

Komplementäre und alternative Heilverfahren im vertragsärztlichen Bereich: Ausmaß, Struktur und Gründe des ärztlichen Angebots

Complementary and Alternative Medicine in the German Outpatient Setting: Extent, Structure and Reasons for Provision

Autoren

M. Thanner¹, E. Nagel¹, J. Loss²

Institute

¹ Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth, Bayreuth

² Medizinische Soziologie – Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin, Universität Regensburg, Regensburg

Schlüsselwörter

- Komplementäre und alternative Heilverfahren
- CAM
- Individuelle Gesundheitsleistungen
- IGeL

Key words

- complementary and alternative medicine
- CAM
- individual health services
- out-of-pocket payment

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1364013>
 Online-Publikation: 2014
 Gesundheitswesen
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Dr. Mirjam Thanner
 Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften
 Universität Bayreuth
 Prieserstraße 2
 95444 Bayreuth
mirjam.thanner@uni-bayreuth.de

Zusammenfassung



Einleitung: Studien zu komplementären und alternativen Heilverfahren (CAM) thematisieren häufig die Inanspruchnahme durch Patienten. Relativ wenig bekannt ist bislang zu Ausmaß, Struktur und v. a. Gründen des ärztlichen Angebots im niedergelassenen Bereich.

Methodik: 2396 Vertragsärzte aller Fachrichtungen in 9 ausgewählten Regionen in Deutschland wurden gebeten, sich an einer Befragung mittels standardisiertem Fragebogen zu beteiligen. Der gültige Rücklauf betrug 23%. Im Zentrum der Erhebung standen das Spektrum des CAM-Angebots sowie dessen Motive und Anreize im ambulanten Bereich.

Ergebnisse: 63% (n=350) der befragten Ärzte wenden CAM bei ihrer Praxistätigkeit an; meist werden Akupunktur/Traditionelle Chinesische Medizin, Phytotherapie oder Homöopathie angeboten. Mit 90% setzen Orthopäden CAM am häufigsten ein. Die Anreize und Motive für ein CAM-Angebot sind vielfältig; als „völlig zutreffend“ wurden eingestuft: Überzeugung von der Wirksamkeit (68%), Ausdruck für Therapiefreiheit (47%) und Nebenwirkungsarmut (34%). Lediglich 6% der CAM-Ärzte räumten finanzielle Vorteile (Abrechnung als Individuelle Gesundheitsleistungen, IGeL) im Zusammenhang mit CAM als „völlig zutreffend“ ein.

Schlussfolgerung: CAM scheinen in den befragten Regionen Deutschlands ein fester Bestandteil des ambulanten ärztlichen Angebots zu sein. Die Befragungsergebnisse legen nahe, dass CAM im niedergelassenen Bereich eher als Ausdruck ärztlicher Therapiefreiheit denn als lukratives Trendangebot zu werten sind. Aufgrund der vorliegenden Rücklaufquote von 23% ist es denkbar, dass die Häufigkeit des CAM-Angebots in der vorliegenden Untersuchung überschätzt wurde.

Abstract



Background: Research on complementary and alternative medicine (CAM) has mainly focused on CAM utilisation by patients. Fewer studies have analysed extent and structure of CAM provision or the reasons why physicians offer CAM as a therapeutic option in the outpatient setting.

Methods: A standardised questionnaire was developed addressing reasons and patterns of CAM provision. The questionnaire was sent by post to 2396 general practitioners and specialists in 9 selected German districts. 553 physicians participated in the survey (23%).

Results: 63% of the respondents (n=350) answered that they had provided some sort of CAM to their patients within a period of 12 months preceding the study. The most frequently provided methods were acupuncture/traditional Chinese medicine, herbal remedies and homeopathy. In the sample, 90% of the orthopaedists were CAM providers, the highest rate among the participating disciplines. Several reasons for offering CAM were identified: conviction of therapeutic effectiveness regarding the patient's situation (68%), aspects of therapeutic freedom (47%) or less harmful side effects than conventional therapies (34%). 6% provide CAM for monetary reasons.

Conclusion: Findings suggest that the provision of CAM is widespread in the German outpatient setting. However, it has to be taken into account that a selection bias may apply which may lead to an overestimation of CAM provision. Doctors' reasons to offer CAM are manifold; therapeutic reasons seem to outweigh economic motives.

Einleitung

Als Sammelbegriff für Therapieverfahren, die außerhalb bzw. am Rande der sog. Schulmedizin beheimatet sind, ist international derzeit der Ausdruck „komplementäre und alternative Heilverfahren“ (Complementary and Alternative Medicine, CAM) vorherrschend [1–4]. Das Spektrum dieser Verfahren ist weit und heterogen [5]. Zudem kann es vorkommen, dass einzelne alternative Methoden im Laufe der Zeit von der Schulmedizin vereinnahmt werden und so Eingang in die universitären Curricula finden [6,7] oder umgekehrt [8]. Auch wenn die Definition von CAM in Abgrenzung zur Schulmedizin Unschärfen mit sich bringt, kann dieses Vorgehen doch die Kommunikation erleichtern [9]. Darüberhinaus gibt es Versuche, das Angebot zu systematisieren [7]. Das National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) ordnet die Verfahren folgenden Kategorien zu [10]:

- ▶ Natürliche Produkte (z. B. Kräuter, Vitamine, Mineralstoffe)
- ▶ Körper- bzw. geistorientierte Praktiken (z. B. Akupunktur, Chiropraktik, Osteopathie)
- ▶ Alternative Medizinsysteme (z. B. Homöopathie, Traditionelle Chinesische Medizin, Ayurveda)

Es ist davon auszugehen, dass CAM hauptsächlich als Ergänzung (komplementäre Anwendung) und nicht als echte Alternative zur Schulmedizin Verwendung finden [10] und von einem Großteil der Bevölkerung in Europa, Nordamerika und anderen industrialisierten Regionen in Anspruch genommen werden [11,12]. Für Deutschland liegen zur Häufigkeit der CAM-Nutzung unterschiedliche Erhebungen vor. Je nach Stichprobe und Auslegung des Begriffs „komplementäre und alternative Heilverfahren“ liegt der Prozentsatz der deutschen Bevölkerung, die Erfahrung mit CAM hat, bei 26–73% [13].

Dabei wenden sich Nachfrager an spezialisierte nicht-ärztliche Anbieter von CAM, z. B. an Heilpraktiker [14,15], aber auch an Hebammen [16,17] oder niedergelassene Ärzte. Die Zahl der Ärzte, die alternative Untersuchungs- und Heilmethoden in ihrer Praxis einsetzen, ist in den letzten Jahren möglicherweise gestiegen, wie sich aus der zunehmenden Anzahl einschlägiger Zusatzbezeichnungen der Landesärztekammern (Akupunktur, Naturheilverfahren, Homöopathie, Manuelle Medizin/Chirotherapie, Balneologie und Medizinische Klimatologie) ablesen lässt. Solche Zusatzbezeichnungen im Umfeld der komplementären und alternativen Methoden führten im Jahr 2008 knapp 13% Ärzte in Deutschland, ohne dass diese damit jedoch durchgängig als „nicht-schulmedizinisch“ charakterisiert werden könnten [13,18,19]. Die tatsächliche Angebotsstruktur von ärztlicher Seite lässt sich vermutlich nur unzureichend von den Zusatzbezeichnungen ableiten. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sich Ärzte unabhängig von den Weiterbildungsmöglichkeiten der Landesärztekammern im Bereich komplementärer und alternativer Heilverfahren qualifizieren und ihren Patienten bestimmte Verfahren anbieten.

Die Tatsache, dass CAM bisher keine überzeugende Wirksamkeit gemäß den Kriterien der Evidenzbasierten Medizin vorweisen können, sie aber trotzdem auch von Ärzten mit schulmedizinischem Hintergrund angewendet werden, erscheint zunächst als Widerspruch. Im Gegensatz zur Inanspruchnahme von CAM durch Patienten [20] ist die Angebotsseite bislang nur wenig untersucht [21]. Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass CAM mittlerweile zum „mainstream general practice“ [22] gezählt werden können [23]: Bereits eine Umfrage bei in Praxis und Klinik tätigen

Ärzten im Raum Kassel aus dem Jahr 1995 zeigte, dass 38,6% der Befragten zumindest ein entsprechendes Verfahren anbieten [24]. Eine deutschlandweite Erhebung aus dem Jahr 2009 kam zum Ergebnis, dass 60% der Hausärzte CAM einsetzen [25].

Bislang kaum untersucht sind die Gründe, warum sich Ärzte mit schulmedizinischer Ausbildung und Grundausrichtung in Deutschland zunehmend in alternativmedizinischen Verfahren weiterbilden und diese anbieten; Hinweise aus internationalen Studien, Kommentare oder Leserbriefe einzelner Ärzte sowie Ableitungen aus den Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems lassen jedoch eine Reihe von Ursachen als möglich erscheinen [26]. So legen US-amerikanische Studien nahe, dass ein Teil der Ärzte überzeugt ist, dass es sich bei gezieltem Einsatz einzelner alternativer Heilverfahren um effektive Therapien handelt, die klassische schulmedizinische Herangehensweisen ergänzen oder gar ersetzen können [27,28] – zumindest aber noch Hoffnung auf Besserung vermitteln können [29]. Auch ein vermutetes geringeres Nebenwirkungspotenzial kann einen Grund für den Einsatz von CAM darstellen [24]. In Betracht gezogen werden muss zudem die Hypothese, dass es bei CAM gar nicht so sehr darum geht, was vermittelt wird, sondern wie es vermittelt wird [30]. Der besondere Raum, den das zeitintensive Sich-Einlassen auf den Patienten bei vielen alternativmedizinischen Verfahren einnimmt [21,31], ist vermutlich nicht nur für die Patienten von hohem Reiz, sondern auch für die Ärzte [32]. Unklar ist, inwieweit beim Einsatz von Alternativmedizin religiöse bzw. spirituelle Aspekte eine Rolle spielen. Darüber hinaus werden CAM als medizinische Bereiche verstanden, in denen eine aktive Miteinbeziehung des Patienten in das therapeutische Vorgehen besonders gut gelingen kann [33,34]. So wird die Compliance des CAM-Patienten im Allgemeinen besser beurteilt als die Therapietreue eines Patienten, der schulmedizinisch behandelt wird [35]. Nicht selten werden auch Stimmen laut, dass beim Angebot alternativmedizinischer Verfahren finanzielle Aspekte eine Rolle spielen, indem Ärzte einer ökonomischen Rationalität folgen und ihren Patienten das bieten, wofür derzeit eine große Nachfrage existiert [36,37] – insbesondere als Selbstzahlerleistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen, IGeL) außerhalb der Erstattungsfähigkeit durch die gesetzlichen Krankenkassen [38,39]. Empfehlungen zum erfolgreichen Praxis-Marketing beinhalten bereits Hinweise, wie sich ein niedergelassener Arzt im „Selbstzahler-Markt“ besser positionieren kann, u. a. mit Angeboten im alternativmedizinischen Spektrum [40,41]. Unter dem zunehmenden Kostendruck im Gesundheitswesen ist es außerdem denkbar, dass Ärzte bestimmte alternative Heilverfahren vermehrt einsetzen, weil sie diese als preiswertere Therapie einstufen [24,42], obgleich valide und auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbare gesundheitsökonomische Evaluationen bisher weitgehend als Entscheidungsgrundlage fehlen [43–46].

Vor diesem Hintergrund sollte die Befragung klären,

- ▶ wie verbreitet CAM-Angebote im vertragsärztlichen Bereich sind,
- ▶ welche komplementären und alternativen Heilverfahren von Vertragsärzten angeboten werden und
- ▶ aus welchen Gründen Vertragsärzte ihren Patienten CAM-Angebote unterbreiten.

Region	Bundesgebiet (Bundesland)	Angeschriebene Ärzte, Anzahl
Cham (Landkreis)	alt (Bayern)	159
Hamburg (ärmere Stadtteile *)	alt (Hamburg)	153
Hamburg (reichere Stadtteile **)	alt (Hamburg)	146
Dresden (Stadt)	neu (Sachsen)	851
Parchim (Landkreis)	neu (Mecklenburg-Vorpommern)	112
Starnberg (Landkreis)	alt (Bayern)	283
Ücker-Randow (Landkreis)	neu (Mecklenburg-Vorpommern)	100
Würzburg (Landkreis)	alt (Bayern)	195
Würzburg (Stadt)	alt (Bayern)	397

Tab. 1 Einbezogene Regionen in der Übersicht (bei * und ** erfolgte die Einstufung gemäß Daten des statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein 2007, Anteil an Arbeitslosen nach SGB II Hartz IV der 15- bis unter 65-Jährigen von $\geq 8\%$ (*) bzw. $\leq 1\%$ (**); Durchschnitt Hamburg 5%).

Methodik



Instrument Es wurde ein schriftlich auszufüllender Fragebogen entwickelt, der mehrere Abschnitte beinhaltete. Für die vorliegenden Ausführungen relevant waren die Fragen

- (1) zu angebotenen therapeutischen Verfahren, die dem alternativen und komplementären Bereich zuzurechnen sind,
- (2) zu Motiven und Anreizen für dieses Angebot,
- (3) zur jeweiligen Person und zum Praxisbetrieb.

Zu (1): Das jeweilige CAM-Angebot wurde über eine vorgegebene Liste mit 25 komplementären und alternativen Heilverfahren abgefragt. Bei der Auswahl der einzelnen Verfahren wurde zum einen auf das Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen [47] und zum anderen auf die Publikation „Die Andere Medizin“ der Stiftung Warentest [48] zurückgegriffen, um sowohl eine anbieterorientierte als auch eine nachfragerorientierte Quelle zu nutzen. Im Vergleich zur Untersuchung von Stange et al. [1] wurde den Befragten eine umfangreichere CAM-Liste zur Auswahl angeboten. Diese enthielt auch vergleichsweise wenig bekannte bzw. stark umstrittene Verfahren, z. B. Spagyrik oder Bachblüten.

Zu (2): Die Anreize und Motive für das Angebot von CAM wurden mittels 19 verschiedener Aussagen abgefragt. Dabei sollte von den befragten Ärzten das Ausmaß der Zustimmung auf einer ordinalen vierstufigen Antwortskalen angegeben werden (von „Trifft gar nicht zu“ bis „Trifft völlig zu“). Die Fragebogen-Items basierten auf den Ergebnissen einer Literaturrecherche sowie einer explorativen Vorstudie bestehend aus semistandardisierten Interviews. Zur Methodik der Vorstudie siehe [49].

Zu (3): Der letzte Abschnitt umfasste Fragen zu Alter, Geschlecht, Fachrichtung und Praxisart.

Pretest Der Fragebogen wurde in einem Pretest bei 5 niedergelassenen Ärzten auf Verständlichkeit, Eindeutigkeit und Praktikabilität untersucht und danach geringfügig modifiziert.

Stichprobe Die Erhebung erfolgte anonym durch postalischen Versand der Fragebögen in einer Stichprobe von jeweils allen Vertragsärzten aller Fachrichtungen in 9 Regionen aus 4 verschiedenen Bundesländern. Da bei der Auswahl der Befragungsgebiete keine statistisch begründete Strategie zur Stichprobenziehung vorlag, können die Ergebnisse nicht auf Gesamtdeutschland übertragen werden. Voraussetzung zur Einbeziehung von Regionen war die ideelle Unterstützung der jeweiligen Landesärztekammer. Auf diese wurde im Anschreiben an die Niedergelassenen hingewiesen mit dem Ziel, durch den vertrauensstiftenden Wiedererkennungswert der Landesärztekammern die Rücklaufquote zu erhöhen. Als Quelle der Adressen dienten die online verfügbaren Daten der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen. Von den Autoren können keine Aussagen dazu gemacht werden, ob die im Internet abrufbaren Daten jeden Vertragsarzt der beteiligten Regionen umfassen: Denkbar

wäre bspw. dass einzelne Ärzte der Veröffentlichung ihrer Praxisdaten im Internet widersprochen haben. • **Tab. 1** zeigt eine Übersicht über die einbezogenen Regionen. Der postalische Versand der 2396 Fragebögen erfolgte im Juni 2008. Der Rücklauf wurde bis Mitte August 2008 berücksichtigt. Da bereits die erste Erhebungswelle die bei Beantragung des Projekts angestrebte Rücklaufquote von 20% überschritt, wurde auf ein Erinnerungsschreiben bzw. den nochmaligen Versand der Fragebögen verzichtet.

Datenauswertung Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 16.0. Für die Angaben auf den Ordinalskalen erfolgten Häufigkeitsauszählungen. Für das Alter wurde der Mittelwert (\pm Standardabweichung) berechnet.

Ethikvotum Das Forschungsvorhaben wurde durch die Ethikkommission der Universität Bayreuth bewilligt (Geschäftszeichen O 1305 – HB/ID).

Ergebnisse



Stichprobenbeschreibung

Von 2396 Fragebögen wurden 571 zurückgesandt, 18 wurden aussortiert (Gründe: fehlende Altersangaben bzw. alle Fragen unbeantwortet). In die Auswertung gingen die Antworten von 553 Ärzten ein (m: 54%, f: 46%, 51 ± 8 Jahre, Altersspanne 32–73 Jahre); die Rücklaufquote betrug 23%. Aus den online verfügbaren Angaben ging hervor, dass 31% (16%) der angeschriebenen Ärzte über eine Zulassung als Allgemeinmediziner oder praktische Ärzte (Internisten) verfügten; unter den antwortenden Ärzten waren es 33% (17%). Größere Unterschiede zeigten sich beim Rücklauf hinsichtlich des Geschlechts der teilnehmenden Ärzte: Während lediglich 41% der Angeschriebenen weiblichen Geschlechtes waren, fanden sich unter den Antwortenden zu 46% Frauen.

Struktur des ärztlichen CAM-Angebots

Den Angaben zufolge wenden 63% der Befragten komplementäre und alternative Heilverfahren im Rahmen ihrer Praxistätigkeit an oder empfehlen diese den Patienten zur Eigenanwendung. Die Prävalenz des Angebots differiert je nach ärztlichem Fachgebiet: So gaben z. B. 90% der befragten Orthopäden, aber nur 39% der Internisten an, CAM im Angebot zu haben oder zu empfehlen. • **Abb. 1** zeigt die Unterschiede zwischen den Facharztgruppen. Am häufigsten haben die Befragten Akupunktur, Phytotherapie, Homöopathie oder Neuraltherapie eingesetzt bzw. zur Anwendung empfohlen (• **Abb. 2**). 72% der Ärzte, die CAM anwenden, hatten sich ihre Kenntnisse und Fertigkeiten in diesen Verfahren erst nach der Niederlassung angeeignet; nur 13% hatten sich im Rahmen des Medizinstudiums qualifiziert (• **Abb. 3**).

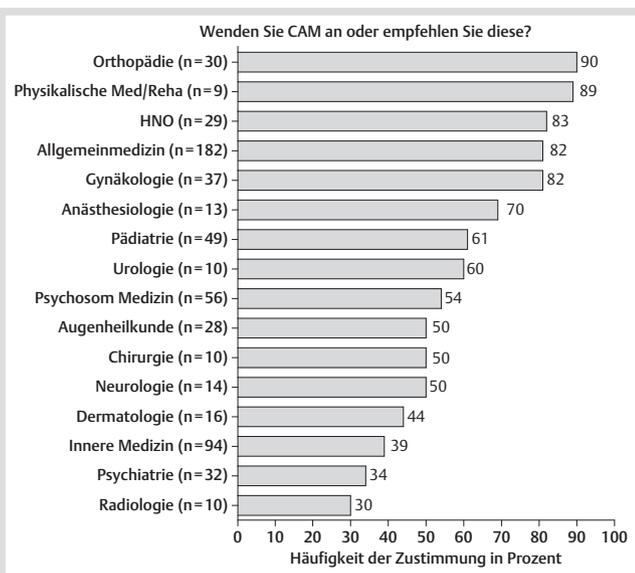


Abb. 1 Häufigkeit des CAM-Angebots nach Facharztgruppen (n = Anzahl der Ärzte mit entsprechender Gebietsbezeichnung in der Stichprobe, Mehrfachnennungen hinsichtlich der Fachgebiete möglich).

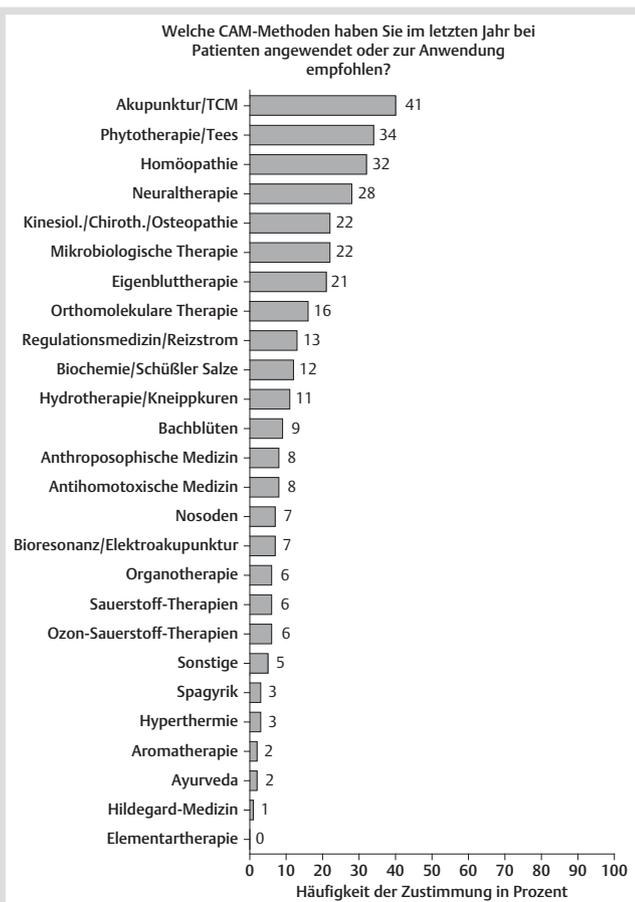


Abb. 2 Differenzierung des CAM-Angebots (n = 553, Mehrfachnennungen möglich).

Gründe des ärztlichen CAM-Angebots

68% der befragten Ärzte halten die Aussage „Ich biete komplementäre und alternative Heilverfahren an, weil diese in bestimmten Fällen eine wirksame Therapieform für meine Patienten sein können“ für völlig zutreffend. Für 47% kann das CAM-

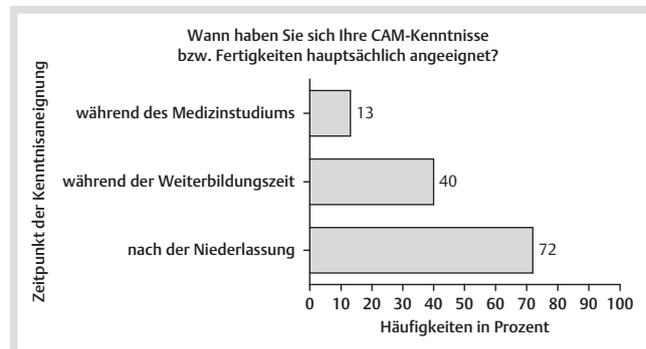


Abb. 3 Zeitpunkt der Aneignung von CAM-Kenntnissen und Fertigkeiten während des beruflichen Werdegangs (n = 346, Mehrfachnennung möglich, fehlende Werte n = 4).

Angebot eindeutig als Ausdruck der Therapiefreiheit gewertet werden. Weitere häufig genannte „völlig zutreffende“ Gründe waren Nebenwirkungsarmut (34%) oder die Vermittlung von Hoffnung in vermeintlich hoffnungslosen Fällen (29%). Auch das pragmatische Motiv, CAM anzubieten, weil Patienten diese Verfahren ohnehin in Anspruch nehmen, spielt mit 30% eine nicht unerhebliche Rolle. Finanzielle Gründe (Abrechnung über IGeL) räumten lediglich 6% der Ärzte als „völlig zutreffend“ ein. Eine ähnlich untergeordnete Rolle scheint die Furcht vor der ärztlichen Konkurrenz in diesem Bereich zu spielen (5%).

Tab. 2 zeigt die Zustimmungsraten zu Motiven und Anreizen des CAM-Angebots in der Übersicht.

Diskussion

Zentrale Ergebnisse

63% der befragten niedergelassenen Ärzte aus verschiedenen Regionen in Deutschland wenden komplementäre oder alternative Heilverfahren an ihren Patienten an oder empfehlen sie zur Anwendung. Die Häufigkeit des CAM-Angebots variiert dabei zwischen verschiedenen medizinischen Fachgebieten; Orthopäden bilden unter den befragten Ärzten diejenige Facharztgruppe, die CAM am häufigsten einsetzt. Die vorliegende Untersuchung weist Akupunktur, Phytotherapie, Homöopathie und Neuraltherapie als die am häufigsten angewendeten Verfahren aus. Die Befragungsergebnisse legen nahe, dass die Motive von niedergelassenen Ärzten, CAM anzubieten, vielschichtig sind. Bedeutsam erscheinen Faktoren wie die Überzeugung von der Wirksamkeit in bestimmten Fällen, die vermutete Nebenwirkungsarmut oder die Möglichkeit, mittels CAM auch Hoffnung für schulmedizinisch „austherapierte“ Patienten zu vermitteln.

Stärken und Limitationen der Studie

In die vorliegende Untersuchung wurde ein umfassendes CAM-Spektrum einbezogen. Gleichzeitig konnten zahlreiche Gründe, warum niedergelassene Ärzte CAM anwenden, quantifiziert werden. Die Erfassung der Motive mittels knapp 20 Items, die vorab in einer explorativen Studie ermittelt wurden, ermöglicht ein differenzierteres Verständnis dieses *per se* nicht eindeutig plausiblen Versorgungsgeschehens.

Eine wesentliche Limitation der Studie liegt darin, dass die Auswahl der beteiligten Regionen keine bundesweit repräsentative Stichprobe ermöglicht. Ebenso kann nicht garantiert werden, dass die online verfügbaren Adressen der Vertragsärzte die

Tab. 2 Anreize und Motive für das ärztliche CAM-Angebot in der Subgruppe der Befragten, welche komplementäre und alternative Heilverfahren anbieten (n = 350), Anordnung nach absteigenden Zustimmungsraten „Trifft völlig zu“ und „Trifft eher zu“.

Kategorie	Fragebogen-Item: Ich biete komplementäre oder alternative Heilverfahren an, ...	Häufigkeit der Antworten				
		Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft völlig zu	Fehlende Werte
Wirksamkeit in bestimmten Fällen	... weil diese in bestimmten Fällen eine wirksame Therapieform für meine Patienten sein können.	< 1 % (n = 1)	2 % (n = 5)	30 % (n = 102)	68 % (n = 233)	n = 9
Ausdruck von Therapiefreiheit	... weil ich es im Zusammenhang mit der Forderung nach Therapiefreiheit für unerlässlich halte, frei zwischen verschiedenen Therapieoptionen wählen zu können.	8 % (n = 27)	14 % (n = 46)	31 % (n = 104)	47 % (n = 154)	n = 19
Nebenwirkungsarmut	... weil sie so nebenwirkungsarm sind.	7 % (n = 23)	17 % (n = 58)	42 % (n = 140)	34 % (n = 112)	n = 17
Hoffnung für „austherapierte“ Patienten	... weil ich mit alternativen Heilmethoden auch meinen „austherapierten“ Patienten oft noch Hoffnung auf Besserung geben kann.	9 % (n = 29)	16 % (n = 54)	46 % (n = 151)	29 % (n = 96)	n = 20
positive Einstellung durch persönliches Umfeld	... weil ich durch mein persönliches Umfeld eine positive Einstellung zu diesen Verfahren habe.	9 % (n = 30)	25 % (n = 83)	41 % (n = 139)	25 % (n = 84)	n = 14
ärztliche Kontrolle über CAM-Anwendung des Patienten	... weil Patienten Alternativmedizin sowieso in Anspruch nehmen und es besser ist, ich als Arzt biete diese an als ein Heilpraktiker.	13 % (n = 43)	26 % (n = 84)	32 % (n = 104)	30 % (n = 97)	n = 22
Nachfrage der Patienten	... weil meine Patienten häufig danach fragen.	5 % (n = 17)	34 % (n = 113)	44 % (n = 147)	17 % (n = 56)	n = 17
Bevorzugung gesprächintensiver Verfahren	... weil ich gesprächintensivere Verfahren den invasiven vorziehe.	20 % (n = 66)	27 % (n = 89)	32 % (n = 104)	21 % (n = 67)	n = 24
erweitertes Menschenbild	... weil mir das der Schulmedizin zugrunde liegende Menschenbild zu eng naturwissenschaftlich ist.	29 % (n = 95)	25 % (n = 82)	24 % (n = 79)	22 % (n = 73)	n = 21
heilsamere Arzt-Patienten-Beziehung	... weil sie es erlauben, eine heilsamere Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen, als dies die Schulmedizin kann.	23 % (n = 75)	31 % (n = 102)	30 % (n = 98)	16 % (n = 51)	n = 24
Freude an der praktischen Ausübung	... weil sie mir selbst oft mehr Spaß machen als schulmedizinische Verfahren.	37 % (n = 119)	23 % (n = 76)	25 % (n = 80)	16 % (n = 51)	n = 24
Verbesserung der Compliance	... weil die Compliance der Patienten bei der Alternativmedizin größer ist als bei der Schulmedizin.	18 % (n = 59)	42 % (n = 135)	33 % (n = 107)	7 % (n = 21)	n = 28
positives Praxisimage	... weil ich mittels dieser Verfahren ein positives Praxis-Image aufbauen kann (z. B. Naturverbundenheit, Wellness).	27 % (n = 89)	35 % (n = 115)	29 % (n = 95)	9 % (n = 30)	n = 21
Abrechnung als IGeL	... weil sie als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) lohnend für meine Praxis sind.	40 % (n = 132)	33 % (n = 110)	21 % (n = 69)	6 % (n = 20)	n = 19
sparsame Therapievariante für die GKV	... weil sie das Solidarsystem der gesetzlichen Krankenkasse wenig belasten.	37 % (n = 119)	38 % (n = 120)	15 % (n = 49)	10 % (n = 32)	n = 30
Stärkung der Glaubwürdigkeit einer schulmedizinischen Therapie	... weil meine Patienten im Falle des Fehlschlagens eine schulmedizinische Therapie im Anschluss besser akzeptieren.	33 % (n = 105)	45 % (n = 143)	21 % (n = 68)	2 % (n = 5)	n = 29
Berücksichtigung von Religiosität und Spiritualität	... weil ich mittels dieser Verfahren auch auf spirituelle/religiöse Bedürfnisse meiner Patienten eingehen kann.	52 % (n = 167)	28 % (n = 91)	13 % (n = 42)	7 % (n = 23)	n = 27
Angebot der ärztlichen Konkurrenz	... weil ich sonst Patienten an andere Ärzte verliere, die Alternativmedizin im Angebot haben.	44 % (n = 144)	43 % (n = 142)	9 % (n = 29)	5 % (n = 16)	n = 19
Neuausrichtung nach Berufspause	... weil ich mich in der Elternzeit beruflich neu orientiert habe.	91 % (n = 294)	7 % (n = 21)	1 % (n = 4)	2 % (n = 5)	n = 26

Grundgesamtheit vollständig abbilden. Zudem muss bei einer Rücklaufquote der Fragebögen von 23 % ein Selektionsbias in Betracht gezogen werden, insbesondere hinsichtlich der Ergebnisse zur Häufigkeit der Anwendung komplementärer und alternativer Heilverfahren. Bereits für andere Studien zur Komplementär- und Alternativmedizin wurde vermutet, dass CAM-Interessierte eher bereit waren, sich an der Umfrage zu beteiligen – ins-

besondere, wenn keine anderen Anreize zur Teilnahme gesetzt wurden [12, 50]. Weiterhin muss hinsichtlich der Gründe für ein CAM-Angebot mit dem Phänomen der sozialen Erwünschtheit von Antworten gerechnet werden. Dies kann dazu führen, dass Gründe, die innerhalb der Ärzteschaft als weniger respektabel gesehen werden, z. B. finanzielle Anreize, eher selten als zutreffend angegeben wurden.

Vergleich mit anderen Studien

Das ärztliche CAM-Angebot in Deutschland wurde erstmals 1995 mit einer Befragung von stationär und ambulant tätigen Medizinerinnen im Raum Kassel untersucht [24]. In den letzten Jahren sind 2 neue Studien erschienen, die in deutschlandweiten Erhebungen bei Hausärzten [25] bzw. Niedergelassenen verschiedener Fachrichtungen [1] analysierten, welche CAM eingesetzt werden. Die Ergebnisse der Studien sind sowohl untereinander als auch mit der vorliegenden Befragung nur schwer vergleichbar. Das liegt zum einen an den unterschiedlichen Stichproben, zum anderen daran, dass jeweils unterschiedliche Heilverfahren in den Befragungen als komplementär und alternativ klassifiziert und miteinbezogen wurden [51]. In allen betrachteten deutschen Studien zum ärztlichen CAM-Angebot erwiesen sich jedoch Akupunktur, Phytotherapie, Homöopathie und Neuraltherapie als die am häufigsten angewendeten Verfahren [1,24,25].

Warum Schulmediziner CAM regelmäßig anbieten, war bisher in Deutschland noch nicht zentrale Fragestellung von Studien. Dies ist erstaunlich, denn bereits im Jahr 1995 zeigten Haltenhof et al., dass es über die in der damaligen Untersuchung thematisierten Gründe hinaus (weniger Nebenwirkungen, natürlichere Form der Behandlung, größerer Erfolg, kausalere oder preiswertere Therapie) noch zahlreiche weitere geben müsse: In 16,5% der Fälle wurden „andere“ als die im Fragebogen vorgegebenen Motive für die Anwendung von CAM genannt [24]. Aufgrund dieser Studienlage wurde für die vorliegende Untersuchung ein kombiniertes Vorgehen aus qualitativen Interviews und standardisierten Fragebögen gewählt, um der Vielfalt möglicher Gründe für das CAM-Angebot Rechnung tragen zu können.

Bedeutung der Studie

Die Studie bestätigt, dass sich Komplementär- und Alternativmedizin in den letzten Jahren bei zumindest einem Teil der niedergelassenen Ärzte als festes Angebot etabliert hat. Das Angebotsspektrum an CAM scheint dabei erstaunlich konstant zu sein. [24]. Dieser Befund spricht eher nicht dafür, im ärztlichen CAM-Angebot lediglich einen kurzfristigen Modetrend zu sehen. Die Studie zeigt, dass diejenigen Ärzte, die CAM anwenden oder empfehlen, diesen Methoden eine gute Wirksamkeit bzw. eine Nebenwirkungsarmut attestieren. Angesichts der Tatsache, dass das Medizinstudium in seinen Inhalten alternative Heilverfahren weitgehend ausspart und die Evidenzbasierte Medizin in den letzten Jahren in Deutschland erheblich an Bedeutung gewonnen hat, ist dieser Befund bemerkenswert. Pauschalisierend allein finanzielle Motive für ein CAM-Angebot verantwortlich zu machen, erscheint vor dem Hintergrund der vorliegenden Untersuchung nicht gerechtfertigt. Eine undifferenzierte Verwendung des im medizinischen Kontext oft auch negativ behafteten Ausdrucks „Markt für CAM“ verschleiern, dass diese Leistungen aus den unterschiedlichsten Gründen angeboten werden.

Die Ergebnisse lassen die Förderung eines Austausches innerhalb der Ärzteschaft zum Thema Umgang mit CAM, z. B. im Sinne des von der Bundesärztekammer initiierten „Dialogforums Pluralismus in der Medizin“ [52], für sinnvoll und notwendig erscheinen. Auch die stärkere Berücksichtigung des Themas innerhalb der Inhalte des Studiums für die Humanmedizin sollte diskutiert werden, da komplementäre und alternative Heilverfahren für die tägliche Berufspraxis und auch für das ärztliche Selbstverständnis eine wichtige Rolle zu spielen scheinen.

Danksagung



Finanzierung: Die vorgestellte Studie ist Teil des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) finanzierten Projekts „Das Phänomen der ärztlichen Hinwendung zu komplementären und alternativen Heilverfahren – Motive und Perspektiven im Spannungsfeld von Ökonomie und ärztlichem Selbstverständnis: Eine gesundheitswissenschaftliche Betrachtung“ (NA 184/8-1).

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Stange R, Amhof R, Moebus S Naturheilverfahren, Komplementär- und Alternativmedizin im Bewusstsein und Handeln von niedergelassenen Ärzten, in Gesundheitsmonitor 2006. Böcken J et al (eds.). 2006; Bertelsmann Stiftung: Gütersloh; 208–232
- 2 Wiese M, Oster C. 'Becoming accepted': The complementary and alternative medicine practitioners' response to the uptake and practice of traditional medicine therapies by the mainstream health sector. Health 2010; 14: 415–433
- 3 Jonas WB, Eisenberg D, Hufford D et al. The Evolution of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in the USA over the Last 20 Years. Forschende Komplementärmedizin. 2013; 20 65–72
- 4 Gaboury I, Toupin April K, Verhoef M. A qualitative study on the term CAM: is there a need to reinvent the wheel? BMC Complementary and Alternative Medicine 2012; 12: 131
- 5 Wootton JC. Classifying and Defining Complementary and Alternative Medicine. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 2005; 11: 777–778
- 6 Jonas WB. Alternative Medicine – Learning From the Past, Examining the Present, Advancing to the Future. Journal of the American Medical Association 1998; 280: 1616–1617
- 7 Wieland LS, Manheimer E, Berman BM. Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane Collaboration. Altern Ther Health Med 2011; 17: 50–59
- 8 Jütte R. Geschichte der Alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute. 1996; München: Beck Verlag
- 9 Witt CM. Komplementärmedizin. Weitere Forschung ist die Basis für Integration in die Versorgung. Deutsches Ärzteblatt 2009; 106: A1786–A1789
- 10 National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam> (Zugriff am 27.06.2013).
- 11 World Health Organization (ed.). WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005. 2002; Geneva
- 12 Härtel U, Volger E. Inanspruchnahme und Akzeptanz klassischer Naturheilverfahren und alternativer Heilmethoden in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde 2004; 11: 327–334
- 13 Marstedt G, Moebus S. Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Band 9. 2002; Berlin: Robert Koch-Institut
- 14 Heudorf U, Carstens A, Exner M. Heilpraktiker und öffentliches Gesundheitswesen. Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 245–257
- 15 Ernst E. Heilpraktiker in Österreich? Wiener Medizinische Wochenschrift 1997; 147: 423–425
- 16 Münstedt K, Dütemeyer V, Hübner J. Patients' considerations behind the use of methods from complementary and alternative medicine in the field of obstetrics in Germany. Arch Gynecol Obstet. 2013 doi:10.1007/s00404-013-2814-z
- 17 Hastings-Tolsma M, Terada M. Complementary medicine use by nurse midwives in the U.S. Complement Ther Clin Pract. 2009; 15: 212–219
- 18 Bundesärztekammer, Ärztinnen/Ärzte nach Bezeichnungen und ärztlichen Tätigkeitsbereichen (Tabelle 3) 2008
- 19 Bundesärztekammer, Ärztinnen/Ärzte mit Zusatzweiterbildungen nach Tätigkeitsarten (Tabelle 7.0) 2008
- 20 Harris PE, Cooper KL, Relton C et al. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. The International Journal of Clinical Practice 2012; 66: 924–939

- 21 Heiligers PJM, Groot de J, Koster D et al. Diagnoses and visit length in complementary and mainstream medicine. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 10: 2010
- 22 Pirotta VP, Cohen MM, Kotsirilos V et al. Complementary therapies: have they become accepted in general practice? *Medical Journal of Australia* 2000; 172: 105–109
- 23 Xu H, Chen K. Complementary and Alternative Medicine: Is It Possible to Be Mainstream? *Chin J Integr Med* 2012; 18: 403–404
- 24 Haltenhof H, Hesse B, Bühler KE. Beurteilung und Verbreitung komplementärmedizinischer Verfahren – eine Befragung von 793 Ärzten in Praxis und Klinik. *Gesundheitswesen* 1995; 57: 192–195
- 25 Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J. Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practices in Germany: Results of a National Survey. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* 2009
- 26 Thanner M. Geld oder Glaube? Warum Schulmediziner alternative Heilverfahren anbieten. In „*Neue Wege in der Medizin*“. *Alternativmedizin – Fluch oder Segen?* Becker R. et al. (eds.). 2010; Universitätsverlag Winter; Heidelberg: 187–202
- 27 Ernst E. Complementary Medicine. What Physicians think of It: A Meta-analysis. *Archives of Internal Medicine* 1995; 155: 2405–2408
- 28 Jump J, Yarbrough L, Kilpatrick S et al. Physicians' Attitudes toward Complementary and Alternative Medicine. *Integrative Medicine* 1998; 1: 149–153
- 29 Gross AH, Cromwell J, Fonteyn M et al. Hopelessness and complementary therapy use in patients with ovarian cancer. *Cancer Nurs* 2013; 36: 256–264
- 30 Busato A, Künzi B. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 10: 2010
- 31 Bauer M. Zwischen Patientenschutz und Patientenautonomie. Das ethische Dilemma der Alternativmedizin, in *Zwischen Theorie und Praxis. Ethik in der Medizin in Lehre, Klinik und Forschung*. Groß D. (ed.). 2002; Königshausen & Neumann Verlag; Würzburg: 249–276
- 32 Goldner M. Integrative medicine: Issues to consider in this emerging form of Health Care. *Research in the Sociology of Health Care* 2000; 17: 215–236
- 33 Saller R. Erweiterte Schulmedizin. Einleitung, in *Unkonventionelle Therapiemethoden und Arzneimittelverschreibungen*. Saller R, Feiereis H. Eds 1997; Hans Marseille Verlag; München
- 34 Aakster CW. Concepts in alternative medicine. *Social Science and Medicine* 1986; 22: 265–273
- 35 Bachmann RM. *Praxis Service Naturheilverfahren. Klassische Methoden in Bild und Text*. 1996; Stuttgart: Hippokrates Verlag GmbH
- 36 Haselen van RA, Reiber U, Nickel I et al. Providing Complementary and Alternative Medicine in primary care: the primary care workers' perspective. *Complementary Therapies in Medicine* 2004; 12: 6–16
- 37 Upsdell M, Jaye C. Engaging with complementary and alternative medicine in general practice. *Journal of Primary Health Care* 2011; 3: 29–34
- 38 Meyer R. Zweifelhafte Aktivität von „Instituten“ und „Diensten“. *Deutsches Ärzteblatt*. 1997; 94: A94–A95
- 39 Happle R. Alternativmedizin: Wirklich eine Alternative zur Schulmedizin? *Der Hautarzt* 2000; 51: 439–443
- 40 Steenhusen R. Therapeutische Leistungen außerhalb des GKV-Kataloges. http://www.igelarzt.de/03/0301/rangliste01_03.html (Zugriff am 29.08.2012)
- 41 Streit V. Der Markt für Selbstzahlerleistungen, in *Marketing für Arztpraxen*. Streit V, Letter M. (eds.). 2005; Springer Verlag; Heidelberg: 171–186
- 42 Dobson R. Alternative therapies could save the NHS money, say report commissioned by Prince Charles. *British Medical Journal* 2005; 331: 795
- 43 Witt CM. *Health Economic Studies on Complementary and Integrative Medicine. Forschende Komplementärmedizin* 2011; 18: 6–9
- 44 Herman PM, Craig BM, Caspi O. Is complementary and alternative medicine (CAM) cost-effective? a systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 5: 2005
- 45 Viksveen P, Dymitr Z, Simoens S. Economic evaluations of homeopathy: a review. *Eur J Health Econ*. 2013 doi:10.1007/s10198-013-0462-7
- 46 Herman PM, Poindexter BL, Witt CM et al. Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. *BMJ Open* 2012; doi:10.1136/bmjopen-2012-001046
- 47 Hufelandgesellschaft e. V. (ed.). *Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen*. 2005 Karl F. Haug Verlag; Stuttgart
- 48 Federspiel K, Herbst V. *Die Andere Medizin. „Alternative Heilmethoden“ für Sie bewertet*. 2005; Berlin: Stiftung Warentest
- 49 Thanner M, Nagel E, Loss J. Möglichkeiten und Grenzen einer Zusammenarbeit mit Heilpraktikern aus ärztlicher Sicht. *Forschende Komplementärmedizin* 2013; 20: 23–32
- 50 Perry R, Dowrick C, Ernst E. Complementary medicine and general practice in an urban setting: a decade on. *Primary Health Care Research & Development* 2013; doi:10.1017/S1463423613000182
- 51 Kristoffersen AE, Fønnebo V, Norheim Aj. Use of complementary and alternative medicine among patients: classification criteria determine level of use. *J Altern Complement Med* 2008; 14 (8): 911–919
- 52 *Dialogforum Pluralismus in der Medizin*. <http://www.dialogforum-pluralismusindermedizin.de/> (Zugriff am 29.06.2013)