

Aus dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

(Leiter: Prof. Dr. Hans-Joachim Seidel)

Determinanten für die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

Medizinische Fakultät der Universität Ulm

Sandra Mainiero

geboren in Plochingen

Vorgelegt im Jahr 2005

amtierender Dekan:

1. Berichterstatter:

2. Berichterstatter:

Tag der Promotion:

Für EMR

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Abkürzungen.....	3
1 Einleitung.....	4
1.1 Definition und Bedeutung alternativer Heilmethoden	4
1.2 Anwendungsbezug der Ergebnisse.....	7
1.2.1 Aktuelle politische Lage und Frage der Kostenübernahme.....	7
1.2.2 Alternative Heilmethoden in der Ausbildung und Organisation in den Fachverbänden.....	12
1.2.3 Das ambivalente Verhältnis der deutschen Ärzteschaft gegenüber alternativen Heilmethoden.....	13
1.3 Fragestellung und Zielsetzung.....	16
2 Material und Methoden.....	18
2.1 Datenbestand	18
2.1.1 Grundgesamtheit, Auswahl und Beschreibung des Kollektivs	18
2.1.2 Fragebogen	19
2.2 Statistische Auswertung	20
2.2.1 Erstellung von Kreuztabellen	20
2.2.2 Vorauswahl der potentiellen Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden	20
2.2.3 Logistisches Regressionsmodell.....	22
3 Ergebnisse.....	24
3.1 Deskriptive Auswertung.....	24
3.1.1 Beschreibung des Kollektivs, Fragen zu soziodemografischen Faktoren	24
3.1.2 Inanspruchnahme-Verhalten bei medizinischen Leistungen	38
3.1.3 Einschätzung der eigenen Gesundheit.....	44
3.1.4 Risiko- und Vorsorgeverhalten.....	50
3.1.5 Informationsverhalten.....	64
3.2 Logistisches Regressionsmodell.....	67

3.2.1	Zusammenfassungen und Umkodierungen der Einflussfaktoren, Vorauswahl für das Regressionsmodell	67
3.2.2	Ergebnisse der logistischen Regressionsmodelle	74
4	Diskussion	77
4.1	Datenqualität und Methoden	77
4.1.1	Methodische Probleme	77
4.1.2	Probleme der Sekundäranalyse.....	79
4.1.3	Übertragbarkeit der Studienergebnisse.....	80
4.2	Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden.....	80
4.2.1	Studien zur Inanspruchnahme von alternativen Heilmethoden	80
4.2.2	Gründe für die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden	81
4.2.3	Erforschung alternativer Heilmethoden.....	85
4.3	Beantwortung der Fragestellungen und Vergleich der Ergebnisse mit der Literatur86	
4.3.1	Wie unterscheiden sich die Anwender zusätzlicher alternativer Heilmethoden von denen, die rein schulmedizinisch behandelt werden?	86
4.3.2	Gibt es einen spezifischen Unterschied in der Anwendung zusätzlicher alternativer Heilmethoden zwischen Mann und Frau?	88
4.3.3	Welchen Einfluss auf die Anwendung zusätzlicher alternativer Heilmethoden haben soziodemografische Faktoren?	89
4.3.4	Welchen Einfluss hat der Gesundheitszustand?	93
4.3.5	Welchen Einfluss hat das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten?.....	97
4.4	Schlussfolgerungen und Ausblick	100
5	Zusammenfassung	101
6	Literaturverzeichnis	103
7	Anhang.....	108
7.1	Häufigste Vertreter alternativer Heilmethoden und historischer Abriss	108
7.2	Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen.....	125
8	Danksagung	127

VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN

AOK	früher: Allgemeine Ortskrankenkasse; jetzt: Die Gesundheitskasse
BMI	Body-Mass-Index
BRT	Bioresonanztherapie
CAM	Complementary and alternative medicine
CM	Chinesische Medizin
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
KI	Konfidenzintervall
OR	Odds Ratio
PLZ	Postleitzahl
SGB	Sozialgesetzbuch
TCM	Traditionelle chinesische Medizin
vs.	versus
WiDO	Wissenschaftliches Institut der Allgemeinen Ortskrankenkassen

1 EINLEITUNG

1.1 Definition und Bedeutung alternativer Heilmethoden

Alternative Heilmethoden haben nicht nur in Deutschland eine lange Tradition. Ihre Wurzeln reichen bis weit in das 19. Jahrhundert und noch weiter zurück. Sie genießen sowohl unter Laien als auch unter Therapeuten einen hohen Stellenwert. *„Als alternativ werden ... Heilweisen bezeichnet, die in einer bestimmten medikalen Kultur, die selbst wiederum einem historischen Wandlungsprozess unterworfen ist, zu einem bestimmten Zeitpunkt oder über einen längeren Zeitraum von der herrschenden medizinischen Richtung mehr oder weniger stark abgelehnt werden, weil sie die Therapieform der herrschenden medizinischen Richtung teilweise oder völlig in Frage stellen bzw. auf eine unmittelbare und grundlegende Änderung des medizinischen Systems abzielen ...“* [Jütte 1996].

Die Tendenz zur Anwendung alternativer Heilmethoden im Erkrankungsfall ist über Jahre hinweg gleich geblieben bzw. nimmt sogar zu [Häußermann 1997], obwohl die Medien im Hightech Zeitalter der Medizin suggerieren, Naturwissenschaft und medizinische Forschungsergebnisse bieten mittels Gentechnik, Stammzellen und neuen Pharmaka baldige Heilungschancen für fast jede Erkrankung.

Eine Erklärung dafür kann die Omnipräsenz alternativer Heilmethoden in der Berichterstattung der Medien sein. Von der Lokalpresse über die Gesellschaftsmagazine, den großen überregionalen Tageszeitungen und in Fernsehbeiträgen wird regelmäßig und vor allem mit positiver Resonanz über alternative Heilverfahren berichtet [Witte 2005]. Die Berichterstattung der Unterhaltungsmedien über alternative Heilmethoden zeigt meist, dass einem Patienten von schulmedizinischer Seite aus nicht mehr geholfen werden konnte, nur durch alternative Heilverfahren konnte Heilung, Linderung oder deutliche Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden [Wagner 2005].

Das hohe Ansehen alternativer Heilmethoden lässt sich außerdem auch anhand der ausgegebenen Gelder ermitteln: Jährlich werden in Deutschland mindestens 2 Mrd. € für alternative Heilmethoden wie Phytotherapie, Homöopathie etc. ausgegeben [Merkur Gesundheitsmonitor 2004], wovon im Jahr 2003 allein der Jahresumsatz der Fa. Weleda in Schwäbisch Gmünd

bei 1,1% Umsatzsteigerung im Vergleich zum Vorjahr ca. 89,6 Mio. € betrug [Pharmarundschau 2005]. In Österreich wurden im Jahre 2004 mehr als 40 Mio. € nur für homöopathische Arzneimittel ausgegeben [Hanifle und Ehgartner 2005]. Zum Vergleich: 2003 betrugen die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland ca. 145 Milliarden € [Statistisches Bundesamt 2005]. Die Herstellung, Bereitstellung von Dienstleistungen und die Anwendung von Seiten des Therapeuten stellen somit auf diesem Sektor einen nicht unerheblichen Wirtschaftsfaktor dar, obwohl die Kosten für alternative Heilmethoden von den gesetzlichen Krankenkassen im ambulanten Bereich in der Regel nicht und von den privaten nur teilweise ersetzt werden [Marstedt und Moebus 2003].

Alternative Heilmethoden sind eine heterogene Gruppe. Die Palette reicht von anerkannten Methoden wie Phytomedizin, Akupunktur oder Homöopathie über strittige Methoden wie Bachblütentherapie, Heilfasten oder Chinesische Medizin bis hin zu esoterischen Anwendungen wie Edelsteintherapie und Mondkalender. Allen gemeinsam jedoch ist, dass sie als Ergänzung der klassischen Schulmedizin gesehen werden („complementary medicine“). Wikipedia listet auf der Homepage unter dem Suchbegriff „Alternative Medizin“ folgende 85 alternative Heilmethoden auf [Wikipedia 2005]:

Tabelle 1: Auflistung alternativer Methoden (nach Wikipedia)

A	Akupunktur – Anthroposophisch erweiterte Medizin – Aromatherapie – Atemtherapie – Ayurveda – Ausleitende Verfahren – Aura-Soma
B	Bach-Blütentherapie – Balneotherapie – Basische Ernährung – Baunscheidttherapie - Bioresonanztherapie – B17-Therapie – Blutegelbehandlung
C	Cantharidenpflaster – Chiropraktik – Clark-Therapie – Clustermedizin – Colon-Hydro-Therapie – Cranio-Sacral-Therapie
D	Dorn-Therapie
E	Edelsteintherapie – Eigenharnbehandlung (Urintherapie) – Elektroakupunktur nach Dr.Voll
F	Farbtherapie – Feldenkraismethode – Frischzellentherapie – Fuß-Reflexzonenmassage
G	Ganzkörperhyperthermie – Gegensensibilisierung nach Theurer – Geistheilung – Gelo-sentherapie
H	Homöopathie – Humoralpathologie – Hildegard-Medizin – Hydrotherapie – Hypnose-therapie
I	Ionentherapie (endogene) – Iridologie – Ito-Thermie
K	Kinesiologie – Kneipp-Kur – Konstitutionstherapie – Kunsttherapie
M	Magnetfeldtherapie – Manualtherapie – Mesotherapie – Misteltherapie – Moxa – Mu-siktherapie – Mykotherapie
N	Naturheilkunde – Neuraltherapie
O	Ohrakupunktur – Ohrkerze – Orgontherapie – Orthomolekulare Medizin – Osteopathie – Ozontherapie
P	Phytotherapie – Prana-Heilung – Psychosomatische Energetik
R	Radiästhesie – Radionik – Reflexzonentherapie
S	Regulierung des Säure-Basen-Haushaltes – Schamanische Heilkunde – Schröpfkopf-be-handlung – Schüßler-Salze – Shiatsu – Sophrologie – Spagyrik – Spirituelle Heilung
T	Tachyon-Therapie – Tanztherapie – Tantramassage – Tibetische Medizin – Tiergestützte Therapie (z.B. Delfintherapie, therapeutisches Reiten) – Traditionelle Chinesische Medizin
W	Waerland-Kost – Weichteiltechnik (Osteopathie) – Weihe-Druckpunkte
Y	Yoga
Z	Zellular Medizin – Zilgri-Methode

Diese Liste ließe sich noch beliebig ergänzen. So sind hier z.B. Lebensweisen und Ernährungseinstellungen bzw. Diäten nicht aufgeführt. Eine kurze Beschreibung der wichtigsten alternativen Heilmethoden findet sich im Anhang.

1.2 Anwendungsbezug der Ergebnisse

1.2.1 Aktuelle politische Lage und Frage der Kostenübernahme

„In Zeiten knapper finanzieller Mittel, in denen im Gesundheitswesen Fragen der Qualitätssicherung und Finanzierbarkeit zunehmend an Bedeutung gewinnen, ist eine rationale und wissenschaftlich fundierte Nutzung der zur Verfügung stehenden Mittel zu fordern“, so ist es der Bundesärztekammer und Vertretern der Gesundheitspolitik zu entnehmen [Haustein et al. 1998].

Dies ist bereits seit langem im Sozialgesetzbuch V (§ 70, Abs.1) so formuliert. Hier heißt es: *“Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden“* [Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung 2000].

Im Widerspruch hierzu stehen Bemühungen der verschiedenen Interessengruppen, die Behandlungsverfahren der komplementären Medizin, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen und welche nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, in die reguläre Krankenkassenleistung einzuführen und gesetzlich zu verankern. Diese Entwicklung wird seit langem auch von einzelnen Krankenkassen unterstützt, weil es im Konkurrenzkampf mit anderen Krankenversicherungsträgern um zahlende Mitglieder geht.

Politiker fordern im Kampf um Wählerstimmen diese Behandlungsverfahren und versuchen, sie gesetzlich zu verankern. Ein Beispiel hierfür ist die im Arzneimittelgesetz verankerte Sonderstellung der „besonderen Therapierichtungen“ und die sogenannte „Binnenanerkennung“ im Sozialgesetzbuch V (vgl. § 135 Abs. 1). Hier bekennt sich der deutsche Gesetzgeber zum Wissenschaftspluralismus der Medizin. Darunter werden derzeit die Schulmedizin sowie drei „besondere Therapierichtungen“ wie die anthroposophisch erweiterete Medizin, die Homöopathie und die Phytotherapie verstanden. In Gegensatz zu den Arzneimitteln der Schulmedizin

dürfen die Präparate der „besonderen Therapierichtungen“ verordnet werden, auch ohne dass für sie Wirksamkeitsnachweise nach empirisch-wissenschaftlichen Kriterien erbracht wurden, sofern eine so genannte „Binnenanerkennung“ durch Experten der jeweiligen Therapierichtung vorliegt, und das Mittel in einer Monographie beschrieben ist. So sind z.B. für bestimmte Phyto-Arzneimittel Studien zum Wirksamkeitsnachweis erbracht worden und in den Monographien zitiert.

Nach Daten der gesetzlichen Krankenkasse *securvita* wünschen sich mehr als 60% der Versicherten die Kostenübernahme alternativer Heilmethoden durch ihre jeweilige Krankenkasse [securvita 2005]. Die Krankenkassen kommen dem Wunsch nach Kostenerstattung in unterschiedlichem Umfang für den ambulanten und stationären Bereich nach, wenn es sich um sogenannte anerkannte Naturheilverfahren und um die Behandlung durch Ärzte mit einer Krankenkassenzulassung handelt.

Die Stiftung Warentest gab im Sommer 2005 den Ratgeber „Die Andere Medizin“ zum Thema Alternative Heilmethoden heraus. Sie wertete Studien aus der ganzen Welt bezüglich der Wirkung von 50 verschiedenen Alternativen zur Schulmedizin aus und kam in diesem Ratgeber zu dem Urteil, dass die überwiegende Anzahl der getesteten Methoden „nicht geeignet“ ist. Diese Verfahren konnten bisher keine Wirksamkeit beweisen, hatten Risiken oder erwiesen sich als untauglich, um gesundheitliche Störungen und Krankheiten effizient zu behandeln. Sprecher und Autoren der Stiftung Warentest plädierten aufgrund ihrer Ergebnisse sogar dafür, dass *„in diesen Fällen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten nicht übernehmen, was derzeit teilweise geschieht. Damit ließen sich mehrere Hundert Millionen Euro einsparen“* [Keller 2005]. Lediglich ein Drittel der Naturheilverfahren bietet sichere und nachgewiesene Effekte für die Gesundheit, vor allem wenn Patienten dabei Eigeninitiative hinsichtlich einer gesundheitsfördernden Lebens- und Ernährungsweise entwickeln [Federspiel und Herbst 2005].

Hingegen fand Linde eine über den Placeboeffekt hinausgehende Wirksamkeit der Homöopathie mit einer OR von 2,45 (95%-KI 2,05-2,93) bei einer Metaanalyse über 89 placebo-kontrollierte Studien [Linde et al. 1997]. Diese Arbeit wurde heftig angegriffen und diskutiert und führte zu einem Rückzieher des Autors: *„Die klaren Hinweise auf das Vorliegen von Verzerrungen schwächen die Aussagekraft der Ergebnisse der von uns durchgeführten Metaanalyse zur Homöopathie... Wir stellten unsere Daten außerdem für eine unabhängige Re-*

Analyse zur Verfügung... Auch diese Untersuchungen deuten darauf hin, dass bessere Studien weniger optimistische Ergebnisse zeigen... Man kann jedoch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass die in unserer Metaanalyse berechnete Effektgröße zu optimistisch ist und den wahren Effekt über Placebo überschätzt“ [Linde 2002].

Egger et al. veröffentlichten im August 2005 eine Metaanalyse, die 110 placebokontrollierte Homöopathie-Studien mit 110 konventionellen medizinischen Studien verglich, welche hinsichtlich Diagnose und Behandlungsziel ähnlich waren. Ihr Fazit: Je geringer der Stichprobenumfang der homöopathische Untersuchungen war, desto besser waren die veröffentlichten medizinischen Ergebnisse, aber desto schlechter war gleichzeitig die Qualität der Arbeit. In einigen Studien wurde sogar gegen die Regeln der Doppelverblindung bewusst verstoßen, indem man den Versuchsteilnehmern mitteilte, welcher Gruppe sie zugeteilt wurden. Konzentrierte sich die Analyse auf größere Untersuchungen mit wissenschaftlicher Versuchsanordnung, so erzielte nur noch die Schulmedizin über den Placeboeffekten liegende signifikante Effekte. Die Homöopathie war nicht wirksamer als Placebos. Laut Egger et al. sind folglich die spezifischen Effekte von homöopathischen Medikamenten nicht gesichert und unterscheiden sich nicht von den Placebowirkungen [Egger et al. 2005].

Ein ähnliches Ergebnis lieferte die GERAC-Studie (=German Acupuncture Trials) 2004. Über 1000 Patienten mit chronischen Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und Kniebeschwerden wurden per Los in drei Gruppen eingeteilt. Jeweils ein Drittel der Probanden erhielt entweder eine Therapie der Schulmedizin mit Physiotherapie und Schmerzmitteln, eine Scheinakupunktur, wo die Einstichpunkte einige cm neben den eigentlichen Akupunkturpunkten lagen, oder eine Akupunktur lege artis. Das Ergebnis nach drei Monaten Behandlung in der Kniebeschwerden-Gruppe war folgendes: Eine Abnahme der Schmerzen und eine Verbesserung der Gelenkfunktion ließ sich dokumentieren bei 28% der nach schulmedizinischen Richtlinien Behandelten, bei 48% der Schein-Akupunktierten und bei 51% der Probanden, die eine korrekte Akupunktur erhielten [Scharf 2004]. Michael Balint beschrieb in solchen Fällen den Arzt und sein Bemühen um den Patienten als das eigentliche wirksame Medikament [Balint 1996].

Sommer et al. legten 1998 für die Schweiz eine Untersuchung vor, die das Projekt einer 3-jährigen, kostenlosen Zusatzversicherung für komplementärmedizinische Leistungen für eine Gruppe von 7.500 Versicherten der Krankenkasse Helsana darstellte. Die Untersucher kamen

zu folgenden Schlüssen:

- Eine für Versicherte kostenlose Inanspruchnahme der Komplementärmedizin führte zu keinerlei Kostensenkung in der Krankenversicherung. Der Personenkreis, der vom Gratisangebot für komplementärmedizinische Leistungen profitierte, wies wegen der höheren Ausgaben für alternative Therapien keine geringeren Kosten auf als die Kontrollgruppe, die nur Schulmedizin in Anspruch nahm. Im Gegenteil kam es zu einer erhöhten Nachfrage nach Naturheiltherapien. Wolsko et al. konnten 2002 ebenfalls zeigen, dass die Erstattung durch die Krankenkassen ein sehr stark fördernder Faktor für die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden ist [Wolsko et al. 2002].
- Oft wurden solche Behandlungen in Anspruch genommen, ohne dass der Patient wirkliche Gesundheitsprobleme aufwies. Die Autoren diskutierten an dieser Stelle, ob diese Art von Leistungen wirklich der Heilung oder Linderung von Krankheiten diene oder eher als Konsumangebot eines bestimmten Lebensstils anzusehen sei.
- Während des Experimentes war eine nur geringe Zunahme von Versicherten feststellbar, die ausschließlich Alternativmedizin in Anspruch nahmen. Hingegen war der Anteil der Patienten, die sowohl Alternativ- als auch Schulmedizin nachfragten, deutlich gestiegen. In Folge dessen verursachten die Nutzer beider Möglichkeiten im Durchschnitt deutlich höhere Ausgaben.
- Die Selbsteinschätzung von Gesundheitszustand und Lebensqualität in der Experimentiergruppe mit komplementärmedizinischer Zusatzversicherung war nach Ablauf der Studie nicht besser als in der Kontrollgruppe ohne Zusatzversicherung [Sommer et al. 1998].

Crivelli, Ferrari und Limoni formulierten 2004 nach ihrer statistischen Auswertung der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997 und 2002 die Frage nach der Finanzierung einer alternativen Therapierichtung durch die Krankenversicherungsträger vorsichtiger: Ein eindeutiger wissenschaftlicher Beweis für einen Benefit durch Komplementärmedizin für Patienten sei in ihrer Untersuchung nicht erbracht werden. Das ist in einer Gesundheitsbefragung auch gar nicht möglich - dazu bedarf es einer kontrollierten randomisierten Studie. Einerseits wurden keine Daten zum tatsächlichen Inanspruchnahmeverhalten ermittelt (wie z.B. bei Sommer et al. 1998), sondern nur die Nachfragehäufigkeit in telefonischer Selbstauskunft.

Dieses Vorgehen weist nicht die gleiche Validität auf wie erhobene Daten zum Inanspruchnahmeverhalten. Diese ausgewerteten Selbstbeurteilungen können die verursachten Kosten nicht präzise abbilden. Somit gelingt es nicht, die Ergebnisse der vorausgegangenen Untersuchung von Sommer et al. zu bestätigen oder zu widerlegen.

Die Autoren ermahnen abschließend jedoch, weiterhin zum kritischen Umgang mit der Frage nach Erstattungsfähigkeit alternativer Therapien durch die Krankenkassen. Als Gründe dafür werden angegeben:

- Es entsteht keine tatsächliche Kostenreduktion in der Grundversicherung, solange die bisherige Kostenabrechnung beibehalten wird; die alternative Behandlung wird als schulmedizinische abgerechnet.
- Nur ein Anteil von hochgerechnet 9,8% der schweizerischen Bevölkerung wendet die erfragten alternativen Heilmethoden an.
- Die Mehrheit (42,9%) der Nutzer von Alternativmedizin sucht dafür immerhin einen Arzt auf. Und speziell dieser Patientenstamm hat keine ernsthaften Gesundheitsprobleme. Hier entstehen teils Kosten ohne Nutzen, denn man darf dieses Verhalten nicht uneingeschränkt als Prävention betrachten.
- Die Anwender alternativer Heilmethoden scheinen zwar an einigen Krankheiten und Beschwerden zu leiden, erweisen sich in der Analyse aber auch als aufmerksamer gegenüber der eigenen Gesundheit, des Lebensstiles und der Primärprävention als Nicht-Anwender.
- Dieses gesundheitsbewusstere Verhalten ist entweder auf eine sogenannte „selection bias“ (= jemand, der bezüglich seiner Gesundheit und seines Lebensstiles aufmerksamer ist, wird eher eine alternative Therapie wählen) oder einen „learning Effekt“ (= durch die Interaktion mit der Komplementärmedizin wird diese Lebensweise oder dieses Verhalten entwickelt oder verstärkt) zurückzuführen.
- Die „reinen“ Anwender von Alternativmedizin hatten bei gleichem subjektivem Gesundheitszustand die wenigsten Arztkontakte (3,4). Dagegen hatten gelegentliche Anwender von Alternativmedizin die meisten Arztkontakte (9,4). Hier wird die alternative Medizin zusätzlich zur Schulmedizin angewendet.

Bockelbrink erwähnt in ihrer Dissertationsschrift 2004 ebenfalls wirtschaftliche Aspekte, die mit der Anwendung alternativer Heilmethoden im Zusammenhang stehen: einerseits die finanziellen Anreize für die Therapeuten, die durch ihre Zusatzleistungen Patienten gewinnen können und dadurch eine Einkommensaufwertung erfahren, was andererseits eine finanzielle Mehraufwendung für Patienten bedeutet. Sie erfragte in ihrer Studie die Ausgaben für alternative Heilmethoden bei allergischen Erkrankungen; für die angewandten Verfahren ergaben sich im Durchschnitt für die Einzelbehandlung 41 € und für die Gesamtbehandlung ca. 205 € für den einzelnen Befragten. Hieraus ließ sich eine Gesamtsumme von über 850 Millionen € Jahreskosten für Alternativverfahren hochrechnen.

Bockelbrink räumt an dieser Stelle ein, dass es sich bei dieser Hochrechnung nur um eine grobe Schätzung handelt, und die tatsächlichen Kosten für alternative Therapien bei Allergikern, aus verschiedenen Gründen, weitaus höher liegen als bislang angenommen. Sie erwähnt auch die Bereitschaft von mehr als der Hälfte der Befragten, für eine Therapie sogar noch mehr Geld für einen erreichten Erfolg auszugeben. Die Befragten wären für eine vollständige Heilung sogar bereit, eine Einmalzahlung von bis zu 1.534 € (3.000 DM) zu leisten.

1.2.2 Alternative Heilmethoden in der Ausbildung und Organisation in den Fachverbänden

Naturheilverfahren und Methoden der Alternativen Medizin oder Komplementären Medizin sind bisher nicht Gegenstand der ärztlichen Ausbildung an den deutschen Universitäten. Lediglich auf das Engagement einzelner Dozenten, studentischer Eigeninitiative (Arbeitskreise, Gruppen des problemorientierten Lernens) oder bestimmter Abteilungen ist es zurückzuführen, dass Einführungs- bzw. Kennenlernkurse im Hochschulrahmen angeboten werden. Die Auseinandersetzung mit Naturheilverfahren ist stark von der individuellen Motivation eines Studenten abhängig.

Es fehlt jedoch nicht an Möglichkeiten, diese Kenntnisse und Fertigkeiten schon früh während des Studiums zu erlernen. Die genannten Kurse an den Universitäten tragen dazu bei, ebenso wie die für die Prüfungszulassung vorgeschriebenen Famulaturen, welche von den entsprechenden Regierungspräsidien in den Fachrichtungen nicht vorgeschrieben sind. So können Famulaturen im Niedergelassenenbereich oder in stationären Einrichtungen mit entsprechen-

dem Schwerpunkt absolviert werden.

Die Bundesärztekammer regelt darüber hinaus in einer streng festgelegten Weiterbildungsordnung, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um eine Zusatzbezeichnung wie „Naturheilverfahren“, „Akupunktur“ oder „Homöopathie“ führen zu dürfen. In aller Regel ist eine Zusatzbezeichnung erst nach dem Abschluss der Facharztkompetenz zu erwerben. In der Weiterbildungsordnung werden genaue Definitionen der Zusatzbezeichnung, Weiterbildungsziele und Voraussetzungen zum Erwerb der Bezeichnung aufgeführt. Sie umfasst auch vorgeschriebene Weiterbildungszeiten und -inhalte. Eine abschließende Prüfung findet nicht statt, der Nachweis der geforderten Kriterien gegenüber der Kammer führt zur Verleihung der Zusatzbezeichnung [Bundesärztekammer 2004].

In zweiter Instanz dienen die einzelnen Fachverbände zur Qualitätssicherung. Mitglieder in den entsprechenden Fachverbänden, wie z.B. der deutschen Fachgesellschaft für Akupunktur, bekommen einerseits genaue Auflagen wie Leitlinien und Standards, andererseits garantiert die Mitgliedschaft in einem Fachverband den Ärzten aktuelle Informationen, Training und Aufrechterhaltung des gelernten Wissens [Deutsche Akupunkturgesellschaft 2005]. Die Fachverbände bemühen sich weiter um Öffentlichkeitsarbeit und Wahrung ihrer politischen Interessen; als Stichwort sei hier die schon erwähnte Kostenübernahme alternativer Heilmethoden durch die gesetzlichen Krankenkassen genannt. Es findet auch reges Bemühen um die wissenschaftliche Erforschung der Methoden der alternativen Heilverfahren statt. Für Laien wie für Fachpublikum bieten die Fachverbände sehr gute, verständliche und professionell gestaltete Informationsmöglichkeiten rund um ihr Gebiet an. Fachverbände sind intern sehr gut organisiert und nach außen ebenfalls sehr gut präsentiert [Deutsche Akupunkturgesellschaft 2005].

1.2.3 Das ambivalente Verhältnis der deutschen Ärzteschaft gegenüber alternativen Heilmethoden

Am 3. April 1998 hat die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (ein Fachausschuss der Bundesärztekammer) eine fünfseitige Stellungnahme zum Thema „Außerhalb der wissenschaftlichen Medizin stehende Methoden der Arzneitherapie“ im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht, die als Meinungsbild für einen großen Teil der deutschen Ärzteschaft gelten kann [Haustein et al. 1998]. Hierin heißt es:

„Die Arzneimittelkommission, ein unabhängiges Gremium der verfassten Ärzteschaft und daher der Vermittlung einer objektiv bestmöglichen Pharmakotherapie zum Wohle der Patienten verpflichtet, sieht im Grundsätzlichen Handlungsbedarf und Anlass zur Kritik an Methoden, die sich einer wissenschaftlichen Analyse entziehen, aber gleichwohl dem Kranken als „gleichberechtigt“ entgegentreten. In der Vergangenheit hat es nicht an sachlich begründeten kritischen Stellungnahmen zu den sogenannten alternativen Therapierichtungen gefehlt...“

Die Verfasser führen weiterhin aus, dass nicht validierte medizinische Maßnahmen und deren Erforschung auf keinen Fall von den Sozialversicherungssystemen getragen werden können. Es wird mit Nachdruck, auch für alternative Maßnahmen, die kontrollierte klinische Versuchsanordnung mit einer ausreichenden Anzahl von Probanden als „Goldstandard“ für eine glaubwürdige und überzeugende medizinische Forschung gefordert. Im Detail: *„Der viel zitierte Satz: „Wer heilt, hat Recht“, ist ... um die Beweisspflicht für die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Prinzipien zu ergänzen... Prinzipiell müssen auch alternative Therapieverfahren als mit moderner biometrischer Methodik überprüfbar angesehen werden...“*

„Wissenschaftliche Medizin und Paramedizin sind in ihren Konzepten unvereinbar. Die seitens der Politik eingeräumte Sonderstellung der besonderen Therapierichtungen entbehrt nicht nur jeder wissenschaftlichen Grundlage, sondern bedeutet außerdem, dass Wirksamkeit mit zweierlei Maß gemessen wird. Sie transferiert Konzepte des individuell oder staatlich praktizierten Wertpluralismus fälschlicherweise in die Bewertung der von wissenschaftlichen Gesetzmäßigkeiten bestimmten modernen Arzneitherapie...“

„Gegenüberstellungen wie „menschlich“ vs. „wissenschaftlich“ oder „Apparatemedizin“, „chemische“ vs. „sanfte“ Medizin werden ohne Sachkenntnis und oft mit dem Versuch der bewussten Diskriminierung der Schulmedizin vorgenommen. Die wissenschaftliche Medizin ist Grundlage für eine humane Medizin und - vom ärztlichen Ethos bestimmt - immer auch eine Medizin für den ganzen Menschen. Auch die wissenschaftliche Medizin ist fehlbar. Ihr Erkenntnisstand ist vorläufig und bedarf der ständigen Verbesserung. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft dient dieser Selbstkontrolle. Sie prüft ständig, ob der Einsatz schulmedizinischer Mittel hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheiten wissenschaftlichen Ansprüchen gerecht wird, und muss, unter Umständen auch gegen den Widerstand von Kommerz und Lobbygruppen, stets auf rational begründete therapeutische Strategien dringen. Den besonderen Therapierichtungen fehlt ein vergleichbares Kontrollsystem ...“

„Wollen Patienten wegen Befindlichkeitsstörungen oder aus anderen Beweggründen ergänzend mit alternativen Methoden behandelt werden, so ist dies zu respektieren. Die Kosten dafür können aber nicht zu Lasten der Solidargemeinschaft gehen, weil diese sich zunehmend außerstande sehen wird, schon die Behandlung akut auftretender und schwerwiegender chronischer Erkrankungen noch hinreichend zu finanzieren. Auch Aus- und Weiterbildung müssen sich an den Kriterien einer wissenschaftlichen Medizin orientieren.“ [Haustein et al. 1998].

In der Praxis existieren fließende Übergänge von der Schulmedizin zu den alternativen Heilmethoden bis hin zum Wellnessbereich, denkt man z.B. an die Bäder- und Bewegungstherapie, Massagen, manuelle Therapie und Aromatherapie, die fester Bestandteil von Rehabilitationseinrichtungen und der psychosomatischen Medizin sind. Ärzte, deren Patientenbehandlung sich in diesem Rahmen abspielt, stehen verständlicherweise nicht voll hinter der nüchternen Einschätzung der Arzneimittelkommission. Einerseits betreiben sie ihre Therapien aus Überzeugung, und andererseits verdienen sie damit ihren Lebensunterhalt.

In Deutschland haben derzeit mindestens 10% der Ärzte eine Zusatzbezeichnung aus dem komplementärmedizinischen Bereich [Marstedt und Moebus 2003] und führen Therapien der besonderen Richtung als sogenannte „IGeL“ (= Individuelle Gesundheitsleistungen) durch.

Die Individuellen Gesundheitsleistungen – kurz IGeL genannt – sind Leistungen, die Ärzte ihren gesetzlich krankenversicherten Patienten gegen Selbstzahlung anbieten. Je nach Versicherungsvertrag übernehmen private Krankenkassen diese Kosten. Die IGeL reichen über das vom Gesetzgeber definierte Maß einer ausreichenden und notwendigen Patientenversorgung hinaus und sind daher von den gesetzlichen Krankenversicherungen nicht gedeckt. Die verschiedenen IGeL-Listen sind nicht verbindlich. Es können auch andere Leistungen als IGeL bezeichnet werden, und Ärzte können Zusatzleistungen anbieten, ohne sie IGeL zu nennen. Nach Ansicht vieler Verbraucherzentralen sind nicht alle dieser Leistungen medizinisch sinnvoll. Gleichwohl gibt es auch medizinisch sinnvolle IGeL. Darunter fallen einige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten wie die Suche nach Hautkrebs, die Untersuchung auf Glaukom oder die Sonographie der Ovarien. Diese diagnostischen Untersuchungen gehören nicht zum Früherkennungsprogramm der gesetzlichen Krankenversicherungen [Wikipedia 2005].

Entgegen vielfach geäußerten Vermutungen gehören Ärzte in Deutschland nicht zu den Spitzenverdienern. Im Jahr 2001 erzielten sie je nach Fachrichtung im Mittel als frei verfügbares Einkommen in den alten Bundesländern im unteren Einkommensdrittel zwischen 1.235–2.244 €, im mittleren Einkommensdrittel zwischen 2.276–3.497 € und im oberen Einkommensdrittel zwischen 3.850–5.468 € Monatseinkommen - bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von ca. 70 Stunden. Im Niedergelassenenbereich werden für Betriebs- und Personalkosten ungefähr 60% der Gesamteinnahmen ausgegeben, die gedeckt sein müssen [Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD 2001]. So sind IGeL zur Einkommenssicherung mittlerweile erforderlich, zumal die gezielte Nachfrage danach - und nach alternativen Heilmethoden im Besonderen - besteht. Allgemeinärzte haben einen Anteil von ca. 37,5% unter allen Vertragsärzten und bilden damit die größte Gruppe der IGeL Anbieter. Zum Vergleich: bei den Gynäkologen sind es 8,4%, den Dermatologen 2,9%, Neurologen 4,6% und Urologen 2,2% Anteil an den niedergelassenen Vertragsärzten [IGeLarzt 2005].

1.3 Fragestellung und Zielsetzung

Aus den obigen Ausführungen wird ersichtlich, dass es einen großen „Markt“ - also Angebot und Nachfrage - für alternative Heilmethoden gibt, obwohl ihre Wirksamkeit selten bewiesen ist, und die Krankenkassen diese Kosten meist nicht übernehmen. In dieser Arbeit soll die Nachfrageseite näher untersucht werden. Welche Patienten wenden alternative Heilmethoden an? Wer sind die Kunden in diesem Markt?

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Unterschieden zwischen den Anwendern und Nicht-Anwendern zusätzlicher alternativer Heilmethoden, ohne dabei die angewandte Heilmethode näher zu erfragen oder Aussagen zu ihrer Wirksamkeit zu machen. Es wurde nur die grundsätzliche Bereitschaft/ Einstellung zur Anwendung alternativer Heilmethoden erfragt.

Folgende Fragestellungen sollten beantwortet werden:

- Wie unterscheiden sich die Anwender zusätzlicher alternativer Heilmethoden von denen, die sich rein schulmedizinisch behandeln lassen ?
- Gibt es einen spezifischen Unterschied in der Anwendung zusätzlicher alternativer Heilmethoden zwischen Mann und Frau?

- Welchen Einfluss auf die Anwendung zusätzlicher alternativer Heilmethoden haben soziodemografische Faktoren?
- Welchen Einfluss hat der Gesundheitszustand?
- Welchen Einfluss hat das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten?

2 MATERIAL UND METHODEN

2.1 Datenbestand

Im Frühherbst 2003 führte das Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität Ulm in Zusammenarbeit mit der AOK Ulm (Bezirksdirektion Ulm und Alb-Donau-Kreis) eine Telefonbefragung von AOK Versicherten zum Thema „Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen“ bei AOK-versicherten Personen aus Ulm und aus dem Alb-Donau-Kreis durch. Es kam hierfür ein von Sabine Schwenk eigens entwickelter und später mit meiner Hilfe optimierter Fragebogen zum Einsatz. Einzelheiten zum Fragebogen, seiner Entwicklung und Evaluation sind in der Dissertation von Frau Schwenk beschrieben [Schwenk 2004]. Ein Drittel der Telefoninterviews (100 von 300) wurde von mir selbst durchgeführt. Der gesamte Datensatz wurde mir vom Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität Ulm und von Frau Dr. Schwenk freundlicherweise für eine Sekundärauswertung zur Verfügung gestellt.

2.1.1 Grundgesamtheit, Auswahl und Beschreibung des Kollektivs

Die Grundgesamtheit, aus der das Kollektiv ausgewählt wurde, sind die Versicherten der AOK-Bezirksdirektion für Ulm und den Alb-Donau-Kreis. Befragt wurden 300 zufällig ausgewählte gesetzlich krankenversicherte Frauen und Männer (selbst Mitglied der AOK oder familienversichert) aus Ulm und dem Alb-Donau-Kreis im Alter von 45 bis 65 Jahren, also die Geburtsjahrgänge 1938 bis 1958 mit Wohnort in Ulm oder im Alb-Donau-Kreis. Dabei wurde eine gleich große Anzahl von Interviews pro Altersklasse und Geschlecht angestrebt. Tabelle 2 zeigt die Aufteilung der Gruppen nach Alter und Geschlecht.

Tabelle 2: Aufteilung der interviewten Probanden

Gruppe	Jahrgänge	Geschlecht	Anzahl
1m	1958 – 1954	Männer	34
2m	1953 – 1949	Männer	36
3m	1948 – 1944	Männer	36
4m	1943 – 1938	Männer	38
1w	1958 – 1954	Frauen	39
2w	1953 – 1949	Frauen	39
3w	1948 – 1944	Frauen	39
4w	1943 – 1938	Frauen	39
zusammen			300

Im Rahmen dieser Arbeit wurde Frage 7 „Nehmen Sie bei Bedarf auch sogenannte alternative Heilmethoden (homöopathische, pflanzliche, Akupunktur) in Anspruch?“ als Grundlage herangezogen. Die Frage konnte jeweils mit „ja“, „nein“ oder „Ich möchte keine Angaben machen“ beantwortet werden, wobei keiner der Teilnehmer von der letzten Möglichkeit Gebrauch machte. Die Daten der Befragten wurden so in zwei Vergleichsgruppen aufgeteilt, nämlich diejenigen, die alternative Heilverfahren zusätzlich anwenden, und die, die sich ausschließlich schulmedizinisch behandeln lassen.

2.1.2 Fragebogen

Der Fragebogen enthielt Fragen zu den Komplexen

- Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen (Fragen 3, 3a, 3b, 4, 7, 7a des Original-Fragebogens)
- Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen (Fragen 15, 15a, 15b, 18 des Original-Fragebogens)
- Früherkennungs- bzw. Präventionsverhalten in anderen Bereichen (24, 24a, 24b, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 32a des Original-Fragebogens)
- Risikoverhalten (Fragen 19, 20, 21, 21a, 22, 22a, 22b, 23, 23a des Original-Fragebogens)
- Einschätzung der eigenen Gesundheit (Fragen 5, 6, 6a, 8, 9, 16, 16a, 17, 17a, 32b des Ori-

ginalfragebogens)

- Informations- und Kommunikationsverhalten (Fragen 10, 11, 11a, 12, 13, 14, 26, 27 des Original-Fragebogens)
- Soziodemografische Faktoren (Fragen 33 bis 40 des Original-Fragebogens)

Der Wortlaut der ausgewerteten Fragen ist jeweils in den entsprechenden Tabellen angegeben. Der Originalfragebogen ist im Anhang der Dissertation von Frau Schwenk abgedruckt [Schwenk 2004].

2.2 Statistische Auswertung

2.2.1 Erstellung von Kreuztabellen

Die Daten wurden in Access erfasst, nach Excel exportiert und mit SAS, Version 8.1 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA), ausgewertet. Zunächst wurden Häufigkeitsauszählungen (absolute und relative Häufigkeiten) und Kreuztabellen erstellt.

2.2.2 Vorauswahl der potentiellen Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden

Aus allen erfragten Faktoren wurde nach inhaltlichen Gesichtspunkten aus den Kreuztabellen eine Vorauswahl möglicher Einflussfaktoren getroffen. Dabei wurden diejenigen Variablen bevorzugt, die in den rohen Odds-Ratios Tendenzen gezeigt hatten, sowie solche, die in der Literatur üblicherweise als Confounder oder Einflussfaktoren angesehen werden. Diese Faktoren, ihre Ausprägungen, die Odds Ratios und die 95%-Konfidenzintervalle wurden in Tabellen dargestellt. Die Ausprägungen der potentiellen Einflussfaktoren wurden dabei inhaltlich sinnvoll zusammengefasst.

Eine Odds Ratio über 1,0 bei der entsprechenden Merkmalsausprägung ist folgendermaßen zu interpretieren: Die Wahrscheinlichkeit, alternative Heilmethoden anzuwenden, ist bei Personen mit dieser Merkmalsausprägung höher als bei Personen mit der Merkmalsausprägung, die als Bezug gewählt wurde. Eine Odds Ratio unter 1,0 bedeutet dementsprechend, dass Perso-

nen mit dieser Merkmalsausprägung mit größerer Wahrscheinlichkeit nur Schulmedizin in Anspruch nehmen als Personen mit der Merkmalsausprägung, die als Bezug gewählt wurde. Wenn das 95%-Konfidenzintervall die 1 mit einschließt, ist nicht eindeutig, ob Personen, für die dieser Faktor zutrifft, mit größerer oder kleinerer Wahrscheinlichkeit alternative Heilmethoden in Anspruch nehmen als Personen, für die dieser Faktor nicht zutrifft.

Das Alter wurde als stetige Variable in das Modell aufgenommen. Für jede Jahrgangsguppe wurde die Anzahl der Anwender von Alternativmedizin durch die Summe aller Personen in der Jahrgangsguppe geteilt, so ergab sich p =Anteil der Anwender von alternativen Heilverfahren in der jeweiligen Altersgruppe. $(1-p)$ ist demnach der Anteil der Anwender von reiner Schulmedizin in der jeweiligen Altersgruppe.

Um zu überprüfen, ob der Einfluss des Alters auf $\log(p/(1-p))$ linear ist, wurde in der Abbildung 1 $\log(p/(1-p))$ als Funktion der Altersgruppen dargestellt. Die Kurven verhalten sich monoton fallend und sind als Annäherung einer Geraden aufzufassen. Somit ist es gerechtfertigt, Alter als stetige Variable im Modell zu betrachten.

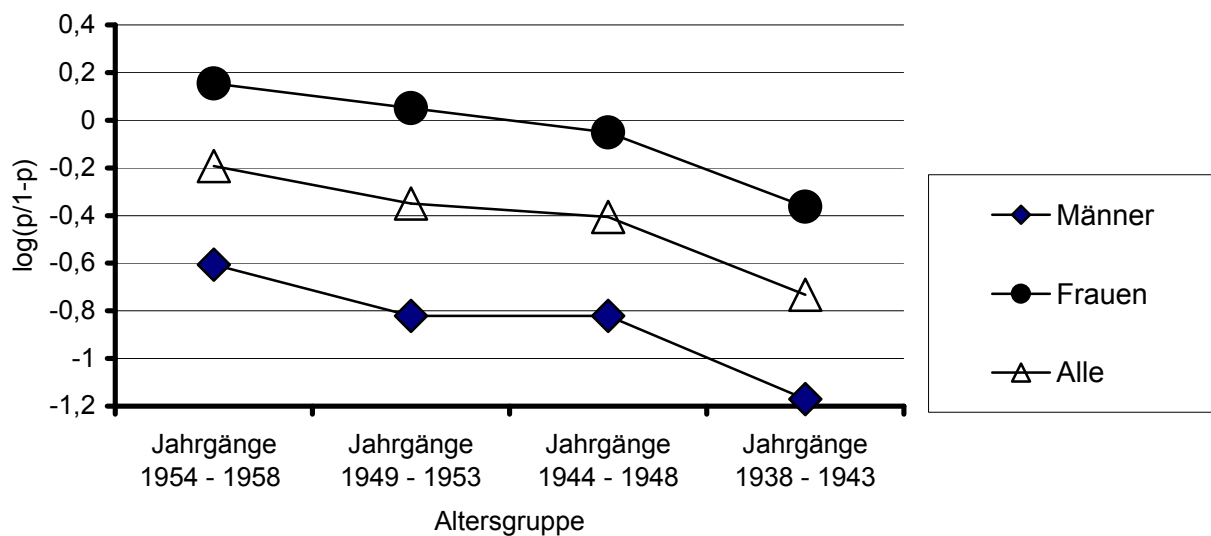


Abbildung 1: Alterseffekt als stetige Variable: aufgetragen ist der Logarithmus der Odds (Anteil der Anwender von alternativen Heilmethoden durch den Anteil der ausschließlichen Anwender von Schulmedizin) gegen die Altersklassen.

2.2.3 *Logistisches Regressionsmodell*

Aus der oben dargestellten Vorauswahl möglicher Einflussfaktoren erfolgte die Auswahl der Variablen für die Variablenselektion in einer logistischen Regression. Für die Variablenselektion wurden alle Variablen ausgewählt, bei denen das 95%-Konfidenzintervall für die Odds-Ratios die 1 nicht einschloss.

Die Zielgröße „Inanspruchnahme von alternativen Heilmethoden“ ist dichotom. Aus diesem Grund eignet sich eine logistische Regression zur Berechnung des Einflusses verschiedener Einflussfaktoren auf diese Zielgröße. Die Zielgröße hat die Ausprägungen

$y = 1$ für zusätzliche Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden bzw.

$y = 0$ für ausschließliche Inanspruchnahme der Schulmedizin.

In der logistischen Regression wird die Wahrscheinlichkeit modelliert, mit der die Zielgröße y die Ausprägung 1 bei gegebenem Einflussfaktor x annimmt. Das multiple logistische Modell betrachtet mehrere Einflussfaktoren gleichzeitig. Wenn die Einflussgrößen nominal oder ordinal skaliert sind, müssen so genannte Dummy-Variablen eingeführt werden. Eine Merkmalsausprägung ist dabei die Referenzgröße.

Die Berechnungen zu den Modellen wurden mit SAS, Version 8.1 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) mit der Prozedur PROC LOGISTIC durchgeführt. Die Selektion der Einflussfaktoren in der multiplen logistischen Regression erfolgte mit dem Verfahren der „backward selection“. Dabei wurden zunächst alle vorausgewählten Variablen in das Modell aufgenommen und dann soweit nacheinander aus dem Modell entfernt, bis nur noch Variablen übrig blieben, deren p -Wert $< 0,1$ war. Eine Schranke von 10% wurde gewählt, weil es sich um eine explorative Auswertung handelte und möglichst kein Einflussfaktor übersehen werden sollte. Die Variablenselektion wurde mit dem Verfahren „backward selection“ vorgenommen, da bei der „forward selection“ Einflussgrößen übersehen werden könnten, die nur gemeinsam einen Einfluss auf die Zielgröße ausüben. Unabhängig vom p -Wert wurde die Variable „Alter“ in alle Modelle mit aufgenommen, um altersadjustierte Schätzer für die Odds Ratio zu erhalten.

Für das Endmodell wurden für Männer und Frauen getrennt jeweils adjustierte Odds Ratios, 95%-Konfidenzintervalle und p -Werte angegeben. Die stratifizierte Berechnung nach Männern und Frauen trägt dem Umstand Rechnung, dass für die Geschlechter unterschiedliche

Einflussfaktoren maßgeblich waren, und der Modellfit für getrennte Modelle besser war als in einem Gesamtmodell mit Geschlecht als Confounder. Der Modellfit wurde mit dem Hosmer-Lemeshow-Test [Hosmer und Lemeshow 1989] beurteilt.

3 ERGEBNISSE

3.1 Deskriptive Auswertung

3.1.1 Beschreibung des Kollektivs, Fragen zu soziodemografischen Faktoren

3.1.1.1 Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden

Im Zeitraum September bis November 2003 wurden 300 Telefoninterviews mit AOK-Versicherten geführt. Es nahmen 144 Männern und 156 Frauen teil. Insgesamt haben von den 300 Befragten 119 Personen alternative Heilmethoden in Anspruch genommen, davon 43 Männer und 76 Frauen.

Tabelle 3: Inanspruchnahme alternativer Heilverfahren (absolute Zahlen)

	zusätzlich Alternativmedizin	ausschließlich Schulmedizin	Gesamt
Männer	43	101	144
Frauen	76	80	156
Gesamt	119	181	300

Insgesamt wenden mehr als ein Drittel der Befragten alternative Heilmethoden an. Es fällt ein deutlich höherer Frauenanteil unter den Anwendern alternativer Heilmethoden auf: knapp die Hälfte der Frauen, aber nur ein Drittel der Männer gaben an, alternative Heilmethoden anzuwenden.

3.1.1.2 Lebensform und Familienstand

Tabelle 4 und Tabelle 5 zeigen die Daten zum Zusammenleben und zum Familienstand.

Tabelle 4: Lebensform

Mit wem leben Sie ?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Allein	5	11,6%	9	8,9%	9	11,8%	9	11,3%
Nur mit Partner	14	32,6%	46	45,5%	34	44,7%	34	42,5%
Nur mit Kindern	1	2,3%	2	2,0%	2	2,6%	6	7,5%
Mit Partner und Kindern	22	51,2%	42	41,6%	29	38,2%	29	36,3%
In einer Familie mit mehr als zwei Generationen	1	2,3%	1	1,0%	1	1,3%	2	2,5%
In einer sonstigen Gemeinschaft	0	0,0%	1	1,0%	1	1,3%	0	0,0%

128 Befragte (42,7%) leben nur mit Partner, 122 (40,7%) mit Partner und Kindern, 32 (10,7%) allein, 11 (7,3%) nur mit Kindern, 5 (1,7%) in einer Familie mit mehr als zwei Generationen und 2 (0,7%), jeweils ein Mann und eine Frau, gaben unter „sonstiger Lebensgemeinschaft“ an, mit dem Partner und der eigenen Mutter zu leben. 3 Männer (2,1%) gaben an, nur mit Kindern zu leben, bei den Frauen sind es 8 (5,1%), die diese Angabe machten.

Der größte Anteil der Männer, die alternative Heilmethoden anwenden, lebt mit Partner und Kindern, nämlich 51,2% gegenüber 41,6% der Männer, die keine alternativen Heilmethoden anwenden. Der Anteil der Frauen in dieser Lebensform ist bei den Anwenderinnen alternativer Heilmethoden nur wenig höher als bei den Nicht-Anwenderinnen (38,2% vs. 36,3%), nimmt jedoch nicht die Spitzenposition unter den Lebensformen ein. Bei den Frauen, die Alternativmedizin anwenden, ist als die häufigste Lebensform „nur mit Partner“ angegeben worden (44,7% vs. 42,5%). Bei den Männern, die alternative Heilmethoden anwenden, wurde diese Lebensform am zweit häufigsten genannt: 32,6% vs. 45,5%. Männer, die alleine leben, gibt es unter den Anwendern alternativer Heilmethoden mehr als unter den Nicht-Anwendern:

11,6% vs. 8,9%. Die Häufigkeit allein lebender Frauen ist bei den Anwenderinnen und Nicht-Anwenderinnen alternativer Heilmethoden gleich groß: 11,8% vs. 11,3%.

Tabelle 5: Familienstand

Wie ist Ihr Familienstand?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Ledig	3	7,0%	5	5,0%	2	2,6%	3	3,8%
Verheiratet	36	83,7%	85	84,2%	63	82,9%	64	80,0%
Geschieden / Getrennt lebend	4	9,3%	8	7,9%	7	9,2%	7	8,8%
Verwitwet	0	0,0%	3	3,0%	4	5,3%	6	7,5%

248 Teilnehmer (82,7%) waren zum Zeitpunkt der Befragung verheiratet, 26 (8,7%) geschieden oder getrennt lebend, und jeweils 13 (4,3%) ledig bzw. verwitwet. Der Familienstand scheint auf die Anwendung alternativer Heilmethoden keinen Einfluss zu haben, da die Aufteilung nach Familienstand für Anwender und Nicht-Anwender alternativer Heilverfahren eine prozentual ähnliche Verteilung ergibt.

3.1.1.3 Heimtierhaltung

Tabelle 6 gibt Aufschluss über die Heimtierhaltung, und Tabelle 7 zeigt die Art der Heimtierre.

Tabelle 6: Haustiere

Haben Sie Haustiere?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Ja	17	39,5%	40	39,6%	35	46,1%	31	38,8%
Nein	26	60,5%	61	60,4%	41	53,9%	48	60,0%
keine Angabe	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%

Tabelle 7: Art der Haustiere

Wenn ja: Was für ein Haustier? (Mehrfachnennung möglich)	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Hund	4	9,3%	18	17,8%	11	14,5%	11	13,8%
Katze	11	25,6%	14	13,9%	21	27,6%	17	21,3%
Maus	0	0,0%	1	1,0%	1	1,3%	0	0,0%
Hase	3	7,0%	4	4,0%	2	2,6%	5	6,3%
Vogel	3	7,0%	5	5,0%	2	2,6%	4	5,0%
Schlange	0	0,0%	1	1,0%	2	2,6%	0	0,0%
Fische	2	4,7%	2	2,0%	4	5,3%	1	1,3%
Sonstige	3	7,0%	2	2,0%	1	1,3%	0	0,0%

123 Befragte gaben an, ein oder mehrere Haustiere zu halten. Nur bei einer befragten Frau war keine Antwort verfügbar. Bei den männlichen Befragten lässt sich kein prozentualer Unterschied zwischen Anwendern von Alternativ- und Schulmedizin erkennen: 39,5% (Alternativmedizin) vs. 39,6% (Schulmedizin). Bei den weiblichen Befragten kommt jedoch ein Unterschied zutage: 46,1% der Nutzer alternativer Heilmethoden vs. 38,8% der Nutzer der Schulmedizin sind Haustierhalter.

Die meisten der Befragten (63) sind Katzenhalter, gefolgt von Hundehaltern (43). Es folgen die Haltung von Hasen (14), Vögel (14), Fischen (9), Schlangen (3) und Mäusen (2). Unter Sonstige wurden bei den Männern je einmal Hühner, Pferde und Schaf, Ziege, Esel und Huhn genannt. Eine Frau gab an, Pferdebesitzerin zu sein.

Unter den Anwendern alternativer Heilverfahren dominieren die Katzenbesitzer: 25,6% der Männer und 27,6% der Frauen vs. 13,9% Männer und 21,3% Frauen, die Schulmedizin anwenden, leben mit Katzen. 9,3% der Männer und 14,5% der Frauen, die alternative Heilmethoden anwenden, sind Hundehalter; bei den Anwendern von Schulmedizin sind es 17,8% Männer und 13,8% Frauen, die Hunde halten. Die weiteren Heimtiere verteilen sich prozentual fast gleich auf die beiden Gruppen.

3.1.1.4 Staatsangehörigkeit

Tabelle 8 zeigt die Staatsangehörigkeit.

Tabelle 8: Staatsangehörigkeit

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Deutsch	37	86,0%	93	92,1%	71	93,4%	72	90,0%
Ehemalige jugoslawische Republiken	2	4,7%	4	4,0%	3	3,9%	3	3,8%
Russisch	1	2,3%	1	1,0%	1	1,3%	4	5,0%
Sonstige	3	7,0%	3	3,0%	1	1,3%	1	1,3%

273 der Befragten (91%) haben die deutsche Staatsangehörigkeit, 12 Befragte eine Staatsangehörigkeit, die zu einer der ehemaligen jugoslawischen Republiken zählt, 7 Befragte die russische, und 8 Befragte haben eine sonstige Staatsangehörigkeit; hier wurden 3 mal polnisch und je 1 mal afghanisch, griechisch, indisch, italienisch und rumänisch genannt.

Befragte, die alternative Heilmethoden anwenden, haben überwiegend die deutsche Staatsbürgerschaft. Unter den Anwendern alternativer Medizin sind 86,0% der Männer und 93,4% der Frauen Deutsche.

3.1.1.5 Bildung

Tabelle 9 und Tabelle 10 geben Auskunft über Schulabschluss und Berufsausbildung.

Tabelle 9: Schulabschluss

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Abitur	5	11,6%	2	2,0%	6	7,9%	4	5,0%
Fachhochschulreife	2	4,7%	1	1,0%	0	0,0%	1	1,3%
Polytechnische Oberschule	1	2,3%	3	3,0%	0	0,0%	0	0,0%
Mittlere Reife	10	23,3%	18	17,8%	23	30,3%	19	23,8%
Hauptschulabschluss	25	58,1%	76	75,2%	44	57,9%	55	68,8%
Keinen Schulabschluss	0	0,0%	1	1,0%	2	2,6%	1	1,3%
Keine Angaben	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	0	0,0%

Tabelle 10: Berufsausbildung

Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen ? (Mehrfachnennung möglich)	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativmedizin n=43		ausschließlich Schulmedizin n=101		zusätzlich Alternativmedizin n=76		ausschließlich Schulmedizin n=80	
Universität / Fachhochschule	4	9,3%	4	4,0%	4	5,3%	3	3,8%
Fachschule (Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie)	7	16,3%	12	11,9%	12	15,8%	11	13,8%
Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	27	62,8%	76	75,2%	35	46,1%	39	48,8%
Andere Berufsausbildung, keine Angaben vorliegend	4	9,3%	3	3,0%	8	10,5%	8	10,0%
Keine Berufsausbildung	1	2,3%	6	5,9%	17	22,4%	19	23,8%

200 Teilnehmer (66,7%) gaben als höchsten Schulabschluss den Hauptschulabschluss an. 70 Teilnehmer (23,3%) besitzen die Mittlere Reife, 17 Teilnehmer (5,7%) die Allgemeine Hochschulreife, 4 Teilnehmer (1,3%) die Fachhochschulreife und 4 Teilnehmer (1,3%) den Abschluss einer Polytechnischen Oberschule. 4 Teilnehmer (1,3%) haben keinen Schulabschluss. Eine Frau, die alternative Heilmethoden anwendet, machte keine Angaben.

Teilnehmer, die alternative Heilmethoden anwenden, haben häufiger einen höheren Schulabschluss als Teilnehmer, die sie nicht anwenden. Der Anteil der Männer mit einem höheren Abschluss als "Mittlere Reife" ist mit insgesamt 18,6% bei den Anwendern alternativer Heilmethoden gegenüber 6,0% bei denjenigen, die alternative Heilmethoden nicht anwenden, und ist also um mindestens Faktor 3 höher. Bei den Frauen ist diese Tendenz nicht so ausgeprägt: hier haben 7,9% der Frauen, die alternative Heilmethoden anwenden, einen höheren Abschluss als Mittlere Reife gegenüber 6,3% der Frauen, die keine alternativen Heilmethoden nutzen.

Der Anteil der Befragten mit Mittlerer Reife ist unter den Anwendern alternativer Heilmethoden höher. So haben 23,3% der Männer und 28,9% der Frauen, die alternative Heilmethoden anwenden, Mittlere Reife gegenüber 17,8% bei den Männer und 23,8% der Frauen, die alternative Heilmethoden nicht anwenden.

Betrachtet man die Anzahl der Befragten mit Hauptschulabschluss, fällt ein deutlich niedrigerer Anteil Befragter auf, die alternative Heilmethoden anwenden, bei den Männer: 58,1% vs. 75,2% und bei den Frauen: 57,9% vs. 68,8%.

Die Anwendung alternativer Heilmethoden geht häufiger mit einer qualifizierten Berufsausbildung einher, ebenso wie der zuvor beschriebene höchste Schulabschluss. Bei den Anwendern alternativer Heilmethoden haben zusammengefasst (Universität und Fachhochschule) bei den Männern 9,3% vs. 4,0% und bei den Frauen 5,3 % vs. 3,8% einen Hochschulabschluss. Ähnlich ist das Verhältnis bei Abschluss einer Fachschule: die Anwender alternativer Heilmethoden haben bei den Männern einen Anteil von 16,3% vs. 11,9% und bei den Frauen 15,8% vs. 13,8%. Zudem gaben in der Gruppe der Nutzer der Alternativmedizin 9,3% vs. 3% der Männer und 10,5% vs. 10,0% der Frauen einen Berufsabschluss an, der in keine der aufgeführten Kategorien passt und zu dem keine Angaben vorliegen. Unter den Teilnehmern mit einer klassischen beruflich-betrieblichen Ausbildung dominieren die Anwender von Schulmedizin mit einem Anteil bei den Männern von 75,2% vs. 62,8% (Alternativmedizin) und bei den Frauen 48,8% vs. 46,1% (Alternativmedizin).

3.1.1.6 Erwerbstätigkeit

Tabelle 11 zeigt die aktuelle Erwerbstätigkeit. Tabelle 12 zeigt die Stellung im Beruf. Tabelle 13 gibt Auskunft über den Umfang der Erwerbstätigkeit, und Tabelle 14 zeigt den Status bei Nicht-Erwerbstätigkeit.

Tabelle 11: Erwerbstätigkeit

Sind Sie zur Zeit erwerbstätig?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Ja	33	76,7%	67	66,3%	51	67,1%	43	53,8%
Nein	10	23,3%	34	33,7%	25	32,9%	37	46,3%

Tabelle 12: Berufliche Stellung

In welcher beruflichen Stellung sind Sie hauptsächlich derzeit bzw.(falls Sie nicht mehr berufstätig sind) waren Sie zuletzt beschäftigt?	Männer n= 144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Arbeiter	15	34,9%	59	58,4%	23	30,3%	31	38,8%
Angestellter	25	58,1%	38	37,6%	51	67,1%	43	53,8%
Beamter *	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%
Selbständiger	3	7,0%	4	4,0%	0	0,0%	1	1,3%
Als etwas anderes	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%
Antwort nicht verfügbar	0	0,0%	0	0,0%	2	2,6%	3	3,8%

* Beamte haben die Zusatzversorgung des Bundes oder der jeweiligen Länder und sind in der Regel somit privat versichert.

Tabelle 13: Umfang der Berufstätigkeit

Wenn ja: In welchem Umfang ?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Ganztags	31	72,1%	65	64,4%	17	22,4%	34	42,5%
Halbtags	1	2,3%	2	2,0%	23	30,3%	13	16,3%
Weniger als halbtags	0	0,0%	0	0,0%	11	14,5%	6	7,5%
Nicht erwerbstätig	10	23,3%	34	33,7%	25	32,9%	37	46,3%
Ich möchte keine Angaben machen	1	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Tabelle 14: Status bei Nicht-Erwerbstätigkeit

Bei Nicht-Berufstätigkeit: Sind Sie	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Hausfrau / Hausmann	0	0,0%	1	1,0%	9	11,8%	16	20,0%
Arbeitslos	2	4,7%	6	5,9%	1	1,3%	4	5,0%
In Erwerbs-, Berufsunfähigkeitsrente	2	4,7%	4	4,0%	3	3,9%	3	3,8%
In Altersrente	5	11,6%	20	19,8%	10	13,2%	14	17,5%
Altersteilzeit	0	0,0%	3	3,0%	2	2,6%	0	0,0%
Ich möchte keine Angaben machen	1	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Die Mehrheit der Befragten, die alternative Heilmethoden in Anspruch nehmen, waren zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig; dies gaben 76,7% der Männer und 67,1% der Frauen an. Von den Nicht-Erwerbstätigen nahm die Mehrheit keine alternativen Heilmethoden in Anspruch.

157 Teilnehmer (52,3%) waren oder sind als Angestellte beschäftigt, 128 (42,7%) als Arbeiter, 8 (2,7%) als Selbständige, 1 als Beamter und 1 als etwas anderes. 74 Männer (51,4% aller Männer) gaben als berufliche Stellung „Arbeiter“ an, aber nur 54 Frauen (34,6% aller Frauen). Bei der Antwortmöglichkeit „Angestellter“ gaben 63 Männer (43,8% aller Männer) und 94 Frauen (60,3% aller Frauen) diese Antwort. 7 Männer (4,9%) und nur 1 Frau (0,6%) gaben an, selbständig zu sein.

Befragte, die alternative Heilmethoden anwenden, sind bzw. waren in der überwiegenden Anzahl unter den Angestellten zu finden: diesen Status hatten 58,1% vs. 37,6% der Männer und 67,1% vs. 53,8% der Frauen. An zweiter Stelle folgen Befragte, die als Arbeiter beschäftigt sind oder waren: das entspricht 34,9% vs. 58,4% der Männer und 30,3% vs. 38,8% der Frauen, die alternative Heilmethoden anwenden. Ebenfalls fällt ein fast doppelt so hoher Anteil an Selbständigen unter den Männern auf, die alternative Heilmethoden anwenden: 7,0% vs. 4,0%.

Die Mehrheit der Befragten, die alternative Heilmethoden anwenden, war zum Zeitpunkt der Befragung in Vollzeit oder, zumindest bei den Frauen, halbtags beschäftigt. 72,1% vs. 64,4% der Männer, die alternative Heilmethoden anwenden, und 22,4% vs. 42,5% der Frauen waren in Vollzeit beschäftigt. Die häufigste Angabe der Frauen, die alternative Heilmethoden anwenden, war jedoch die Angabe einer Halbtagesbeschäftigung mit einem Anteil von 30,3% vs. 16,3%.

Teilnehmer, die alternative Heilmethoden anwenden und die gleichzeitig angaben, nicht erwerbstätig zu sein, waren in der Mehrzahl in Altersrente; dies entspricht bei den Männern einem Anteil von 11,6% vs. 19,8% und bei den Frauen 13,2% vs. 17,5%. Im Kollektiv gab es nur einen Hausmann (dieser nahm keine alternativen Heilmethoden in Anspruch), aber 25 Hausfrauen, die in der Mehrheit schulmedizinische Methoden in Anspruch nahmen.

3.1.1.7 Einkommen

Tabelle 15 gibt die Daten zum Einkommen wieder. 236 Teilnehmer (78,7%) waren bereit, Angaben zu ihrem Einkommen zu machen, 64 Teilnehmer (21,3%) wollten keine Angaben machen.

Tabelle 15: Einkommen

Liegt Ihr monatliches Nettoeinkommen	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Zwischen 0 und 1000 €	3	7,0%	6	5,9%	11	14,5%	12	15,0%
Zwischen 1000 und 2000 €	16	37,2%	40	39,6%	24	31,6%	30	37,5%
Zwischen 2000 und 3000 €	9	20,9%	29	28,7%	17	22,4%	16	20,0%
Über 3000 €	5	11,6%	5	5,0%	7	9,2%	3	3,8%
Weiß ich nicht	0	0,0%	1	1,0%	1	1,3%	1	1,3%
Ich möchte keine Angaben machen	10	23,3%	20	19,8%	16	21,1%	18	22,5%

Anwender alternativer Heilmethoden hatten am häufigsten ein monatliches Einkommen zwischen 1.000 und 2.000 €; bei den Männern gaben 37,2% vs. 39,6% und bei den Frauen 31,6% vs. 37,5% diese Antwort. An zweiter Stelle wurde die nächst höhere Einkommensgrenze zwischen 2.000 und 3.000 € genannt, hier gaben 20,9% 28,7% der Männer und 22,4% vs. 20,0% der Frauen, die alternative Heilmethoden anwenden, an, in diese Einkommensklasse zu fallen. An dritter Stelle bei den Frauen steht die Einkommensklasse 0 bis 1.000 €, das entspricht einem Anteil von 14,5% vs. 15,0% der Frauen, die alternative Heilmethoden in Anspruch nehmen. Ein Einkommen über 3.000 € zu haben, gaben 11,6 % vs. 5,0% der Männer und 9,2% vs. 3,8% der Frauen an, die alternative Heilmethoden in Anspruch nehmen.

3.1.1.8 Wohnort

55 der Befragten wohnen in der Stadt Ulm (PLZ 89073, 89075, 89077), 54 im Ulmer Umland (PLZ 89079, 89081), 92 in den Kleinstädten im Alb-Donau-Kreis (Blaubeuren, Ehingen, Laihingen, Langenau, Munderkingen, Erbach) und 99 in anderen (kleineren) Wohnorten. Es lassen sich bezüglich der Verteilung der Wohnorte der Anwender alternativer Heilverfahren und der Nicht-Anwender nur geringfügige Unterschiede feststellen.

Tabelle 16: Wohnort

Wohnort	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Stadt Ulm	9	20,9%	17	16,8%	15	19,7%	14	18,7%
Ulm Umland	10	23,3%	18	17,8%	7	9,2%	19	23,8%
Städte Alb-Donau-Kreis	10	23,3%	18	17,8%	18	23,6%	14	18,7%
Sonstige Wohnorte Alb-Donau-Kreis	14	32,6%	48	47,5%	36	47,4%	33	44,0%

3.1.2 Inanspruchnahme-Verhalten bei medizinischen Leistungen

3.1.2.1 Hausarzt

Tabelle 17 und Tabelle 18 zeigen die Daten zum Hausarzt.

Tabelle 17: Hausarzt

Haben Sie einen Hausarzt?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Ja	43	100,0%	98	97,0%	72	94,7%	78	97,5%
Nein	0	0,0%	3	3,0%	3	3,9%	2	2,5%
Mehrere	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	0	0,0%
Möchte ich keine Angaben machen	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Tabelle 18: Fachrichtung des Hausarztes

Ist er (der Hausarzt)	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Praktischer Arzt/Allgemeinarzt	37	86,0%	82	81,2%	55	72,4%	63	78,8%
Internist	4	9,3%	9	8,9%	9	11,8%	9	11,3%
Allgemeinmedizin/nternist,Gemeinschaftspraxis	0	0,0%	0	0,0%	3	3,9%	0	0,0%
Gynäkologe	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Chirurg	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	1	1,3%
Arzt für Naturheilkunde	0	0,0%	1	1,0%	1	1,3%	0	0,0%
Neurologe	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%
Arzt für Allgemeinmedizin und Sportmedizin	0	0,0%	2	2,0%	3	3,9%	2	2,5%
Arzt für Sportmedizin	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	1	1,3%
Sonstiger Arzt	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%
Weiß ich nicht	2	4,7%	0	0,0%	2	2,6%	2	2,5%

Fast alle der Befragten gaben an, einen Hausarzt zu haben. Von den Anwendern alternativer Heilmethoden hatten alle Männer und 94,7% der Frauen einen Hausarzt. Bei den Anwendern der Schulmedizin hatten 97,0% der Männer und 97,5% der Frauen einen Hausarzt. Lediglich 8 Personen gaben an, keinen festen Hausarzt zu haben (3 Männer und 2 Frauen die Schulmedizin anwenden, und 3 Frauen die alternative Heilverfahren anwenden). Eine Befragte gab an, mehrere Hausärzte zu haben.

Der überwiegende Anteil der Befragten hat einen Hausarzt, der Praktischer Arzt oder Facharzt für Allgemeinmedizin ist. Dies gilt auf Seiten der Anwender von alternativen Heilmethoden für 86,0% der Männer und für 72,4% der Frauen. Bei den Anwendern der Schulmedizin sind das 81,2% der Männer und 78,8% der Frauen. Einen anderen Facharzt als Hausarzt haben 52

Befragte. An zweiter Stelle nach den Allgemeinmedizinern wurde der Facharzt für Innere Medizin genannt: 9,3% der Männer und 11,8% der Frauen, die alternative Heilverfahren anwenden, gaben an, einen Hausarzt zu haben, der Internist ist, dies gilt auch für 8,9% der Männer und 11,3% der Frauen, die Schulmedizin anwenden. Einen Hausarzt zu haben, der einer anderen Fachrichtung angehört, gaben sieben Männer und vier Frauen, die Schulmedizin anwenden, sowie drei Frauen, die alternative Heilverfahren anwenden, an. Lediglich sechs Befragte wussten nicht, welcher Fachrichtung ihr Hausarzt angehört.

3.1.2.2 Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen

Tabelle 19 zeigt den letzten Arztbesuch, und Tabelle 20 zeigt den Anlass hierfür.

Tabelle 19: Letzter Arztbesuch

Wann waren Sie das letzte Mal beim Arzt (ausgenommen Zahnarzt)?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativmedizin n=43		ausschließlich Schulmedizin n=101		zusätzlich Alternativmedizin n=76		ausschließlich Schulmedizin n=80	
Während der letzten 4 Wochen	21	48,8%	46	45,5%	35	46,1%	33	41,3%
Vor 1 - 3 Monaten	3	7,0%	20	19,8%	17	22,4%	22	27,5%
Vor 4- 12 Monaten	15	34,9%	23	22,8%	21	27,6%	17	21,3%
Vor 1 - 5 Jahren	4	9,3%	11	10,9%	2	2,6%	8	10,0%
Vor mehr als 5 Jahren	0	0,0%	1	1,0%	1	1,3%	0	0,0%
Weiß ich nicht	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ich möchte keine Angaben machen	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Tabelle 20: Anlass für den letzten Arztbesuch

Aus welchem Anlass hatten Sie die medizinische Leistung in Anspruch genommen? (Mehrfachnennung möglich)	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Akute Erkrankung	20	46,5%	39	38,6%	21	27,6%	19	23,8%
Chronische Krankheit	13	30,2%	35	34,7%	17	22,4%	33	41,3%
Allgemeines Unwohlsein	0	0,0%	1	1,0%	2	2,6%	0	0,0%
Beratung	2	4,7%	6	5,9%	3	3,9%	6	7,5%
Praxisbesuch ohne ärztliche Konsultation	3	7,0%	2	2,0%	5	6,6%	6	7,5%
Vorsorgeuntersuchung/Impfung	9	20,9%	16	15,8%	31	40,8%	21	26,3%
Weiß ich nicht	0	0,0%	2	2,0%	0	0,0%	0	0,0%

135 Personen waren innerhalb der letzten 4 Wochen, 76 innerhalb der letzten 4-12 Monate, 62 innerhalb der letzten 1-3 Monate, 25 während der letzten 1-5 Jahre und 2 vor mehr als 5 Jahren zum Zeitpunkt der Befragung beim Arzt.

Der Mehrzahl der Befragten, die alternative Heilmethoden in Anspruch nehmen, waren innerhalb der letzten vier Wochen zum Zeitpunkt der Befragung beim Arzt: der Männeranteil lag bei 48,8%, der Frauenanteil bei 46,1%. An zweiter Stelle wurde die Antwortmöglichkeit „vor 4-12 Monaten“ von 34,9% der Männer und 27,6% der Frauen genannt. „Vor 1-3 Monaten“ wurde von 7,0% der Männer und 22,4% der Frauen genannt. An dritter Stelle nannten die Männer mit einem Anteil von 9,3% „vor 1-5 Jahren“, von den Frauen nur 2,6%.

Das Arztbesuchverhalten der Nicht-Anwender alternativer Heilmethoden war vergleichbar. So waren hier 45,5% der Männer und 41,3% der Frauen innerhalb der letzten 4 Wochen beim Arzt, 19,8% der Männer und 27,5% der Frauen innerhalb der letzten 1-3 Monate. 22,8% der Männer und 21,3% der Frauen gaben an, während der letzten 4-12 Monate beim Arzt gewesen zu sein. Vor 1-5 Jahren waren 10,9% der Männer und 10,0% der Frauen beim Arzt. Vor

mehr als 5 Jahren war aus dieser Gruppe lediglich ein Mann zuletzt beim Arzt.

46,5% der Männer und 27,6% der Frauen, die alternative Medizin in Anspruch nehmen, waren zuletzt wegen einer akuten Erkrankung bei einem Arzt. Wegen einer chronischen Erkrankung waren dies 30,2% der Männer und 22,4% der Frauen. Der Anteil von Personen, die eine chronische Erkrankung haben, war auf seiten der Anwender reiner Schulmedizin höher: 34,7% der Männer und 41,3% der Frauen waren deswegen zuletzt beim Arzt; in der Gruppe der Anwender alternativer Heilverfahren waren nur 30,2% der Männer und 22,4% der Frauen. Erstaunlich viele Frauen, die alternative Heilmethoden in Anspruch genommen hatten, gaben an, dies zur Vorsorge oder wegen einer Impfung zu tun (40,8%), im Vergleich dazu suchten nur 15,8% der Frauen, die Schulmedizin in Anspruch nahmen, wegen Vorsorge den Arzt auf. Auch bei den Männern fällt in der Gruppe der Anwender alternativer Heilmethoden ein höherer Anteil auf, der zuletzt wegen einer Vorsorgeuntersuchung bzw. einer Impfung beim Arzt war: 20,9% vs. 15,8% der Anwender reiner Schulmedizin.

3.1.2.3 Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung

Tabelle 21 zeigt die Zufriedenheit mit der Behandlung.

Tabelle 21: Zufriedenheit mit der Behandlung

Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung/Beratung?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Sehr zufrieden	12	27,9%	33	32,7%	19	25,0%	33	41,3%
Zufrieden	28	65,1%	65	64,4%	51	67,1%	43	53,8%
Unzufrieden	3	7,0%	2	2,0%	4	5,3%	4	5,0%
Sehr unzufrieden	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Weiß ich nicht	0	0,0%	1	1,0%	2	2,6%	0	0,0%

Der Anteil von Patienten, die zufrieden waren mit der letzten Behandlung/Beratung, ist auf Seiten der Anwender alternativer Heilmethoden deutlich höher: bei den Männern sind es 65,1% und bei den Frauen 67,1%; verglichen mit den Anwendern der Schulmedizin: bei den Männern sind es 64,4% und bei den Frauen 53,8%.

Der Anteil von Patienten, die sehr zufrieden waren, liegt bei den Anwendern der Schulmedizin höher: bei den Männern waren 32,7% und bei den Frauen 41,3% sehr zufrieden mit der letzten Behandlung; im Vergleich dazu waren es auf Seiten der Anwender alternativer Heilverfahren bei den Männern 27,9% und bei den Frauen 25,0%.

Unzufrieden mit der letzten Behandlung/ Beratung waren mehr Patienten in der Gruppe der Anwender alternativer Heilverfahren; mehr als doppelt so viele Männer gaben an, unzufrieden gewesen zu sein (7,0% vs. 2,0%); bei den Frauen sind es in beiden Gruppen 5,0%. Sehr unzufrieden war keiner der Befragten, und zu keiner Beurteilung über die letzte Behandlung kamen nur drei der Befragten.

3.1.3 Einschätzung der eigenen Gesundheit

3.1.3.1 Einschätzung des Gesundheitszustandes

Tabelle 22 zeigt die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes.

Tabelle 22: Gesundheitszustand

Wie würden Sie ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativmedizin n=43		ausschließlich Schulmedizin n=101		zusätzlich Alternativmedizin n=76		ausschließlich Schulmedizin n=80	
Ausgezeichnet	3	7,0%	3	3,0%	6	7,9%	0	0,0%
Sehr gut	6	14,0%	20	19,8%	12	15,8%	7	8,8%
Gut	19	44,2%	60	59,4%	42	55,3%	60	75,0%
Weniger gut	10	23,3%	17	16,8%	15	19,7%	9	11,3%
Schlecht	4	9,3%	1	1,0%	1	1,3%	4	5,0%
Weiß ich nicht	1	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

7,0% der Männer und 7,9% der Frauen, die alternative Heilverfahren anwenden, beschreiben ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“; bei den Anwendern der Schulmedizin sind es deutlich weniger: nur 3,0% der Männer würden ihren Gesundheitszustand ebenfalls als „ausgezeichnet“ bewerten. Bei der Antwortmöglichkeit „sehr gut“ sagten 14,0% der Männer und 15,8% der Frauen, die alternative Heilverfahren anwenden, dies träfe auf sie zu; bei den Anwendern der Schulmedizin gaben 19,8% der Männer und 8,8% der Frauen diese Einschätzung ab. Bei der Antwortmöglichkeit „gut“ ordneten sich die meisten der Befragten ein; bei den Anwendern alternativer Heilverfahren sind es 44,2% der Männer und 55,3% der Frauen, bei

den Anwendern der Schulmedizin trifft diese Antwortmöglichkeit für 59,4% der Männer und 75% der Frauen zu.

Bei den schlechteren Gesundheitszustandbewertungen fällt ein höherer Anteil von Anwendern alternativer Heilverfahren auf: bei der Einschätzung „weniger gut“ ordneten sich 23,3% der Männer und 19,7% der Frauen ein; bei den Anwendern der Schulmedizin waren es im Vergleich dazu nur 16,8% der Männer und 11,3% der Frauen. Einen schlechten Gesundheitszustand zu haben gaben 9,3% der Männer und 1,3% der Frauen an, die alternative Heilverfahren anwenden, bei den Anwendern der Schulmedizin waren es lediglich 1,0% der Männer und 5,0% der Frauen.

3.1.3.2 Chronische Erkrankungen

Tabelle 23 zeigt das Vorhandensein chronischer Krankheiten und Tabelle 24 die Art der Erkrankungen.

Tabelle 23: Chronische Erkrankungen

Leiden Sie an chronischen Krankheiten?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativmedizin n=43		ausschließlich Schulmedizin n=101		zusätzlich Alternativmedizin n=76		ausschließlich Schulmedizin n=80	
Ja	22	51,2%	62	61,4%	45	59,2%	56	70,0%
Nein	21	48,8%	38	37,6%	31	40,8%	24	30,0%
Weiß ich nicht	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%

Tabelle 24: Art der chronischen Erkrankungen

Wenn ja, an welchen ? (Mehrfachnennungen)	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Diabetes*	1	2,3%	8	7,9%	4	5,3%	7	8,8%
Bluthochdruck*	4	9,3%	18	17,8%	10	13,2%	17	21,3%
Herzkrankheiten*	0	0,0%	12	11,9%	2	2,6%	7	8,8%
Rheuma [#]	1	2,3%	3	3,0%	11	14,5%	4	5,0%
Allergie [#]	1	2,3%	2	2,0%	7	9,2%	3	3,8%
Rückenschmerzen [#]	9	20,9%	16	15,8%	20	26,3%	14	17,5%
Kopfschmerzen [#]	3	7,0%	0	0,0%	5	6,6%	1	1,3%
Sonstige	14	32,6%	25	24,8%	22	28,9%	27	33,8%
ich möchte keine Angaben machen	1	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
*chronische Erkrankungen mit Folgeschäden	5	11,6%	38	37,6%	14	18,4%	31	38,8%
[#] „Befindlichkeitsstörungen“	14	32,6%	21	20,8%	43	56,6%	22	27,5%

Anwender der Schulmedizin leiden häufiger an chronischen Erkrankungen als Personen, die auch alternative Heilmethoden in Anspruch nehmen. 51,2% der Männer und 59,2% der Frauen, die alternative Heilverfahren anwenden, gaben an, an einer chronischen Erkrankung zu leiden. Bei den Anwendern von Schulmedizin liegt der Anteil höher, hier leiden 61,4% der Männer und 70,0% der Frauen an einer chronischen Erkrankung.

Die erfragten chronischen Erkrankungen wurden unterteilt in Erkrankungen, die schlecht oder unbehandelt weitere schwerwiegende Folgeerkrankungen nach sich ziehen (Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Herzkrankheiten), und andererseits chronische Erkrankungen, die in nur geringerem bis gar keinem Ausmaß Folgeerkrankungen entstehen lassen - salopp ausgedrückt: „Befindlichkeitsstörungen“ (Rheuma, Allergie, Kopf- und Rückenschmerzen). Dabei

fällt auf, dass Befragte aus der Gruppe der Schulmedizinanwender häufiger schwerwiegende chronische Erkrankungen haben als die Anwender alternativer Heilmethoden, die sich eher in der Gruppe der chronischen Erkrankungen ohne unmittelbare Folgeerkrankungen finden.

So leiden deutlich mehr Personen, die Schulmedizin anwenden, an Diabetes mellitus als die Anwender alternativer Heilmethoden. Bei den Männern aus der Gruppe der Schulmedizin sind das 7,9% vs. 2,3%, bei den Frauen 8,8% vs. 5,3%. Bei Hypertonie ist das Verhältnis ähnlich: Befragte, die Schulmedizin anwenden, haben fast doppelt so häufig eine Hypertonie wie Personen, die alternative Heilmethoden anwenden; Männer haben in der Gruppe der Schulmedizin zu 17,8% eine Hypertonie, Frauen zu 21,3%. Anwender alternativer Heilverfahren haben nur zu 9,3% (Männer) bzw. 13,2% (Frauen) eine Hypertonie.

Herzerkrankungen sind in der Gruppe der Schulmedizin anwendenden Befragten auch häufiger vertreten: so haben 11,9% der Männer und 8,8% der Frauen eine Herzerkrankung angegeben. Auf Seiten der Anwender alternativer Heilverfahren haben lediglich 2,6% der Frauen und keiner der Männer eine Herzerkrankung.

Bei Erkrankungen wie chronischen Rücken- und Gelenksbeschwerden, Allergien und Kopfschmerzen sind die Befragten aus der Gruppe der Anwender alternativer Heilverfahren führend. 2,3% der Männer und 9,2% der Frauen, die alternative Heilverfahren anwenden, haben eine Allergie; auf Seiten der Anwender der Schulmedizin sind das bei den Männern 2,0% und bei den Frauen 3,8%. Rheumatische Beschwerden gaben 2,3% der Männer und 14,5% der Frauen an, die alternative Heilverfahren anwenden, vs. 3,0% bei den Männern und 5,0% bei den Frauen, die Schulmedizin anwenden. Von chronischen Rückenbeschwerden sind auf Seiten der Anwender alternativer Heilverfahren 20,9% der Männer und 26,3% der Frauen betroffen; bei den Anwendern der Schulmedizin sind es weniger, bei den Männern 15,8% und bei den Frauen 17,5%.

Ebenso bei den Kopfschmerzen: hier gaben 7,0% der Männer und 6,6% der Frauen, die Alternativmedizin anwenden, an, daran zu leiden; in der Gruppe derer, die Schulmedizin in Anspruch nehmen, waren es nur 1,3% der Frauen. Bei sonstigen Erkrankungen waren auf Seiten der Befragten, die Alternativmedizin in Anspruch nehmen, 32,6% der Männer und 28,9% der Frauen betroffen. Bei sonstigen Erkrankungen in der Gruppe Schulmedizin waren 28,9% der Männer und 33,8% der Frauen vertreten.

Unter „sonstigen Erkrankungen“ wurden genannt (wörtliche Nennungen der Befragten):

Erkrankungen des Bewegungsapparates: Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates, Bandscheibenvorfall, Chronische Gliederschmerzen, Fibromyalgie, Behindert seit Geburt, Spondylitis, „Orthopädisches Wrack“, Osteochondrose, Achillessehnenleiden, Unfallfolgen.

Erkrankungen einzelner Organe/Organsysteme: Chronische Lungenerkrankung, Chronische Bronchitis, Asthma bronchiale, Brustschmerzen, Chronische Stimmbandentzündung, Struma, Chronische Diarrhoe, Chronische Gastritis, Magenschleimhauteinriss, „Angeborenes Darmleiden“, Dyspepsie, Einschränkung der Leberleistung, Steatosis hepatis, Adipositas, Elephanthiasis, Varicosis, Hämorrhoiden, Chronische Thrombose, Arterielle Verschlusskrankheit, Thrombopenie, Chronische Harnwegsinfektion, Benigne Prostatahyperplasie, Glaukom, Katarakt, Tinnitus, Otosklerose.

Nervenärztliche Krankheitsbilder: „Rückenmark kaputt“, Major Depression, Psychose, Encephalomyelitis disseminata, M. Parkinson, „Schwache Nerven“, Depression, Major Stroke, Hemiparese.

Hauterkrankungen: Psoriasis, M. Darier, Heuschnupfen, Chronische Hauterkrankung, Sonnenallergie.

Stoffwechselerkrankungen: Hyperurikämie, Hypertriglyceridämie, Hypercholesterinämie, Hyperthyreose und Hypothyreose.

Tabelle 25 und Tabelle 26 zeigen eigene und familiäre Krebserkrankungen.

Tabelle 25: Eigene Krebserkrankungen

Hatten Sie selbst schon einmal eine Krebserkrankung?	Männer n=144				Frauen n=156			
	ausschließlich Schulmedizin n=43		zusätzlich Alternativmedizin n=101		ausschließlich Schulmedizin n=76		ausschließlich Schulmedizin n=80	
Ja	1	2,3%	3	3,0%	10	13,2%	5	6,3%
Nein	42	97,7%	98	97,0%	66	86,8%	75	93,8%

Tabelle 26: Familiäre Krebserkrankung

Kam in Ihrer Familie eine Krebserkrankung vor? (Eltern, Großeltern, Geschwister)	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativmedizin n=43		ausschließlich Schulmedizin n=101		zusätzlich Alternativmedizin n=76		ausschließlich Schulmedizin n=80	
Ja	16	37,2%	33	32,7%	34	44,7%	28	35,0%
Nein	27	62,8%	63	62,4%	41	53,9%	52	65,0%
Ich weiß nicht	0	0,0%	4	4,0%	1	1,3%	0	0,0%
Ich möchte keine Angaben machen	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%

Insgesamt gaben 19 von 300 Befragten an, schon einmal eine Krebserkrankung gehabt zu haben; das sind bei den Männern 2,3% in der Gruppe der Nutzer alternativer Heilmethoden und in der Gruppe der Anwender von Schulmedizin mit 3,0% geringfügig mehr.

Frauen, die alternative Heilmethoden anwenden, waren mehr als doppelt so häufig von einer

Krebserkrankung betroffen wie Frauen, die Schulmedizin anwenden: 13,2% vs. 6,3%.

Bei mehr als einem Drittel der Befragten kamen in ihrer Familie Krebserkrankungen vor (111 von 300 Befragten). Frauen sind davon deutlich häufiger betroffen als Männer, und Anwender alternativer Heilverfahren mehr als die Nutzer der Schulmedizin. 44,7% der Frauen und 37,2% der Männer, die alternative Heilverfahren anwenden, hatten jemanden in der eigenen Familie, der schon einmal eine Krebserkrankung hatte. In der Gruppe der Schulmedizinanwender waren es bei den Frauen nur 35,0% und bei den Männern 32,7%.

3.1.4 Risiko- und Vorsorgeverhalten

3.1.4.1 Body Mass Index (BMI)

Aus den Angaben der Befragten zu Gewicht und Körpergröße wurde der Body Mass Index errechnet: $BMI = \text{Gewicht [kg]} / \text{Größe [m]}^2$. Tabelle 27 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 27: Body-Mass-Index

BMI in kg/m ²	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Untergewicht (BMI < 21,0)	0	0,0%	4	4,0%	7	9,2%	6	7,5%
Normal (BMI 21,0-24,9)	15	34,9%	25	24,8%	29	38,2%	32	40,0%
Übergewicht (BMI 25,0-29,9)	20	46,5%	61	60,4%	33	43,4%	28	35,0%
Adipös (BMI >=30)	7	16,3%	11	10,9%	6	7,9%	14	17,5%
Ich möchte keine Angaben machen	1	2,3%	0	0,0%	1	1,3%	0	0,0%

Von den 300 Befragten hatten gemäß BMI 101 Befragte normales Körpergewicht (BMI zwischen 21,0 und 24,9 kg/m²), 142 Befragte Übergewicht (BMI zwischen 25,0 und 29,9 kg/m²), 38 Befragte eine Adipositas (BMI 30,0 kg/m² und höher) und 17 Befragte ein zu geringes Körpergewicht (BMI unter 21,0 kg/m²).

In der Gruppe der Anwender alternativer Heilverfahren waren Männer häufiger normalgewichtig und seltener übergewichtig als in der Gruppe der Anwender von Schulmedizin: Normalgewicht hatten 34,9% vs. 24,8% der befragten Männer; übergewichtig waren 46,5% vs. 60,4%. Allerdings war bei den Anwendern alternativer Heilverfahren häufiger Adipositas zu verzeichnen als bei den Nutzern von Schulmedizin: ihr Anteil lag bei 16,3% vs. 10,9% .

Bei den Frauen kamen in der Gruppe der Anwender von alternativen Heilverfahren seltener Normalgewichtige, häufiger Übergewichtige, dafür aber seltener Befragte mit Adipositas vor als in der Gruppe der Anwender von Schulmedizin. Das sind 38,2% vs. 40,0% Normalgewichtige, 43,4% vs. 35,0% Übergewichtige und 7,9% vs. 17,5% Adipöse.

17 Personen hatten Untergewicht, wobei Frauen, die alternative Heilverfahren anwenden, am häufigsten betroffen waren: das sind 9,2% Frauen, die alternative Heilverfahren anwenden, 7,5% der Frauen, die Schulmedizin nutzen, und nur 4,0% der Männer, die Schulmedizin nutzen. Zwei Befragte wollten über ihre Körpergröße und –gewicht keine Angaben machen.

3.1.4.2 Alkoholkonsum

Tabelle 28 und

Tabelle 29 zeigen die Angaben zum Alkoholkonsum.

Tabelle 28: Alkoholkonsum

Trinken Sie Alkohol?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Ja, täglich	12	27,9%	28	27,7%	3	3,9%	2	2,5%
Ja, gelegentlich	28	65,1%	61	60,4%	59	77,6%	51	63,8%
Nein, nie	3	7,0%	12	11,9%	14	18,4%	27	33,8%

Tabelle 29: Art des konsumierten Alkohols

Wenn ja: Welche Art von Alkohol trinken Sie? (Mehrfachnennungen möglich)	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Bier	28	65,1%	68	67,3%	25	32,9%	20	25,0%
Wein	21	48,8%	39	38,6%	55	72,4%	44	55,0%
Most	1	2,3%	5	5,0%	4	5,3%	2	2,5%
Schnaps	2	4,7%	4	4,0%	6	7,9%	4	5,0%
Sonstiges	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	0	0,0%
Ich möchte keine Angaben machen	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	1	1,3%

Männer tranken häufiger täglich Alkohol als Frauen, wobei es keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Anwendern der alternativen Heilverfahren und der Schulmedizin gab. Der Anteil der Befragten, die gelegentlich Alkohol tranken, ist bei den Anwendern alternativer Heilmethoden höher: bei den Männern sind es 65,1%, bei den Frauen 77,6% vs. 60,4% bzw. 63,8% (Schulmedizin). Korrespondierend zum Alkoholkonsum der Gruppe der Nutzer alternativer Heilverfahren liegt der Anteil derer, die nie Alkohol trinken, in dieser Gruppe am niedrigsten: bei den Männern sind es 7,0% (Alternativmedizin) vs. 11,9% (Schulmedizin) und bei den Frauen 18,4% (Alternativmedizin) vs. 33,8% (Schulmedizin).

Die Menge des Alkoholkonsums wurde bewusst nicht erfragt, da von den Teilnehmern mit hoher Wahrscheinlichkeit keine korrekten Angaben zu erwarten gewesen wären.

Die Mehrheit der befragten Männer trinkt Bier: bei den Anwendern von Alternativmedizin 65,1% vs. 67,3% bei den Anwendern von Schulmedizin. Der Bierkonsum rangiert bei den Frauen an zweiter Stelle, wobei Frauen, die Alternativmedizin anwenden, häufiger Bier konsumieren als die Anwenderinnen von Schulmedizin: 32,9% vs. 25,0%. Frauen bevorzugen Wein: 72,4% der Anwenderinnen alternativer Heilmethoden vs. 55,0% der Anwender von Schulmedizin trinken Wein. Bei den befragten Männern befindet sich der Weinkonsum an zweiter Stelle: 48,8% der Anwender alternativer Heilverfahren trinken Wein, bei den Anwendern von Schulmedizin sind es mit 38,6% rund 10% weniger. Bei hochprozentigen Getränken war kaum ein Unterschied festzustellen: bei den Männern 4,7% vs. 4% und bei den Frauen 7,9% vs. 5,0% (Alternativ- vs. Schulmedizin).

3.1.4.3 Rauchverhalten

Tabelle 30 und Tabelle 31 zeigen die Angaben zum Rauchverhalten.

Tabelle 30: Rauchverhalten

Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zur Zeit?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Rauche zur Zeit	10	23,3%	37	36,6%	13	17,1%	19	23,8%
Habe in den letzten 12 Monaten aufgehört zu rauchen	1	2,3%	1	1,0%	1	1,3%	0	0,0%
Habe früher geraucht, rauche seit mindestens einem Jahr nicht mehr	15	34,9%	30	29,7%	13	17,1%	10	12,5%
Habe noch nie geraucht (bis auf ganz seltenes probieren)	17	39,5%	33	32,7%	49	64,5%	51	63,8%

Tabelle 31: Menge der konsumierten Zigaretten

Wenn sie Raucher sind oder waren: Wie viele Zigaretten rauchen sie zur Zeit bzw. haben sie früher durchschnittlich am Tag geraucht?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
bis 5 Zigaretten	6	14,0%	5	5,0%	5	6,6%	10	12,5%
6-10 Zigaretten	5	11,6%	10	9,9%	13	17,1%	10	12,5%
11-20 Zigaretten	8	18,6%	37	36,6%	8	10,5%	6	7,5%
über 20 Zigaretten	7	16,3%	16	15,8%	1	1,3%	3	3,8%

Unter den Anwendern alternativer Heilmethoden findet sich ein höherer Anteil von Nichtrauchern und ehemaligen Rauchern als in der Gruppe der Anwender von Schulmedizin. Noch nie regelmäßig geraucht hatten bei den Anwendern von alternativen Heilmethoden 39,5% der Männer und 64,5% der Frauen; bei den Anwendern von Schulmedizin trifft das auf 32,7% der Männer und 63,8% der Frauen zu. Seit mindestens einem Jahr Nichtraucher sind in der Gruppe der Anwender alternativer Heilverfahren 34,9% der Männer und 17,1% der Frauen in Vergleich zu den Anwendern von Schulmedizin: nur 29,7% der Männer und 12,5% der Frauen sind vor mehr als einem Jahr Nichtraucher geworden. Innerhalb der vergangenen 12 Monate zum Zeitpunkt der Befragung wurden 2,3% der Männer und 1,3% der Frauen, die Komplementärmedizin nutzen, zu Nichtrauchern, bei den Anwendern von Schulmedizin waren es lediglich 1% der Männer. Aktive Raucher gab es zu 23,3% unter den Männern und zu 17,1% der Frauen, die alternative Heilverfahren nutzen; bei den Anwendern der Schulmedizin war der Anteil deutlich höher: von den Männern rauchten 36,6% und von den Frauen 23,8%.

Die Mehrheit der befragten Männer und Frauen raucht oder rauchte bis 10 Zigaretten und 11-20 Zigaretten pro Tag. Im Schnitt rauchen Männer mehr Zigaretten pro Tag als Frauen, wobei Männer, die Alternativmedizin anwenden, pro Tag weniger Zigaretten rauchen als die Anwender von Schulmedizin. Einen täglichen Konsum von ca. 15 Zigaretten pro Tag gaben 18,6% (Alternativmedizin) vs. 36,6% (Schulmedizin) der Männer an. Frauen, die Alternativmedizin anwenden, rauchen täglich mehr Zigaretten als die Anwenderinnen von Schulmedizin

3.1.4.4 Sportliche Betätigung

Tabelle 32 und Tabelle 33 zeigen die Angaben zur sportlichen Betätigung.

Tabelle 32: Sport

Treiben Sie Sport?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Ja	33	76,7%	73	72,3%	64	84,2%	60	75,0%
Nein	10	23,3%	28	27,7%	12	15,8%	20	25,0%

Tabelle 33: Ausmaß der sportlichen Betätigung

Wenn ja: Wie viele Stunden in der Woche treiben Sie Sport?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Regelmäßig mehr als 4 Stunden die Woche	12	27,9%	25	24,8%	21	27,6%	19	23,8%
Regelmäßig 2-4 Stunden die Woche	11	25,6%	20	19,8%	22	28,9%	15	18,8%
Regelmäßig 1-2 Stunden die Woche	6	14,0%	16	15,8%	14	18,4%	18	22,5%
Weniger als 1 Stunde die Woche	4	9,3%	11	10,9%	6	7,9%	5	6,3%
Weiß ich nicht	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	2	2,5%
Ich möchte keine Angaben machen	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	1	1,3%

Die meisten der Befragten treiben nach eigenen Angaben regelmäßig Sport. Der Anteil der Befragten, die sich regelmäßig sportlich betätigen, liegt in der Gruppe der Anwender alternativer Heilverfahren vor allem bei den Frauen etwas höher als in der Gruppe der Nutzer von Schulmedizin. 76,7% der Männer und 84,2% der Frauen, die alternative Heilverfahren anwenden, und 72,3% der Männer und 75,0% der Frauen, die Schulmedizin anwenden, treiben Sport.

Anwender alternativer Heilverfahren haben pro Woche den höheren Zeitaufwand für sportliche Aktivitäten als Nutzer von Schulmedizin. Der Anteil der Anwender alternativer Heilverfahren, die wöchentlich regelmäßig mehr als vier Stunden Sport treiben, liegt bei den Männern bei 27,9% und bei den Frauen bei 27,6%; im Vergleich dazu treiben nur 24,8% der Männer und 23,8% der Frauen, die Schulmedizin nutzen, mehr als vier Stunden Sport pro Woche.

Einen Zeitaufwand von regelmäßig 2-4 Stunden pro Woche haben 26,5% der Männer und 28,9% der Frauen aus der Gruppe der Nutzer alternativer Heilverfahren vs. 19,8% Männer und 18,8% Frauen die Schulmedizin anwenden. Regelmäßig 1-2 Stunden Sport pro Woche treiben hingegen mehr Befragte aus der Gruppe der Schulmedizin, hier waren es 15,8% der Männer und 22,5% der Frauen. Im Vergleich dazu hatten diesen Aufwand nur 14,0% der Männer und 18,4% der Frauen, die alternative Heilverfahren anwenden. Ebenso ist es bei einem Zeitaufwand von weniger als einer Stunde Sport pro Woche: in der schulmedizinischen Gruppe waren mehr Befragte als in der Gruppe der Anwender alternativer Heilverfahren: 10,9% der Männer und 6,3% der Frauen vs. 9,3% Männer und 7,9% Frauen aus der Gruppe Alternativmedizin. Nur vier Befragte wussten nicht, wie viel Sport sie treiben oder wollten keine Antwort geben.

3.1.4.5 Vorsorgeverhalten

Die folgenden Tabellen geben Aufschluss über das Vorsorgeverhalten. Tabelle 34 zeigt den Besuch beim Zahnarzt, Tabelle 35 gibt Aufschluss über das Impfverhalten, Tabelle 36 zeigt die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, und Tabelle 37 informiert über den Sonnenschutz.

Tabelle 34: Zahnarztbesuche

Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativmedizin n=43		ausschließlich Schulmedizin n=101		zusätzlich Alternativmedizin n=76		ausschließlich Schulmedizin n=80	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja, mindestens einmal jährlich	34	79,1%	77	76,2%	67	88,2%	70	87,5%
Ja, aber seltener als einmal jährlich	8	18,6%	17	16,8%	5	6,6%	8	10,0%
Nein	1	2,3%	7	6,9%	4	5,3%	2	2,5%

Die meisten der Befragten gaben an, regelmäßig zum Zahnarzt zu gehen. Mindestens einmal jährlich gehen 79,1% der Männer und 88,2% der Frauen, die alternative Heilmethoden anwenden, zum Zahnarzt, in der Gruppe der Schulmedizin waren es 76,2% der Männer und 87,5% der Frauen. Regelmäßig, aber seltener als einmal jährlich gehen aus der Gruppe der Alternativmedizin 18,6% der Männer und 6,6% der Frauen, in der Gruppe Schulmedizin waren es 16,8% der Männer und 10,0% der Frauen.

Tabelle 35: Impfverhalten

Lassen Sie sich impfen, z.B. gegen Grippe, Tetanus, usw.?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Oft	16	37,2%	34	33,7%	40	52,6%	40	50,0%
Manchmal	8	18,6%	13	12,9%	6	7,9%	15	18,8%
Nur aus bestimmtem Anlass (Reise, Verletzung, Zeckenbiss ...)	16	37,2%	25	24,8%	17	22,4%	8	10,0%
Nie	3	7,0%	29	28,7%	13	17,1%	17	21,3%

Anwender alternativer Heilverfahren – vor allem Männer – nehmen reger an Impfungen teil als Anwender der Schulmedizin. 37,2% der Männer und 52,6% der Frauen, die alternative Heilmethoden nutzen, gaben an, sich oft impfen zu lassen; im Vergleich dazu waren es bei den Anwendern von Schulmedizin 33,7% der Männer und 50,0% der Frauen. Die Antwortmöglichkeit „manchmal“ wählten 18,6% der Männer und 7,9% der Frauen, die angaben alternative Heilmethoden anzuwenden; bei den Anwendern von Schulmedizin waren es 12,9% der Männer und 18,8% der Frauen.

„Aus bestimmtem Anlass“ lassen sich deutlich mehr Anwender alternativer Heilverfahren impfen als Anwender von Schulmedizin: bei den Männern waren es 37,2% vs. 24,8% (Schulmedizin) und bei den Frauen 22,4% vs. 10,0% (Schulmedizin). Entsprechend umgekehrt ist das Verhältnis bei den Befragten, die sich „nie“ impfen lassen; hier gaben deutlich mehr Befragte aus der Gruppe der Schulmedizin an, dass diese Antwortmöglichkeit ihrem Impfverhalten entspricht: bei den Männern waren es 28,7% (Schulmedizin) vs. 7,0% (Alternativmedizin) und bei den Frauen 21,3% (Schulmedizin) vs. 17,1% (Alternativmedizin).

Tabelle 36: Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Wann haben Sie das letzte Mal an einer Krebsfrüherkennungs-Untersuchung teilgenommen?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Innerhalb der letzten 12 Monate	20	46,5%	48	47,5%	61	80,3%	49	61,3%
Vor 13 - 24 Monaten	9	20,9%	15	14,9%	8	10,5%	14	17,5%
Vor 2 - 3 Jahren	4	9,3%	9	8,9%	2	2,6%	7	8,8%
Länger her als 3 Jahre	4	9,3%	12	11,9%	2	2,6%	6	7,5%
Noch nie	6	14,0%	16	15,8%	2	2,6%	4	5,0%
Weiß ich nicht	0	0,0%	1	1,0%	1	1,3%	0	0,0%

Der größte Anteil der Befragten war zum Zeitpunkt der Befragung innerhalb der letzten 12 Monate bei einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gewesen. Dies trifft auf 46,5% der Männer und 80,3% der Frauen zu, die alternative Heilverfahren anwenden. Bei Befragten, die Schulmedizin in Anspruch nehmen, trifft das auf 47,5% der Männer und 61,3% der Frauen zu. Vor 13-24 Monaten bei einer Krebsvorsorgeuntersuchung waren 20,9% der Männer und 10,5% der Frauen, die alternative Heilverfahren anwenden, und 14,9% der Männer und 17,5% der Frauen, die Schulmedizin anwenden.

Noch nie bei einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung waren 14,0% der Männer und 2,6% der Frauen, die alternative Heilmethoden verwenden; ihr Anteil ist damit etwas niedriger als in der Vergleichsgruppe Schulmedizin, hier waren 15,8% der Männer und 5,0% der Frauen noch nie bei einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Der Rest der Befragten war in den Zeiträumen „vor 2-3 Jahren“ und „länger als 3 Jahre her“ bei einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Nur zwei Befragte konnten sich nicht erinnern.

Frauen insgesamt – vor allem die Nutzerinnen von alternativen Heilverfahren – gehen häufiger zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen als Männer.

Tabelle 37: Schutz vor UV-Strahlen

Schützen Sie sich - egal wie - bewusst gegen Sonnenstrahlen und Sonnenbrand?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Immer	27	62,8%	46	45,5%	56	73,7%	53	66,3%
Manchmal	8	18,6%	37	36,6%	17	22,4%	20	25,0%
Nie	8	18,6%	18	17,8%	3	3,9%	7	8,8%

Befragte, die alternative Heilmethoden anwenden, schützen sich gegen die Folgen übermäßiger Sonneneinstrahlung deutlich häufiger als die Anwender alternativer Heilmethoden. 62,8% der Männer und 73,7% der Frauen, die alternative Heilmethoden anwenden, schützen sich immer gegen UV-Strahlen und Sonnenbrand, bei den Anwendern von Schulmedizin tun dies nur 45,5% der Männer und 66,3% der Frauen. Frauen schützen sich insgesamt häufiger als Männer.

3.1.4.6 Bedeutung gesunder Ernährung

Tabelle 38 zeigt die Einstellung zur Ernährung.

Tabelle 38: Gesunde Ernährung

Wie wichtig ist Ihnen eine gesunde Ernährung?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Sehr wichtig	21	48,8%	33	32,7%	38	50,0%	38	47,5%
Eher wichtig	17	39,5%	54	53,5%	38	50,0%	41	51,3%
Eher nicht wichtig	5	11,6%	13	12,9%	0	0,0%	1	1,3%
Gar nicht wichtig	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%

Männliche Anwender alternativer Heilmethoden messen ihrer täglichen Ernährung häufiger eine „sehr wichtige“ Bedeutung bei (48,8% vs. 32,7%) als Anwender der Schulmedizin. Bei der Einordnung „eher nicht wichtig“ sind vor allem Männer zu finden, 11,6% (Alternativmedizin) bzw. 12,9% (Schulmedizin). Demgegenüber teilt nur eine einzige Frau diese Einschätzung. Alle anderen Frauen hielten gesunde Ernährung für „sehr wichtig“ oder „eher wichtig“, ohne dass es deutliche Unterschiede zwischen den Anwendern von Alternativmedizin oder Schulmedizin gab.

3.1.4.7 Teilnahme an Gesundheitskursen

Tabelle 39 und Tabelle 40 zeigen die Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

Tabelle 39: Teilnahme an Gesundheitskursen

Es gibt Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die von der AOK, Volkshochschulen oder anderen durchgeführt werden und sich mit Ernährung, Bewegung, Entspannung und Sport befassen. Haben Sie an solchen Kursen, Übungen oder Beratungen schon einmal teilgenommen?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Ja	11	25,6%	19	18,8%	43	56,6%	18	22,5%
Nein	32	74,4%	82	81,2%	33	43,4%	62	77,5%

Tabelle 40: Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Wenn ja: An was für Maßnahmen haben Sie teilgenommen? (Mehrfachnennungen möglich)	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativ- medizin n=43		ausschließlich Schul- medizin n=101		zusätzlich Alternativ- medizin n=76		ausschließlich Schul- medizin n=80	
Zur Gewichtsreduktion	0	0,0%	1	1,0%	11	14,5%	2	2,5%
Für gesunde Ernährung	1	2,3%	7	6,9%	14	18,4%	4	5,0%
An Rücken- und Wirbelsäulengymnastik	5	11,6%	9	8,9%	24	31,6%	8	10,0%
Zur Entspannung oder Stressbewältigung	3	7,0%	0	0,0%	10	13,2%	3	3,8%
Zur Raucherentwöhnung	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%
Sonstiges	1	2,3%	8	7,9%	3	3,9%	5	6,3%

Anwender alternativer Heilverfahren, vor allem Frauen, haben im Vergleich zu Anwendern von Schulmedizin deutlich häufiger schon einmal an Gesundheitskursen oder –veranstaltungen teilgenommen. 25,6% der Männer und 56,6% der Frauen, die alternative Heilverfahren nutzen, und nur 18,8% der Männer und 22,5% der Frauen aus der Vergleichsgruppe Schulmedizin haben schon einmal an Gesundheitskursen in der Vergangenheit teilgenommen. Am häufigsten wurden Rücken- und Wirbelsäulengymnastik genannt, die von der Krankenkasse angeboten wurden.

3.1.5 Informationsverhalten

3.1.5.1 Interesse an Gesundheitsthemen in den Medien

Tabelle 41 zeigt das Interesse an Gesundheitssendungen im Fernsehen und Radio.

Tabelle 41: Interesse an Gesundheitssendungen

Verfolgen Sie Gesundheitssendungen im Fernsehen oder Radio?	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativmedizin n=43		ausschließlich Schulmedizin n=101		zusätzlich Alternativmedizin n=76		ausschließlich Schulmedizin n=80	
Ja, häufig	5	11,6%	17	16,8%	31	40,8%	26	32,5%
Ja, gelegentlich	30	69,8%	65	64,4%	38	50,0%	48	60,0%
Nein	8	18,6%	19	18,8%	7	9,2%	6	7,5%

Weibliche Teilnehmer, die alternative Heilmethoden anwenden, zeigen ein größeres Interesse an Gesundheitsthemen in den Medien als Anwenderinnen von Schulmedizin. 11,6% der Männer und 40,8% der Frauen, die alternative Heilmethoden anwenden, verfolgen regelmäßig Gesundheitsthemen in den Medien, bei den Anwendern von Schulmedizin sind das 16,8% der Männer und 32,5% der Frauen.

Nicht regelmäßig, aber „gelegentlich“ verfolgen 69,8% der Männer und 50,0% der Frauen, die alternative Heilmethoden anwenden, sogenannte Gesundheitssendungen, bei den Anwendern der Schulmedizin sind es 64,4% Männer und 60,0% der Frauen. Kein Interesse an Gesundheitssendungen bekunden 18,6% der Männer und 9,2% der Frauen, die alternative Heilverfahren anwenden, in der schulmedizinischen Gruppe sind es 18,8% Männer und 7,5% Frauen.

3.1.5.2 Informationsquellen für Gesundheitsthemen

Tabelle 42 zeigt, welche Informationsquellen zu Gesundheitsthemen genutzt werden.

Tabelle 42: Informationsquellen für Gesundheitsthemen

Welche Informationsquellen über Gesundheitsthemen nutzen Sie? (Mehrfachnennung möglich)	Männer n=144				Frauen n=156			
	zusätzlich Alternativmedizin n=43		ausschließlich Schulmedizin n=101		zusätzlich Alternativmedizin n=76		ausschließlich Schulmedizin n=80	
Zeitschriften	33	76,7%	75	74,3%	66	86,8%	67	83,8%
Broschüren	13	30,2%	20	19,8%	32	42,1%	21	26,3%
Bücher	9	20,9%	9	8,9%	20	26,3%	10	12,5%
Internet	3	7,0%	6	5,9%	5	6,6%	4	5,0%
Material der Krankenkasse	17	39,5%	36	35,6%	39	51,3%	39	48,8%
Sonstige Informationsquellen	2	4,7%	4	4,0%	7	9,2%	5	6,3%
Keine	2	4,7%	15	14,9%	3	3,9%	3	3,8%
Ich weiß nicht	2	4,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Befragte, die alternative Heilmethoden anwenden, nutzen häufiger die ihnen zur Verfügung stehenden Medien, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren. Es kommen im Unter-

schied zu den Anwendern der Schulmedizin auch häufiger moderne Medien wie das Internet zum Einsatz. Informationsquellen, die mit einem größeren Zeitaufwand verbunden sind, wie z. B. Bücher, Broschüren und Zeitschriften, werden von Nutzern alternativer Heilmethoden häufiger konsumiert.

Auffällig ist, dass 14,9% der Männer, die Schulmedizin in Anspruch nehmen, keine Informationsquellen für Gesundheitsthemen nutzen. Demgegenüber haben ein ähnliches Desinteresse nur 4,7% der Männer, die alternative Heilmethoden nutzen, und knapp 4% der Frauen.

Am häufigsten werden Zeitschriften zur Information über Gesundheitsthemen herangezogen; 76,7% der Männer und 86,8% der Frauen, die alternative Heilmethoden anwenden, gaben Zeitschriften als Informationsquelle an; bei den Nutzern von Schulmedizin waren es im Vergleich dazu 74,3% der Männer und 83,8% der Frauen. An zweiter Stelle wurde die Krankenkasse mit ihren Mitgliederzeitschriften und Broschüren genannt: das sind 39,5% der Männer und 51,3% der Frauen, die alternative Heilmethoden nutzen; mit 35,6% der Männer und 48,8% der Frauen waren es bei den Nutzern von Schulmedizin etwas weniger. Broschüren rangieren als Informationsquelle zu Gesundheitsthemen sowohl bei Nutzern von alternativer Medizin wie Schulmedizin auf Platz drei: hier gaben 30,2% der Männer und 42,1% der Frauen, die Komplementärmedizin nutzen, und 19,8% der Männer und 26,3% der Frauen, die Schulmedizin nutzen, dieses Informationsmedium an. Platz vier unter den Informationsquellen nahmen bei den Befragten Bücher zu Gesundheitsthemen ein, das sind 20,9% der Männer und 26,3% der Frauen, die Alternativmedizin nutzen, und 8,9% der Männer und 12,5% der Frauen, die Schulmedizin nutzen. Das Internet wurde von 7% der Männer und 6,6% der Frauen, die alternative Medizin nutzen, und von 5,9% der Männer und 5,0% der Frauen, die Schulmedizin nutzen, genannt.

3.2 Logistisches Regressionsmodell

3.2.1 Zusammenfassungen und Umkodierungen der Einflussfaktoren, Vorauswahl für das Regressionsmodell

In den folgenden drei Tabellen sind – für beide Geschlechter gemeinsam sowie getrennt für Frauen und Männer – die Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (KI) der Variablen dargestellt, die möglicherweise die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden beeinflussen.

Fett gedruckt sind in den Tabellen die Odds Ratios, deren 95%-KI die Zahl 1 nicht mit einschließen. Ist die betreffende Odds Ratio > 1 , so nehmen Personen, die diese Ausprägung aufweisen, mit größerer Wahrscheinlichkeit alternative Heilmethoden in Anspruch als Personen mit der als Referenz dienenden Ausprägung. Ist die OR < 1 , nehmen Personen dieser Ausprägung mit geringerer Wahrscheinlichkeit alternative Heilmethoden in Anspruch als Personen mit der Referenz-Ausprägung.

Wurden beide Geschlechter gemeinsam betrachtet, so enthielt bei folgenden Variablen das 95%-KI mindestens einer rohen OR nicht die 1:

- Geschlecht: Männer nehmen seltener alternative Heilmethoden in Anspruch.
- Höchster Schulabschluss: Personen mit einem höheren Schulabschluss als Realschule nehmen häufiger alternative Heilmethoden in Anspruch als Personen mit Hauptschulabschluss bzw. keinem Schulabschluss.
- Personen, die sich nie impfen lassen, nehmen seltener alternative Heilmethoden in Anspruch als Personen, die sich (oft, manchmal oder anlassbezogen) impfen lassen.
- Raucher (Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung rauchten) nehmen seltener alternative Heilmethoden in Anspruch als Nichtraucher.
- Personen, die an den von der Krankenkasse angebotenen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teilnehmen, nehmen häufiger alternative Heilmethoden in Anspruch.

Sowohl bei beiden Geschlechtern gemeinsam als auch bei der separaten Betrachtung der Geschlechter zeigte sich, dass ältere Personen mit geringerer Wahrscheinlichkeit alternative Heilmethoden in Anspruch nehmen. Das 95%-KI der OR enthielt jedoch immer die 1.

Tabelle 43: Odds Ratios der soziodemografischen Variablen

	Alle	Weiblich	Männlich
	OR [95%-KI]	OR [95%-KI]	OR [95%-KI]
Geschlecht			
Weiblich (Referenz)	1,0	---	---
Männlich	0,4 [0,3; 0,7]	---	---
Alter			
Jahrgänge 1954 - 1958 (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Jahrgänge 1949 – 1953	0,9 [0,4; 1,6]	0,9 [0,4; 2,2]	0,8 [0,3; 2,2]
Jahrgänge 1944 – 1948	0,8 [0,4; 1,6]	0,8 [0,3; 2,0]	0,8 [0,3; 2,2]
Jahrgänge 1938 – 1943	0,6 [0,3; 1,1]	0,6 [0,2; 1,5]	0,6 [0,2; 1,6]
Staatsangehörigkeit			
Deutsch (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Nicht-Deutsch	1,1 [0,5; 2,5]	0,6 [0,2; 2,0]	2,2 [0,7; 6,8]
Höchster Schulabschluss			
Hauptschule/ kein Schulabschluss (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Realschule	1,7 [1,0; 2,9]	1,5 [0,7; 3,0]	1,7 [0,7; 4,2]
Polytechnische Oberschule, FH-Reife, Abitur	2,4 [1,0; 5,5]	1,5 [0,4; 5,1]	4,1 [1,3 13,0] ;
Berufsausbildung			
Universität/ Fachhochschule (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Fachschule (Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie)	0,7 [0,2; 2,4]	0,8 [0,1; 4,5]	0,6 [0,1; 3,1]
Lehre	0,5 [0,2; 1,4]	0,7 [0,1; 3,2]	0,4 [0,1; 1,5]
Andere Berufsausbildung	1,3 [0,5; 3,7]	0,9 [0,3; 3,3]	2,3 [0,4; 13,3]
Keine Berufsausbildung	0,9 [0,4; 2,1]	0,8 [0,3; 2,3]	0,3 [0,0; 2,9]
Berufliche Stellung (derzeit oder ehemalg)			
Arbeiter (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Angestellter, Beamter, selbständig, andere	2,1 [1,3; 3,5]	1,5 [0,8; 2,5]	2,6 [1,2 5,5] ;
Einkommen			
Zwischen 0 und 2.000 € (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Zwischen 2.000 und 3.000 €	0,9 [0,5; 1,7]	1,3 [0,6; 2,9]	0,8 [0,3; 1,9]
Über 3.000 €	2,4 [0,9; 6,4]	2,8 [0,7; 11,6]	2,4 [0,6; 9,3]
Ich möchte keine Angaben machen	1,1 [0,6; 2,0]	1,1 [0,5; 2,4]	1,2 [0,5; 3,1]
Zusammenleben			
Lebt allein (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Lebt nicht allein	0,8 [0,2; 2,4]	0,9 [0,3; 2,5]	0,8 [0,2; 2,4]
Haustiere			
nein	1,0	1,0	1,0
ja, aber keine Katze	0,8 [0,4; 1,5]	1,2 [0,5; 2,7]	0,5 [0,2; 1,5]
ja, darunter auch Katze	1,7 [0,9; 3,0]	1,4 [0,7; 3,1]	1,8 [0,7; 4,6]
Wohnort			
Stadt Ulm mit Eingemeindungen (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Alle anderen Wohnorte	1,1 [0,7; 1,9]	1,7 [0,9; 3,4]	0,7 [0,3; 1,4]

Tabelle 44: Odds Ratios Gesundheitszustand und Zufriedenheit mit dem letzten Arztkontakt

	Alle	Weiblich	Männlich
	OR [95%-KI]	OR [95%-KI]	OR [95%-KI]
Gesundheitszustand allgemein			
Ausgezeichnet, sehr gut (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Gut	0,6 [0,3; 1,0]	0,3 [0,1; 0,7]	0,8 [0,3; 2,0]
Weniger gut, schlecht	1,1 [0,5; 2,3]	0,5 [0,2; 1,5]	2,1 [0,8; 6,0]
Leiden an chronischen Krankheiten			
Nein (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Ja	0,7 [0,4; 1,1]	0,6 [0,3; 1,2]	0,6 [0,3; 1,3]
Zufriedenheit mit dem letzten Arztkontakt			
Sehr zufrieden (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Zufrieden, unzufrieden, sehr unzufrieden, weiß ich nicht	1,6 [1,0; 2,7]	2,1 [1,1; 4,2]	1,3 [0,6; 2,7]

Werden beide Geschlechter separat betrachtet, so zeigt sich, dass die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden bei Männern und Frauen von unterschiedlichen Variablen beeinflusst wird:

Frauen, die nicht „sehr zufrieden“ sind mit dem letzten Arztbesuch, die gelegentlich oder täglich Alkohol trinken oder die an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teilnehmen, nehmen mit größerer Wahrscheinlichkeit alternative Heilmethoden in Anspruch. Frauen, die ihren Gesundheitszustand als „gut“ bezeichnen (nicht „sehr gut“ und nicht schlechter als „gut“), oder Frauen, die nicht mindestens einmal im Jahr zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung gehen, nehmen mit geringerer Wahrscheinlichkeit alternative Heilmethoden in Anspruch.

Männer mit einem höheren Schulabschluss als Realschule oder mit einer anderen beruflichen Stellung als Arbeiter nehmen mit höherer Wahrscheinlichkeit alternative Heilmethoden in Anspruch. Männer, die sich nie impfen lassen, nehmen mit geringerer Wahrscheinlichkeit alternative Heilmethoden in Anspruch.

Tabelle 45: Odds Ratios von Gesundheitsrisiken und -verhalten

	Alle	Weiblich	Männlich
	OR [95%-KI]	OR [95%-KI]	OR [95%-KI]
Gewicht			
Normal-/ untergewichtig (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Übergewichtig / adipös	0,8 [0,5; 1,2]	1,0 [0,5; 1,8]	0,7 [0,3; 1,6]
Krebserkrankung in der Familie			
Nein (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Ja	1,4 [0,9; 2,2]	1,5 [0,8; 2,9]	1,1 [0,5; 2,4]
Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchung			
Ja, innerhalb der letzten 12 Monate (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Vor mehr als 12 Monaten / noch nie	0,5 [0,3; 0,9]	0,4 [0,2; 0,9]	1,1 [0,5; 2,2]
Verfolgt Gesundheitssendungen			
Nein (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Ja, gelegentlich oder häufig (Referenz)	1,1 [0,6; 2,2]	1,0 [0,4; 2,5]	0,8 [0,3; 2,5]
Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung			
Nein (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Ja	3,2 [1,9; 5,4]	4,5 [2,2; 9,0]	1,5 [0,6; 3,5]
Sport			
Ja (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Nein	0,6 [0,4; 1,1]	0,6 [0,3; 1,2]	0,8 [0,3; 1,8]
Teilnahme an Impfungen			
Oft, manchmal, anlassbezogen (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Nie	0,5 [0,2; 0,9]	0,8 [0,3; 1,7]	0,2 [0,1; 0,6]
Rauchverhalten			
Nichtraucher (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Raucher	0,5 [0,3; 0,9]	0,7 [0,3; 1,5]	0,5 [0,2; 1,2]
Alkoholkonsum			
Nein, nie (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Ja, gelegentlich oder täglich	1,6 [0,9; 3,1]	2,3 [1,1; 4,7]	1,8 [0,5; 6,7]
Zahnarztbesuch			
Ja, mindestens 1x pro Jahr (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Nein oder seltener als 1x pro Jahr	0,8 [0,4; 2,0]	0,9 [0,4; 2,5]	0,8 [0,4; 2,0]
Schutz gegen Sonne			
Nie (Referenz)	1,0	1,0	1,0
Manchmal / immer	1,6 [0,7; 3,3]	2,3 [0,6; 9,4]	0,9 [0,4; 2,4]

Die Variablen für das Modell wurden primär nach inhaltlichen Kriterien ausgewählt, dabei wurden diejenigen Variablen bevorzugt, die in den rohen Odds-Ratios Tendenzen gezeigt hatten, sowie solche, die in der Literatur üblicherweise als Confounder oder Einflussfaktoren angesehen werden. Somit ergaben sich folgende Variablen für das Modell:

- Alter und Geschlecht als obligate Variablen. Da für Männer und Frauen unterschiedliche

Einflussgrößen eine Rolle zu spielen schienen, wurden getrennte Modelle gerechnet.

- Schulabschluss und Status im Arbeitsleben als Indikatoren für die soziale Schicht. Die Variable Einkommen wurde für das Modell nicht berücksichtigt, da hier nur zum Teil Angaben der Interviewpartner vorlagen und die vorliegenden Angaben als nicht sehr verlässlich eingestuft wurden.
- Subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand, Vorhandensein chronischer Erkrankungen, Teilnahme an einem Gesundheitskurs sowie Zufriedenheit mit dem letzten Arztbesuch als Variablen für das Gesundheitsverhalten. Das Vorhandensein chronischer Erkrankungen war zwar in den Kreuztabellen und den rohen OR nicht auffällig, wird jedoch in der Literatur als Einflussfaktor für die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden beschrieben.
- Rauchen, Alkohol, Sport, Impfverhalten und Krebsvorsorge als Indikatoren für den Umgang mit Risikofaktoren.
- Haustiere, insbesondere Katzen, weil dies in der deskriptiven Auswertung bei den Männern auffällig war (siehe Tabelle 7)

Einzelheiten zur Variablenauswahl zeigt Tabelle 46.

Tabelle 46: Variablen für das Regressionsmodell

Variable	Ausprägungen	Grund der Aufnahme ins Modell
(Geschlecht)	Männlich / Weiblich	Obligat, getrennte Modelle – wird als wichtige Einflussgröße in der Literatur angesehen
Alter	Stetig	Obligat – wird als wichtige Einflussgröße in der Literatur angesehen
Haustiere	Keine / Katze / andere	Auffällig in der deskriptiven Beschreibung (Männer)
Schulabschluss	Hoch / mittel / niedrig bzw. kein	Inhaltlich – Schicht auffällig in den OR bei Männern
Status im Arbeitsleben	Angestellt bzw. selbständig bzw. andere / Arbeiter	Inhaltlich – Schicht auffällig in den OR bei Männern
Gesundheitszustand	Sehr gut / gut / schlechter	Inhaltlich – Gesundheitsverhalten auffällig in den OR bei Frauen
Chronische Krankheiten	Ja / nein	Inhaltlich – Gesundheitsverhalten – wird als wichtige Einflussgröße in der Literatur angesehen
Zufriedenheit mit dem letzten Arztbesuch	Sehr zufrieden / andere Antworten	Inhaltlich – Gesundheitsverhalten auffällig in den OR bei Frauen
Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung	Ja / nein	Inhaltlich – Gesundheitsverhalten auffällig in den OR bei Frauen
Rauchen (derzeit)	Ja / nein	Inhaltlich – Risikofaktoren auffällig in den OR für alle
Alkohol	Ja / nein	Inhaltlich – Risikofaktoren auffällig in den OR für Frauen
Sport	Ja / nein	Inhaltlich – Risikofaktoren nur tendenziell auffällig in den OR für alle und für Frauen
Impfen	Ja / nein	Inhaltlich – Risikofaktoren auffällig in den OR für Männer
Krebsvorsorge	Letztes Jahr / länger her oder nie	Inhaltlich – Risikofaktoren auffällig in den OR für Frauen

3.2.2 Ergebnisse der logistischen Regressionsmodelle

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der logistischen Regressionsmodelle. Da bei Männern und Frauen bereits bei den rohen Odds Ratios die Einflussfaktoren unterschiedlich waren, die die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden beeinflussten, wurden für Männer und Frauen separate logistische Regressionsmodelle gerechnet. Beide Modelle wurden jedoch mit denselben im vorangegangenen Kapitel genannten Variablen bestückt.

Tabelle 47: Ergebnisse der logistischen Regressionsmodelle

Merkmal	Ausprägung	Frauen			Männer		
		OR	95 % KI	p-Wert	O R	95 % KI	p-Wert
Berufliche Stellung (derzeit oder ehemalig)	Arbeiter (Referenz)	--			1,0		} 0,04
	Angestellter, Beamter, selbständig, andere	--			2,4 [1,0; 5,6]		
Zufriedenheit mit dem letzten Arztkontakt	Sehr zufrieden (Referenz)	1,0		} 0,04	--		}
	Zufrieden, unzufrieden, sehr unzufrieden, weiß nicht	2,3 [1,1; 5,2]			--		
Leiden an chronischen Krankheiten	Nein (Referenz)	--			1,0		} 0,02
	Ja	--			0,4 [0,1; 0,8]		
Gesundheitszustand	Ausgezeichnet, sehr gut (Referenz)	1,0		} 0,02	1,0		} 0,01
	Gut	0,2 [0,1; 0,7]			1,0 [0,4; 3,0]		
	Weniger gut, schlecht	0,5 [0,1; 1,9]			4,8 [1,4; 17,8]		
Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchung	Ja, innerhalb der letzten 12 Monate (Referenz)	1,0		} 0,05	--		}
	Vor mehr als 12 Monaten / noch nie	0,4 [0,2; 1,0]			--		
Teilnahme an Impfungen	Oft, manchmal, anlassbezogen (Referenz)	--			1,0		} 0,01
	Nie	--			0,2 [0,1; 0,6]		
Alkoholkonsum	Nein, nie (Referenz)	1,0		} 0,03	--		}
	Ja, gelegentlich oder täglich	2,7 [1,1; 6,9]			--		
Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung	Nein (Referenz)	1,0		} 0,002	--		}
	Ja	3,4 [1,6; 7,5]			--		

Die Überprüfung des Modell-Fits durch den Hosmer-Lemeshow-Test ergab, dass der Fit für beide Modelle recht gut war ($p=0,67$ für das Modell für Frauen und $p=0,53$ für das Modell für Männer). Die in Tabelle 47 gezeigten Odds Ratios sind altersadjustiert. Das Alter ging für beide Geschlechter als stetige Variable in die jeweiligen Modelle ein. Die Altersadjustierung beträgt 0,985 (95%-KI [0,923;1,05]; $p = 0,6$) pro Lebensjahr für Frauen und 0,958 (95%-KI [0,894; 1,024]; $p = 0,2$) pro Lebensjahr für Männer. Der Alterseffekt geht bei beiden Geschlechtern in dieselbe Richtung (Ältere nehmen seltener alternative Heilmethoden in Anspruch), ist aber bei den Männern etwas ausgeprägter als bei Frauen.

Die Faktoren, die die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden beeinflussten, waren bei Frauen und Männern ganz unterschiedlich. Nur ein Einflussfaktor tauchte in beiden Modellen auf (Gesundheitszustand allgemein), jedoch hatten die Ausprägungen dieses Faktors bei Frauen und Männern einen unterschiedlichen Einfluss.

Bei **Frauen** beeinflussten folgende Faktoren die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden:

- Frauen, die nicht „sehr zufrieden“ sind mit dem letzten Arztbesuch, nehmen mit größerer Wahrscheinlichkeit alternative Heilmethoden in Anspruch.
- Frauen, deren Gesundheitszustand "gut" ist, nehmen im Unterschied zu Frauen, die ihren Gesundheitszustand als "ausgezeichnet" oder "sehr gut" bezeichnen, seltener alternative Heilmethoden in Anspruch.
- Frauen, die noch nie an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen haben oder deren letzte Krebsfrüherkennungsuntersuchung bereits mehr als 12 Monate zurückliegt, nehmen mit geringerer Wahrscheinlichkeit alternative Heilmethoden in Anspruch.
- Frauen, die gelegentlich oder täglich Alkohol trinken, nehmen mit größerer Wahrscheinlichkeit alternative Heilmethoden in Anspruch.
- Frauen, die an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teilnehmen, nehmen mit größerer Wahrscheinlichkeit alternative Heilmethoden in Anspruch.

Die Richtung des Einflusses der im Modell verbleibenden Faktoren entspricht dem der rohen Odds Ratios.

Bei **Männern** beeinflussten folgende Faktoren die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden:

- Männer, deren berufliche Stellung eine andere als "Arbeiter" ist, nehmen mit größerer

Wahrscheinlichkeit alternative Heilmethoden in Anspruch.

- Männer mit chronischen Krankheiten nehmen seltener alternative Heilmethoden in Anspruch.
- Männer, die ihren Gesundheitszustand als "weniger gut" oder "schlecht" bezeichnen, nehmen häufiger alternative Heilmethoden in Anspruch als Männer, die ihren Gesundheitszustand als "ausgezeichnet" oder "sehr gut" bezeichnen.
- Männer, die sich nie impfen lassen, nehmen deutlich seltener alternative Heilmethoden in Anspruch als Männer, die auf ausreichenden Impfschutz achten.

Der Einfluss der Faktoren "Leiden an chronischen Krankheiten" und "Gesundheitszustand" war bei den rohen Odds Ratios nicht erkennbar. Die Richtung des Einflusses der Faktoren "Berufliche Stellung" und "Teilnahme an Impfungen" war bei den rohen Odds Ratios dieselbe wie bei den adjustierten.

4 DISKUSSION

4.1 Datenqualität und Methoden

4.1.1 Methodische Probleme

Es gibt drei Situationen einer Studie, bei denen es zu einer systematischen Verzerrung der Ergebnisse kommen kann:

- bei der Auswahl der Probanden
- bei der Erhebung der Antworten
- bei der statistischen Berechnung und ihrer Interpretation [Kraft 2001]

Diesen Verzerrungen muss bereits bei der Studienplanung entgegen gewirkt werden. Ideal ist eine Studie, deren Probanden repräsentativ für die jeweilige Bevölkerung ausgewählt wurden. Eine repräsentative Auswahl war hier leider nicht gegeben, da nur eine bestimmte Altersgruppe, nämlich die der 45- bis 65-jährigen, angesprochen wurde. Zudem bildet die Verteilung von Alter und Geschlecht nicht die Bevölkerungsstruktur ab, da in Fünfjahresblöcken eine gleiche Anzahl der Männer und Frauen befragt wurde. Die Beschränkung auf Versicherte der gesetzlichen Krankenkasse AOK engt die Auswahl zudem ein, denn hier könnten Gutverdienende unterrepräsentiert sein, da diese wahrscheinlich privat versichert sind. Für ein Telefoninterview müssen die Probanden einen Telefonanschluss im Festnetz besitzen, auch dadurch kann es zu einer Verzerrung der soziodemographischen Daten kommen. Es kommt aber immer darauf an, für welche Population man Aussagen machen möchte.

Bei der Erhebung der Antworten kommt es wesentlich auf die Formulierung der Frage an. Der hier verwendete Fragebogen wurde validiert, zudem orientierte sich die Formulierung der Fragen an wissenschaftlich anerkannten Fragebögen: Bei den soziodemografischen Fragen sind die Fragen nach dem Familienstand, nach dem höchsten Schulabschluss, nach der Berufsausbildung und nach der Erwerbstätigkeit angelehnt an den soziodemografischen Datensatz zur Erhebung soziodemografischer und sozialmedizinischer Indikatoren in den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbänden [Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“, Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden“, „Routinedaten“ und

„Reha-Ökonomie“, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1999]. Die Fragen nach Zeitpunkt und Anlass des letzten Arztbesuches, nach der Zufriedenheit mit der Behandlung/Beratung, nach der Beschreibung des eigenen Gesundheitszustandes, nach dem zeitlichen Umfang sportlicher Betätigung sowie nach der Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sind angelehnt an den Bundesgesundheitsurvey 1998 [Thefeld et al. 1999].

Weiterhin kann es bei den Telefoninterviews zu falschen Antworten kommen [nach Bortz 1984]:

- Der Befragte antwortet mit Rücksicht auf Vermutungen über den Auftraggeber und/ oder das Untersuchungsziel (sponsorship bias).
- Der Befragte neigt zu sozial erwünschten/ politisch korrekten Antworten.
- Der Befragte will dem Interviewer gefallen bzw. ihm einen Gefallen tun (Hawthorne-Effekt).
- Der Interviewer beeinflusst unbewusst (z.B. durch den Tonfall) die Antwort des Befragten (Versuchsleiter-Effekt).
- Der Interviewer hat eine bestimmte Vorstellung von den Antworten des Probanden und hört vorwiegend diese bzw. leitet das Gespräch in diese Richtung (Rosenthal-Effekt).
- Der Befragte bejaht überwiegend (Ja-sage-Tendenz).
- Der Befragte befürchtet mögliche negative Konsequenzen seiner Antwort.

Bei der Erhebung des Datensatzes dieser Studie wurde weitgehend darauf geachtet, diese Probleme zu minimieren [Schwenk 2004]. Ganz auszuschließen sind solche Einflüsse jedoch nie.

Bei der statistischen Auswertung kommt es auf die Auswahl der richtigen statistischen Methoden an. Kreuztabellen, deskriptive Statistik und Odds Ratios sind eigentlich fast immer korrekt und wenig fehleranfällig. Anders sieht es bei der logistischen Regression aus. Die logistische Regression erstellt aus den Daten eine Formel, eine allgemein gültige Regel, die das Verhalten eines jeden Datenpunktes voraussagen müsste. Wie gut sie das kann, wird durch den Modellfit beschrieben. Der Modellfit wird umso besser, je mehr erklärende Variablen im Modell sind. Fehler und Einschränkungen entstehen dabei vor allem durch das Weglassen wichtiger Confounder und Einflussgrößen sowie durch die Verwendung von Surrogatvariablen. Surrogatvariablen sind Variablen, die als Stellvertreter für die tatsächlichen Ein-

flussgrößen stehen, sie aber nicht korrekt oder vollständig abbilden, wie z.B. die Variable „Stellung im Beruf“ für den Einflussfaktor „Soziale Schicht“.

Weiterhin ist bei der Interpretation der Daten zu beachten, ob es sich um eine rein explorative oder um eine konfirmatorische Auswertung handelt. Nur die konfirmatorische Auswertung hat Beweiskraft; an sie werden auch viel strengere Anforderungen gestellt, wie die a priori Formulierung von Hypothesen, das Festlegen eines Signifikanzniveaus, die Beschränkung der statistischen Testverfahren, die α -Adjustierung und ähnliches [Kron und Gaus 2002].

Bei der vorliegenden Auswertung handelt es sich um eine rein explorative Statistik. Die p-Werte im Modell sollen nur einen Hinweis auf die Stärke des Zusammenhangs angeben und haben keinen beweisenden Charakter. Die Ergebnisse dieser Auswertung müssen also in folgendem Sinn interpretiert werden: „Die beschriebenen Einflussfaktoren könnten einen Einfluss haben – weitere (konfirmatorische) Studien müssen zeigen, ob der beschriebene Einfluss tatsächlich vorhanden ist.“

Ebenso muss berücksichtigt werden, dass die Statistik keinen Hinweis auf die Kausalität eines Zusammenhanges geben kann. Nur formal geht die Interpretation von der Einfluss- auf die Zielvariable, z.B. „Frauen, die Alkohol trinken, nehmen häufiger alternative Heilmethoden in Anspruch“. Aber es ist nicht zu eruieren, ob Frauen, die Alternativmedizin bevorzugen, dies tun, weil sie häufiger Alkohol trinken, oder ob sie häufiger Alkohol trinken, weil sie auf Alternativmedizin vertrauen, oder ob sie sich einfach etwas gönnen, sei es das Viertel Rotwein oder zusätzliche Gesundheitsleistungen. Die Interpretation bleibt immer spekulativ.

4.1.2 Probleme der Sekundäranalyse

Bei einer Sekundäranalyse bestehen grundsätzlich zwei Probleme:

- die Daten wurden für eine (völlig) andere Fragestellung erhoben,
- die Daten sind bereits vorhanden, und man muss mit ihnen auskommen.

Dies heißt in der Regel, dass die Daten für die jetzige Fragestellung nicht so gut wie für die primäre Auswertung geeignet sind, da sie nicht „maßgeschneidert“ erhoben wurden. So bedeutet dies eine schlechtere Datenqualität und einen größeren Einfluss eventueller Fehler. Deswegen muss bei einer Sekundäranalyse die Interpretation besonders sorgfältig sein.

Das größte Problem sind fehlende Variablen, also Variablen, die für die primäre Fragestellung zwar irrelevant, aber für die Sekundäranalyse wichtig gewesen wären. Für die vorliegende Auswertung wäre wünschenswert gewesen, dass die Frage nach der Inanspruchnahme alternativer Heilverfahren differenzierter gestellt worden wäre. Angaben zur Art, Häufigkeit, zum Verlauf und zur Zufriedenheit mit den alternativen Heilverfahren wären interessant gewesen. Weiterhin hätte die Art der Therapeuten interessiert: speziell ausgebildete Ärzte, Heilpraktiker und sonstige Therapeuten und Institutionen. Und es wäre spannend gewesen, die Gründe für die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden und die Meinungen und Einstellungen über verschiedene Verfahren zu erfahren. Da all diese Fragen nicht gestellt wurden, können über die Ergebnisse nur Mutmaßungen angestellt werden.

Eine weitere Schwierigkeit ist die Beschränkung dieses Datensatzes auf die Altersgruppe der 45- bis 65-jährigen und die Gleichverteilung der Altersgruppen und Geschlechter. Hier wäre eine repräsentative Auswahl analog der Bevölkerung Deutschlands für die Fragestellung sinnvoller gewesen, insbesondere zur Frage des Einflusses des Alters auf die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden.

4.1.3 Übertragbarkeit der Studienergebnisse

Trotz aller oben dargelegten Bedenken und möglicher Fehler kann doch davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse dieser Untersuchung übertragbar sind – zumindest auf die Versicherten der AOK im Alter zwischen 45 und 65 Jahren. Der Vergleich mit der Literatur macht die gefundenen Einflussgrößen plausibel.

4.2 Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden

4.2.1 Studien zur Inanspruchnahme von alternativen Heilmethoden

Schätzungen über das Ausmaß der Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden reichten von 20% der Bevölkerung in den Niederlanden bis zu 46% in Deutschland und 49% in Frankreich [Fisher und Ward 1994]. Andere Untersuchungen zeigten für Deutschland sogar noch ein weit größeres Maß an Nutzung von Alternativverfahren. Eine Annahme ging von bis zu 64% aus

[Ernst 2000], womit es sich hier möglicherweise um die weltweit stärkste Verbreitung handelt. Das Institut für Demoskopie in Allensbach kam 1997 in einer Studie über die Nutzung von Naturarzneimitteln in der Bevölkerung zu dem Ergebnis, dass das Vertrauen in Alternativmedizin in den vergangenen 25 Jahren gestiegen ist. Waren es 1970 noch ca. 52% der Deutschen, die Naturarzneimittel im Krankheitsfalle anwenden, so sind es heute ca. 74% [Häußermann 1997]. Für die Bevölkerung der Schweiz gibt es eine Schätzung von 41% [Sommer et al. 1996]. Für Großbritannien ergaben Studien, dass 21% der Bevölkerung bereits Erfahrungen mit Alternativmedizin gesammelt hatten [Ernst 2000]. Aus den USA kamen Daten, denen zufolge die Nutzung von Alternativmedizin zwischen 1990 und 1997 von 34% auf 42% angestiegen ist [Eisenberg et al. 1998]. Die in unserer Befragung erhobene Prävalenz von 30% bei Männern und von knapp 50% bei Frauen in der Altersgruppe der 45- bis 65-jährigen liegt also durchaus im erwarteten Bereich.

Eine aktuelle Umfrage des Wissenschaftlichen Institutes der AOK unter 3000 gesetzlich Krankenversicherten und Patienten ergab, dass Ärzte immer mehr so genannte Selbstzahlerleistungen (IGeL) anbieten. Fast jeder vierte Patient (rund 16 Mio. GKV-Versicherte) bekommt im Laufe eines Jahres eine private Leistung angeboten oder hat eine solche in Anspruch genommen. Die Untersuchung zeigt einen deutlichen sozialen Zusammenhang: Das Angebot privater Zusatzleistungen hängt vom Einkommen und der Bildung der Befragten ab. Keinen Einfluss haben der Gesundheitszustand und das Alter der Befragten. Versicherte der unteren Einkommensgruppen bekamen nur in jedem fünften Fall eine Privatleistung angeboten, bei den oberern Einkommensgruppen berichten hingegen ein Drittel der Befragten, eine solche Leistung des jeweiligen behandelnden Arztes angeboten bekommen zu haben. Mehr als die Hälfte der angebotenen IGeL stammen von Gynäkologen und Augenärzten [Zok 2004].

4.2.2 Gründe für die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden

Das „Health-Belief-Modell“ [Becker 1974] beschreibt den individuellen Glauben über die Entstehung, Anfälligkeit, Schwere und Bedrohung einer Erkrankung und die Beurteilung der Methoden, die gegen diese Erkrankung angewendet werden können. Diese sind abhängig von bevölkerungsstatistischen Variablen (wie Alter, Geschlecht und Rasse) und von sozialpsycho-

logischen Variablen (wie sozialer Schichtzugehörigkeit, Persönlichkeit, Gleichgestellte und Bezugsgruppen).

Aktivierende Momente wie beispielsweise Kampagnen in den Medien, Rat eines Dritten oder Gesundheitsaktionen haben ebenso einen Einfluss, der sich auf die aktuell empfundenen Bedrohung durch eine bestimmte Krankheit auswirkt. Daraus ergibt sich die Wahrscheinlichkeit für die Befolgung präventiver und/ oder therapeutischer Maßnahmen.

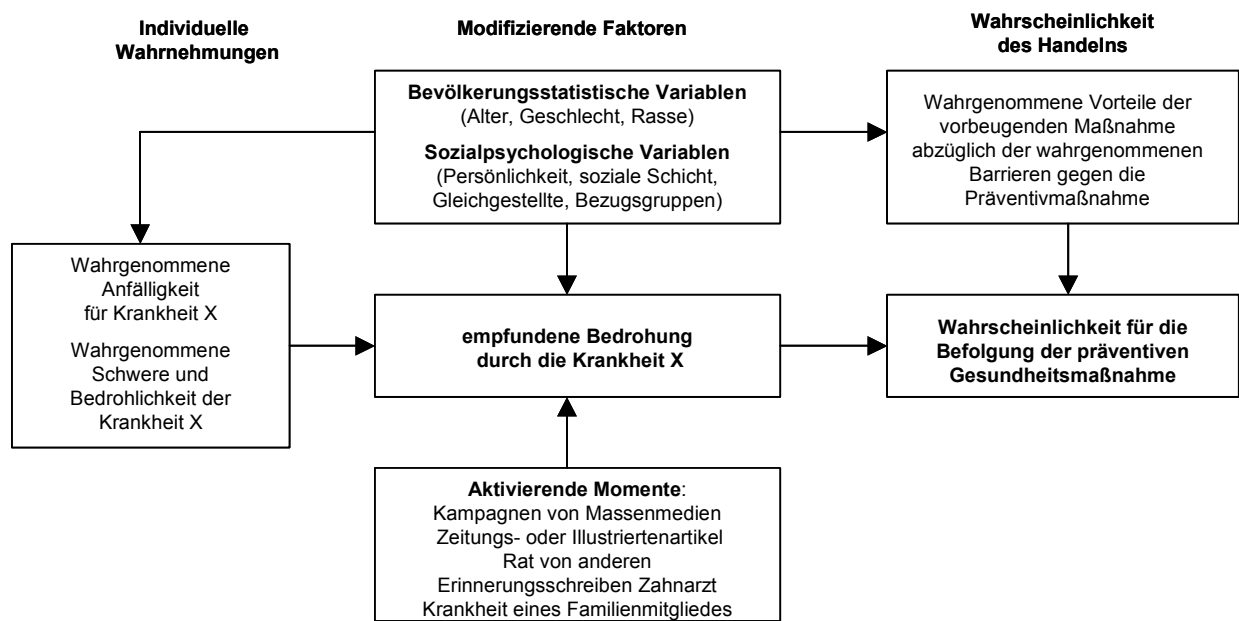


Abbildung 2: Health Belief Model nach Becker

Die Überzeugung beim Anwender spielt ebenfalls eine große Rolle. Hier werden oft als Argumente angeführt, alternative Heilmethoden seien besser, schonender, natürlicher, verträglicher, „harmonischer“ und nebenwirkungsarm bzw. -frei. Einige Verfahren (z.B. Homöopathie, Chirotherapie und Massage) sind offensichtlich zuwendungsintensiver als herkömmliche; dadurch erklärt sich der hohe Anteil an Patienten, die sich mit diesen Verfahren besser verstanden fühlen [Astin 1998, Vincent und Furnham 1996]. In diese Überzeugung passt auch gut die gängige Vorstellung zur Anregung der „natürlichen Selbstheilungskräfte“, basiert sie auch heute noch auf den Vorstellungen des ausgehenden 18. Jahrhunderts: auf dem Vitalis-

mus. Der Vitalismus beschreibt Krankheit und Heilung als immaterielle Prozesse. *„Dies zieht eine mit modernen biologischen Konzepten schwer kompatible Definition des Krankheitsbegriffes nach sich, welcher im schulmedizinischen Sinne so nicht greifbar ist“* [Haustein et al. 1998].

Da die gesetzlichen Krankenkassen – mit Ausnahme der anthroposophischen Medizin (sofern der Therapeut oder die Institution eine kassenärztliche Zulassung besitzt [Queck 2003]) - nicht und die privaten Versicherungsträger nur teilweise für die z. T. nicht unerheblichen Kosten einer alternativen Heilmethode aufkommen [Merkur Gesundheitsmonitor 2004], entsteht für den Patienten ein Kostenaufwand im psychologischen Sinne einer Entbehrung oder einer speziellen Bemühung um seiner selbst. Einfacher ausgedrückt: „Die Therapie muss gut sein, weil sie etwas kostet“.

Der Wunsch nach aktiver Teilnahme am Heilungsprozess kann seinen Ursprung in der Mit- und Selbstbestimmung des Patienten haben; beim Vergleich von internationalen Studien zu diesem Thema fällt immer wieder – wie auch in dieser Arbeit – auf, dass Anwender alternativer Heilverfahren in einem besonderen Maße gesundheitsbewusst sind und weniger gesundheitliche Risiken mitbringen als die Vergleichsgruppen. *„Weiterhin existieren eine Vielzahl realer oder vermeintlicher Gründe, die den Patienten zu alternativen Heilverfahren führen, wie z.B. Situationen krankheitsbedingter existentieller Not, das jedem Menschen innewohnende Maß an Irrationalität, aber auch Defizite in der ärztlichen und menschlichen Zuwendung, die mangelnde Beachtung von Befindlichkeitsstörungen, die scheinbare, unerläuterte Dominanz technischer Untersuchungen oder „chemischer“ Therapien, die Suche nach weiteren therapeutischen Möglichkeiten oder einfach nach einer zweiten Meinung“* [Haustein et al. [1998].

Anwender alternativer Heilmethoden sind eine stark inhomogene Gruppe. Sie unterscheiden sich in der Zufriedenheit mit ihren behandelnden Ärzten, ihrem Lebensstil, der Gesundheitsvorsorge, ihrem Umweltverhalten, ihrem Vertrauen in rezeptierte Medikamente, Vertrauen in die medizinische Wissenschaft, der individuellen Bedeutung und Vorstellung von Gesundheit und ihrer Ansicht über schädigende Effekte der medizinischen Wissenschaften, was zur Folge hat, dass einzelne Gruppierungen unterschiedlichen alternativen Heilmethoden verschieden stark zusprechen. Das Ergebnis all dessen ist, dass Patienten unterschiedliche Ärzte zu Rate ziehen, die alternativen wie die konventionellen Therapeuten, jeweils aus der Kombination

aus dem Maß an Misstrauen gegenüber der Schulmedizin, ihrem Lebensstil und anderen Überzeugungen [Vincent und Furnham 1999]. Starke Motivationen, alternative Heilverfahren anzuwenden, waren nach den englischen Psychologen Vincent und Furnham eine geringe Überzeugung gegenüber der Schulmedizin, der Glaube, Schulmedizin könne im individuellen Fall nicht helfen, und alternative Heilverfahren leisteten mehr als Schulmedizin [Vincent und Furnham 1996].

Ein wichtiger Grund für die anhaltende Beliebtheit alternativer Heilmethoden sind die damit arbeitenden Therapeuten selbst. Sie überzeugen besser für die Anwendung alternativer Methoden, sei es aus eigener Überzeugung und Lebensausrichtung wie beispielsweise in der anthroposophischen Medizin oder aus direktem ökonomischem Interesse. Der Therapeut selbst wirkt hier als Therapie [Balint 1996].

Nicht zu bestreiten ist bei bestimmten Naturheilverfahren ein gewisser „Wellness-Faktor“; es erfolgt in einem gewissen Umfang Stressabbau durch eine notwendig auferlegte „Aus-Zeit“ (Bsp.: Anwendungen wie Kataplasmen, Massagen oder Aromatherapie nehmen Zeit in Anspruch, fühlen sich angenehm an und riechen gut). Oft wird auch auf die lange Tradition und Überlieferung hingewiesen, die gleichzeitig die Bewährtheit der Methode preist, nach dem Motto: Was vor Jahrhunderten und „zu Großmutterns Zeiten“ geholfen hat, kann nicht schlecht sein. Zudem wird die alternative Medizin als „sanfte“, natürliche Medizin angesehen, im Gegensatz zu der technisierten „seelenlosen“ Schulmedizin.

Alternativmedizin wird in der Regel selten ausschließlich, sondern begleitend zu einer schulmedizinischen Therapie angewandt [Di Gianni et al. 2003]. Einer der Hauptgründe dafür ist, bei einer ernsten Erkrankung jede Therapieoption zu nutzen, die kurative oder verbessernde Wirkung zeigen könnte.

Alternative Heilverfahren werden von den Anwendern, vor allem wenn sie additiv angewendet werden, als hilfreich und effektiv empfunden [Astin 1998]. Wichtig zu wissen ist außerdem, dass mindestens die Hälfte aller Patienten über die zusätzliche Anwendung alternativer Heilmethoden aus verschiedenen Gründen nicht mit ihrem behandelnden Arzt redet [Rao et al. 1999].

4.2.3 Erforschung alternativer Heilmethoden

Weltweit finden Versuche statt, durch Forschung den therapeutischen Effekt verschiedener alternativer Heilmethoden zu belegen und den schulmedizinischen Verfahren gleichzustellen [Righetti 1991]. So waren im Haushaltsplan der Europäischen Union 1996 1 Mio. Ecu (entsprach ca. 624.200 DM bzw. ca. 319.000 € *) zur Erforschung nichtkonventioneller Therapieverfahren enthalten [Haustein et al. 1998]; die National Institutes of Health in den USA stellten dafür im Jahr 2000 68,3 Mio. \$ und im Jahr 2001 mehr als 100 Mio. \$ zu Verfügung [Stux 2005].

In Deutschland gibt es verschiedene Interessengruppen, die die wissenschaftliche Erforschung alternativer Heilverfahren in großem Umfang vorantreiben: Fachverbände, Universitäten, Krankenkassen und Stiftungen. Diese haben sich unter anderem die wissenschaftliche Durchdringung der Schulmedizin mit Naturheilkunde und Homöopathie sowie die Förderung des wissenschaftlichen und ärztlichen Nachwuchses zum Ziel gesetzt. Das langfristige Ziel ist die Integration der Komplementärmedizin in Forschung und Lehre der Hochschulmedizin.

Hierbei spielt die „Karl und Veronica Carstens-Stiftung“ eine bedeutende Rolle. Die Stiftung hat sich zur Aufgabe gestellt, dass Ärzte der Zukunft beide Gebiete, Naturheilkunde/Homöopathie, sowie die Schulmedizin beherrschen sollen, um im Einzelfall entscheiden zu können, welches Vorgehen am besten hilft. Das Ziel ist ein Miteinander beider Richtungen und ein auf Wissenschaft und Forschung beruhendes Grundlagenwissen. Die Stiftung versucht, Wirksamkeitsnachweise naturheilkundlicher Behandlungsformen und Arzneimittel bei wichtigen Krankheiten zu erbringen und treibt die Ausbildung der neuen Ärztegeneration voran; sie bietet möglichst wissenschaftsgestützte Information zu Naturheilkunde und Homöopathie bei den verschiedensten Erkrankungen an [Carl und Veronika Carstens Stiftung 2005].

* 1 Ecu entsprach am 17.12.1992 genau 0,6242 DM und 1 € entsprach 1,95583 DM
(aus <http://userpage.fu-berlin.de/~tmuehle/europa/euro/currencysys06.htm#composition> aufgerufen am 18.08.2005 und aus: <http://www.fernabsatz-gesetz.de/Preisangabe-Euro.htm> aufgerufen am 18.08.2005)

4.3 Beantwortung der Fragestellungen und Vergleich der Ergebnisse mit der Literatur

4.3.1 *Wie unterscheiden sich die Anwender zusätzlicher alternativer Heilmethoden von denen, die rein schulmedizinisch behandelt werden?*

Mehr als ein Drittel aller Befragten in dieser Studie wenden alternative Heilmethoden an. Dabei war unter den Anwendern von Alternativmedizin ein fast doppelt so hoher Frauenanteil zu verzeichnen. Die Gruppe der Anwender von alternativen Heilverfahren unterscheidet sich in folgenden Punkten deutlich von denjenigen Befragten, die nur Schulmedizin anwenden (in Klammern die Faktoren, die zwar in den Kreuztabellen eine Rolle zu spielen scheinen, im logistischen Modell jedoch eliminiert wurden)

- in soziodemographischen Faktoren
 - Geschlecht
 - Alter
 - Stellung im Beruf
 - (Bildung)
 - (Einkommen)
- im Gesundheitszustand
 - subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes
 - Vorhandensein chronischer Erkrankungen
 - Zufriedenheit mit dem Arzt
- im Gesundheitsverhalten
 - Gesundheitsvorsorge
 - Impfverhalten
 - (Rauchen und) Alkoholkonsum
 - (Sport und gesunde Ernährung)

Es gibt einige Studien, die sich mit den Determinanten einer Inanspruchnahme von alternativmedizinischen Verfahren befassen. Vielfach handelt es sich hierbei um Untersuchungen unter ambulanten oder stationären Krankenhauspatienten. Bevölkerungsbezogene Untersuchungen kommen mehrheitlich aus den USA und Großbritannien. So konnte eine britische

Telefonbefragung unter zufällig ausgewählten Personen der Bevölkerung zeigen, dass die Nutzer von Alternativverfahren mehrheitlich Frauen mittleren Alters aus höheren Gesellschaftsschichten waren [Ernst und White 2000].

Weidemann beschrieb 2001 in seiner Untersuchung an Patienten einer nach anthroposophischen Grundsätzen geführten Klinik der Grundversorgung, der Filderklinik in Filderstadt, den Versicherungsstatus seines Patientenkollektivs. Patienten, die die Klinik ohne Wunsch nach komplementärmedizinischer Versorgung aufsuchten, waren zu 61,5% bei der AOK gesetzlich krankenversichert. Patienten, die die Filderklinik mit dem Wunsch nach zusätzlichen naturheilkundlichen Therapieoptionen aufsuchten, waren nur zu 25,7% bei der AOK versichert, und Patienten mit einer anthroposophischen Lebensausrichtung zu 25,6%. In den beiden letzt genannten Patientengruppen dominierten die Ersatzkassen (vor allem diejenigen, die naturheilkundliche Maßnahmen erstatten) und private Versicherungsträger. Dies kann indirekt für Rückschlüsse auf den sozio-ökonomischen Status der Befragten verwendet werden.

Die drei Patientengruppen unterschieden sich auch hinsichtlich der bewussten Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden. In Gruppe 1 nehmen diese rund 23% der Befragten wahr, in Gruppe 2 fast 80% und in Gruppe 3 97,4% der Befragten. Weiterhin unterschieden sich Anwender und Nicht-Anwender von Alternativmedizin in der Zufriedenheit mit dem Arzt: Patienten ohne „naturheilkundliche Motivation“ waren zu 88,5% zufrieden bzw. sehr zufrieden mit der bisherigen ärztlichen Behandlung, in der Gruppe der Patienten, die mit einer speziellen naturheilkundlichen Motivation die Filderklinik aufsuchten, waren es nur 31,4% und in der Gruppe der Anthroposophen 48,7%. Hier besteht Übereinstimmung mit der vorliegenden Untersuchung, dass weibliche Anwender von Alternativmedizin unzufriedener mit der ärztlichen Behandlung waren als Nicht-Anwender. Auch die Überzeugung, durch Eigeninitiative eine Erkrankung positiv beeinflussen zu können, deckt sich bei Weidemann und der vorliegenden Untersuchung: Hiervon sind 76,9% der eher schulmedizinisch orientierten Patienten überzeugt; der Anteil bei den Anwendern von Alternativmedizin liegt bei 85,7% und 84,6% deutlich höher [Weidemann 2001].

4.3.2 Gibt es einen spezifischen Unterschied in der Anwendung zusätzlicher alternativer Heilmethoden zwischen Mann und Frau?

Frauen wenden Alternativmedizin deutlich häufiger an als Männer. Bereits die rohen Odds Ratios unserer Studie ließen vermuten, dass die Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme bei Männern und Frauen verschieden sind.

Männer, die Alternativmedizin anwenden, sind fast doppelt so häufig wie Frauen ledig. Für Männer und Frauen ergeben sich Unterschiede in den sozioökonomischen Variablen und im Gesundheitsverhalten. Deswegen wurden in dieser Studie getrennte Modelle für die Geschlechter gerechnet.

Frauen, die Alternativmedizin in Anspruch nehmen, treiben regelmäßiger und mit einem größeren Zeitaufwand Sport, suchen ihren Zahnarzt zur Vorsorge öfter und regelmäßiger auf, gehen regelmäßiger und in kürzeren Zeitabständen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, betreiben konsequenter Schutz vor UV-Strahlung und sind gewissenhafter im Impfverhalten als Männer aus der Gruppe der Nutzer von Alternativmedizin.

Frauen messen, im Gegensatz zu Männern, ihrer täglichen Ernährung einen höheren Stellenwert bei. Sie sind an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und –erhaltung ebenfalls stärker beteiligt und zeigen ein größeres Interesse an Themen zur Gesundheit, was den größeren Konsum von Medienbeiträgen zu Gesundheitsthemen zur Folge hat.

Frauen, die Alternativmedizin nutzen, trinken signifikant öfter Alkohol als Männer mit Alternativmedizin – vor allem, wenn sich eine Gelegenheit ergibt. Beim Rauchverhalten ist es genau umgekehrt: die Frauengruppe weist den geringeren Anteil von aktiven Rauchern mit einem geringeren Zigarettenkonsum pro Tag auf, und der Anteil von Nichtraucher ist deutlich höher.

Das Allensbacher Institut für Demoskopie hat 1997 in einer vom Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller in Auftrag gegebenen Umfrage unter 2647 Personen im Alter zwischen 16 und 60+ herausgefunden, dass Frauen im Alter zwischen 30-44 und 45-59 verstärkt zu Naturarzneimitteln greifen [Häußermann 1997].

Freidl, Stronegger und Neuhold [2002] beschreiben in der Untersuchung „Lebensstile in

Wien“, die vom Magistrat der Stadt Wien in Auftrag gegeben wurde, dass fast alle komplementärmedizinischen Behandlungen von Frauen stärker in Anspruch genommen werden als von Männern. Frauen erwiesen sich in dieser Untersuchung auch als stärker in die aktive Gesundheitsprävention involviert als Männer (Beispiel: Ernährungs- und Diätberatung, Teilnahme an Gesundheitskursen).

In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes von 2002 zur „Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin“ [Marstedt und Moebus 2005] wird ebenfalls beschrieben, dass Frauen Alternativmedizin deutlich häufiger anwenden als Männer.

Weidemann fand in seiner Untersuchung über die Einstellung zu Umwelt und Krankheit bei internistischen Patienten eines anthroposophischen Krankenhauses ebenfalls Unterschiede zwischen Mann und Frau in der Anwendung von Alternativmedizin: Die Gruppe derer, die naturheilkundliche Therapieoptionen suchte, setzte sich aus 10 Männern und 25 Frauen zusammen; die Gruppe der Anthroposophen bestand aus 9 Männern und 30 Frauen. Frauen insgesamt, aber vor allem in der Gruppe „Naturheilkunde“, gehen regelmäßiger und öfter zu Krebsvorsorgeuntersuchungen als Männer [Weidemann 2001].

Nach der Auswertung der Daten der schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997 und 2002 durch Crivelli, Ferrari und Limoni (2004) wenden Frauen alternative Heilverfahren ebenfalls signifikant häufiger an als Männer, nämlich fast doppelt so häufig [Crivelli et al. 2004]. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem aus der amerikanischen Untersuchung von Barnes [Barnes et al. 2002].

4.3.3 Welchen Einfluss auf die Anwendung zusätzlicher alternativer Heilmethoden haben soziodemografische Faktoren?

Alternativmedizin wird in der vorliegenden Untersuchung am häufigsten von der Gruppe der 45-50-jährigen Befragten angewendet. Auch in der Wiener Studie waren die Anwender von Alternativmedizin jünger: Am häufigsten wenden Befragte der Altersgruppen 25-44 und 45-59 Jahre Komplementärmedizin an, die Altersgruppe 60-75+ Jahre wendet trotz der gestiegenen Morbidität Komplementärmedizin vergleichsweise selten an. Die Altersgruppe unter 45 nahm Alternativmedizin unterdurchschnittlich oft in Anspruch – jedoch muss dies nicht unbedingt

Distanz zu alternativen Therapien bedeuten, sondern kann durch eine deutlich niedrigere Morbidität und Inanspruchnahme des Medizinsystems überhaupt zu erklären sein [Freidl, Stronegger und Neuhold 2002].

Alternative Heilmethoden werden besonders von Befragten mit einem gehobenen Bildungsniveau und einer (hoch) qualifizierten Berufsausbildung in einer hohen beruflichen Stellung in Vollzeitbeschäftigung angewendet, dies trifft in der Befragung besonders auf Männer zu. Je höher das Haushaltseinkommen der Befragten ist, desto eher werden alternative Heilverfahren angewendet [Freidl, Stronegger und Neuhold 2002]. Diese Beobachtung deckt sich mit vielen weiteren internationalen Untersuchungen.

In der vorliegenden Untersuchung wurde das Haushaltseinkommen nicht in der logistischen Regression berücksichtigt, da immerhin 67 Befragte (= 22,3%) dazu keine Angaben machen wollten. Bei Männern zumindest spielte die Stellung im Beruf für die Inanspruchnahme alternativer Heilverfahren eine Rolle, was sich mit den Beobachtungen von Freidl et al. und Di Gianni et al. deckt.

Di Gianni et al. kamen 2003 in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass Anwenderinnen von Alternativmedizin einen höheren Bildungsstand (83% der Studienteilnehmerinnen hatten mindestens einen Collegeabschluss) und ein relativ hohes Haushaltseinkommen haben (mindestens 65.000 \$ Jahreseinkommen und mehr) [Di Gianni et. al 2003]. Da nur weiße, der kaukasischen Rasse zugehörige Frauen an der Untersuchung teilnahmen, sind die Studienergebnisse gut mit europäischen Untersuchungen vergleichbar. Auch Astin beschrieb 1998 einen höheren Bildungsstand als Prädiktor für die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden [Astin 1998].

In der Allensbacher Untersuchung von 1997 [Häußermann 1997] zeigte sich, dass Befragte im Alter zwischen 30-44 und 45-59 Jahren mit einem guten Einkommen und einem soliden Bildungsniveau bei leichten Beschwerden und adjuvant bei schwerwiegenderen Erkrankungen zu Naturarzneimitteln greifen. Die zur Selbstmedikation dienenden Naturarzneimittel werden von 56% der Befragten selbst gekauft, folglich müssen diese Befragten über ein gesichertes und gutes Einkommen verfügen. Die Umfrage beschreibt die Befragten als kritisch gegenüber der Schulmedizin, und sie haben eine feste Meinung bezüglich bestimmter gesundheitspolitischer Themen; folglich scheinen die Befragten über ein hohes Bildungsniveau zu verfügen, wenn sie sich, wie geschildert, detailliert mit Gesundheitsfragen auseinandersetzen.

Freidl, Stronegger und Neuhold beschreiben in „Lebensstile in Wien“ [2002] ebenso, dass die Anwendung von Komplementärmedizin mit steigender Schulbildung stark zunimmt, und dies bei Frauen stärker als bei Männern. Akademiker wenden Komplementärmedizin dreimal häufiger an als Befragte mit Pflichtschulbildung. Ebenso wirkt sich ein steigendes Haushaltseinkommen auf die Anwendung von Komplementärmedizin aus; umgekehrt wirkt sich ein niedriges Bildungsniveau und ein schlechtes Haushaltseinkommen geradezu als Barriere für die Anwendung von Alternativmedizin aus.

Erklärungen dafür könnten der entsprechende Lebensstil der mittleren und gehobenen Mittelschicht sein. Hier gehört es quasi zum guten Ton, vergleichbar einer zeitlosen Modeerscheinung, alternativmedizinische Therapien bei Beschwerden in Anspruch zu nehmen. An dieser Stelle sollte das zuvor erläuterte soziologische Modell des „Health belief“ greifen: die interkulturellen, intellektuellen und relativ komplexen Auseinandersetzungen und Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit der Mittelschicht, welche auch spirituellen Charakter zeigen können, finden bei entsprechenden Therapierichtungen, die auf ähnlichen Ideen gründen, ihre Ansprüche, Vorstellungen und Forderungen befriedigt. Einen weiteren Faktor stellt die Finanzkraft dieser Personengruppe dar, man kann sich diese Verfahren leisten, und für die individuelle Gesundheit und das Wohlbefinden spielen Ausgaben eine eher untergeordnete Rolle.

In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur „Inanspruchnahme von alternativen Methoden in der Medizin“ [Marstedt und Moebus 2002] wird erläutert, dass von den im Jahre 2000 rezeptfrei verkauften Phytotherapeutika im Gesamtwert von rund 2 Milliarden € nur 44% ärztlich verordnet waren, der Rest wurde in Selbstmedikation gekauft. Hinzu kommen etwa 0,4 Milliarden € aus Käufen in Drogerie- und Verbrauchermärkten. Angesichts dieser Summe ließe dies auf einen höheren Lebensstandard und ein hohes Einkommen schließen. Am häufigsten wird der Untersuchung zufolge Alternativmedizin von qualifizierten Angestellten, Beamten, Selbständigen und Freiberuflern, welche sich durch ein besonderes Gesundheitsbewusstsein auszeichnen, und am wenigsten von Arbeitern angewendet. Analog ist die vermehrte Inanspruchnahme bei einem höheren schulischen Bildungsabschluss nachgewiesen.

Weidemann beschreibt in seiner Arbeit von 2001 ebenfalls, dass Anwender alternativer Heilverfahren über ein gehobenes Bildungs- und Ausbildungsniveau verfügten. In den beiden naturheilkundlich orientierten Gruppen waren mit Abstand auch die meisten Patienten mit einem

Hochschulabschluss. Er beschrieb weiterhin, dass das Misstrauen gegenüber den Ärzten mit dem Alter tendenziell abnimmt und mit dem Bildungsgrad zu [Weidemann 2001].

Bockelbrink hatte 2004 in ihrer Untersuchung an 351 Allergiepateinten einen Anteil von rund 27% Befragter, die alternative Heilverfahren bei Allergiebeschwerden anwendeten, davon waren 63% Frauen. Vor allem die jüngeren Befragten im Alter zw. 43-47 Jahren wendeten Alternativmedizin signifikant häufiger an. Nutzer von Alternativmedizin hatten eine höhere Schulbildung [Bockelbrink 2004].

Hinsichtlich der Staatsangehörigkeit, des Familienstandes, der Lebensform, der Einwohnerzahl des Wohnortes und der Anzahl der Heimtierhalter sind kaum Unterschiede zu verzeichnen. Auffällig war jedoch, dass in unserer Studie Nutzerinnen von Alternativmedizin häufiger Haustiere haben. Bei jedem Haustier außer der Katze ließ sich für Frauen eine OR von 1,2 errechnen. Waren die befragten Frauen Katzenhalterinnen, nahm die OR auf 1,4 zu. Die Haltung von Katzen als Haustier ist für Männer, die alternative Heilmethoden anwenden, in den rohen Odds Ratios signifikant: hier ließ sich eine Odds-Ratio von 1,8 errechnen. Im logistischen Modell allerdings wurde der Faktor „Katze“ wieder eliminiert. Möglicherweise ist der Besitz einer Katze ein Surrogatparameter für die soziale Schicht; vielleicht haben Eigenheimbesitzer mit höherem Einkommen eher eine Katze als die Bewohner einer Mietwohnung.

Haustierbesitzer könnten aber durch die Verantwortung und Sorge für das Tier, im Sinne eines Schutzbefohlenen, umsichtiger und besser sein in der Beobachtung bezüglich des Wohlbefindens des Tieres. Folglich ist die Bereitschaft zu präventiven Maßnahmen allgemein größer. Berücksichtigt man den Boom von alternativen Heilverfahren in der Veterinärmedizin, könnte auch eine gute Erfahrung beim Tier auf dem Menschen übertragen und angewendet werden. In der Literatur wurde hierfür keine Entsprechung gefunden – keine der Studien hatte die Haustierhaltung als Confounder erfragt.

Crivelli, Ferrari und Limoni beschrieben 2004 in ihrer Auswertung der schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997 und 2002 die Anwender alternativer Heilmethoden ebenfalls als höher gebildet und jüngeren Alters als 55 Jahre [Crivelli et al. 2004]. Zum selben Ergebnis kommt die Untersuchung von Barnes [Barnes et al. 2002].

4.3.4 Welchen Einfluss hat der Gesundheitszustand?

Der letzte Arztbesuch lag bei den Anwendern von Alternativmedizin zum Zeitpunkt der Befragung am kürzesten zurück. Fast die Hälfte der Befragten war „innerhalb der letzten vier Wochen“ wegen einer akuten Erkrankung beim Arzt. Dies lässt sich durch den Erhebungszeitraum erklären. Der Zeitraum Herbst/Winter ist als klassische Erkältungszeit anzusehen und Anwender von Alternativmedizin gehen wohl früher, häufiger und regelmäßiger zum Arzt.

Männer beschreiben ihren Gesundheitszustand signifikant häufiger als „weniger gut“ und „schlecht“ als Frauen; diese Angaben korrelieren wider Erwarten nicht mit den Angaben zum Vorhandensein von chronischen Erkrankungen. Anwender von Alternativmedizin weisen einen deutlich geringeren Anteil von chronischen Erkrankungen auf; diese präferieren jedoch nicht - im Gegensatz zur Literatur - für die Anwendung von Alternativmedizin; hierzu ließ sich eine rohe OR von 0,6 für Männer (95%-KI 0,3-1,3) und ebenfalls 0,6 für Frauen (95%-KI 0,3-1,2) sowie eine adjustierte OR von 0,4 für Männer im logistischen Modell errechnen. Freidl, Stronegger und Neuhold beschreiben jedoch hierzu in „Lebensstile in Wien“ [2002], das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung wirke sich als äußerst förderlich auf die Anwendung von Komplementärmedizin aus.

Eine Erklärung für das Entstehen dieser Konstellation könnte sein, dass in der Telefonbefragung chronische Erkrankungen als solche nicht wahrgenommen werden und eine unabsichtlich falsche Antwort darauf erfolgte. Diesen Effekt kennen viele ärztliche Kollegen aus der Anamneseerhebung, wenn eine konkrete Frage verneint wird und an einer anderen Stelle des Gespräches indirekt doch mit positivem Ergebnis wieder einfließt. Man hätte auf diese Frage möglicherweise präzisere Antworten bekommen, wenn man beispielsweise eine Medikamentenanamnese erhoben hätte; aber hierfür waren der Fragebogen und der geplante Zeitaufwand nicht konzipiert.

Möglicherweise spielt die Art der chronischen Erkrankung eine Rolle. Anwender von alternativen Heilverfahren der vorliegenden Arbeit haben einen geringeren Anteil von schwerwiegenden chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Hypertonie und Herzerkrankungen. Das Vorhandensein von chronischen Erkrankungen, die unter Befindlichkeitsstörungen subsumiert werden können, wie z.B. Rückenschmerzen, Allergien und Kopfschmerzen, führen jedoch zur verstärkten Anwendung von Alternativmedizin.

In der Praxis gibt es eine große Zahl Patienten, die lediglich Befindlichkeitsstörungen aufweist wie benigner Schwindel, Müdigkeit, Unwohlsein und Belastungsreaktionen. Diesen kann natürlich eine ernste Erkrankung zugrunde liegen; bei den meisten Patienten kristallisieren sich jedoch funktionelle Beschwerden heraus, die im Klassifikationssystem der Schulmedizin schon aufgrund der Nomenklatur keinen Platz oder eine adäquate Therapie finden. Alternative Heilverfahren sind durch ihr individuelles Bemühen für Patient und Therapeuten befriedigender, weil man Beschwerden „euphemistischer“ benennen kann. Hier setzt auch ein wesentlicher Kritikpunkt der orthodoxen Schulmediziner an, nämlich der, dass wissenschaftliche Wirkungsnachweise für viele dieser Therapien nicht erbracht sind und somit wohl ein Placeboeffekt durch die intensive Auseinandersetzung des Arztes mit dem Patienten zustande kommt.

Eine eigene Krebserkrankung und eine in der Familie des Befragten vorgekommene Krebserkrankung führen zur verstärkten Anwendung von Alternativmedizin. Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand lassen auch die Betrachtungen derjenigen Befragten zu, die den Status nicht-erwerbstätig haben; sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen, die Alternativmedizin anwenden, war der Anteil derer, die Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente beziehen, höher.

Die Zufriedenheit mit dem letzten Arztbesuch steht in engem Verhältnis zu dem subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand. Die Zufriedenheit mit dem letzten Arztkontakt ist ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal zwischen Anwendern alternativer Heilverfahren und Anwendern von Schulmedizin. Der Anteil von Befragten, die mit dem letzten Arztbesuch „unzufrieden“ bis „sehr unzufrieden“ waren, ist bei den Anwendern von Alternativmedizin deutlich höher. Die logistische Regression zeigte hier eine OR von 2,3 für Frauen.

Nach der Untersuchung von Astin (1998) waren negative Erfahrungen mit der Schulmedizin kein Prädiktor für die Inanspruchnahme von Alternativmedizin. In seiner Untersuchung gaben nur 4,4% der Befragten an, deswegen vorrangig auf alternative Therapien zurückzugreifen.

Vincent und Furnham beschrieben 1999 Anwender von Alternativmedizin, hier speziell Akupunkturpatienten, als sehr skeptisch gegenüber der Schulmedizin und den medizinischen Neuerungen, den Nebenwirkungen von Medikamenten und der Methodik der medizinischen Wissenschaft allgemein. Sie sind kritischer und unzufriedener mit ihrem behandelnden Arzt und

haben ein größeres Maß an chronischen Leiden. Aus diesem Grunde konsultieren diese Befragten verschiedene Therapeuten. Befragte, die Alternativmedizin anwenden, sind insgesamt betrachtet eine deutlich inhomogene Gruppe mit verschiedenen Intentionen und Lebensstilen [Vincent und Furnham 1999].

Die Beobachtung, dass Patienten mit einem schlechteren Gesundheitszustand mehr alternative Heilmethoden anwenden als Patienten, die ihren Gesundheitszustand als gut beschreiben, deckt sich mit den Studienergebnissen von Di Gianni et al. (2003). Sie kamen in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass Krebspatienten häufiger alternative Heilverfahren anwenden. Insgesamt nutzen 53% der Befragten Alternativmedizin; Patientinnen nach überlebter Krebserkrankung sind hier mit 61% vertreten und Nicht-Erkrankte Studienteilnehmerinnen mit 42%. Krebserkrankte Frauen wenden in Gegensatz zu Nicht-Erkrankten Frauen häufig mehrere verschiedene alternativmedizinische Therapien an.

Astin hat in seiner Untersuchung von 1998 [Astin 1998] die Erkrankungen beschrieben, für die Alternativmedizin herangezogen wird. Diese sind chronische Schmerzen, psychophysische Erschöpfungszustände, Beschwerden des Bewegungsapparates, Kopfschmerzen, psychische Verstimmungen, Depressionen und Beschwerden des Gastrointestinaltraktes; Erkrankungen also, für die in der konventionellen Medizin nur eingeschränkte Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen, oder deren Behandlung nur unter Inkaufnahme von Nebenwirkungen möglich ist. Von komplementärmedizinischer Seite hingegen werden die nebenwirkungsfreien Therapien angeboten bzw. erwartet. Es stellt sich an dieser Stelle auch die Frage nach einer Somatisierungsneigung dieser Patienten. Kommentatoren dieser Studie gelangen „aus eigener Erfahrung“ zu dem Schluss, der naturheilkundlich tätige Arzt sollte über eine zusätzliche psychosomatische Ausbildung verfügen [Dobos 1998].

Die Allensbacher Umfrage von 1997 [Häußermann 1997] beschreibt den Einsatz von Naturarzneimitteln als Selbstmedikation unter den Befragten vor allem bei leichten Beschwerden wie Erkältungskrankheiten und Verdauungsbeschwerden, ein Arzt werde hierfür nicht aufgesucht. Die Auflistung dieser Umstände lässt indirekt die Schlussfolgerung zu, bei diesem Personenkreis handelt es sich überwiegend um sonst gesunde Befragte.

In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur „Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin“ von 2002 [Marstedt und Moebus 2002] wird der deutlich höhere Stellenwert

der Alternativmedizin in der Behandlung von chronischen Erkrankungen und der Rehabilitation im Gegensatz zur adjuvanten bzw. sekundären Therapieoption von Akutkrankheiten betont. Chronisch Erkrankte haben deutlich mehr Erfahrung im Umgang mit nicht-konventionellen Therapien als nicht-chronisch Erkrankte. Motivation für die Inanspruchnahme von Alternativmedizin sind verschiedenen Befragungen zufolge schlechte Erfahrung mit der Schulmedizin, Furcht vor Nebenwirkungen und die Vorstellung von einer „sanften“ Therapie.

Nicht-Anwender von alternativen Heilverfahren waren in der Untersuchung von Weidemann 2001 gesundheitlich stärker und schwerer beeinträchtigt als die Anwender von Alternativmedizin. Patienten, die die Filderklinik ohne speziell naturheilkundlichen Beweggrund aufsuchten, waren akut lebensbedrohlich erkrankt, hatten viele chronische Krankheiten und einen hohen Anteil von Krebserkrankungen. Von den Patienten, die speziell wegen einer zusätzlichen naturheilkundlichen Therapieoption stationär in der Filderklinik waren, hatte die Mehrheit eine psychosomatische Erkrankung oder eine nicht lebensbedrohliche Exazerbation einer chronischen Erkrankung erlitten. Die Gruppe der Anthroposophen war vom Erkrankungsprofil gekennzeichnet durch den höchsten Anteil an funktionellen und psycho-physischen Erkrankungen und Erschöpfungszuständen, diese Gruppe hatte aber auch die meisten Tumorpatienten [Weidemann 2001].

Auch in der Untersuchung von Bockelbrink wenden Allergiepationen, die starke Beschwerden über einen langen Zeitraum hin haben, also als chronisch erkrankt gelten können, Alternativmedizin signifikant häufiger an als Allergiepationen, die weniger lang und weniger stark ausgeprägte Beschwerden haben [Bockelbrink 2004].

Crivelli, Ferrari und Limoni beschrieben 2004, dass die Anwender alternativer Heilmethoden in der Schweiz signifikant öfter eine laufende Behandlung wegen Rheuma, Krebs- oder Tumorerkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Depression, psycho-physischem Erschöpfungszustand und Beschwerden im Gastro-Intestinalbereich zum Zeitpunkt der Datenerhebung hatten. Darüber hinaus beklagten Nutzer alternativer Heilmethoden einen mittelmäßigen oder nicht sehr guten subjektiven Gesundheitszustand. Anwender alternativer Heilmethoden haben häufiger Arztkontakte als Nicht-Anwender [Crivelli et al. 2004]. Barnes et al. ermittelten in den USA hierzu vergleichbare Ergebnisse [Barnes et al. 2002].

4.3.5 Welchen Einfluss hat das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten?

In der vorliegenden Studie sind die Anwender von alternativen Heilverfahren beim Risiko- und Vorsorgeverhalten vorbildlicher als die Anwender von Schulmedizin. In der Gruppe der Anwender alternativer Heilmethoden ist ein deutlich höherer Anteil von Nichtrauchern und ehemaligen Rauchern vorhanden. Raucher, die Alternativmedizin anwenden, rauchen täglich weniger Zigaretten als Anwender von Schulmedizin. Anwender alternativer Heilmethoden gehen nach eigenen Angaben regelmäßiger und mit zeitlich größerem Aufwand einer sportlichen Betätigung nach. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen auch andere europäische und internationale Studien [Weidemann 2001; Di Gianni et al. 2003].

Anwender alternativer Heilmethoden trinken öfter täglich und bei Gelegenheit alkoholische Getränke, vor allem Bier und Wein. Eine Erklärung für das hier scheinbar vom sonstigen Vorsorgeverhalten der Anwender von Alternativmedizin abweichende Ergebnis könnte verschiedene Gründe haben. Der regelmäßige Alkoholkonsum könnte zum gehobenen Lebensstil dieser Gruppe gehören; Anwender alternativer Heilverfahren haben in der Regel eine höhere Ausbildung genossen und verfügen über ein höheres Einkommen; dies zieht eine deutlich andere Esskultur nach sich. In diesen gesellschaftlichen Kreisen nimmt die Ausgestaltung von Essen und vor allem Trinken einen großen und bedeutenden Raum ein, was den Konsum von Wein oder Bier zum Essen oder als Anlass zum sozialen Austausch mit einbezieht. Eine weitere Erklärung hierfür findet sich speziell im hohen Bildungsstand dieser Gruppe: unzählige Berichte und Studien zur Weinkultur und den positiven Wirkungen von Wein auf Körper und Geist werden von dieser Gruppe gelesen. Erwähnt seien an dieser Stelle auch die derzeit hochmodernen, als besonders gesund geltenden mediterranen Ernährungs- und Lebensweisen, die den Alkohol – und hier besonders Rotwein – ausdrücklich mit einschließen [Worm 1997].

Beim Vorsorgeverhalten zur Aufrechterhaltung der Gesundheit sind in der vorliegenden Untersuchung Anwender alternativer Heilverfahren führend: sie gehen öfter und regelmäßiger zum Zahnarzt, zum Impfen und zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Sonnenschutz wird von dieser Gruppe ebenfalls regelmäßiger und konsequenter angewendet als von der Gruppe der Nutzer von Schulmedizin. Anwender alternativer Heilverfahren messen ihrer täglichen Ernährung einen höheren Stellenwert bei als die Anwender von Schulmedizin. Angebote und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung werden von Nutzern alternativer Heilmethoden öfter wahrgenommen als von Anwendern der Schulmedizin. Hierzu passt auch das Informations-

verhalten der Anwender von Alternativmedizin: Das Interesse an Gesundheitssendungen und -beiträgen in den Print- und audio-visuellen Medien ist größer und wird regelmäßiger verfolgt als in der Gruppe der Anwender von Schulmedizin.

Di Gianni et al. kamen 2003 in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass Frauen mit einem gesundheitsbewussten Lebensstil häufiger Alternativmedizin anwenden. Die Gesamtheit der Studienteilnehmerinnen war sehr gesundheitsbewusst orientiert: so war ein Raucherinnenanteil von nur 8% zu verzeichnen, mindestens die Hälfte der Patientinnen gab an, täglich mindestens die geforderten fünf Portionen Obst und Gemüse zu verzehren, 66% der Studienteilnehmerinnen verwendete regelmäßig Sonnenschutz, 77% führten regelmäßig eine Selbstuntersuchung der Mammae durch und 31% der Studienteilnehmerinnen stellten sich regelmäßig bei einem Hautarzt zur Krebsvorsorge vor. Der Alkoholkonsum wurde in der Studie ganz unberücksichtigt gelassen, da in der Erhebung ein insgesamt sehr niedriger Alkoholgenuss zu verzeichnen war. Bezüglich des allgemeinen Gesundheitsverhaltens wurden innerhalb der Studienteilnehmerinnen kein Unterschied zwischen Krebspatientinnen und nicht erkrankten Hochrisikopatientinnen festgestellt. Studienteilnehmerinnen, die gute Kenntnisse über gynäkologische Tumorerkrankungen und vor allem über die dazugehörigen speziellen genetischen Zusammenhänge aufwiesen, und sich zudem über ihr individuelles Krebserkrankungsrisiko im Klaren waren, wendeten Alternativmedizin häufiger an. Bei Vorhandensein von Depression lässt sich ebenfalls eine häufigere Anwendung von Alternativmedizin beobachten.

Astin beschrieb hierzu eine „ganzheitliche“ Einstellung zur Gesundheit und besonderes persönliches Engagement für Themen wie Umwelt, Feminismus und Spiritualität als wesentlichen Faktor im Gesundheitsverhalten für die Inanspruchnahme von Alternativmedizin [Astin 1998].

Vincent und Furnham beschrieben in ihrer Untersuchung, dass sich die Akupunkturpatienten von den Patienten der Osteopathie, der Homöopathie und der Schulmedizin durch einen ausgeprägten, auf eine gesunde Lebensweise bedachten Lebensstil und einen verantwortungsbewussten Umgang mit der Umwelt unterscheiden [Vincent und Furnham 1999].

Der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur „Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin“ zufolge, haben Lebensstil und Gesundheitsverhalten ebenfalls großen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Alternativmedizin. Die Körperwahrnehmung spielt hierbei auch

eine große Rolle. Person mit einer hohen Körperwahrnehmung, welche sich zusammengefasst als allgemeine Gesundheitsvorsorge und –hygiene beschreiben lässt, nehmen doppelt so häufig Alternativmedizin in Anspruch [Marstedt und Moebus 2002].

Auch Weidemann konnte in seiner Untersuchung an Patienten der Filderklinik nachweisen, dass Anwender von Alternativmedizin einen gesundheitsbewussteren Lebensstil pflegen. In der Patientengruppe der eher schulmedizinisch orientierten Patienten rauchten 15,3% der Befragten, wohingegen es in den Gruppen der Anwender von Alternativmedizin nur halb so viele waren. Beim Alkoholkonsum gaben 24% der eher schulmedizinisch orientierten Patienten an, regelmäßig oder gelegentlich Alkohol zu trinken, bei den Anwendern von Alternativmedizin waren es nur 8,5% bzw. 2,5%. Hier weichen die Ergebnisse von der vorliegenden Untersuchung ab; es gilt jedoch anzumerken, dass Weidemann in seiner Untersuchung keine Aufspaltung der Alkoholkonsumergebnisse nach Geschlecht vornahm und so ein direkter Vergleich mit den eigenen Ergebnissen schlechter vorgenommen werden kann [Weidemann 2001]. Bei den Anwendern von Alternativmedizin waren es mehr als doppelt so viele Patienten, die regelmäßig an Impfungen oder an Krebsvorsorgeuntersuchungen teilnahmen und regelmäßig ihren Zahnarzt aufsuchten. Auch auf eine gesunde Ernährung legten die zusätzlich mit alternativen Heilmethoden behandelten Patienten mehr Wert als die schulmedizinisch orientierten Patienten. Ebenso konsumieren schulmedizinisch orientierte Patienten weniger stark Beiträge zu entsprechenden Themen als Anwender von Alternativmedizin [Weidemann 2001].

In der Arbeit von Bockelbrink unterschied sich das Gesundheitsverhalten sowohl von Anwendern als auch von Nicht-Anwendern alternativer Heilmethoden in der Zusammenschau kaum. Der Alkoholkonsum beider Gruppen war fast identisch. Anwender alternativer Heilmethoden rauchten etwas weniger und trieben etwas mehr Sport als die Nicht-Anwender. Der Unterschied zur vorliegenden Arbeit dürfte wohl aufgrund der unterschiedlichen Zusammensetzung der befragten Patientengruppen, insbesondere hinsichtlich der Altersverteilung, zustande gekommen sein [Bockelbrink 2004].

Crivelli, Ferrari und Limoni beschrieben ebenfalls, dass Anwender alternativer Heilmethoden einen gesundheitsorientierteren Lebensstil pflegen: sie beachten ihre Ernährung in besonderem Maße, rauchen weniger, trinken weniger Alkohol und gehen öfter einer sportlichen Betätigung nach als Nicht-Anwender alternativer Heilmethoden [Crivelli et al. 2004]. Diese Ergeb-

nisse decken sich hinsichtlich der beschriebenen Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen mit denen von Barnes [Barnes et al. 2002].

4.4 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorliegende Arbeit zeigt ebenso wie die Literaturrecherche, dass für alternative Heilmethoden eine Nachfrage besteht, obwohl alternative Heilmethoden weder von den gesetzlichen Krankenkassen ersetzt werden noch ihre Wirksamkeit bewiesen ist. Sie gehören anscheinend zum gehobenen Lebensstil und werden vor allem von Frauen mittleren Alters mit höherer Bildung und höherem Haushaltseinkommen nachgefragt, die sich auch beim sonstigen Gesundheitsverhalten entsprechend den geltenden Empfehlungen verhalten. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes oder gar Einsparungen im Gesundheitswesen durch Prävention sind damit nicht verbunden, jedoch das positive subjektive Gefühl, sich etwas Gutes zu gönnen, eigenverantwortlich zu handeln und in Bezug auf Therapie und Vorsorge wirklich nichts zu versäumen und alle Möglichkeiten auszuschöpfen.

Das Anbieten von alternativen Heilmethoden als gesondert zu vergütende IGeL wird auch bei den Ärzten und Therapeuten zunehmend beliebter: zum einen, um das gedeckelte Einkommen aufzustocken, und zum anderen, um den Patienten gewünschte Leistungen nachfrage- und marktgerecht anbieten zu können. Der Arzt als Droge und die Placebowirkung der verschiedenen Maßnahmen tun ein übriges, damit sich die Patienten gesünder fühlen und zufrieden sind. „Wer heilt, hat recht!“ lautet ein altes Sprichwort für Ärzte. Oder wie es Voltaire (1694-1778) einmal ausgedrückt haben soll: „Die Kunst des Arztes ist es, den Patienten bei Laune zu halten, während die Natur ihn heilt.“ (frei nach Hippokrates: „Der Arzt hilft, die Natur heilt“) [Ärztliche Praxis vom 3.5.2005].

5 ZUSAMMENFASSUNG

Alternative Heilmethoden erfreuen sich großer und anhaltender Beliebtheit in der Bevölkerung. Die Außenseitermedizin hat eine lange Tradition und ihre Geschichte reicht in Deutschland bis in das 19. Jahrhundert und weiter zurück. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit verschiedenen Determinanten zum Inanspruchnahmeverhalten alternativmedizinischer Leistungen sowie den Unterschieden zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern.

Im Zeitraum September bis November 2003 wurden 300 Versicherte der Allgemeinen Ortskrankenkasse AOK Ulm/ Alb-Donau-Kreis mittels Telefoninterview zu ihrem Inanspruchnahmeverhalten von und zur Zufriedenheit mit medizinischen Leistungen, ihrem Gesundheits- und Vorsorgeverhalten, Nutzung alternativmedizinischer Leistungen und zu individuellen soziodemographischen Daten befragt.

Insgesamt gaben mehr als ein Drittel der Befragten an, alternative Heilmethoden anzuwenden, davon fast doppelt so viele Frauen als Männer. Anwender von alternativen Heilverfahren unterscheiden sich signifikant von Nicht-Anwendern: Sie sind überwiegend weiblichen Geschlechts und jüngeren Alters. Sie haben ein hohes Bildungsniveau und eine qualifizierte bis hochqualifizierte Berufsausbildung und verfügen deshalb über ein hohes Einkommen und eine hohe berufliche Stellung. Sie schätzen ihren Gesundheitszustand häufiger schlechter ein als Nicht-Anwender; weisen aber im Gegensatz dazu deutlich weniger ernsthafte chronische Erkrankungen auf und sind deutlich häufiger unzufrieden mit der letzten ärztlichen Behandlung. Insgesamt gehen sie häufiger und regelmäßiger zum Arzt als Nicht-Anwender.

Die Anwender alternativer Heilmethoden zeigen deutlich häufiger wünschenswerte Gesundheitsverhaltensweisen: sie rauchen weniger, treiben mehr und regelmäßiger Sport, legen mehr Wert auf eine gesunde Ernährung und sind im Gesundheitsvorsorge- und Impfverhalten vorbildlicher. Gesundheitskurse und –veranstaltungen werden gerne und mit einem Nutzen für das Befinden besucht. Anwender von Alternativverfahren haben außerdem häufiger Katzen als Haustiere.

In der logistischen Regression zeigte sich, dass die Faktoren für die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden bei Männern und Frauen unterschiedlich sind. Frauen, die nicht „sehr zufrieden“ sind mit dem letzten Arztbesuch, die gelegentlich oder täglich Alkohol trinken oder

die an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teilnehmen, nehmen mit größerer Wahrscheinlichkeit alternative Heilmethoden in Anspruch. Frauen, die ihren Gesundheitszustand als „gut“ bezeichnen (nicht „sehr gut“ und nicht schlechter als „gut“), oder Frauen, die nicht mindestens einmal im Jahr zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung gehen, nehmen mit geringerer Wahrscheinlichkeit alternative Heilmethoden in Anspruch.

Männer mit einer anderen beruflichen Stellung als Arbeiter und Männer, die ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ bezeichnen, nehmen mit höherer Wahrscheinlichkeit alternative Heilmethoden in Anspruch. Männer, die sich nie impfen lassen, und Männer, die an chronischen Krankheiten leiden, nehmen mit geringerer Wahrscheinlichkeit alternative Heilmethoden in Anspruch.

Die vorliegende Arbeit zeigt ebenso wie die Literatur, dass für alternative Heilmethoden eine Nachfrage besteht, obwohl diese weder von den gesetzlichen Krankenkassen ersetzt werden noch ihre Wirksamkeit bewiesen ist. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes oder gar Einsparungen im Gesundheitswesen durch Prävention sind damit nicht verbunden, jedoch das subjektive Gefühl, sich etwas Gutes zu gönnen, eigenverantwortlich zu handeln und in Bezug auf Therapie und Vorsorge wirklich nichts zu versäumen und alle Möglichkeiten auszuschöpfen. Individuelle Gesundheitsleistungen (IgeL) haben also ihre Berechtigung, um den Patienten die gewünschten Leistungen nachfrage- und marktgerecht anbieten zu können. Der Arzt als Droge und die Placebowirkung der verschiedenen Maßnahmen tun ein übriges, damit sich die Patienten gesünder fühlen und zufrieden sind.

6 LITERATURVERZEICHNIS

- Ärztliche Praxis vom 3.5.2005: Immer noch voll im Trend: Natürliche Medizin. Unter <http://www.aerztlichepraxis.de/artikel?number=1115119570> aufgerufen am 24.10.2005
- Astin JA: Why patients use alternative medicine: results of a national study. *Journal of the American Medical Association* 279:1548-1553 (1998)
- Balint M: *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Klett-Cotta Verlag Stuttgart 9. Auflage: 29ff. (1996)
- Barnes PM, Powell-Griner E, Mc Fann K und Nahin RL: Complementary and Alternative Medicine Use among Adults: United States. *Advanced Data from Vital and Health Statistics* 343: 1-20 (2002)
- Basset A und Burgun R: *Geschichte der Dermatologie. Illustrierte Geschichte der Medizin Band 3: 1513-1517*. Andreas & Andreas Verlagsanstalt Vaduz (1992)
- Becker MH. The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs* 2: 324-508 (1974)
- Beyerstein BL und Sampson W: Traditional Medicine and Pseudoscience in China. A report of the second CSICOP Delegation. *Skeptical Inquirer* 20: 38-45 und 21: 28-33 (1996).
- Bockelbrink A: *Determinanten der Inanspruchnahme von Alternativverfahren bei Allergikern*. Medizinische Dissertation Technische Universität München (2004)
- Bortz J: *Lehrbuch der empirischen Forschung für Sozialwissenschaftler*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo: 179 (1984)
- Bourgey L und Martiny M: Hippokrates und die griechische Medizin des klassischen Zeitalters. *Illustrierte Geschichte der Medizin Band 1: 301-314*. Andreas&Andreas Verlagsanstalt Vaduz (1992)
- Bundesärztekammer: *Neue Musterweiterbildungsordnung Naturheilverfahren*. Unter <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Weiterbildung/03MWBO/MWBOC/Naturheilverfahren.html> (2004) aufgerufen am 07.07.2005
- Carl und Veronika Carstens Stiftung. Unter <http://www.carstensstiftung.de/carstens/index.php> aufgerufen am 07.07.2005
- Crivelli L, Ferrari D und Limoni C: *Inanspruchnahme von 5 Therapien der Komplementärmedizin in der Schweiz. Statistische Auswertung auf der Basis der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997 und von 2002*. Dipartimento die Scienze aziendali e sociali della Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana, SUSPI (Arbeit des Fachbereichs Betriebswirtschaft und Sozialwissenschaft der Fachhochschule der italienischen Schweiz) (2004)
- Deutsche Akupunkturgesellschaft: *Akupunktur aktuell*. Unter <http://www.akupunktur-aktuell.de/> aufgerufen am 07.07.2005
- Deutsche Akupunkturgesellschaft: *Leitlinien und Standards für Qualitätsakupunktur*. *Akupunktur aktuell*. Unter <http://www.akupunktur-aktuell.de/2005/beitrag/04-28-1.htm> aufgerufen am 07.07.2005

- Deutsche Homöopathie-Union: Homöopathisches Repetitorium Ausgabe 2001: 7-9. Karlsruhe (2001)
- Di Gianni LM, Kim HT, Emmons K, Gelman R, Kalkbrenner KJ und Garber JE: Complementary and Alternative Medicine use among women enrolled in a genetic testing program. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 12: 321- 326 (2003)
- Dillemann G: Die französische Pharmazie vom 3. Jahrhundert bis zur Gegenwart. Illustrierte Geschichte der Medizin Band 3: 1669-1684. Andreas&Andreas Verlagsanstalt Vaduz (1992)
- Dittmer HD: Radionik und Bioresonanz für Praktiker: 10- 21 Fachbuch Grenzwissenschaften. Books on demand GmbH Norderstedt 2004
- Dobos GJ: Kommentar zu Astin JA : Why do patients use alternative medicine? *Forschende Komplementärmedizin* 5: 300-301 (1998)
- Eder M und Tilscher H: Chirotherapie: 5-45. 4. Auflage Hippokrates Medizinverlage Stuttgart (1998)
- Egger M, Aijing S, Huwiler-Müntener K, Nartey L, Jüni P, Döring S, Sterne JAC, Pewsner D: Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. *Lancet* 366: 726-732 (2005)
- Eisenberg D, Davis R, Ettner S, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler R: Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *Journal of the American Medical Association* 280:1569-1575 (1998)
- Ernst E, White A. The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complementary Therapies Medicine* 8: 32-36 (2000)
- Ernst E. The role of complementary and alternative medicine. *British Medical Journal* 321:1133-1135 (2000)
- Federspiel K und Herbst V: Die Andere Medizin. "Alternative" Heilmethoden für Sie bewertet. Stiftung Warentest Berlin, 5. Auflage: 8-55 (2005)
- Feldenkrais M: Bewusstheit durch Bewegung: S.5-60. Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main (1996)
- Fisher P, Ward A. Complementary medicine in Europe. *British Medical Journal* 309: 107-111 (1994)
- Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“, Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden“, „Routinedaten“ und „Reha-Ökonomie“, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1999)
- Freidl W, Stronegger WJ, Neuhold C: Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Versorgung. In: Lebensstile in Wien. Untersuchung im Auftrag des Magistrats der Stadt Wien. Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement und Gesundheitsberichterstattung: 194-201 (2003)
- Gienger M: Die Steinheilkunde. Ein Handbuch: 7-17. Neue Erde GmbH Saarbrücken 1995
- Gillert O und Rulffs W: Hydrotherapie und Balneologie: 4-15. 11. Ausgabe Pflaum Verlag München (1990)
- Hahn-Godeffroy JD: Neuraltherapie nach Huneke: 7- 18. Medizinisch-literarische Verlagsgesellschaft mbH Uelzen 2003

- Haniflè T und Ehgartner B: Das Ende der Homöopathie. Profil Das unabhängige Nachrichtenmagazin Österreichs 36: 106-113 (2005)
- Häußermann D: Wachsendes Vertrauen in Naturarzneimittel. Studie des Allensbacher Meinungsforschungsinstitut. Deutsches Ärzteblatt 94: 2466-2467 (1997)
- Haustein KO, Höffler D, Lasek R und Müller-Oerlinghausen B: Außerhalb der wissenschaftlichen Medizin stehende Methoden der Arzneitherapie. Deutsches Ärzteblatt 95: A 805-808 (1998)
- Heepen G: Schüßler Salze: 7- 26. Gräfe und Unzer Verlag München (2004)
- Hempfen CH: dtv Atlas Akupunktur: 8-33. dtv Taschenbücher Band 3232. 5. Auflage dtv Verlag München (2001)
- Hosmer DW, Lemeshow S: Applied logistic regression. Wiley, New York (1989)
- IgelArzt. Unter <http://www.igelarzt.de/01/0101/meld418.html> aufgerufen am 4.10.2005
- Institut für Arzneipflanzenforschung und Phytotherapie. Unter <http://www.apothekergarten.de/?p=pflanzenheilkunde&q=geschichte> aufgerufen am 06.07.2005
- Jütte R: Geschichte der Alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute. Verlag C.H. Beck München S. 9 (1996).
- Keller D: Schlechte Noten für Alternativmedizin. Südwest-Presse vom 29.09.2005: 1 (2005)
- Kraft K: Problematik und Besonderheiten der klinischen Prüfung in der biologischen Medizin. Erfahrungsheilkunde 50: 349-356 (2001)
- Krämer D und Wild H: Neue Therapien mit Bachblüten. Band I: 3- 19. Ansata Verlag München (2001)
- Kron M, Gaus W: Planung und Beurteilung von Therapie-Studien. Laryngo-Rhino-Otologie 81: 438-448 (2002)
- Lambertini G: Die Schule von Salerno und die Universitäten von Bologna und Padua. Illustrierte Geschichte der Medizin Band 2: 727-750. Andreas&Andreas Verlagsanstalt Vaduz (1992)
- Lesch M und Förder G: Kinesiologie. Aus dem Streß in die Balance: 7- 28. 3. Auflage Gräfe und Unzer München (2001)
- Linde K, Claussius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F, Hedges EV, Jonas WB: Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. Lancet 350: 834-843 (1997)
- Linde K: Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen – Anwendungsbeispiele und empirisch-methodische Untersuchungen. Habilitationsschrift für das Fach Epidemiologie Humboldt-Universität zu Berlin (2002) S. 69
- Marstedt G und Moebus S: Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 9: 3-30 (2003)
- Mayer JG, Goehl K: Höhepunkte der Klostermedizin: 11-40. Reprint Verlag Leipzig (2001)
- Merkur Gesundheitsmonitor. Online Information für Versicherte der österreichischen Merkur Krankenversicherung. Unter <http://www.aer.at/merkur/> aufgerufen am 23.04.05

- Murken AH: Von den ersten Hospitälern zur Zeit der Völkerwanderung bis zu den Universitätskliniken der Gegenwart. Illustrierte Geschichte der Medizin Band 3: 1541-1547. Andreas&Andreas Verlagsanstalt Vaduz (1992)
- Nelson NJ: Scents or nonsense: aromatherapy's benefits still subject to debate. Journal of the National Cancer Institute 89: 1334-1336 (1997)
- Olbeter R: Die Geschichte der anthroposophischen Medizin. Unter http://naturmedizin.qualimed.de/Anthroposophische_medizin_geschichte.html aufgerufen am 07.07.2005
- Ortner E: Sebastian Kneipp - Seine Lebensgeschichte: 11-32. 12. Aufl Ehrenwirth Verlag Bergisch Gladbach (1994)
- Pharmarundschau vom 25.5.05, News-Archiv. Unter <http://www.pharmarundschau.de/archiv/news/2004/0704.html>, aufgerufen am 5.7.2005
- Queck V: Anders heilen: Anthroposophische Medizin. Mitteldeutscher Rundfunk (zuletzt aktualisiert: 18. Juni 2003). Unter <http://www.mdr.de/ratgeber/anders-heilen/770347.html> aufgerufen am 25.05.2005
- Rao JK, Mihaliak K, Kroenke K, Bradley J, Tierney WM und Weinberger M: Use of Complementary and Alternative Medicine therapies for arthritis among patients of rheumatologists. Annals of Internal Medicine 131: 409-416 (1999)
- Rhyner HH: Das neue Ayurveda Praxishandbuch. Gesund leben und sanft heilen: 3- 25. 5. Auflage Urania Verlag Neuhausen Schweiz (2004)
- Righetti M: Characteristics and Selected Results of Research in Homeopathy. The Berlin Journal on Research in Homeopathy 1/3: 195-203 (1991)
- Scharf HP: Wirksamkeit der Akupunktur bei Kniegelenksverschleiß. Vortrag auf der Pressekonferenz in Berlin zu der Ergebnissen der GERAC-Studie am 21.10.2004. Unter http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/gerac_scharf.pdf aufgerufen am 22.09.05
- Schwenk S: Determinanten für die Inanspruchnahme bzw. Nicht-Inanspruchnahme von Früherkennungs-Untersuchungen am Beispiel der Krebsfrüherkennungs-Untersuchung. Medizinische Dissertation (Dr. hum. biol.) Universität Ulm (2005)
- securvita. Unter: http://www.securvita.de/bkk_c/bkk_1_07.htm aufgerufen am 28.05.2005
- Sommer JH, Bürgi M, Theiss R: Verbreitungsmuster alternativer Heilmethoden in der Schweiz – Eine empirische Untersuchung. Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde 3: 289-299 (1996)
- Sommer JH, Bürgi M und Theiss R: Komplementärmedizin in der Krankenversicherung. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 36 Supplementum 102 (1998)
- Sournia JC: Die arabische Medizin. Illustrierte Geschichte der Medizin Band 2: 585-612. Andreas&Andreas Verlagsanstalt Vaduz (1992)
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988 (BGBl I S. 2477, Artikel 1), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl I S.2626), Änderungen durch die GKV-Gesundheitsreform 2000. Unter <http://www.bbpp.de/gesetze2000/sgbV-2000.htm> aufgerufen am 24.10.2005

- Statistisches Bundesamt: Soziale Sicherung (aktualisiert am 9.6.2005) unter <http://www.destatis.de/basis/d/solei/soleiq31b.php> aufgerufen am 14.10.2005
- Steiner R und Wegmann I: Grundlegendes für eine Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen. Rudolf Steiner Verlag Dornach 7. Auflage (1991)
- Stoll U: Das Lorschers Arzneibuch. Ein medizinisches Kompendium des 8. Jahrhunderts. Sudhoffs Archiv. Zeitschrift für Wissenschaftsgeschichte 28: 10-21 (1992)
- Stux G: 25 Jahre Akupunktur. Festvortrag. Akupunktur aktuell. Unter http://www.akupunktur-aktuell.de/fb0305_1.htm aufgerufen am 07.07.2005
- Thefeld W, Stolzenberg H, Bellach BM: Bundes-Gesundheitssurvey: Response, Zusammensetzung der Teilnehmer und Non-Responder-Analyse. Gesundheitswesen 61 Sonderheft 2: 57-61 (1999)
- Trökes A: Das große Yogabuch:10-19. Gräfe und Unzer Verlag München 2000
- Villey R: Die Medizin in Rom: Galen. Illustrierte Geschichte der Medizin Band 1: 395-425. Andreas & Andreas Verlagsanstalt Vaduz (1992)
- Vincent C, Furnham A: Why do patients turn to complementary medicine? An empirical study. British Journal of Clinical Psychology 35: 37-48 (1996)
- Vincent C, Furnham A: Complementary medicine: state of the evidence. Journal of the Royal Society of Medicine 92: 170-177 (1999)
- Wagner B: Im Namen der Kügelchen. Stern Spezial Gesund leben. Das Magazin für Körper, Geist und Seele. 3: 84-90 (2005)
- Weidemann MA: Einstellung zu Umwelt und Krankheit bei internistischen Patienten eines anthroposophischen Krankenhauses. Medizinische Dissertation Universität Ulm (2001)
- Wikipedia. Die freie Enzyklopädie. Unter http://de.wikipedia.org/wiki/Liste_alternativmedizinischer_Behandlungsmethoden aufgerufen am 08.07.2005
- Wikipedia. Die freie Enzyklopädie. Unter http://de.wikipedia.org/wiki/Individuelle_Gesundheitsleistung aufgerufen am 4.10.2005
- Witte F: Gegen Depression ist ein Kraut gewachsen. Süddeutsche Zeitung vom 25.02.2005: 14 (2005)
- Wolsko PM, Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL und Phillips RS: Insurance coverage, medical conditions and visits to alternative medicine providers: results of a national survey. Archives of Internal Medicine 162: 281-287 (2002)
- Wong M: Die altchinesische Medizin. Illustrierte Geschichte der Medizin Band 1: 49-90. Andreas&Andreas Verlagsanstalt Vaduz (1992)
- Worm N : Täglich Wein. Hallwag Verlag Stuttgart und Bern 2. Auflage: 9-12, 75-85 (1997)
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin. Unter <http://www.zi-berlin.de/praxiskosten> aufgerufen am 4.10.2005
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD, Berlin. Unter http://www.zi-berlin.de/wirt_arztpraxis/downloads/KSA_2001_zi.pdf aufgerufen am 4.10.2005
- Zok K: Private Zusatzangebote in der Arztpraxis. WIdO-monitor 1: 1-7 (2004)

7 ANHANG

7.1 Häufigste Vertreter alternativer Heilmethoden und historischer Abriss

7.1.1 Phytotherapie, Klostermedizin und Hildegard v. Bingen

Hippokrates von Kos (460 – 375 v. Chr.) gehört zu den bekanntesten Ärzten der Antike. Seine Schriftensammlung, bekannt unter der lateinischen Übersetzung "Corpus hippocraticum", wurde nach ihm benannt. In dieser Sammlung sind verschiedene Anwendungen von Pflanzen beschrieben, die zur Heilung von Krankheiten beitragen [Bourgey und Martiny 1992]. Der Arzt Pedanius Dioskurides praktizierte *um 60 n. Chr.* in Rom und war Leibarzt des römischen Kaisers Nero. Er verfasste eine *Materia Medica*, indem er die Arzneimittellehre der Heilpflanzen beschrieb. Diese *Materia Medica*, die aus fünf Büchern besteht, ist eines der wichtigsten Werke zu den Heilkräutern und hatte einen starken Einfluss auf die europäische Medizin.

Der griechische Arzt Claudius Galenus von Pergamon (*129 - ca. 201 n. Chr.*) war Leibarzt der kaiserlichen Brüder Marcus Aurelius und Lucius Verus. Auch er prägte die Botanik der folgenden 1500 Jahre. Galen beschrieb als Erster eine Krankheitslehre, die als Vier-Säfte-Lehre - auch Humoralpathologie genannt - bekannt wurde. Diese Lehre bestimmte die Medizin über Jahrhunderte hinweg. Er ging davon aus, dass sich die Säfte Blut, Schleim, schwarze und gelbe Galle im menschlichen Organismus in einem Gleichgewicht befinden. Verschieben sich diese, dann ist der Mensch erkrankt, oder es wurde ein ganz typischer Charakterzug erkannt und interpretiert. Galen stellte auch bestimmte Regeln für die Zubereitung von Arzneimitteln auf. Diese Regeln werden heute noch in der Pharmakologie als „Galenik“ bezeichnet [Villey 1992].

Im Jahre *527 n. Chr.* gründete Benedikt von Nursia ein Kloster auf dem Monte Cassino in Süditalien. Seine Richtlinien und Regeln beeindruckten den Papst und Kirchenvater Gregor den Großen in einer Weise, dass er diese Ordensregeln für das gesamte römische Reich als verbindlich erklärte. In einer dieser Regeln, Kapitel 37, heißt es: „*Die Sorge für die Kranken steht vor und über allen Pflichten*“. Jedes Kloster sollte zu diesem Zweck einen eigenen "Die-

ner" mit einem dazugehörigen Krankenzimmer erhalten. Aus diesem Grundsatz heraus entwickelten sich im Laufe der Zeit der Mönchsarzt und der Klosterapotheker [Murken 1992].

Das Lorscher Arzneibuch ist ein wichtiges erhaltenes Werk der Klostermedizin im deutschsprachigen Raum. Es gehört zu den ältesten erhaltenen medizinischen Handschriften des deutschsprachigen Raumes, das etwa um das Jahr 795 n. Chr. verfasst wurde. Dieses Buch handelt von Rezeptsammlungen der unterschiedlichsten Art, angefangen von einfachen bis hin zu sehr komplexen Anleitungen. Darunter finden sich auch Drogen, die aus dem Orient stammen. Des Weiteren finden sich in dem Werk Abschriften eines Briefes des griechischen Arztes Anthimus zum Thema „gesunde Ernährung“. In einem Gedicht über Kosmas und Damian und über Galen und Hippokrates werden christliche und medizinische Vorstellungen nebeneinander gestellt [Stoll 1992].

Mit der Ausbreitung des Benediktinerordens von Italien über die Alpen kam das Wissen der Klostermedizin auch zu uns. Kaiser Karl der Große (747 – 814 n. Chr.) war sich der Bedeutung der Klostergärten bewusst und machte es zum Gesetz, dass Klöster und Städte Nutzgärten anlegen mussten. In seiner Verordnung „Capitulare de villis et curtis imperialibus“ gibt er detaillierte Anweisungen über die zu verwendenden Arten beim Anbau von Obst sowie von Heil- und Gewürzpflanzen. Durch seine Reformen wurde von den Klöstern die Voraussetzung für die medizinische Versorgung von kranken Menschen geschaffen.

Daraus entstand der "St. Gallener Klosterplan", der auf fünf große Pergamentstücke gezeichnet wurde. Der berühmteste Garten dieser Zeit entstand so im Kloster Reichenau. Neben der Apotheke gab es einen Heilkräutergarten, dann einen Obstbaumgarten, der auch als letzte Ruhestätte benutzt wurde, vor der Kirche einen Garten als Vorhof zum Paradies. In diesem Plan waren weiterhin ein Arzthaus und ein Spital vorgesehen. In beigefügten Blättern zu diesem Plan sind bestimmte Pflanzen für den Anbau aufgelistet. Der Abt des Klosters, Walahfrid Strabo (808 - 849 n. Chr.), beschreibt in seinem Gartengedicht, dem "Hortulus" in 444 lateinischen Hexametern, die vorgesehenen Pflanzen mit ihren medizinischen Anwendungen sowie den Gartenbau [Dillemann 1992].

Hildegard von Bingen (1098 bis 1179 n. Chr.), brachte neue Pflanzen in die Klostermedizin. Die berühmte Heilkundige war Äbtissin des Benediktinerinnenklosters auf dem Rupertsberg bei Bingen am Rhein. Sie hat neben anderen heilkundlichen Schriften zwei weitere große Werke

geschrieben, die "Physica" und die "Causae et curae". Ihr damaliges Denken war ganzheitlich. Sie sah den Menschen in seiner Gesamtheit. Menschen, Tiere und Pflanzen gehen aus einer Schöpfung hervor und sind daher entsprechend zu behandeln [Basset und Burgun 1992].

Im *Hochmittelalter* kam es zur Gründung der Schule von Salerno, einer der ersten medizinischen Universitäten in Europa. Angeblich wurde die Medizinschule von vier Ärzten verschiedener Herkunft gegründet. Darunter befanden sich ein Grieche, ein Sarazene, ein Lateiner und ein Jude. Diese unterrichteten jeweils in ihrer Muttersprache. Die dortige Ausbildung war eher weltlich geprägt. Es wurde besonders auf gesunde Ernährung und auf Maßnahmen zur Hygiene viel Wert gelegt. Durch diese Entwicklung verloren die Klöster langsam ihr Monopol im Bereich der Heilkunde und Medizin. Um das Jahr *1075 n. Chr.* kam Constantinus Africanus nach Salerno, ein nordafrikanischer Kräuterhändler im Vorderen Orient, der große Erfahrungen in der Pharmazie gesammelt hatte. Seine Übersetzungen aus dem Arabischen und seine Studien beeinflussten die Medizingeschichte der abendländischen Kultur enorm [Lambertini 1992].

Avicenna Ibn Sina (*979 bis 1037 n. Chr.*) war ein bedeutender Arzt, Philosoph und Naturwissenschaftler der orientalischen Medizin. Auch in Europa galt der „Fürst der Ärzte“ bis zum Beginn der modernen Medizin als Kapazität. Sein großes Medizinwerk, der „Canon medicinae“ löste die Klostermedizin ab. Der "Canon medicinae" war lange Grundlage der wissenschaftlichen Heilkunde und wurde den Schriften von Hippokrates und Galen gleichgestellt. Sein Hauptwerk besteht aus fünf Büchern und wurde eingeteilt in Anatomie, Physiologie, Pathologie, Chirurgie, Innere Medizin, Geburtshilfe, Fieberlehre und Arzneimittellehre. Im 12. Jahrhundert wurde der Kanon der Medizin von dem italienischen Gelehrten Gerhard von Cremona (*1135 bis 1187 n. Chr.*) in das Lateinische übersetzt [Sournia 1992].

Der Hohenstauferkaiser Friedrich II. verkündete *1231* für sein Erbkönigreich Sizilien die Constitutiones Regni Siciliae - ein Meilenstein in der Geschichte des Europäischen Heilwesens. Erstmals wurde der Beruf des Apothekers auf eine gesetzliche Basis gestellt und eine klare Trennung der beiden Heilberufe Arzt und Apotheker vorgeschrieben [Institut für Arzneipflanzenforschung und Phytotherapie 2005].

Albertus Magnus (*1193-1280 n. Chr.*) kombinierte die klösterliche Medizin mit der Schulmedizin, der sogenannte „scholastischen Medizin“. Die Klostermedizin verlor in der Renaissance

ihre Monopolstellung. *Anfang des 19. Jahrhunderts* endete die Ära der Klosterapotheken aufgrund der Einziehung von Kirchengütern durch weltliche Gewalt. Der Begriff "Phytotherapie" wurde von dem französischen Arzt Henri Leclerc (1870 - 1955) eingeführt. Sie ist die naturwissenschaftliche Fortsetzung der Heilkunde früherer Zeiten [Mayer und Goehl 2001].

7.1.2 Hydrotherapie, Balneotherapie und Kneipp-Kuren

Hydrotherapie und Balneotherapie sind Oberbegriffe für die vielfältigen Anwendungen von Bädern und Wasser zu Heilzwecken. Unter Balneotherapie versteht man das Baden in Heilwässern und unter Hydrotherapie die allgemeine Anwendung von Wasser am Körper (nicht mit Heilwässern) [Gillert und Rulffs 1990].

Sebastian Kneipp (1821 - 1897) ist der Namensgeber der Wasserkur bzw. des Wassertretens und Begründer der Kneipp-Medizin. Kneipp begründete einen ganzheitlichen Ansatz der Naturmedizin, der auf fünf Säulen ruht:

- Die Hydrotherapie nutzt in vielfältiger Weise Wasseranwendungen. Die bekanntesten Anwendungen sind Kneippgüsse und Wassertreten.
- Die Ernährungstherapie stellt eine vielseitige naturbelassene Vollwertkost in den Vordergrund.
- Die Bewegungstherapie aktiviert den Körper und die Organe. Dabei soll auf einengende Kleidung verzichtet werden. Als intensive Form der Bewegung und sanfte Abhärtungsmethode hat Kneipp das Barfußlaufen empfohlen.
- Die Phytotherapie nutzt die Möglichkeiten der Heilpflanzen.
- Mit der Ordnungstherapie hat Kneipp schließlich den Weg zu einer bewussten, die Gesundheit erhaltende Lebensführung beschrieben.

Als Standardwerk von Sebastian Kneipp gilt sein Buch "Meine Wasserkur", dessen erste Auflage 1886 erschien. 1889 eröffneten die Franziskanerinnen von Reute in Biberach an der Riss im Jordanbad die erste ärztlich geleitete Kneipp'sche Wasserheilstätte Deutschlands. Nach diesem Vorbild bildeten sich viele weitere Kneippkurorte und -vereine [Ortner 1994].

7.1.3 *Chirotherapie und Manualtherapie*

Die Chiropraktik (griechisch: die handwerkliche Tätigkeit), auch Manuelle Medizin oder Manualtherapie, ist eine besondere biomechanische Behandlungsmethode mit Techniken, die die normale Beweglichkeit der Gelenke - besonders an der Wirbelsäule - wiederherstellt. Dabei berücksichtigt sie sowohl das gestörte Gelenkspiel (joint play) als auch die Verschiebung (Subluxation) [Eder und Tilscher 1998].

7.1.4 *Feldenkraismethode*

Der Physiker und Judolehrer Moshé Feldenkrais (1904 - 1984) entwickelte die nach ihm benannte Methode, eine *Körperarbeit*, bei der besonders die bewusste Wahrnehmung von Bewegungen verwendet wird. So werden einfache Bewegungen durchgeführt, um die Achtsamkeit zu erhöhen und dadurch neue, bessere, effizientere, leichtere Bewegungsmuster zu entdecken. Diese neuen Muster können allmählich die alten ersetzen und sorgen so z. B. für größere Beweglichkeit, größere Ausdauer, mehr Eleganz und ein "beweglicheres" Denken, das sich leichter von alten Gewohnheiten trennt.

Oft führt das auch zur Verbesserung körperlicher Leiden (z. B. Rückenschmerzen). Wenn man Sport treibt, wird man seine *Technik* dadurch verbessern. Das gilt ebenso für Musiker und andere "Körperarbeiter".

Feldenkrais ging davon aus, dass menschliches Denken, Fühlen, Empfinden und Bewegen niemals isoliert anzutreffen sind, sondern gemeinsame "Zutaten" menschlichen Lebens seien. Bewegung war für ihn Ausdruck der ganzen Person und schien ihm der geeignetste Ansatzpunkt, um Verbesserungen zu erreichen. Die entscheidende Idee war für ihn dabei die menschliche Fähigkeit zur "Selbsterziehung", einer Erziehung, die nicht durch äußere gesellschaftliche Umstände bedingt ist, sondern von den Wünschen und Möglichkeiten des Individuums ausgeht.

Die Wirkung der Feldenkrais-Methode hängt hauptsächlich davon ab, dass man die Bewegungen auf eine Art und Weise ausführt, die die Fähigkeiten des menschlichen Nervensystems zu lernen optimal nutzt. Dazu ist es notwendig, das eigene Körperempfinden für leichte und einfache Bewegungen zu beachten und die Lektionen nur im allerleichtesten Bewegungs-

bereich auszuführen. Wird dieser Aspekt beachtet, können die in Feldenkrais-Lektionen thematisierten Bewegungslektionen vom Nervensystem so registriert werden, dass sie auch spontan im Alltag ("unbewusst") benutzt werden und somit effektiv den Alltag erleichtern [Feldenkrais 1996].

7.1.5 Homöopathie

Die Homöopathie ist die heute am meisten verbreitete Behandlungsrichtung außerhalb der wissenschaftlichen Medizin. Auch wenn in ihre Konzepte und Erklärungen Aspekte moderner physikalischer Theorien, wie zum Beispiel der Quantentheorie, aufgenommen wurden, basiert sie auch heute noch auf den Vorstellungen des ausgehenden 18. Jahrhunderts [Haustein et al. 1998]. Das Jahr 1796 wird im Allgemeinen als das Geburtsjahr der Homöopathie angesehen. In diesem Jahr veröffentlichte der Arzt und Apotheker Samuel Hahnemann (1755 - 1843) nach vielen Jahren der intensiven Forschung seine grundlegenden Gedanken über eine neue Heilmethode, die er „Homöopathie“ nannte. Das Grundprinzip dieser neuen Methode war die Behandlung von Krankheiten nach dem Ähnlichkeitsprinzip: „Similia similibus curentur“ (Ähnliches werde durch Ähnliches geheilt). Dies bedeutet, dass Krankheiten mit dem Mittel geheilt werden können, das beim Gesunden die Beschwerden hervorruft, unter denen der Kranke leidet. Die Homöopathie beruht auf drei Grundregeln:

- Arzneimittelprüfung am Gesunden zur Bestimmung des Arzneimittelbildes (Materia medica)
- Erhebung des individuellen Krankheitsbildes
- Arzneimittelwahl nach dem Ähnlichkeitsprinzip

Hahnemann begann seine Forschungen mit konzentrierten Substanzen, versuchte aber später, durch stufenweises Verdünnen die Toxizität seiner Heilmittel zu mindern. Er beobachtete dabei, dass durch einen speziellen Verdünnungsprozess die Arzneimittel ihre Wirksamkeit nicht verlieren, sondern im Gegenteil sogar eine Wirkungssteigerung erfahren. Er benannte das Verfahren der stufenweisen Verdünnung und Verschüttlung mit einem Alkohol-Wassergemisch oder Verreibungen mit Milchzucker als „Potenzierung“ [Deutsche Homöopathie Union 2001]. Werden diese Potenzierungsprozesse in Zehnerschritten (ein Teil einer sogenannten Urtinktur oder Dx-Potenz und neun Teile Lösungsmittel = Potenz D1 bzw. Dx+1)

durchgeführt, erhält man die D-Potenzen, in Hunderterschritten (ein Teil Urtinktur und 99 Teile Lösungsmittel) werden die C-Potenzen erzeugt, und LM-Potenzen werden in Schritten von 50.000 (!) hergestellt.

7.1.6 Schüßler Salze

Der homöopathische Arzt Wilhelm Heinrich Schüßler (1821 - 1898) veröffentlichte in der "Allgemeinen Homöopathischen Zeitung" im Jahre 1873 einen Artikel mit der Bezeichnung "Eine abgekürzte Homöopathische Therapie", in dem er eine Therapieform namens "Biochemische Heilweise" vorstellte. Seine Abkürzung bestand darin, dass er statt der ca. 1.000 Mittel in der Homöopathie nur 12 Salze, "Schüßler-Salze" genannt, zur Therapie von fast allen Krankheiten für ausreichend hielt. Schüßler ging davon aus, dass Krankheiten auf der Grundlage gestörter biochemischer Prozesse entstehen. Er nahm an, dass Krankheiten zu einem großen Teil auf der Grundlage eines "gestörten Mineralhaushaltes" entstehen, wobei das Fehlen eines bestimmten Minerals den gesamten Stoffwechsel beeinträchtigt. Der gedankliche Ansatz der Schüßler-Therapie ist es nicht, die fehlenden Salze zuzuführen - es handelt sich also nicht um eine Substitutionstherapie. Vielmehr sollen die Schüßler-Salze einen "Reiz" für den Organismus darstellen, das fehlende Mineral besser aus der Nahrung aufzunehmen. Die Methode ist also dem Bereich der Regulationsmedizin zuzuordnen.

Schüßler erklärte, dass sein Heilverfahren "kein homöopathisches" sei, weil es nicht auf dem von Samuel Hahnemann propagierten Simile-Prinzip beruhe, sondern auf physiologisch-chemische Vorgänge im menschlichen Organismus zurückzuführen sei. Die Mittel werden aber nach homöopathischer Regel verdünnt, d. h. durch Schütteln, Reiben oder Zerkleinern, und haben entsprechende Verdünnungsbezeichnungen. Die niedrigen Dosen sollen vom Körper leichter resorbiert werden können. Die "Biochemie nach Schüßler" ist hauptsächlich durch die Heilpraktiker als Therapieform erhalten geblieben. Sie wird in Fachschulen gelehrt, und viele Heilpraktiker arbeiten täglich in der Praxis mit diesen Mitteln. Vor der gesetzlichen Festschreibung der Berufsbezeichnung Heilpraktiker (1939) wurde Schüßlers Lehre wesentlich durch Laienbewegungen verbreitet, der erste "Biochemische Verein" wurde 1885 in Oldenburg gegründet. 2004 gibt es allein in Deutschland etwa 70 Biochemische Vereine, weitere im Ausland [Heepen 2004].

7.1.7 Anthroposophische Medizin

Die anthroposophische Medizin wurde Anfang des 20. Jahrhunderts vom österreichischen Natur- und Geisteswissenschaftler Dr. phil. Rudolf Steiner (1861 – 1925), dem Begründer der Anthroposophie und der holländischen Ärztin Dr. med. Ita Wegmann entwickelt. Wegmann und Steiner verfassten 1925 gemeinsam das Grundlagenwerk „Grundlegendes für eine Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen“, sie vereinen hierin die anthroposophische Sichtweise vom Leben und der entsprechenden Philosophie mit der schulmedizinisch-wissenschaftlichen Medizin. Die anthroposophische Medizin hat sich von Anfang an als ein die Methoden der Schulmedizin integrierendes Konzept verstanden. 1921 entstanden in Stuttgart und Arlesheim (Schweiz) erste klinisch-therapeutische Institute mit angegliederten pharmazeutischen Laboratorien, den Vorläufern der späteren Arzneimittelbetriebe Weleda in Schwäbisch Gmünd und Wala in Eckernwälder, Bad Boll.

Wie auch in anderen komplementären Heilansätzen berücksichtigt die anthroposophische Medizin sehr stark den Zusammenhang zwischen Körper, Geist, Seele und Umwelt. Gesund ist ein Mensch nach ihrem Verständnis, wenn alle vier Wesensglieder des Menschen im Einklang stehen. Die vier Wesensglieder sind:

- Der Physische Leib: der sichtbare Körper
- Der Ätherleib: er repräsentiert die Lebenskräfte
- Der Astralleib: er ist Sitz des Bewusstseins und der Empfindungen
- Die Ich-Organisation: er kann verstanden werden als Sitz der Persönlichkeit, der Moralinstanzen und der Geistesfähigkeiten

Gesundheit im anthroposophischen Sinne ist nur möglich, wenn zwischen allen Wesensgliedern sowie mit der Umwelt Harmonie herrscht. Krankheit entsteht, wenn eines der Wesensglieder zu stark oder zu schwach ist. Je länger das Ungleichgewicht andauert, desto tief greifender kann es sich als Krankheit manifestieren. Aus diesem Grunde versucht die Anthroposophische Medizin Ungleichgewichte so früh wie möglich zu erkennen und auszugleichen [Steiner und Wegmann 1991].

Anthroposophische Medizin wird von schulmedizinisch ausgebildeten Ärzten ausgeübt. Zur Diagnose einer Störung werden alle schulmedizinischen Methoden, aktuelle biographische

und soziale Daten herangezogen und intensive Gespräche zwischen Patient und Arzt geführt. Die Anthroposophische Medizin verwendet für die Therapie schulmedizinische, aber vor allem anthroposophische Medikamente. Ähnlich wie in der Homöopathie werden die anthroposophischen Arzneien aus Pflanzen, Tieren und Mineralien gewonnen und speziell potenziert. Eine wichtige Heilpflanze der Anthroposophen ist die Mistel; sie wird vor allem in der Krebstherapie eingesetzt. Die anthroposophische Behandlung wird von allen gesetzlichen Krankenkassen bezahlt, sofern Arzt, Klinik oder Sanatorium eine Kassenzulassung haben [Olbeter 2002]. Eine anthroposophische Station findet sich z.B. im Kreiskrankenhaus Heidenheim (PG 2).

7.1.8 Bachblütentherapie

Die Bachblütentherapie geht auf den englischen Arzt Dr. Edward Bach (1886 - 1936) zurück, der zu seiner Zeit ein bekannter Immunologe, Bakteriologe und Pathologe war. Er sah Krankheit als Folge einer Disharmonie zwischen Körper und Seele des Menschen an und forschte nach Möglichkeiten für eine Behandlung der eigentlichen Ursachen im Gemütsbereich. So fand er im Verlauf 38 Pflanzen, die in ihren Schwingungen 38 typischen Seelenzuständen des Menschen entsprechen.

Er entwickelte ein eigenes Verfahren zur Herstellung seiner Blütenessenzen. Es erfolgt auf zweierlei Weise: Bei der Sonnenmethode werden die Blüten an einem warmen Sommertag bei voller Sonneneinstrahlung gepflückt. Man gibt sie in eine Glasschale mit frischem Quellwasser, es genügt, wenn die Blüten nur die Oberfläche des Wassers bedecken. Dann stellt man die Schale zwei bis vier Stunden in die Sonne. Die Sonne bringt, nach Edward Bach, die Schwingung der Blüten in das Medium Wasser, das auf diese Weise energetisch imprägniert wird.

Anschließend werden die Blüten herausgenommen und der Lösung die gleiche Menge Alkohol zur Haltbarmachung hinzugegeben. Die so gewonnene Lösung bildet die Urtinktur. Sie wird in einem zweiten Schritt mit Weinbrand verdünnt und in Flaschen abgefüllt. Diese werden als Vorratsflaschen bezeichnet und sind im Handel erhältlich. Zu Behandlungszwecken verdünnt man sie später weiter.

Da nicht alle Blumen, Sträucher, Büsche und Bäume zu einer Jahreszeit blühen, in der auch viel Sonne scheint, wurde eine zweite Methode zur Herstellung der Essenzen notwendig, die so genannte Kochmethode: Die Blüten bzw. Knospen werden gepflückt wie bei der Sonnenmethode, danach ausgekocht, anschließend wird der Extrakt mehrfach filtriert und mit der gleichen Menge Alkohol vermischt, um die Substanz haltbar zu machen. Die weitere Verarbeitung erfolgt wie bei den durch die Sonnenmethode hergestellten Blütenessenzen. Die Bachblütenessenzen werden ähnlich wie homöopathische Tropfenzubereitungen appliziert [Krämer und Wild 2001].

7.1.9 Traditionelle chinesische Medizin (TCM)

Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) ist ein irreführender Begriff, der sich unter Mao Zedong (politische Führung Chinas von 1949-1976) etablierte. Es handelt sich dabei um eine Art Zusammenfassung der vielschichtigen Methodik der Diagnostik und Therapie, die dominant im chinesischen und auch allgemein orientalischen Kulturkreis bis dahin betrieben wurden. Nach dem unter Mao Zedong während der Kulturrevolution viele Intellektuelle und damit auch Ärzte umgebracht oder verhaftet worden waren, bestand ein großer Mangel an medizinischer Versorgung. Um diesen zu beheben, wurde die von religiösen Elementen befreite TCM geformt. So genannte Barfußärzte wurden zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung über das Land geschickt. Mit der TCM wurde so ein in sich schlüssiges, „schnell“ zu erlernendes System geschaffen – zwar bei weitem nicht die gesamte chinesische Medizin (CM) umfassend, jedoch dem Maoismus konform.

Die Chinesische Medizin basiert auf der Annahme, dass der menschliche Körper Krankheiten bekämpft und sich wieder erholt, wenn er im Gleichgewicht von beiden Polaritäten (Yin und Yang) ist und wenn genügend Abwehr-Qi (wei qi) vorhanden ist. Ausgehend davon entstanden zwei Hauptzweige der CM: Akupunktur bzw. Akupressur und Phytotherapie, daneben spielen Qi Gong, Tuina und Gua sha, eine Schabetechnik, sowie Schröpfen eine wesentliche Rolle. Hervorzuheben sind auch die Puls- und die Zungendiagnostik.

Die Chinesische Medizin kennt fünf Säulen, vier Behandlungen finden von außen statt. Dabei wird entweder durch Akupunktur, Massage, Duftbehandlung durch Moxa (Verbrennen von Heilkräutern/ „Aromatherapie“) und Ernährung versucht, ein Gleichgewicht der fünf Elemen-

te (Wasser, Erde, Holz, Feuer und Metall) herbeizuführen. Die fünfte Säule steht für die aktive Bewegungslehre wie z.B. Taijiquan, Yoga und Qigong.

Die chinesische Medizin basiert auf empirischen Erkenntnissen, die in ein Ordnungssystem eingliedert wurden. Dieses Ordnungssystem ist nicht deckungsgleich mit dem der westlichen Medizin. Damit sind die chinesischen Diagnosen nicht direkt übertragbar auf westliche Diagnosen. Die CM entstand unter den kulturellen Vorzeichen des Daoismus und des Buddhismus hauptsächlich in China, Indien und der Mongolei, vor ca. 2500 Jahren. Die Wurzeln reichen wohl zurück bis zu den ersten chinesischen Dynastien.

Heute wird die TCM in der Volksrepublik China, aber vor allem in Taiwan, ergänzend zur modernen westlichen Medizin praktiziert.

Seit den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts findet die TCM reges Interesse im westlichen Kulturkreis. Die chinesische Pharmakotherapie und die chinesische Ernährungslehre gewinnen zunehmend mehr Anhänger. Tuina, eine besondere Kombination aus manueller Medizin und Massage, ist in Deutschland noch wenig verbreitet. Qi Gong und Taijiquan, was mit Meditation in Bewegung bezeichnet werden kann, ist mittlerweile weit verbreitet.

Nicht unerwähnt sollte jedoch bleiben, dass auch der Durchschnittschinese im Zweifelsfall eher auf Behandlungsmethoden der modernen Medizin vertraut. TCM findet vor allem bei chronischen Erkrankungen, als Zusatzbehandlung, oder bei austherapierten Patienten Anwendung. Großer Beliebtheit erfreuen sich in Taiwan auch Restaurants, die medizinale Gerichte entsprechend der Ernährungslehre der CM anbieten.

Die Traditionelle Chinesische Medizin erfreut sich in letzter Zeit zunehmender Anerkennung durch die westliche Medizin. In Deutschland ist ärztliche Akupunktur seit 2003 eine durch die Bundesärztekammer offiziell anerkannte Therapiemethode und durch die Integration in die Weiterbildungsordnung der Ärztekammern qualifiziert. Die Übernahme der Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen ist derzeit ausschließlich über Modellprojekte mit wissenschaftlicher Begleitung und nur für wenige Indikationen wie Rückenschmerzen, Kopf- und Gelenkschmerzen gegeben. Das Indikationsgebiet der Chinesischen Medizin bezieht sich auf eine Vielzahl von Krankheitsbildern, sowohl funktionelle und psychosomatische Krankheiten als auch organische Erkrankungen [Wong 1992].

Probleme ergeben sich vor allem im Bereich der Medikation mittels traditioneller Heilmittel. Verwendung finden pflanzliche, tierische und mineralische Rohstoffe bzw. Mischungen davon, meist in getrockneter Form. Manches ist schlicht ungewöhnlich, einiges abzulehnen bzw. illegal, wie etwa Produkte aus dem Gallensaft von Bären oder von geschützten Arten. Wiederholt ist es auch zu schweren Vergiftungsfällen (u.a. Leberschäden) durch Pflanzenpräparate gekommen, entweder aufgrund von Verunreinigung mit Schwermetallen, Schimmeltoxinen oder durch falsche Dosierung. Erwähnenswert ist auch, dass es noch keine ausreichende Qualitätskontrolle dieser Medikamente bezüglich ihres Wirkstoffgehaltes gibt [Beyerstein und Sampson 1996].

7.1.10 Akupunktur

Die Anfänge der Akupunktur liegen im alten China und sind eng mit der Entwicklung der chinesischen Medizin zu sehen. Über die Zeit des Entstehens gibt es widersprüchliche Angaben. Fest steht, dass die Akupunktur bereits 2000 Jahre v. Chr. in China angewandt wurde. Die Ursprünge liegen jedoch viel weiter zurück. Man schätzt sie auf etwa 3000 bis 4000 v. Chr. Aus Aufzeichnungen, die etwa in die Zeit um 1600 v. Chr. zu datieren sind, weiß man, dass zugespitzte Bambus-, Knochen- und Bronzenadeln zur Behandlung verwendet wurden.

Einer der vermutlichen Entwicklungswege der Akupunktur begann mit dem Einstich kleiner Nadeln in besonders schmerzhaft Stellen. Die Chinesen glaubten damals, dass die Schmerzen durch böse Dämonen hervorgerufen würden. Durch die Einstiche der Nadeln wollten sie diese Geister dazu veranlassen, aus dem Körper zu entweichen. Auch heute noch nimmt die Nadelbehandlung druckschmerzhafter Stellen, die sich häufig in verspannten Muskelgewebe befinden, einen wichtigen Stellenwert in der Schmerztherapie ein. In späteren Jahren kamen die so genannten Fernpunkte hinzu, mit denen eine übergeordnete Regulation von Krankheitsprozessen veranlasst wird. In früheren Jahrhunderten waren die chinesischen Ärzte Leibeigene ihrer feudalen Herren. Aufgrund gesellschaftlicher Konventionen durften sie ihre herrschaftlichen Patienten nicht so eingehend untersuchen wie die westlichen Mediziner heute. Sie mussten sich mit den Bereichen des Körpers zufrieden geben, die nicht von dem traditionellen Gewand bedeckt waren. Und das waren vor allem die Hände und Füße. Durch den Einstich von Metallnadeln in diesem Bereich konnte man, so beobachteten damals die chinesi-

schen Ärzte, die inneren Organe und damit den Krankheitsverlauf erfolgreich beeinflussen.

Vor etwa 1400 Jahren gelangte die Akupunktur über Korea nach Japan. Erst im 14. Jahrhundert n. Chr. wurde die Akupunktur durch Berichte von Marco Polo auch in Europa bekannt. Im 17. und 18. Jhd. wurde die Akupunktur dort zunächst an den Fürstenhöfen angewandt. Anfang der 50er Jahre in Europa und wenige Jahre später in den USA kam die Akupunktur wieder in Mode. Seitdem hat sich die Akupunktur vehement weiter entwickelt. Während in den USA die Therapie überwiegend von chinesischen Einwanderern geprägt ist, wurde sie in Europa eine "ärztliche" Therapie. Inzwischen ist sie weit verbreitet, in Fachverbänden organisiert und wird erfolgreich bei einer ganzen Reihe von Indikationen eingesetzt. Sie hat sogar ihren Weg an die Universitäten gefunden [Hempfen 2001].

7.1.11 Ayurveda

Ayurveda ist die Bezeichnung für eine traditionelle indische Heilkunst. Wörtlich bedeutet Ayurveda "*Lebensweisheit*". Ayurveda ist eine Kombination aus empirischer Naturlehre und Philosophie, die sich auf die für menschliche Gesundheit notwendigen physischen, mentalen, emotionalen und spirituellen Aspekte konzentriert, die wichtig für die Gesundheit bzw. Krankheit sind. Dadurch hat Ayurveda einen ganzheitlichen Anspruch. In der Typologie spricht man von unterschiedlichen Temperamenten oder Energien, den so genannten Doshas:

- Vata (Wind, Luft, Pneuma)
- Pitta (Feuer und Wasser, Chole)
- Kapha (Erde und Wasser, Phlegma)

Diese kommen nach ayurvedischer Vorstellung in jedem Organismus vor. Dabei dominieren meist ein oder zwei Doshas. In einem gesunden Organismus sollten sich diese "Energien" oder "Temperamente" in einem harmonischen Gleichgewicht befinden. Es ist für den Arzt wichtig zu wissen, welche Doshas bei einem Menschen vorherrschen, weil jeder Typ andere Medikamente und Behandlungen benötigt. Das Ziel der ayurvedischen Heilkunst ist die Vermeidung von ernsthaften Erkrankungen, indem man versucht, den Auslöser der Erkrankung zu verstehen und ungesunde Angewohnheiten abzustellen. Dazu gibt es eine Reihe von Behandlungen, die vor allem dem Körper dabei helfen sollen, "sich selbst zu helfen". Bekannt

sind etwa die diversen Ölmassagen und das Panchakarma, ein aus 5 Teilen bestehendes Entschlackungs- und Reinigungsprogramm [Rhyner 2004].

7.1.12 Yoga

Der Begriff Yoga bezeichnet eine indische philosophische Lehre, die durch bestimmte geistige und körperliche Übungen (Meditation oder Askese) den Menschen vom Gebundensein an die Last des Körperlichen befreien soll. Yoga ist eine der sechs klassischen Schulen der indischen Philosophie. Im Yoga geht es um die Vereinigung des individuellen Selbst mit dem unendlichen universellen Selbst. Es gibt viele verschiedene Formen des Yoga, aber aufgrund seiner Popularität im Westen denkt man bei dem Begriff oft nur an die körperlichen Übungen. Yoga ist keine Religion, obwohl viele Menschen Yoga praktizieren, um eine spirituelle Erleuchtung zu finden.

Es gibt viele verschiedene Formen von Yoga, alle mit ihrer eigenen Philosophie und Praxis. Einige meditative Formen von Yoga legen ihren Schwerpunkt auf die geistige Konzentration, andere konzentrieren sich eher auf körperliche Übungen und Positionen oder beschränken sich eher auf Askese. Die theoretischen und philosophischen Grundlagen des Yoga gehen auf die Veden zurück, die ältesten indischen heiligen Schriften aus der Zeit um 1500 v. Chr.

Yogaübungen verfolgen grundsätzlich einen ganzheitlichen Ansatz, der Körper, Geist und Seele zugleich in Einklang bringen soll. Hierzu gibt es in einer typischen Unterrichtseinheit (Übungsreihe) mit sowohl statischen als auch dynamischen Asanas, eine Phase der Tiefenentspannung sowie eine Meditation. Zum Beispiel wird im Kundalini Yoga durch die Kombination von Körperhaltungen, Bewegungsabläufen, inneren Konzentrationspunkten, Atemführung sowie dem Gebrauch von Mantras (Meditationsworten) und Mudras (Handhaltungen-Fingeryoga) die Kundalini-Energie derart stimuliert, dass sie beginnt durch die Chakren (Energiezentren) aufzusteigen [Trökes 2000].

7.1.13 Kinesiologie

Der Begriff Kinesiologie ist dem Altgriechischen entlehnt und wird mit "Lehre von der Bewegung" übersetzt. Eine tatsächliche Wirksamkeit der Methode ist wissenschaftlich nicht

dokumentiert, und das Verfahren ist stark umstritten.

Die Kinesiologie verwendet Begriffe und Wissen der traditionellen fernöstlichen Heilkunde (Meridian- und Elementenlehre ohne den Einsatz von Nadeln), sowie Erkenntnisse aus Neurologie und Gehirnforschung und viele Ansätze aus den Bereichen der Psychologie und Pädagogik. So wird in der kinesiologischen Literatur beispielsweise der Begriff Energie nicht im physikalischen Sinn von Energie, sondern im Sinn der ostasiatischen Heilkunde verwendet. Die Kinesiologie sieht sich als eine Methode, die den Menschen in seiner "Ganzheitlichkeit" wahrnimmt, d.h. nicht nur das Symptom betrachtet, sondern den Menschen in seinem Körper-Geist-Seele-Zusammenhang sieht und die Beschwerden ursächlich angeht. Die Kinesiologie wird primär von Heilpraktikern und Esoterikern erlernt und ausgeübt, aber auch von ganzheitlich arbeitenden Ärzten verwendet [Lesch und Förder 2001].

7.1.14 Neuraltherapie

Die Neuraltherapie ist die gezielte Anwendung eines Lokalanästhetikums (Procain) zur Beeinflussung des vegetativen Nervensystems. Entwickelt wurde dieses Verfahren maßgeblich durch den Arzt Ferdinand Huneke in den 1920er Jahren durch einen Zufall. Eines Tages injizierte er seiner an chronischer Migräne leidenden Schwester ein procainhaltiges Antirheumatikum ungewollt intravenös. Derartige Applikationen galten damals als Kunstfehler. Die Heilwirkung war allerdings so verblüffend, dass er gemeinsam mit seinem Bruder die therapeutische Anwendung von Lokalanästhetika weiter untersuchte.

Nachdem er einige Jahre später einer an Migräne und diversen Gelenkbeschwerden leidenden Frau das Procain direkt in eine Beinwunde infiltrierte, trat binnen Sekunden eine deutliche Besserung ein. Damit waren die *Störfeldtherapie* und das sogenannte *Sekundenphänomen* entdeckt. Häufige Störfelder sind Tonsillen, Schilddrüse und Narben. Das Sekundenphänomen wird definiert als sofortiges Verschwinden der Beschwerden bei Injektion in das vermutete Störfeld, sofern diese Wirkung mindestens 20 Stunden anhält (bei Zahnbehandlung: mindestens 8 Stunden) und das Phänomen wiederholbar ist. Die Neuraltherapie umfasst die Segmenttherapie, also die lokale Behandlung des betroffenen Körpersegments, sowie die Störfeldtherapie.

Als eine Domäne der Neuraltherapie gelten u. a. folgende:

- funktionelle Störfelder – noch nicht primär organisch manifestierte Leiden
- neurale Störfelder – primär nicht metabolische Leiden [Hahn-Godeffroy 2003].

7.1.15 Edelsteintherapie

Heilsteine sind anorganische oder fossile Substanzen, vor allem Minerale und Halbedelsteine, die bei Krankheiten angeblich eine heilende Wirkung haben oder das Befinden verbessern sollen. Diese Effekte sollen durch Auflegen auf betroffene Körperteile oder das kurz- oder langfristige Tragen als Schmuck erzielt werden können. Eine tatsächliche Wirksamkeit ist nur empirisch erwiesen. Menschen, die von der Heilwirkung überzeugt sind, gehen davon aus, dass die elektromagnetische Umgebungsstrahlung (Qi, Bioplasma) an den Kristallgittern gebündelt oder gestreut bzw. anders polarisiert wird und somit eine andere Wirkung auf den Körper hat.

Der erste schriftliche Erwähnung über die Verwendung von Heilsteinen findet sich bei Aristoteles, wobei auch eine Verwendung in früheren Kulturen wie dem antiken Ägypten vermutet wird. Im angehenden Mittelalter nahmen sich Geistliche wie Marbod von Rennes oder Hildegard von Bingen des Themas erneut an. Im Zusammenhang mit der New Age-Welle hat sich der Glaube an Heilsteine in unserer heutigen Zeit in der Bevölkerung weit verbreitet [Gienger 1995].

7.1.16 Aromatherapie

In der Aromatherapie werden natürliche Duftstoffe zur gesundheitlichen Prophylaxe und Therapie von Krankheiten wie zur Steigerung des Wohlbefindens angewandt. Geprägt wurde der Begriff in den 1920er Jahren von dem französischen Chemiker René Maurice Gattefossé.

Die Aromatherapie basiert auf der Wirkung von so genannten ätherischen Ölen, die aus Pflanzen mittels verschiedener Verfahren, wie z.B. der Wasserdampf-Destillation gewonnen werden. Fast alle Pflanzen enthalten ätherische Öle, manche jedoch nur in geringen Mengen. Diese werden regelmäßig zur Aromatherapie genutzt [Nelson 1997].

7.1.17 Bioresonanztherapie

Die Bioresonanztherapie, abgekürzt BRT, heißt auch Mora-Therapie, biophysikalische Informationstherapie oder Multiresonanztherapie. Sie wurde 1977 von dem deutschen Arzt Dr. Franz Morell und seinem Schwiegersohn, dem Ingenieur Erich Raschke, als MORA-Therapie veröffentlicht. Bioresonanztherapie gehört nicht zum Methodenspektrum der wissenschaftlichen Medizin. Die Bioresonanztherapie hat auch nichts mit Biofeedback zu tun.

Abgeleitet aus der seit 1920 in den USA verbreiteten Radionik, basiert sie auf der Erkenntnis, dass jedes Lebewesen, das ein Nervensystem besitzt, kleinste elektrische Ströme erzeugt und für die Erregungsleitung und damit für die Informationsverarbeitung nutzt. Dabei entstehen messbare elektromagnetische Felder. »Schulmedizinische« Methoden, die solche elektromagnetischen Felder messen, sind z.B. das Elektrokardiogramm, das Elektroenzephalogramm oder das Magnetenzephalogramm. Was hingegen die bei der Bioresonanztherapie verwendeten Geräte tatsächlich messen sollen, bleibt unklar, da ihre genaue Funktionsweise nicht offen gelegt wird. Vermutlich messen sie den Hautwiderstand, ähnlich einem Lügendetektor, oder dem in der Scientology verwendeten E-Meter.

Die Anhänger der Bioresonanztherapie meinen, man könne viele Krankheiten dadurch heilen, dass man die "kranken Strömungsmuster" oder "Schwingungen" durch gesunde ersetzt. Um die kranken Schwingungen zu "reparieren", wird mit elektronischen Geräten zuerst der aktuelle "Zustand" des Patienten gemessen. Basierend auf dem gemessenen Signal wird mit einem nicht näher spezifizierten Verfahren ein "therapeutischer Strom" mit einer spezifischen Frequenz und Muster generiert und auf den Patienten angewandt. Die Anwendungsgebiete sind Allergien, Migräne, Schlafstörungen, chronische Schmerzen, etc.

Einen Nachweis für die Wirksamkeit der Bioresonanztherapie gibt es bisher nicht. Daher ist sie vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen von der Erstattungsfähigkeit durch gesetzliche Krankenkassen in Deutschland generell ausgeschlossen worden. Morell und weitere namhafte Aktivisten der Methode, auch Hersteller von entsprechenden Geräten sind bzw. waren Mitglieder der Scientology-Sekte [Dittmer 2004].

7.2 Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Alterseffekt als stetige Variable.....	21
Abbildung 2: Health Belief Model nach Becker.....	82
Tabelle 1: Auflistung alternativer Methoden (nach Wikipedia).....	6
Tabelle 2: Aufteilung der interviewten Probanden	19
Tabelle 3: Inanspruchnahme alternativer Heilverfahren (absolute Zahlen)	24
Tabelle 4: Lebensform.....	25
Tabelle 5: Familienstand	26
Tabelle 6: Haustiere.....	27
Tabelle 7: Art der Haustiere	27
Tabelle 8: Staatsangehörigkeit	29
Tabelle 9: Schulabschluss	30
Tabelle 10: Berufsausbildung	31
Tabelle 11: Erwerbstätigkeit.....	33
Tabelle 12: Berufliche Stellung	33
Tabelle 13: Umfang der Berufstätigkeit	34
Tabelle 14: Status bei Nicht-Erwerbstätigkeit	34
Tabelle 15: Einkommen.....	36
Tabelle 16: Wohnort.....	37
Tabelle 17: Hausarzt	38
Tabelle 18: Fachrichtung des Hausarztes	39
Tabelle 19: Letzter Arztbesuch.....	40
Tabelle 20: Anlass für den letzten Arztbesuch	41
Tabelle 21: Zufriedenheit mit der Behandlung.....	42
Tabelle 22: Gesundheitszustand	44
Tabelle 23: Chronische Erkrankungen	45
Tabelle 24: Art der chronischen Erkrankungen.....	46
Tabelle 25: Eigene Krebserkrankungen.....	49
Tabelle 26: Familiäre Krebserkrankung	49
Tabelle 27: Body-Mass-Index	50

Tabelle 28:	Alkoholkonsum	52
Tabelle 29:	Art des konsumierten Alkohols	52
Tabelle 30:	Rauchverhalten	54
Tabelle 31:	Menge der konsumierten Zigaretten	54
Tabelle 32:	Sport.....	56
Tabelle 33:	Ausmaß der sportlichen Betätigung.....	56
Tabelle 34:	Zahnarztbesuche	58
Tabelle 35:	Impfverhalten.....	59
Tabelle 36:	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	60
Tabelle 37:	Schutz vor UV-Strahlen.....	61
Tabelle 38:	Gesunde Ernährung	62
Tabelle 39:	Teilnahme an Gesundheitskursen	63
Tabelle 40:	Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.....	63
Tabelle 41:	Interesse an Gesundheitssendungen	64
Tabelle 42:	Informationsquellen für Gesundheitsthemen.....	65
Tabelle 43:	Odds Ratios der soziodemografischen Variablen.....	69
Tabelle 44:	Odds Ratios Gesundheitszustand und Zufriedenheit mit dem letzten Arztkontakt.....	70
Tabelle 45:	Odds Ratios von Gesundheitsrisiken und -verhalten.....	71
Tabelle 46:	Variablen für das Regressionsmodell	73
Tabelle 47:	Ergebnisse der logistischen Regressionsmodelle	74

8 DANKSAGUNG

Herrn Prof. Dr. Hans-Joachim Seidel danke ich für die Überlassung des spannenden Themas und für seine lange Geduld mit mir.

Frau PD Dr. Martina Kron danke ich für die tatkräftige Unterstützung bei statistischen Fragen und ihre nimmermüde Diskussionsbereitschaft.

Herrn Prof. Dr. Klaus-Peter Westphal und Herrn Prof. Dr. Franz Porszolt danke ich für ihre Unterstützung bei dieser Arbeit.

Frau Dr. Sabine Schwenk hat mir freundlicherweise den Datensatz ihrer Dissertation überlassen. Sie hat die Arbeit durchgesehen, stets ein „offenes Ohr“ gehabt und mir wertvolle Tipps erteilt. Hierfür möchte ich mich herzlich bedanken.

Frau Dr. Friederike Bischof und Herr Dr. Carsten Meyerhoff haben mir in ihrem Institut Health Management Consulting einen Computerarbeitsplatz zur Verfügung gestellt. Ich danke ihnen dafür und für ihre Anleitung zum wissenschaftlichen Arbeiten und zur Literaturrecherche sowie für ihr konstruktives Feedback.

Darüber hinaus möchte ich mich ganz besonders bei ihren drei Perserkatzen Mausi, Mizzi und Musch für forderndes Miauen, aufmunterndes Schnurren und regelmäßiges Ablenken von der Arbeit sowie für ihren Einsatz als dekorative Briefbeschwerer und Papiersortierer bedanken. So wurde diese Arbeit fast zur „Nebensache“- Katzenbesitzer verstehen, was ich meine.

Frau Kollegin und Freundin Dr. Vanessa Scott danke ich für Austausch und Anregungen.

Den beiden Interviewkolleginnen und den Befragungsteilnehmern danke ich für ihre Teilnahme – ohne sie wäre die Entstehung des Datensatzes und die Arbeit unmöglich gewesen.

