Bd 1: Logik – eine Logologik der «Gesetze der Form» von George Spencer Brown. Heidelberg, Auer, 2005.
- 16 Abholz HH: Generalist und Spezialist – zwei unterschiedliche Welten von Arbeit und Arbeitsauftrag. *Z Allg Med* 2004;80:411-413.
- 17 Spiro H: Placebo – Heilung, Hoffnung und Arzt-Patient-Beziehung. Bern, Huber, 2005.
- 18 Schönbächler G: Der Placebo-Effekt in biosemiotischer Sicht. *Forsch Komplementärmed* 1998;5 (suppl 1):18-22.
- 19 Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS: Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
- 20 Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH: Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ* 2002;324(7350):1350.
- 21 Haynes B, Haines A: Barriers and bridges to evidence based clinical practice. *BMJ* 1999;319(7223):1497.
- 22 Egidì G: Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) – Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM). *Z Allg Med* 2008;84:8-9.
- 23 Kaptchuk TJ: The placebo effect in alternative medicine: Can the performance of a healing ritual have clinical significance? *Ann Intern Med* 2002;136(11):817-25.
- 24 Miller WL: Routine, ceremony, or drama: an exploratory field study of the primary care clinical encounter. *J Fam Pract* 1992;34(3):289-96.
- 25 Baer L: Behavior therapy: endogenous serotonin therapy? *J Clin Psychiatry* 1996;57(suppl 6):33-5.
- 26 Joos S, Musselmann B, Miksch A, Szecsenyi J: Welchen Stellenwert haben komplementärmedizinische Methoden in deutschen Hausarztpraxen? *Z Allg Med* 2007;82:10(abstr).