

**Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien
durch niedergelassene Allgemeinmediziner, Orthopäden
und Internisten -
Eine bundesweite Befragung**

Clara Steinmüller

Technische Universität München

Institut für Allgemeinmedizin

(Direktor: Univ.-Prof. Dr. A. Schneider)

**Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien
durch niedergelassene Allgemeinmediziner, Orthopäden
und Internisten -
Eine bundesweite Befragung**

Clara Steinmüller

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen
Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Medizin

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Prof. Dr. Ernst J. Rummeny

Prüfer der Dissertation: 1. Prof. Dr. Klaus Linde
2. Prof. Dr. Rüdiger von Eisenhart-Rothe

Die Dissertation wurde am 26.04.2016 bei der Technischen Universität
München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 09.11.2016
angenommen.

Inhaltsverzeichnis

<i>Inhaltsverzeichnis</i>	3
<i>1. Einleitung</i>	7
1.1. Historischer Hintergrund	7
1.2. Definitionen	9
1.3. Placebos und unspezifische Therapien in der ärztlichen Praxis	11
1.4. Ziele der Befragung	14
<i>2. Methoden</i>	16
2.1. Design	16
2.2. Grundgesamtheit, Stichproben, Aussendung und Rücklaufregistrierung	16
2.2.1. Grundgesamtheit	16
2.2.2. Ziehung der Zufallsstichproben	17
2.2.3. Aussendung und Rücklaufregistrierung	17
2.3. Beschreibung des Fragebogens	19
2.3.1. Entwicklung der Vorläuferversion des Fragebogens	19
2.3.2. Kognitive Interviews	19
2.3.3. Endgültiger Fragebogen	22
2.4. Ethik	26
2.5. Statistik	27
2.5.1. Fallzahlschätzung	27
2.5.2. Dateneingabe	27
<i>3. Ergebnisse</i>	29
3.1. Stichprobenausschöpfung	29
3.2. Auswertung nach Facharztgruppen	30
3.2.1. Soziodemografische Daten und Praxismerkmale	30

3.2.2. Anwendung von Placebos	32
3.2.3. Anwendung von unspezifischen Therapien.....	35
3.2.4. Anwendungsmuster in Bezug auf Placebos und unspezifische Therapien	37
3.2.5. Ärztliche Grundhaltungen	38
3.2.6. Einschätzung und Anwendung komplementärer Therapien	47
3.3. Auswertung nach Verwendung von reinen Placebos und unspezifischen Therapien	49
3.3.1. Soziodemografische Daten und Praxismerkmale.....	50
3.3.2. Ärztliche Grundhaltungen	51
3.4. Regressionsanalysen	65
4. Diskussion.....	67
4.1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse	67
4.2. Methodenkritik	68
4.3. Interpretation der Ergebnisse im Kontext der Literatur	71
4.3.1. Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien im Vergleich	71
4.3.2. Ethische Aspekte der Anwendung von Placebos und unspezifischen Therapien in der therapeutischen Praxis	74
4.4. Schlussfolgerungen und Ausblick	83
5. Zusammenfassung	84
6. Anhang	86
6.1. Abkürzungsverzeichnis	86
6.2. Literaturverzeichnis	87
6.3. Publikationen	97
6.4. Abbildungsverzeichnis	98
6.5. Tabellenverzeichnis	98
6.6. Anschreiben.....	101

6.7. Fragebogen	103
6.7.1. Fragebogen Allgemeinmediziner und Internisten	103
6.7.2. Fragebogen Orthopäden.....	107
6.8. Lebenslauf	110
6.9. Danksagung	112

Hinweis zur Schreibweise:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird grundsätzlich bei Bezug auf Personengruppen beider Geschlechter wie z. B. Ärztinnen und Ärzte, Teilnehmerinnen und Teilnehmer, Patientinnen und Patienten die maskuline Form verwendet, die jedoch Männer wie Frauen meint.

1. Einleitung

1.1. Historischer Hintergrund

Seit jeher verwenden Ärzte und andere Heilkundige bei der Behandlung von Patienten zumindest gelegentlich Maßnahmen, bei denen sie davon ausgehen, dass sie eigentlich keine eigenen, „spezifischen“ Wirkungen haben. Bereits Platon berichtet über die Anwendung einer Pflanze gegen Kopfschmerzen, die nur in Kombination mit einem Zauber ihren Nutzen erfüllen soll (Jowett 1873, zitiert nach Moerman, Jonas, 2002). Auch wenn der Begriff „Placebo“ im medizinischen Sprachgebrauch noch nicht sehr lange nachzuweisen ist, lässt sich vermuten, dass die Verwendung von dem, was wir heute als Placebos bezeichnen, vielleicht sogar schon immer Teil der Behandlung Kranker war. Im alten Ägypten reichten die Therapien von Einbalsamierung über Glaubens-Heilung bis zu Operationen. Es gab damals keinen Unterschied zwischen Arzt, Priester und Magier (Macedo, Farre et al., 2003). Je geringer das Wissen in der Medizin in der Vergangenheit war, desto eher dürften Rituale wie die Besingung Kranker oder Zeremonien Teil der Behandlung von Patienten gewesen sein.

Der Begriff „Placebo“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „ich werde gefallen“. Er erfuhr über die Jahrhunderte einen Wandel seiner Bedeutung. Die Verwendung des Begriffes lässt sich auf eine Bibelstelle zurückführen, in der Hieronymus ihn fälschlicherweise bei der Übersetzung der neunten Zeile von Psalm 116 verwendete. Statt einer korrekten Übersetzung aus dem Hebräischen im Sinne von „ich will wandeln vor dem Herrn im Lande des Lebendigen“, wie Luther schreibt, übersetzt er „Placebo Domino in regione vivorum“, was so viel bedeutet wie „ich werde wohlgefällig sein vor dem Herrn im Lande des Lebenden“ (Bundesärztekammer, 2011), (Finniss, Kaptchuk et al., 2010). Bis in das späte 18. Jahrhundert wurde der Begriff „Placebo“ im religiösen Kontext gebraucht und noch nicht im medizinischen (Kerr, Milne et al., 2008). Der Vers „Placebo Domino in regione vivorum“ wurde im Rahmen von Totenmessen gesungen. Weil es Klageweiber gab, die gegen Bezahlung an solchen Messen teilnahmen und diesen Vers zitierten, wandelte sich die Bedeutung des Begriffes „Placebo“ in Richtung „Schmeichler“ (Aronson, 1999). Das Wort bekam in diesem

Zusammenhang die Nebenbedeutung „Geringschätzung“ und „Ersatz“, weil diese Klageweiber oft als Ersatz für die Angehörigen des Verstorbenen dienten (De Craen, Kaptchuk et al., 1999). Über dieses Totenbrauchtum hielt das Wort „Placebo“ mit der Bedeutung „jemandem einen Gefallen tun“ Einzug in den medizinischen Sprachgebrauch (Bundesärztekammer, 2011).

Der Begriff „Placebo“ in einer Bedeutung ähnlich der, die wir heute kennen, wurde erstmals vom schottischen Arzt und Pharmakologen William Cullen in den Clinical Lectures verwendet. Cullen berichtet dort über einen Kranken, dem er die äußerliche Anwendung von Senfpulver anordnet, obwohl er nicht von einer spezifischen Wirkung dieser Therapie ausgeht (Cullen 1772, zitiert nach Bundesärztekammer, 2011).

Die katholische Kirche nutzte im 16. Jahrhundert nur scheinbar heilige Objekte anstelle von echten heiligen Objekten zur Teufelsaustreibung, um an der Reaktion der vermeintlich Besessenen zu differenzieren, ob es sich um eine wirkliche Besessenheit (Reaktion nur auf echte heilige Objekte) oder nur um Einbildung (Reaktion auch auf nur scheinbar heilige Objekte) handelte (Kaptchuk, Kerr et al., 2009). Man könnte dies als eine erste „Placebo-Kontrolle“ interpretieren.

Diese Idee der Placebo-Kontrolle wurde von Benjamin Franklin aufgegriffen (Finniss, Kaptchuk et al., 2010). Franz Anton Mesmer behauptete damals, dass er mithilfe von „thierischem Magnetismus“ Effekte bei seinen Patienten auslösen könne. Eine Gruppe um Benjamin Franklin konnte aber nachweisen, dass Effekte wie Glücksgefühle oder Konvulsionen auch mit nur angeblich magnetisierten Gegenständen ausgelöst werden konnten. Diesen Effekt schrieb er der Einbildung der Probanden zu (Gerste, 2006).

Heute benutzt man den Begriff „Placebo“ in der Medizin häufig im Zusammenhang mit klinischen Studien. Neue Therapien werden seit Mitte des 20. Jahrhunderts im Rahmen placebokontrollierter Studien im Hinblick auf ihre Wirksamkeit getestet (Breidert, Hofbauer, 2009). Es wird dabei untersucht, ob ein Präparat (Verum) in seiner Wirksamkeit einem Placebo überlegen ist. Dies geschieht meist im Rahmen von randomisierten, doppelblinden Studien, bei denen

weder der Patient, noch der Arzt weiß, ob ein Patient mit einem Placebo oder einem Verum therapiert wird.

Die Nutzung von Placebos im Rahmen solcher Studien ist allerdings auch heutzutage nur ein Teil ihrer Verwendung. Denn auch im ärztlichen Alltag kommt den Placebos eine Rolle zu (Meissner, Höfner et al., 2012).

Das Wissen über den Wirkmechanismus von Placebos unterlag in den letzten Jahrzehnten einem grundlegenden Wandel und das Thema „Placebo“ war Gegenstand zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen. Z. B. (Benedetti, 2014).

In den 70er Jahren diente die Gabe eines Placebos manchmal als Instrument, um organische Beschwerden von psychischen abzugrenzen. Heute wird der Begriff zwar noch immer häufig mit mangelnder Wirksamkeit gleich gesetzt (Braidert, Hofbauer, 2009), aber wissenschaftliche Untersuchungen lassen ihre Wirkung in einem anderen, viel komplexeren Licht erscheinen. Man weiß inzwischen, dass eine Placebo-Intervention nicht nur psychische, sondern auch organische Wirkungen auslösen kann. 1978 ergaben sich erste Hinweise darauf, dass Placebos in der Schmerztherapie Einfluss auf die Wirkung von Endorphinen im Körper nehmen können (Levine, Gordon et al., 1978).

1.2. Definitionen

Für den Begriff „Placebo“ gibt es verschiedene Definitionen (Macedo, Farre et al., 2003). Eine mögliche Definition ist, dass ein Placebo ein Scheinmedikament ist, das aus pharmakologisch unwirksamen Inhaltsstoffen besteht und eventuell Zusätze wie Geschmacks- oder Farbstoffe enthält (Jütte, Hoppe et al., 2010). Diese Definition berücksichtigt jedoch nicht, dass auch nichtmedikamentöse Interventionen im Sinne von Placebos verwendet werden können. Shapiro und Morris beschreiben „Placebo“ allgemeiner (Shapiro, Morris, 1978). Sie definieren es als jede Therapie oder Therapie-Komponente, die eingesetzt wird, um deren nicht spezifischen, psychologischen oder psychophysiologischen Effekt zu nutzen, oder auch als eine Therapie, die angewendet wird, um einen

angenommenen spezifischen Effekt zu nutzen, die aber gar keinen spezifischen Effekt auf die damit therapierte Erkrankung besitzt. Shapiro und Morris unterscheiden weiter „reine Placebos“ und „unreine Placebos“. Während unter „reinem Placebo“ Behandlungen ohne aktive, spezifische Komponente verstanden werden, sind „unreine Placebos“ Behandlungen die auch Nicht-Placebo-Komponenten enthalten. Louhiala (Louhiala, Hemilä et al., 2015) schreibt, dass der Begriff „unreines Placebo“ zu Missverständnissen führen kann und deshalb nicht gebraucht werden sollte. Denn im allgemeinen Sprachgebrauch wird „Placebo“ meist im Sinne von „reines Placebo“ verwendet. Es kann hier leicht zu Verwirrung kommen, insbesondere dann, wenn „reines“ und „unreines Placebo“ zusammengefasst als „Placebo“ bezeichnet werden. Da die Begriffe „reines und unreines Placebo“ unter praktisch tätigen Ärzten weitgehend unbekannt sind und schwer verständlich erscheinen (siehe hierzu auch Linde, Friedrichs et al., 2013 und Kapitel 2.3.2. Kognitive Interviews), werden in der in dieser Dissertation beschriebenen Befragung und in der folgenden Darstellung und Diskussion nur die Begriffe „Placebo“ (im Sinne von „reines Placebo“) und „unspezifische Therapie“ (im Sinne von „unreines Placebo“) verwendet. Sie scheinen leichter verständlich, auch wenn nicht sichergestellt werden kann, dass eine einheitliche Interpretation dieser Begriffe gewährleistet ist.

In Abgrenzung von Placebos und unspezifischen Therapien auf der Interventionsebene wird der „Placebo-Effekt“ auf der Wirkungsebene bei der behandelten Person definiert. Shapiro beschreibt ihn als den psychologischen oder psychophysiologischen Effekt, der durch ein Placebo ausgelöst wird (Shapiro, 1964). Moerman und Jonas allerdings kritisieren die Definitionen von Placebo und Placebo-Effekt von Shapiro und Morris als in sich unlogisch: Wenn ein Placebo per definitionem eine inerte Intervention ist, kann es selbst keinen Effekt haben (Moerman, Jonas, 2002). Brody fasst die Definition weiter. Er beschreibt den Placebo-Effekt als Veränderung der Erkrankung eines Patienten, der mehr auf die symbolische Bedeutung der Behandlung zurückzuführen ist als auf deren spezifische pharmakologische oder physiologische Wirkung (Brody, 1980).

Man geht davon aus, dass bei jeder Behandlung eines Patienten Placebo-Effekte auftreten können, die z. T. auch neurophysiologisch und anatomisch zugeordnet

werden können (Benedetti, 2010), (Benedetti, 2009). Es gibt bislang keine umfassende Erklärung für ihr Auftreten. Nach dem aktuellen Stand des Wissens wird davon ausgegangen, dass es sich beim „Placebo-Effekt“ nicht um ein einheitliches Phänomen, sondern eine Klasse unterschiedlicher psychobiologischer Effekte im Rahmen eines therapeutischen Settings handelt (Finniss, Kaptchuk et al., 2010). Wichtige Wirkmechanismen sind insbesondere Konditionierung und Erwartung. Jedoch können auch Lernprozesse, Erinnerung, Motivation, der somatische Fokus, Belohnung, Angstreduktion und Symbolik Placebo-Effekte auslösen (Benedetti, 2008), (Price, Finniss et al., 2008). Placebo-Effekte können unter anderem durch die Art und Weise des Settings zwischen Arzt und Patient beeinflusst werden, z. B. durch die Gesprächsführung seitens des Arztes (Jütte, Hoppe et al., 2010). Beispielsweise spielt es eine Rolle, wie empathisch und beruhigend der Arzt mit seinem Patienten spricht. Aber auch die Art des Medikamentes und die Nutzung technischer Hilfsmittel spielen eine Rolle (Finniss, Kaptchuk et al., 2010). Der Placebo-Effekt ist dabei nicht notwendigerweise an die Gabe eines Placebos gebunden.

Der Vollständigkeit halber muss hier auch erwähnt werden, dass im therapeutischen Setting nicht nur positive psychobiologische Effekte auftreten können. Es kann durch Erwartungen und Erfahrungen eines Patienten auch zu negativen Veränderungen seines Befindens kommen. Dieses Phänomen bezeichnet man als „Nocebo-Effekt“ (Jütte, Hoppe et al., 2010).

1.3. Placebos und unspezifische Therapien in der ärztlichen Praxis

Auch außerhalb klinischer Studien scheint die Anwendung von Placebos eine nicht unerhebliche Rolle für die Tätigkeit von Ärzten in der niedergelassenen Praxis zu spielen. Ein systematischer Review (Fässler, Meissner et al., 2010) zeigt, dass in internationalen Befragungen der Anteil der Ärzte, die angegeben hatten, in ihrem Berufsleben schon einmal ein Placebo, zum Beispiel Injektionen mit physiologischer Kochsalzlösung oder Zuckerpillen, angewendet zu haben,

zwischen 17% und 80% lag. Allerdings erfolgte die Verwendung von Placebos in der Regel sehr selten (d. h. bei sehr wenigen Patienten). Unspezifische Therapien scheinen in der ärztlichen Praxis sehr viel häufiger und auch mit einer höheren Frequenz als Placebos zum Einsatz zu kommen. Die Autoren der Übersicht weisen jedoch darauf hin, dass eine genaue Abschätzung der tatsächlichen Anwendungshäufigkeit schwierig ist, da es keine einheitliche Definition gibt, was genau als unspezifische Therapie zu bezeichnen ist.

Es gibt Hinweise darauf, dass Allgemeinmediziner häufiger auf die Gabe von Placebos und die Anwendung von unspezifischen Therapien zurückgreifen als niedergelassene Fachärzte anderer Disziplinen oder Kollegen, die in Kliniken tätig sind (Hróbjartsson, Norup, 2003). Dies scheint angesichts der höheren diagnostischen Unsicherheit (O'Riordan, Dahinden et al., 2011) und dem Umgang mit leichteren Erkrankungen in dem Fachgebiet der Allgemeinmedizin (Morris, Cantrill et al., 2001) plausibel zu sein.

Als Grund für die Verwendung unspezifischer Therapien wurde vor allem der Wunsch des Patienten, ein Rezept zu erhalten, genannt. Aber auch die Nutzung des Placebo-Effektes, Konfliktvermeidung, unterstützende Behandlung unspezifischer Beschwerden, sowie zu vermeiden, dem Patienten mitteilen zu müssen, dass die Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind, und die Unterscheidung zwischen organischen und funktionellen Beschwerden waren genannte Gründe (Fässler, Meissner et al., 2010). Ärzte scheinen eher bei als schwierig und fordernd empfundenen Patienten auf die Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien zurück zu greifen (Classen, Feingold, 1985), (Goldberg, Leigh et al., 1979), (Goodwin, Goodwin et al., 1979), (Gray, Flynn, 1981), (Lange, 1981), (Saupe, 1986). Diese Annahme deckt sich mit dem Ergebnis einer anderen Befragung, dass Verschreibungen manchmal zur Lösung von schwierigen Situationen benutzt werden (Weiss, Scott, 1997).

Qualitative Untersuchungen (Comaroff, 1976), (Henriksen, Hansen, 2004) weisen darauf hin, dass die Motivation für die Anwendung von Placebos und unspezifischen Therapien komplex und von Arzt zu Arzt sehr verschieden zu sein scheint. Es ergeben sich Hinweise darauf, dass tiefer gehende Rollenkonflikte

Einfluss auf die Therapie von Patienten nehmen. Während Ärzten in der Ausbildung vermittelt wird, dass Therapien nur angewendet werden sollen, wenn sie einerseits notwendig und andererseits spezifisch wirksam sind, kommen sie vor allem in der hausärztlichen Praxis häufig in Situationen, in denen dieses Ideal nicht umsetzbar ist. Verbunden mit der durch die Ärzte vorausgesetzten Therapieerwartung des Patienten und dem in die Ärzte gesetzte Vertrauen zur Handlungsfähigkeit, greifen sie auf andere Strategien wie zum Beispiel die Verabreichung von Placebos und unspezifischen Therapien zurück. Sie müssen ihre während der Ausbildung erlernten Ideale anpassen, um sie mit ihrem Alltag in Einklang zu bringen.

Die Entscheidung zur Anwendung von Placebos und unspezifischen Therapien stellt die betreffenden Ärzte häufig vor Schwierigkeiten. Sie wird von bis zu 50% der Befragten als akzeptabel bezeichnet, wenn sie dem Wohle des Patienten dient (Fässler, Meissner et al., 2010). In einer Studie aus der Schweiz fanden 45% der Befragten aber, dass Placebo-Nutzung abgelehnt werden sollte, da eine solche Verwendung Betrug sei (Fässler, Gnädinger et al., 2009).

Die Wichtigkeit des Themas „Placebo“ spiegelt sich auch darin wider, dass der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer 2011 eine umfassende Stellungnahme zum Thema „Placebo in der Medizin“ herausgegeben hat (Bundesärztekammer, 2011). Die Autoren schreiben über die ethische und rechtliche Problematik der Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien oder „Pseudo-Placebos“, wie sie in der Veröffentlichung genannt werden, in der ärztlichen Praxis. Eine Verwendung solcher Interventionen wird in bestimmten Situationen für vertretbar gehalten, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- A) Es steht keine gesichert wirksame Therapie zur Verfügung.
- B) Patienten mit geringen Beschwerden verlangen nach einer Therapie und
- C) die Behandlung mit einem Placebo bzw. einer unspezifischen Therapie erscheint Erfolg versprechend.

Allerdings wird dort auch auf die Aufklärungspflicht des Arztes hingewiesen (Jütte, Hoppe et al., 2010).

1.4. Ziele der Befragung

Obwohl das Thema „Placebo in der Medizin“ vom wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer ausführlich in Form eines Handbuches thematisiert wurde (Bundesärztekammer, 2011), gab es zum Zeitpunkt der Planung der hier geschilderten Studie noch keine deutschlandweite Untersuchung darüber, in welchem Ausmaß niedergelassene Ärzte Placebos und unspezifische Therapien anwenden. Es lag lediglich eine bayernweite Befragung zu diesem Thema vor (Meissner, Höfner et al., 2012). Deswegen wurde im Rahmen dieser Dissertation eine bundesweite Arzt-Befragung durchgeführt.

Ziel der Befragung war die vergleichende Erfassung

- 1) der Häufigkeit der Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien
- 2) sowie von potenziell für die beiden oben genannten Aspekte relevanten ärztlichen Grundhaltungen

bei

- A) Allgemeinmedizinern,
- B) niedergelassenen Orthopäden und
- C) niedergelassenen Internisten.

Folgende Hypothesen wurden für eine explorative Prüfung formuliert:

- 1) Unspezifische Therapien werden fachgruppenunabhängig häufiger eingesetzt als Placebos.
- 2) Allgemeinmediziner verwenden Placebos und unspezifische Therapien häufiger als niedergelassene Orthopäden, diese wiederum häufiger als niedergelassene Internisten.

Die erste Hypothese leitet sich aus vorhandenen Erhebungen ab (Fässler, Meissner et al., 2010), wurde jedoch in dieser Form bisher nicht explizit geprüft. Die zweite Hypothese leitet sich aus folgenden Überlegungen ab: Allgemeinmedi-

ziner müssten die Facharztgruppe sein, die bei ihren Patienten mit der höchsten diagnostischen Unsicherheit konfrontiert ist (O'Riordan, Dahinden et al., 2011). Sie sehen viele Patienten mit vergleichsweise geringer Erkrankungsschwere, bei denen eine Behandlung nicht immer medizinisch indiziert ist. Insbesondere fachärztlich tätige Internisten behandeln dagegen häufig bereits vordiagnostizierte und vorbehandelte Patienten in fortgeschrittenen Krankheitsstadien, bei denen die Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien selten eine Option darstellt. Für Orthopäden lagen bisher keine Befragungen zum Thema „Placebo“ vor. Diese Facharztgruppe erscheint jedoch besonders interessant, da niedergelassene Orthopäden zwar in gewissem Maße ein vorselektiertes Patientengut betreuen, aber im Gegensatz zu ihrer Facharztbildung mit hochselektiertem Patientengut und operativer Orientierung in der Praxis viele Patienten mit unspezifischen Beschwerdebildern wie z. B. unspezifischen Schmerzzuständen behandeln (Tilscher, 2006).

2. Methoden

2.1. Design

Die Untersuchung bestand aus der postalischen Befragung einer zufällig ausgewählten Stichprobe von 2100 Ärzten. Darunter waren 700 Allgemeinmediziner, 700 Internisten und 700 Orthopäden. Ihnen wurde ein standardisierter Fragebogen (quantitative Querschnittsstudie) zugesandt. Dieser Fragebogen wurde nach der Rücksendung in anonymisierter Form ausgewertet.

2.2. Grundgesamtheit, Stichproben, Aussendung und Rücklaufregistrierung

2.2.1. Grundgesamtheit

Als Grundgesamtheit für die Befragung kamen infrage: in Deutschland in niedergelassener Praxis tätige Ärzte folgender Facharztgruppen:

- A) Fachärzte für Allgemeinmedizin und praktische Ärzte (in der Folge als Allgemeinmediziner bezeichnet).
- B) Fachärzte für Innere Medizin (in der Folge als Internisten bezeichnet).
- C) Fachärzte für Orthopädie (in der Folge als Orthopäden bezeichnet).

Ursprünglich war geplant, ausschließlich fachärztlich tätige Internisten in die Befragung einzuschließen, nicht jedoch hausärztlich Tätige. Allerdings stellte sich nach der Stichprobenziehung (siehe 2.2.2.) heraus, dass in der, von uns zur randomisierten Auswahl der angeschriebenen Ärzte benutzten, Adressdatei (beziehbar unter www.adressendiscout.de) die Information, ob ein Internist hausärztlich tätig ist, nur in etwa der Hälfte der Fälle vorlag. Somit umfasst die gezogene Stichprobe mehrheitlich fachärztlich tätige, jedoch auch hausärztlich tätige Internisten.

2.2.2. Ziehung der Zufallsstichproben

Aus einer frei verkäuflichen Adressdatenbank (www.adressendiscout.de) wurde eine Stichprobe von 2100 Ärzten zufällig gezogen. Diese Adressdatenbank war als Excel-Datei verfügbar und enthielt eine bundesweite Sammlung der Adressen von 132.000 niedergelassenen Ärzten und darüber hinaus auch öffentlich zugängliche Informationen zu Facharzttrichtung und Hausarztstatus.

In einem ersten Schritt wurden, nach Facharztgruppen getrennt, 3 neue Dateien generiert. Datei 1 enthielt alle in der Adressdatenbank verfügbaren Allgemeinmediziner (ca. 35.000), Datei 2 alle verfügbaren fachärztlich und zum Teil hausärztlich tätigen Internisten (ca. 18.000) und Datei 3 alle verfügbaren Orthopäden (ca. 5000). Diese drei Dateien wurden nach ihrer Erstellung in SPSS transferiert.

Die Auswahl der jeweils 700 Ärzte pro Facharztgruppe, die den Fragebogen zugesandt bekommen sollten, erfolgte durch einfache Ziehung einer Zufallsstichprobe aus den 3 erstellten SPSS-Dateien mit der Funktion „Fälle auswählen“ „Zufallsstichprobe“.

Nach Facharztgruppen getrennt wurden dann 3 Excel-Dateien erstellt, welche die Namen und Adressen der zufällig ausgewählten Ärzte enthielten.

2.2.3. Aussendung und Rücklaufregistrierung

Jedem ausgewählten Arzt wurde daraufhin in den erstellten Excel-Dateien eine fortlaufende Identifikationsnummer zugeteilt (A 1-700 für Allgemeinmediziner, I 1-700 für Internisten und O 1-700 für Orthopäden). Diese Identifikationsnummern wurden auf Seite 4 der Fragebögen in der linken unteren Ecke handschriftlich vermerkt und bei Wiedereingang der Fragebögen im Institut für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München nach der Registrierung der antwortenden Ärzte vom Fragebogen abgetrennt und verworfen, um bei der Auswertung Anonymität zu gewährleisten.

In Kalenderwoche 43/2012 wurden die Fragebögen mit den zum jeweiligen Arzt passenden Identifikationsnummern zusammen mit einem personalisierten Anschreiben und einem Freiumschlag an die ausgewählten Teilnehmer versandt. Bei Rücksendung des Fragebogens durch die angeschriebenen Ärzte wurden diese Ärzte anhand der vergebenen Identifikationsnummer in einer neuen Excel-Datei registriert und aus der ursprünglichen Adressdatei gelöscht. Die neue Datei enthielt am Ende der Registrierungen alle diejenigen Teilnehmer, die bereits einen Fragebogen zurückgesendet hatten. Die ursprüngliche Datei enthielt somit all jene Ärzte, die erneut angeschrieben werden sollten. Daraufhin wurde, wie oben bereits erwähnt, die ursprüngliche Identifikationsnummer vom Fragebogen abgetrennt und verworfen. Folgend wurde eine neue fortlaufende Identifikationsnummer vergeben, um die Fragebögen später einem digitalisierten Fragebogen in der SPSS-Auswertungsdatei zuordnen zu können.

Die Fragebögen, die aufgrund von Unzustellbarkeit an uns zurückgesendet wurden, sind ebenfalls aus der von uns erstellten Adressdatei gelöscht und in einer gesonderten Excel-Datei erfasst worden. Die betreffenden Ärzte wurden nicht noch einmal angeschrieben. Für Ärzte, die nicht teilnehmen und nicht erneut angeschrieben werden wollten, bestand die Möglichkeit, einen leeren Bogen im beiliegenden Freiumschlag zurückzusenden. Die Adressen dieser Teilnehmer wurden ebenfalls aus der von uns erstellten Adressdatei gelöscht und in der Datei der bereits zurück gesendeten Bögen erfasst.

Drei Wochen nach der ersten Versendung wurde der Fragebogen in der Kalenderwoche 46/2012 erneut an diejenigen Ärzte verschickt, die nicht auf unser erstes Anschreiben reagiert hatten und somit noch in der ursprünglichen von uns erstellten Adressliste enthalten waren. Dieses Vorgehen wurde drei Wochen nach der zweiten Versendung noch ein drittes Mal in der Kalenderwoche 49/2012 wiederholt, wobei dieser Brief nur noch ein Anschreiben mit Bitte um Rücksendung des Bogens, jedoch keine neue Kopie des Fragebogens enthielt. Für die Ärzte, die den Fragebogen noch einmal benötigten, wurde in diesem dritten Anschreiben die Möglichkeit angeboten, den Fragebogen online auf der Internetseite des Institutes für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München herunterzuladen und auszudrucken.

2.3. Beschreibung des Fragebogens

2.3.1. Entwicklung der Vorläuferversion des Fragebogens

Auf der Basis von Befragungen zum Thema aus der eigenen Arbeitsgruppe (Meissner, Höfner et al., 2012) und kooperierender Autoren (Fässler, Gnädinger et al., 2011), (Fässler, Gnädinger et al., 2009), aufgrund der Sichtung der für die durchgeführte eigene Übersichtsarbeit verfügbarer Untersuchungen und gesammelten Fragebögen aus Untersuchungen anderer Arbeitsgruppen (Fässler, Meissner et al., 2010) und ausgehend von aus den vorliegenden qualitativen Studien (Comaroff, 1976), (Fent, Rosemann et al., 2011) abgeleiteten Hypothesen, war vom Betreuer der Dissertation vorab eine Vorläuferversion des Fragebogens entwickelt worden. Dieser umfasste bereits - wie der endgültige Fragebogen - 4 Seiten mit 5 Frageblöcken und insgesamt 50 Fragen.

Im November 2011 wurde diese Vorläuferversion des Fragebogens im Rahmen einer Veranstaltung des Institutes für Allgemeinmedizin ca. 120 Ärzten zu einem Vorab-Test vorgelegt. Am Ende der Erstversion des Fragebogens wurden die Teilnehmer ausdrücklich aufgefordert, Unklarheiten und Schwächen des Fragebogens zu benennen. Außerdem bestand die Möglichkeit, den Studienleiter in einem Gespräch auf solche hinzuweisen. 80 Ärzte gaben ausgefüllte Bögen zurück. Diese wurden deskriptiv statistisch ausgewertet.

2.3.2. Kognitive Interviews

Nach dem Vorab-Test wurden offensichtliche Schwachstellen des Fragebogens modifiziert und Zwischenversionen dann in kognitiven Interviews weiter geprüft.

Kognitive Interviews werden im Laufe der Erstellung eines Fragebogens geführt. Ziel ist es, dadurch Einblicke in die kognitiven Prozesse von Befragten zu erhalten, die während der Beantwortung von Fragen ablaufen. Dabei geht es vor allem darum, herauszufinden, wie Befragte Fragen und Begriffe interpretieren und verstehen, wie sie Informationen und Ergebnisse aus ihrem Gedächtnis abrufen, wie

sie Entscheidungen treffen bezüglich ihrer Antworten und wie sie Ihre gewählte Antwort formalen Antwortoptionen zuordnen. Das eigentliche Ziel ist, durch die gewonnenen Informationen Hinweise auf eventuell vorliegende Probleme des Fragebogens zu erhalten (Prüfer, Rexroth, 2005).

Der vorläufige Fragebogen wurde durch die Doktorandin in 7 solcher kognitiven Interviews mit 8 Ärzten (1 Orthopäde, 2 fachärztlich tätige Internisten und 5 Allgemeinmediziner) auf seine Verständlichkeit geprüft und anhand der Ergebnisse der Interviews modifiziert. Die interviewten Ärzte wurden zu Beginn des Interviews gebeten, den Fragebogen zügig auszufüllen. Danach sollten sie der Doktorandin etwaige Probleme, die sich beim Beantworten des Fragebogens ergeben hatten, mitteilen. Darauf folgend wurden einige Punkte des Fragebogens noch einmal gesondert besprochen. Der Schwerpunkt wurde dabei mithilfe eines Leitfadens auf diejenigen Fragen gelegt, die sich schon in der Vorab-Befragung als schwierig erwiesen hatten oder von denen unsere Arbeitsgruppe vermutete, dass sie eventuell schwer verständlich sind.

In Frageblock A „Anwendung typischer Placebos“ hatten sich in der Vorab-Befragung Probleme ergeben, was die Verständlichkeit des dort verwendeten Begriffes „reines Placebo“ betrifft. Es hatte sich abgezeichnet, dass die in der akademischen Diskussion häufig verwendeten Begriffe „reines Placebo“ und „unreines Placebo“ den Ärzten nicht geläufig sein könnten. Auch in den kognitiven Interviews ergaben sich Probleme mit der Verständlichkeit dieser Begriffe. Fast alle Ärzte setzten den Begriff „Placebo“ intuitiv mit dem Begriff „reines Placebo“ gleich. Daher verwendeten wir im finalen Fragebogen den Begriff „Placebo“ bzw. „typisches Placebo“ anstelle von „reines Placebo“ und erklärten diesen durch den Zusatz „Präparate ohne Wirkstoff, wie z. B. Placebo-Tabletten, Injektionen mit physiologischer Kochsalzlösung“ näher. Der Begriff „unreines Placebo“ war keinem der interviewten Ärzte geläufig, weswegen wir ihn nicht in die endgültige Version des Fragebogens aufnahmen und stattdessen den Begriff „unspezifische Therapie“ mit der Erklärung „z. B. Antibiotika bei viralen Infekten, oder ein pflanzliches Mittel, obwohl Sie davon ausgingen, dass es bei den vorliegenden Symptomen unwirksam ist“ in der Allgemeinmediziner- und Internisten-Version des Fragebogens und „z. B. Vitaminpräparate bei allgemeiner

Schwäche oder ein pflanzliches Mittel, obwohl Sie davon ausgingen, dass es bei den vorliegenden Symptomen unwirksam ist“ in der Orthopäden-Version verwendeten.

Bezüglich des Frageblocks B „Anwendung unspezifischer Therapien“ erfragten wir in den kognitiven Interviews, ob die Begriffe „unspezifische Therapie“ und „intrinsische Wirkung“ richtig definiert werden konnten. Obwohl die Begriffe und Erklärungen als etwas unklar bewertet wurden, interpretierten alle Ärzte sie in dem von uns gemeinten Sinn.

Ein grundsätzliches Problem, das von mehreren Ärzten genannt wurde, war, dass die Einschätzung, ob eine Therapie spezifisch oder unspezifisch ist, sehr schwierig ist und stark von der Sichtweise des jeweiligen Arztes abhängt.

Die meisten Verständnisprobleme ließen sich nach der Vorab-Befragung im Frageblock D „Bewertung von Aussagen zur ärztlichen Tätigkeit und Grundhaltung“ vermuten. Die kognitiven Interviews zeigten, dass einige der zu bewertenden Aussagen nicht in dem von uns gemeinten Sinn interpretiert wurden. Diese Aussagen wurden von uns entsprechend modifiziert. Es zeigte sich jedoch auch grundsätzlich, dass für die Ärzte ein Spannungsfeld zwischen „idealen“ und „realen“ Antworten bestand, d. h. sie sahen bestimmte Sichtweisen zwar als wünschenswert, in der Praxis jedoch nicht wirklich umsetzbar an.

Die Frageblocks C und E waren für alle befragten Ärzte gut verständlich.

Des Weiteren wurde in den Interviews erfragt, welche Faktoren die Ärzte dazu motivieren würden, an der Befragung teilzunehmen. Am meisten motivierend fanden die Befragten die Tatsache, dass sie durch die Rücksendung eines ausgefüllten Fragebogens bei der Erstellung zweier Dissertationen behilflich sein können. Da dieser Punkt von allen Interviewten genannt wurde, erwähnten wir ihn ausdrücklich in unserem Anschreiben (siehe 6.6. Anschreiben). Wenig motivierend fanden die Ärzte die mögliche Mitsendung von Büchergutscheinen oder eines Schreibens der Bundesärztekammer. Auch wünschten sich fast alle befragten Ärzte ein kurz formuliertes Anschreiben, um möglichst wenig Zeit für die Teilnahme zu benötigen, und eine kurze Angabe über die zum Ausfüllen

benötigte Zeit. Wir maßen daraufhin die Zeit, die die Ärzte durchschnittlich zum Ausfüllen des Fragebogens benötigten, und nannten im Anschreiben eine benötigte Zeit von 5 bis 10 Minuten. Auf der Rückseite des Anschreibens konnten interessierte Ärzte nähere Informationen zur Befragung nachlesen. Erklärt wurde hier, wer für die Befragung verantwortlich war und unter welcher Telefonnummer oder Internetseite sie noch genauere Informationen erhalten konnten. Es wurde erläutert, wer die Befragung finanzierte, was die genauen Ziele waren, warum gerade sie angeschrieben wurden, was mit den erhobenen Daten geschehen würde und wie die Teilnehmer von den Ergebnissen der Befragung erfahren konnten.

Eine Ärztin schlug vor, den Fragebogen auf farbiges Papier zu drucken, um ihn schnell aus einem Stapel heraussuchen zu können. Deshalb - und aufgrund der leichteren Zuordnung bei der Dateneingabe - wurde der Fragebogen für die Gruppe der Allgemeinmediziner auf hellgelbes Papier gedruckt, der für die Internisten auf hellgrünes und der für die Orthopäden auf hellorangefarbenes.

2.3.3. Endgültiger Fragebogen

Der finale, vierseitige Fragebogen umfasste wie die Vorläuferversion insgesamt 50 Fragen und Aussagen zur Beantwortung und Bewertung (siehe 6.7. Fragebogen). Der Bogen war in 5 Frageblöcke (A - E) unterteilt.

Block A bestand aus 4 Fragen zur Anwendung typischer Placebos. Hierbei ging es darum, ob Placebos wie Placebo-Tabletten oder Injektionen mit physiologischer Kochsalzlösung von den befragten Ärzten schon jemals außerhalb klinischer Studien angewendet wurden und wie häufig in den letzten 12 Monaten. Außerdem wurde erfragt, ob Patienten auch häufiger als nur einmal in den letzten 12 Monaten Placebos erhielten und ob Placebo-Präparate in der Praxis vorgehalten wurden. Ziel dieser Fragen war herauszufinden, wie häufig die verschiedenen Facharztgruppen Placebos anwenden und ob es dabei einen Unterschied zwischen den Facharztgruppen gibt.

Block B (3 Fragen) erfragte die Häufigkeiten der Anwendung unspezifischer Therapien und erfasste, welche Präparate und Maßnahmen als unspezifische Therapien angewendet wurden. Ziel dieses Frageblocks war, die Häufigkeiten der Anwendung unspezifischer Therapien zu ermitteln, aber auch herauszufinden, ob es relevante Unterschiede in der Häufigkeit der Anwendungen zwischen den Facharztgruppen gibt und welche Präparate oder Verfahren dabei bevorzugt eingesetzt werden.

In Block C (21 Fragen) wurden die Teilnehmer aufgefordert, verschiedene komplementäre Verfahren (Akupunktur, Homöopathie, Osteopathie, Chirotherapie, pflanzliche Arzneimittel, andere klassische Naturheilverfahren, Vitamine und Spurenelemente) in Bezug auf ihre Wirksamkeit einzuschätzen (7 Fragen). Hier wurden den Teilnehmern die Antwortmöglichkeiten „ist eine Placebo-Therapie“, „eher Placebo-Therapie“, „teils teils/weiß nicht“, „eher spezifisch wirksam“ und „ist spezifisch wirksam“ angeboten.

Außerdem sollten die befragten Ärzte angeben, wie häufig sie selbst die oben genannten Verfahren und auch andere als Freitext zu nennende in ihrer täglichen Arbeit einsetzen (8 Fragen). Antwortmöglichkeiten hier waren „nie“, „< 1 x pro Monat“, „1-4 x pro Monat“, „> 4 x pro Monat“ und „täglich“.

Des Weiteren wurde erfragt, ob die Teilnehmer selbst Zusatzbezeichnungen für bestimmte komplementäre Verfahren (Akupunktur, Homöopathie, Manuelle Medizin/Chirotherapie, Naturheilverfahren und Freitextantworten) besaßen (6 Fragen). Die Antwortoptionen hier lauteten „habe Zusatzbezeichnung“, „bin dabei, Zusatzbezeichnung zu erwerben“ und „weder noch“.

Die Fragen in Block C waren Gegenstand einer parallel durchgeführten Dissertation und werden in der vorliegenden Arbeit nur kurz insofern berücksichtigt, als sie mögliche Zusammenhänge zwischen der Verwendung und der Bewertung der Wirksamkeit komplementärer Verfahren mit der Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien betreffen (Promotion A. Alscher in Vorbereitung; siehe auch Linde, Alscher et al., 2015).

Block D (13 Fragen) bot den Teilnehmern die Möglichkeit, mithilfe einer vierstufigen Bewertungsskala („trifft genau zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft überhaupt nicht zu“), Aussagen zur ärztlichen Tätigkeit und Grundhaltung einzuschätzen. Dieser Block umfasste 4 Bereiche, die wir „orthodoxe Sichtweise“, „heterodoxe Sichtweise“, „Zeit-Beziehungs-Ebene“ und „Placebo-Effekt-Nutzung“ nannten.

Orthodoxe Sichtweise

Das griechische Wort „orthodoxia“ bedeutet, laut Duden, Rechtgläubigkeit oder Strenggläubigkeit.

Wir nahmen an, dass Ärzte, mit einer starken medizinisch-naturwissenschaftlichen Grundhaltung die Aussagen, welche unserer Meinung nach eine „orthodoxe Sichtweise“ beschrieben, eher mit „trifft genau zu“ oder „trifft eher zu“ bewerten würden. Es gab im Frageblock D 5 Aussagen, die wir dieser „orthodoxen Sichtweise“ zuordneten. Diese waren:

- „Ich wende nur Therapien an, von deren Wirksamkeit ich persönlich überzeugt bin.“
- „Eine Behandlung sollte nur erfolgen, wenn sie medizinisch notwendig ist.“
- „Zur Behandlung sollten möglichst nur wissenschaftlich belegte Therapien eingesetzt werden.“
- „Die Gabe von Placebos sollte man so weit wie möglich vermeiden.“
- „Meine (fach-)ärztliche Ausbildung hat mich gut auf die tägliche Arbeit am Patienten vorbereitet.“

Die Antworten zu den 5 Aussagen wurden zu einem Gesamtscore aufaddiert und durch die Zahl der Aussagen (5) geteilt. Dies gilt auch für die beiden folgenden Gruppen von Aussagen.

Heterodoxe Sichtweise

Das griechische Wort „heterodoxia“ bedeutet, laut Duden, verschiedene oder irrige Meinung.

Wir nahmen an, dass Ärzte, die sich weniger mit einer medizinisch-naturwissenschaftlichen Grundhaltung identifizieren, die Aussagen, welche unserer Meinung nach eine „heterodoxe Sichtweise“ beschrieben, mit „trifft genau zu“ oder „trifft eher zu“ bewerten müssten. Es gab im Fragenblock D 3 Aussagen, die wir dieser „heterodoxen Sichtweise“ zuordneten. Diese waren:

- „Komplementäre Heilverfahren erlauben mir auch bei Patienten, bei denen ich „schulmedizinisch“ kaum Optionen habe, eine systematische therapeutische Vorgehensweise.“
- „Bei vielen Patienten in meiner täglichen Praxis ist es nicht möglich, eine exakte Diagnose zu stellen.“
- „In meiner täglichen Praxis bin ich mit vielen Patienten konfrontiert, bei denen das klassische Lehrbuchwissen versagt.“

Zeit-Beziehungs-Ebene

Wir nahmen an, dass diejenigen Ärzte, denen es wichtig ist, ausreichend Zeit für ihre Patienten zur Verfügung zu haben und eine vertrauensvolle Beziehung zu ihnen aufzubauen, folgende 3 der 4 Aussagen, die unserer Meinung nach die Zeit-Beziehungs-Ebene beleuchteten, mit „trifft genau zu“ oder „trifft eher zu“ bewerten müssten:

- „Eine intensive und kontinuierliche Beziehung zum Patienten ist für meine tägliche Arbeit sehr wichtig.“
- Wenn ich könnte, würde ich deutlich mehr Zeit dafür aufbringen, mit meinen Patienten zu reden.“
- „Wenn ich mehr Zeit hätte, um mit meinen Patienten zu reden, wäre ich sehr gut in der Lage, diese Zeit effektiv für die Arzt-Patienten-Beziehung zu nutzen.“

Mit „trifft überhaupt nicht zu“ oder „trifft eher nicht zu“ müssten die Ärzte folgende Aussage bewerten:

- „Die meisten Patienten erwarten, eine Therapie zu erhalten/mit einem Rezept nach Hause zu gehen.“

Placebo-Effekt-Nutzung

Wir nahmen an, dass die Nutzung von Placebo-Effekten nicht zwangsläufig mit einer „heterodoxen Sichtweise“ zusammenhängen muss. Deshalb wurde die einzige und zentrale Frage nach einer Nutzung des Placebo-Effektes separat ausgewertet. Wir gingen davon aus, dass Ärzte, die den Placebo-Effekt nutzten, folgende Frage mit „trifft genau zu“ oder „trifft eher zu“ beantworten müssten:

- „Positive psychologische Effekte bzw. Placebo-Effekte (z. B. Droge Arzt) sollten man als Arzt intensiv nutzen.“

Ziel des Frageblocks D war, für unser Thema wichtige ärztliche Grundhaltungen zu erfassen, um in der Folge untersuchen zu können, ob diese die Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien beeinflussen.

Frageblock E (9 Fragen) erfragte Angaben zur Person des teilnehmenden Arztes und zu seiner Praxis. Erfasst wurden hier Informationen über Alter, Geschlecht, Arbeitszeiten, Praxisart, fachliche Schwerpunkte, Größe des Einzugsgebietes der Praxis und die finanzielle Situation der Patienten. Ziel dieser Fragen war einerseits, zu überprüfen, ob das Teilnehmerkollektiv bezüglich Alter und Geschlecht repräsentativ für die jeweilige Arztgruppe in Deutschland ist, aber auch herauszufinden, ob Alter und Erfahrung der Ärzte die Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien beeinflussen, ob die finanzielle Situation der Patienten einen Einfluss darauf hat und ob die Lage der Praxis in ländlichem oder städtischem Gebiet ein beeinflussender Faktor ist.

2.4. Ethik

Die Befragungsstudie wurde durch die Ethikkommission der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München geprüft und als unbedenklich eingestuft (Votum vom 25.08.2011, Projektnummer 5078/11). Die Befragung wurde anonym durchgeführt, bei Eingang der Fragebögen wurde nach der Registrierung die Identifikationsnummer vom Fragebogen abgetrennt; darauf wurde im Anschreiben (siehe 6.6. Anschreiben) explizit hingewiesen. Die Teilnahme war freiwillig. In

besagtem Anschreiben wurde den angeschriebenen Ärzten unser Vorgehen genau erklärt.

2.5. Statistik

2.5.1. Fallzahlschätzung

Für die ursprüngliche Fallzahlschätzung war in dem der Ethikkommission vorgelegten Studienprotokoll von folgendem Szenario ausgegangen worden: Um einen Unterschied des Anteils der Anwender von unspezifischen Therapien zwischen Allgemeinmedizinern (70%) und Internisten (60%) von 10% (= 70% - 60%) mit 80% Power (zweiseitiges Signifikanzniveau $\alpha = 5\%$) erfassen zu können, sind pro Arztgruppe 356 auswertbare Angaben unter Verwendung eines Chi-Quadrat-Tests notwendig. Die Berechnung erfolgte mit nQuery Advisor Version 7.0. Bei einer angenommenen Stichprobenausschöpfung von 60% sollen daher 3 x 600 Ärzte angeschrieben werden. Bei dieser Schätzung war noch davon ausgegangen worden, dass durch einen Anreiz (Büchergutscheine) eine höhere Stichprobenausschöpfung erreicht werden könnte. Da dies aus finanziellen Gründen nicht umsetzbar war, wurde die Versand-Stichprobengröße auf 3 x 700 Ärzte vergrößert.

2.5.2. Dateneingabe

Die in der Befragung erhobenen Daten wurden in eine vorbereitete und gelabelte SPSS-Datei eingegeben. Die eingegebenen Daten wurden zunächst auf Plausibilität geprüft (Minima und Maxima innerhalb des möglichen Wertbereichs bei Rang- und kontinuierlichen Variablen; nicht codierte Werte bei nominalen Variablen). Außerdem wurden alle Bögen, bei denen eine besonders häufige Anwendung von Placebos (> 50 Mal in den letzten 12 Monaten) oder unspezifischen Therapien (> 500 Mal in den letzten 12 Monaten) angegeben wurden, nochmals auf interne Konsistenz und mögliche Erklärungen für die extremen

Angaben durchgesehen; die entsprechenden Ergebnisse wurden dokumentiert (siehe 3.2.2. Anwendung von Placebos und 3.2.3. Anwendung von unspezifischen Therapien).

2.5.3. Auswertung

In deskriptiv-statistischen Analysen wurden für kontinuierliche und Rangvariablen Mittelwerte, Standardabweichungen, Mediane, Minima und Maxima sowie zum Teil auch Quartile bestimmt; für nominale Daten absolute Häufigkeiten und Prozente. Subgruppenauswertungen erfolgten einerseits für die 3 Facharztgruppen, andererseits für 4 Anwendungsmuster („weder Placebos noch unspezifische Therapien“, „nur unspezifische Therapien“, „nur Placebos“, „beides“). Zur Untersuchung von Subgruppenunterschieden wurden je nach Skalenniveau für den Globalvergleich aller 3 bzw. 4 Gruppen Varianzanalysen, Kruskal-Wallis-Tests und Chi-Quadrat-Tests eingesetzt. In der Folge erfolgten Paarvergleiche mit dem Student-t-Test, dem Mann-Whitney-U-Test, dem Chi-Quadrat- oder Fisher's exaktem Test. Eine formale Adjustierung für multiples Testen erfolgte nicht. Auf informeller Ebene werden in der Folge p-Werte $< 0,001$ deutlicher betont als p-Werte zwischen 0,001 und 0,049. Um zu untersuchen, welche Arztmerkmale mit einer ausschließlichen Nutzung von Placebos, mit einer ausschließlichen Nutzung von unspezifischen Therapien sowie der Nutzung von beidem im Vergleich zur Nichtnutzung einhergehen, wurde eine multivariate, multinominale Regressionsanalyse gerechnet. Als unabhängige Variablen gingen in das finale Modell ein: Alter, Geschlecht, Fachrichtung (mit Orthopäden als Referenzgruppe), die 4 zusammenfassenden Skalen für ärztliche Grundhaltungen (orthodoxe Sichtweisen, heterodoxe Sichtweisen, Zeit-Beziehungs-Ebene und Placebo-Effekt-Nutzung), der Glaube an die Wirksamkeit und die Verwendung von komplementärmedizinischen Verfahren.

Alle statistischen Analysen wurden mit der Software IBM SPSS Statistics 20 durchgeführt.

3. Ergebnisse

3.1. Stichprobenausschöpfung

Es wurden insgesamt 2100 niedergelassene Ärzte angeschrieben. Darunter waren 700 Allgemeinmediziner, 700 Internisten und 700 Orthopäden. Bei 70 angeschriebenen Ärzten erhielten wir Rücksendungen aufgrund falscher Adressierung (siehe Abbildung 1). Von bzw. zu weiteren 12 Ärzten erhielten wir Rückmeldungen, dass sie fälschlicherweise angeschrieben worden waren. 6 davon gaben an, in einer Klinik tätig zu sein, 3 befanden sich bereits im Ruhestand, 2 waren nicht mehr in der angeschriebenen Praxis tätig und 1 Arzt war bereits verstorben. Demnach waren 2018 Ärzte (686 Allgemeinmediziner, 663 Internisten, 669 Orthopäden) korrekt angeschrieben worden.



Abbildung 1: Flussdiagramm Stichprobenausschöpfung.

Davon haben 1066 (53%) Ärzte keinen Fragebogen zurück geschickt. 17 Ärzte (1%) haben ihren Bogen leer zurück geschickt und wurden daraufhin nicht mehr angeschrieben. Es ergab sich somit ein Rücklauf von 935 (46%) auswertbaren Bögen. Unter den Teilnehmern waren 319 (47%) Allgemeinmediziner, 305 (47%) Internisten und 311 (46%) Orthopäden.

3.2. Auswertung nach Facharztgruppen

3.2.1. Soziodemografische Daten und Praxismerkmale

24% der teilnehmenden Ärzte waren weiblich (siehe Tabelle 1). Dabei fand sich der höchste Frauenanteil in der Gruppe der Allgemeinmediziner (41%) und der geringste bei den Orthopäden (10%). Unter den teilnehmenden Internisten betrug der Anteil 20% (globaler Gruppenunterschied $p < 0,001$). Die Teilnehmer waren im Mittel 54 Jahre alt (SD 8). Signifikante Unterschiede zwischen den Arztgruppen gab es nicht ($p = 0,19$). Allgemeinmediziner waren im Mittel seit 18 Jahren (SD 9), Internisten seit 14 Jahren (SD 9) und Orthopäden seit 17 Jahren (SD 8) Jahren ($p < 0,001$) niedergelassen in der Praxis tätig. 94% der Ärzte (93% der Allgemeinmediziner, 94% der Internisten, 96% der Orthopäden) gaben an, „Vollzeit“ in der Praxis tätig zu sein, 98% (99% der Allgemeinmediziner, 97% der Internisten, 98% der Orthopäden) davon in einer kassenärztlichen. Die Praxis von 37% der Teilnehmer lag in einer „Stadt mit > 100.000 Einwohnern“, 44% praktizierten in einer „Stadt mit 10.000 bis 100.000 Einwohnern“ und 19% in einem „Ort mit < 10.000 Einwohnern“. Allgemeinmediziner waren am häufigsten in ländlichen Gebieten tätig, Orthopäden am häufigsten in Städten ($p < 0,001$). 9% der Ärzte schätzten die finanzielle Situation ihrer Patienten als „eher wohlhabend“ ein, 66% als „sehr gemischt“ und 25% als „eher finanziell schwach“ ($p = 0,01$).

Tabelle 1: Soziodemografische- und Praxismerkmale. Dargestellt sind Häufigkeitsangaben (Prozent) oder Mittelwerte (Standardabweichungen).

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben)	Allg. Med. (n= 319)	Internisten (n= 305)	Orthopäden (n= 311)	Gesamt (n= 935)	p-Wert global (Paarvergl.)
Geschlecht weiblich (2)	129 (41%)	62 (20%)	30 (10%)	221 (24%)	< 0,001 § (**/**/**) \$
Alter in Jahren (7)	55 (8)	53 (8)	54 (7)	54 (8)	0,19 ° (-/-/-) ~
Niedergelassen Jahre (2)	18 (9)	14 (9)	17 (8)	16 (9)	< 0,001 ° (**/-/**) ~
Vollzeit in Praxis tätig (4)	294 (93%)	286 (94%)	295 (96%)	875 (94%)	0,28 § (-/-/-) \$
Ausschließlich Privatpraxis (7)	3 (1%)	10 (3%)	7 (2%)	20 (2%)	0,13 § (-/-/-) \$
Praxislage (1)					
Stadt > 100.000 Einwohner	80 (25%)	121 (40%)	144 (46%)	345 (37%)	< 0,001 & (**/**/*) #
Stadt 10.000-100.000 Einwohner	124 (39%)	135 (44%)	149 (48%)	408 (44%)	
Ort < 10.000 Einwohner	115 (36%)	48 (16%)	18 (6%)	181 (19%)	
Bewertung finanzielle Situation der Patienten im Durchschnitt (3)					
Eher wohlhabend	19 (6%)	41 (14%)	26 (8%)	86 (9%)	0,01 &
Sehr gemischt	214 (67%)	185 (61%)	218 (71%)	617 (66%)	(-/*/-) #
Eher finanziell schwach	86 (27%)	78 (26%)	65 (21%)	229 (25%)	

p-Wert global = p-Wert für den Vergleich aller 3 Facharztgruppen; in Klammern Symbole für p-Werte für die paarweisen Gruppenvergleiche Allgemeinmediziner vs. Internisten/

Allgemeinmediziner vs. Orthopäden/ Internisten vs. Orthopäden. Symbole: -: $p \geq 0,05$; *: $p = 0,001-0,049$; ** $p < 0,001$, § aus Chi-Quadrat-Test, \$ aus Fisher's exaktem Test, & aus Kruskal-Wallis-Test, # aus Mann-Whitney-U-Test, ~ aus t-Test, ° aus ANOVA

3.2.2. Anwendung von Placebos

Insgesamt gaben 34% (52% der Allgemeinmediziner, 30% der Internisten und 19% der Orthopäden) der befragten Ärzte an, in ihrer ärztlichen Tätigkeit „schon einmal ein Placebo außerhalb klinischer Studien zur Behandlung eingesetzt“ zu haben (siehe Tabelle 2). Die Unterschiede zwischen den 3 Facharztgruppen waren statistisch signifikant ($p < 0001$). Betrachtet man die Verwendung in den vergangenen 12 Monaten, geben 29% (47% der Allgemeinmediziner, 24% der Internisten und 18% der Orthopäden) an ($p < 0,001$), mindestens einmal ein Placebo verwendet zu haben. Die Mehrheit der Ärzte, die Placebos verwendet haben, hat dies 1- bis 5-mal in den vergangenen 12 Monaten getan. 8% (12% der Allgemeinmediziner, 5% der Internisten und 8% der Orthopäden) haben Placebos jedoch häufiger verwendet (siehe Tabelle 2 und Abbildung 2).

48% der Ärzte (jeweils 48% der Allgemeinmediziner, Internisten und Orthopäden ($p = 0,1$)) gaben an, bei mindestens einem Patienten mehrfach ein Placebo angewendet zu haben.

Vorgefertigte Placebo-Präparate in der Praxis vorrätig hatten 4% (6% der Allgemeinmediziner, 5% der Internisten und 1% der Orthopäden). 1 Allgemeinmediziner, 3 Internisten und 6 Orthopäden berichteten zusätzlich NaCl-Lösung als Placebo-Präparat vorrätig zu haben. Diese sind jedoch nicht als Placebo-Präparat im engeren Sinne anzusehen, sondern lediglich als Placebo einsetzbar.

11 Ärzte (1%) gaben an, mehr als 50 Patienten Placebos verabreicht oder verschrieben zu haben. Bei der Prüfung der Fragebögen war es nicht immer einfach, festzustellen, ob die befragten Ärzte die Fragen in der von uns intendierten Weise verstanden hatten. Es wurden 3 Gruppen gebildet (Fragebogen plausibel, Fragebogen nicht plausibel, Beurteilung schwierig). Bei 9 Ärzten schien der Fragebogen plausibel zu sein, da sie z. B. angegeben hatten Placebo-Präparate wie Stärketabletten oder NaCl-Injektionen in ihrer Praxis vorzuhalten, vielen Patienten häufiger als einmal Placebo-Präparate verabreicht zu haben und bei der Aussage „Die Gabe von Placebos solle man so weit wie möglich vermeiden“ mit „trifft eher nicht zu“ oder „trifft überhaupt nicht zu“

geantwortet haben. Ein Fragebogen schien nicht plausibel, da der betreffende Teilnehmer bei der Frage, ob er Placebo-Präparate in der Praxis vorrätig hat, Homöopathika im Freitext genannt hatte, die aber in unserer Befragung nicht als Placebo sondern als unspezifische Therapie gewertet wurden. Bei einem Fragebogen war es schwer, über eine Plausibilität zu entscheiden. In diesem Bogen hatte es keine eindeutigen Hinweise auf Verständnisschwierigkeiten gegeben, der Befragte hatte jedoch bei „Die Gabe von Placebos solle man so weit wie möglich vermeiden“ „trifft eher zu“ angegeben.

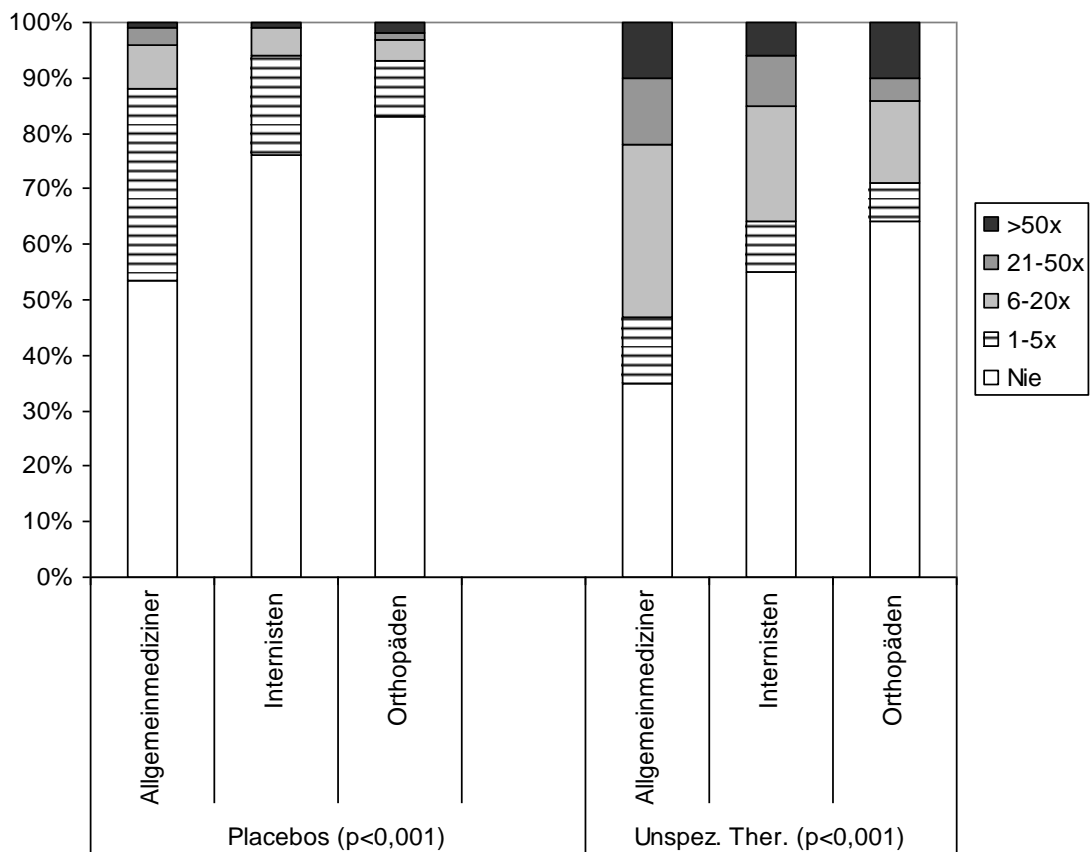


Abbildung 2: Häufigkeiten der Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien in den vergangenen 12 Monaten.

Tabelle 2: Verwendung von Placebos. Dargestellt sind Häufigkeitsangaben (Prozent), soweit nicht anders angegeben.

Frage (Anzahl fehlende Angaben)	Allg. Med. (n= 319)	Internisten (n= 305)	Orthopäden (n= 311)	Gesamt (n= 935)	p-Wert
Placebos in ärztl. Tätigkeit jemals verwendet (ja) (0)	166 (52%)	92 (30%)	60 (19%)	318 (34%)	< 0,001 § (**/**/*) §
Wie oft in den letzten 12 Monaten (0)					
Nie	173 (54%)	233 (76%)	259 (83%)	665 (71%)	< 0,001 & (**/**/-) #
1- bis 2-mal	75 (24%)	38 (13%)	15 (5%)	128 (14%)	
3- bis 5-mal	36 (11%)	17 (6%)	15 (5%)	68 (7%)	
6- bis 10-mal	16 (5%)	10 (3%)	8(3%)	34 (4%)	
11- bis 20-mal	8 (3%)	4 (1%)	5 (2%)	17 (2%)	
21- bis 50-mal	8 (3%)	1 (0,3%)	3 (1%)	12 (1%)	
mehr als 50-mal	3 (1%)	2 (1%)	6 (2%)	11 (1%)	
Patient in den letzten 12 Monaten häufiger als einmal Placebo erhalten (ja)	79 (48%)	42 (48%)	28 (48%)	149 (48%)	0,1 § (-/-/-) §
Vorgefertigte Placebo-Präparate in Praxis vorrätig? (ja)	19 (6%)	14 (5%)	3 (1%)	36 (4%)	0,01 § (-/**/*) §

Legende siehe Tabelle 1

3.2.3. Anwendung von unspezifischen Therapien

Insgesamt gaben 51% der befragten Ärzte (67% der Allgemeinärzte, 47% der Internisten, 38% der Orthopäden) an, in ihrer Praxis irgendwann schon einmal unspezifische Therapien angewendet zu haben ($p < 0,001$) (siehe Tabelle 3).

In den letzten 12 Monaten haben 49% (65% der Allgemeinmediziner, 45% der Internisten und 36% der Orthopäden; $p < 0,001$) unspezifische Therapien eingesetzt.

3% der Teilnehmer (jeweils 3% der Allgemeinmediziner, Internisten und Orthopäden) machten 1- bis 2-mal von unspezifischen Therapien Gebrauch. 3- bis 5-malige Verwendung gaben insgesamt 6% der Befragten an (9% der Allgemeinmediziner, 6% der Internisten und 4% der Orthopäden). Im Bereich der 6- bis 10-maligen Verwendung befanden sich 12% (16% der Allgemeinmediziner, 11% der Internisten und 8% der Orthopäden). Eine 11- bis 20-fache Verwendung fand sich insgesamt bei 11% der teilnehmenden Ärzte (15% der Allgemeinmediziner, 10% der Internisten und 7% der Orthopäden). Im Bereich der 21- bis 50-maligen Anwendung lagen 8% der Befragten (12% der Allgemeinmediziner, 9% der Internisten und 4% der Orthopäden). Über 50-mal unspezifische Therapien angewendet haben insgesamt 9% der Teilnehmenden (10% der Allgemeinmediziner, 6% der Internisten, 10% der Orthopäden) (siehe Tabelle 3 und Abbildung 2).

11 Ärzte gaben an, mehr als 500 Patienten unspezifische Therapien verabreicht oder verschrieben zu haben. Bei der Prüfung der Fragebögen war es nicht immer leicht zu beurteilen, ob die befragten Ärzte die Fragen in der von uns intendierten Weise verstanden haben. Es wurden 3 Gruppen gebildet (Fragebogen plausibel, Fragebogen nicht plausibel, Beurteilung schwierig). Bei 4 Ärzten schien der Fragebogen plausibel, da die Antworten bei den Grundhaltungen zu häufigen Anwendungen unspezifischer Therapien passten. So stimmten sie Aussagen wie „Eine Behandlung sollte nur erfolgen, wenn sie medizinisch notwendig ist“ oder „Zur Behandlung sollten möglichst nur wissenschaftlich belegte Therapien eingesetzt werden“ nicht „voll zu“ oder setzten häufig Therapien wie Homöopathika ein, die sie als „ist eine Placebothherapie“ bewerteten. 2 Fragebögen schienen

nicht plausibel, da die Befragten z. B. angegeben hatten, dass sie nur Therapien verwenden von denen sie überzeugt sind, oder dass eine Behandlung nur erfolgen sollte, wenn sie medizinisch indiziert ist. Bei 5 Fragebögen war es schwierig eine Plausibilität festzustellen, da die Antworten nicht eindeutig in eine Richtung führten. Z. B. wurde in einem Fragebogen angegeben, dass der Teilnehmer Homöopathie für ein Placebo hält und sie dennoch häufig benutzt. Gleichzeitig wurde aber angekreuzt, dass eine Behandlung nur bei medizinischer Indikation erfolgen sollte.

Tabelle 3: Verwendung unspezifischer Therapien. Dargestellt sind Häufigkeitsangaben (Prozent), soweit nicht anders angegeben.

Frage (Anzahl fehlende Angaben)	Allg. Med. (n= 319)	Internisten (n= 305)	Orthopäden (n= 311)	Gesamt (n= 935)	p-Wert
Schon jemals unspez. Ther. eingesetzt? (ja) (0)	213 (67%)	143 (47%)	119 (38%)	475 (51%)	< 0,001 § (**/**/-) \$
Bei wie vielen Patienten in den letzten 12 Monaten (0)					
Nie	111 (35%)	68 (55%)	200 (64%)	479 (51%)	< 0,001 &
1- 2-mal	9 (3%)	8(3%)	10 (3%)	27 (3%)	(**/**/-) #
3- 5-mal	28 (9%)	18 (6%)	12 (4%)	58 (6%)	
6- 10-mal	52 (16%)	34 (11%)	24 (8%)	110 (12%)	
11- 20-mal	47 (15%)	30 (10%)	21 (7%)	98 (11%)	
21- 50-mal	39 (12%)	28 (9%)	12 (4%)	79 (8%)	
mehr als 50-mal	33 (10%)	19 (6%)	32 (10%)	84 (9%)	

Legende siehe Tabelle 1

3.2.4. Anwendungsmuster in Bezug auf Placebos und unspezifische Therapien

41% der Teilnehmer (24% der Allgemeinmediziner, 44% der Internisten und 57% der Orthopäden) gaben in unserer Befragung an, in den letzten 12 Monaten weder Placebos noch unspezifische Therapien angewendet zu haben (siehe Tabelle 4 und Abbildung 3).

Tabelle 4: Anwendungsmuster in Bezug auf Placebos und unspezifische Therapien. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.

Frage (Anzahl fehlende Werte)	Allg. Med. (n= 319)	Internisten (n= 305)	Orthopäden (n= 311)	Gesamt (n= 935)	p-Wert
Anwendungsmuster von Placebos und unspezifischen Therapien					
Weder Plc. noch unspez. Therapien	76 (24%)	133 (44%)	177(57%)	386 (41%)	< 0,001 § (**/**/-) §
nur unspez. Therapien	97 (30%)	100 (33%)	82 (26%)	279 (30%)	
nur Plc.	35 (11%)	35 (12%)	23 (7%)	93 (10%)	
Plc. und unspez. Therapien	111 (35%)	37 (12%)	29 (9%)	177 (19%)	

Legende siehe Tabelle 1

30% der Befragten (30% der Allgemeinmediziner, 33% der Internisten und 26% der Orthopäden) griffen in ihrer Praxis auf unspezifische Therapien zurück, nicht aber auf Placebos.

Nur Placebos, nicht aber unspezifischer Therapien bedienen sich laut ihrer Angabe 10% der Ärzte (11% der Allgemeinmediziner, 12% der Internisten und 7% der Orthopäden).

Beides, sowohl Placebos als auch unspezifische Therapien, nutzen insgesamt 19% der Befragten (35% der Allgemeinmediziner, 12% der Internisten und 9% der Orthopäden).

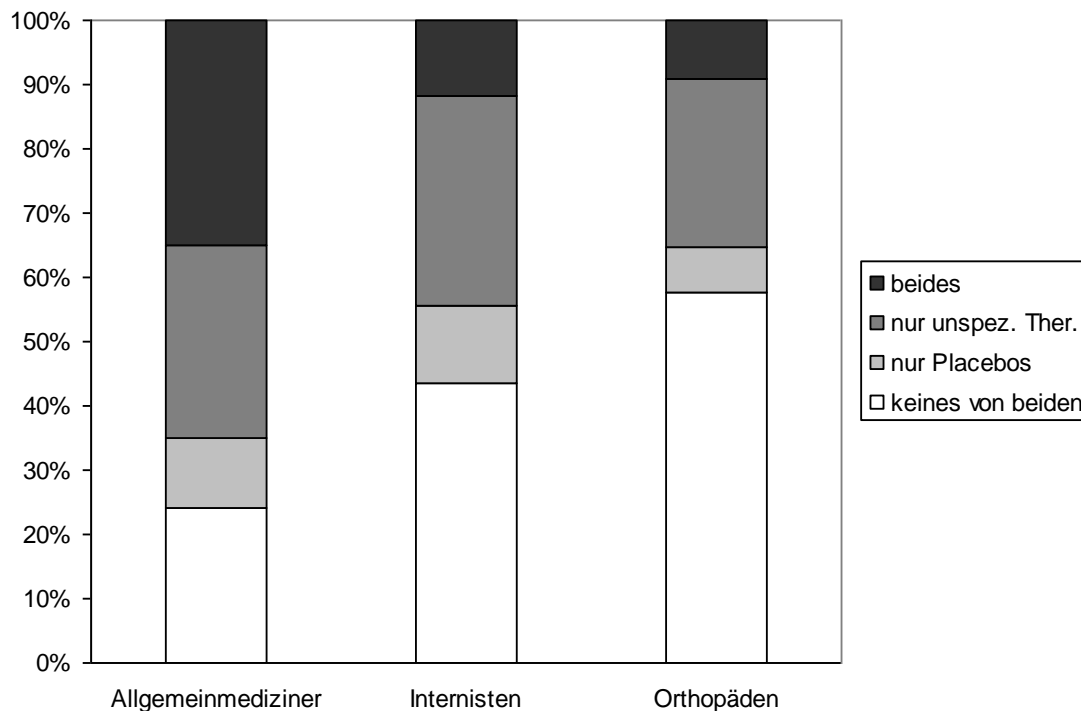


Abbildung 3: Anwendungsmuster in Bezug auf Placebos und unspezifische Therapien. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent).

Die Unterschiede zwischen den Facharztgruppen waren signifikant ($p < 0,001$). Der Unterschied zwischen der Gruppe der Allgemeinmediziner gegenüber den Internisten war ebenso signifikant wie der Unterschied zwischen der Gruppe der Allgemeinmediziner gegenüber den Orthopäden. Nicht signifikant war der Vergleich der Internisten mit den Orthopäden.

3.2.5. Ärztliche Grundhaltungen

Orthodoxe Sichtweise

„Zur Behandlung sollten möglichst nur wissenschaftlich belegte Therapien eingesetzt werden.“ Diese Aussage haben 23% der teilnehmenden Ärzte (15% der Allgemeinmediziner, 37% der Internisten und 17% der Orthopäden) als „genau zutreffend“ bewertet. 47% der Teilnehmer (48% der Allgemeinmediziner, 48% der Internisten und 45% der Orthopäden) fanden dies „eher zutreffend“. 24% (29%

der Allgemeinmediziner, 13% der Internisten und 31% der Orthopäden) kreuzten „eher nicht zutreffend“ an und 6% (8% der Allgemeinmediziner, 2% der Internisten und 8% der Orthopäden) befanden die Aussage als „überhaupt nicht zutreffend“ (siehe Tabelle 5).

„Eine Behandlung sollte nur erfolgen, wenn sie medizinisch notwendig ist.“ Dem stimmten 51% der Ärzte (44% der Allgemeinmediziner, 57% der Internisten und 51% der Orthopäden) mit „genau zutreffend“ zu. Als „eher zutreffend“ bewerteten dies 37% der Teilnehmer (40% der Allgemeinärzte, 35% der Internisten und 37% der Orthopäden). Als „eher nicht zutreffend“ befanden diese Aussage 10% der Ärzte (13% der Allgemeinärzte, 7% der Internisten und 11% der Orthopäden). Mit „überhaupt nicht zutreffend“ wurde von 2% der teilnehmenden Ärzte gestimmt (3% der Allgemeinmediziner, 1% der Internisten und 1% der Orthopäden).

„Die Gabe von Placebos sollte man so weit wie möglich vermeiden.“ fanden 24% der Befragten (25% der Allgemeinmediziner, 33% der Internisten und 14% der Orthopäden) „voll zutreffend“, 39% (36% der Allgemeinmediziner, 39% der Internisten und 42% der Orthopäden) „eher zutreffend“, 28% (24% der Allgemeinmediziner, 23% der Internisten und 36% der Orthopäden) „eher nicht zutreffend“ und 10% (15% der Allgemeinmediziner, 5% der Internisten und 8% der Orthopäden) „überhaupt nicht zutreffend“.

„Ich wende nur Therapien an, von deren Wirksamkeit ich persönlich überzeugt bin.“ Hier haben 52% (43% der Allgemeinmediziner, 55% der Internisten und 57% der Orthopäden) „trifft genau zu“ angegeben, 43% (49% der Allgemeinmediziner, 41% der Internisten und 38% der Orthopäden) „trifft eher zu“, 5% (7% der Allgemeinmediziner, 3% der Internisten und 4% der Orthopäden) „trifft eher nicht zu“ und 1% (1% der Allgemeinmediziner, 1% der Internisten und 1% der Orthopäden) „trifft überhaupt nicht zu“.

„Meine (fach-)ärztliche Ausbildung hat mich gut auf die tägliche Arbeit am Patienten in der Praxis vorbereitet.“ fanden 19% (21% der Allgemeinmediziner, 22% der Internisten und 13% der Orthopäden) „genau zutreffend“, 39% (41% der Allgemeinmediziner, 41% der Internisten und 35% der Orthopäden) „eher zutreffend“, 35% (32% der Allgemeinmediziner, 32% der Internisten und 42% der

Tabelle 5: Ärztliche Grundhaltungen. Fragen zur orthodoxen Sichtweise. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.

Aussage (Anzahl fehlende Angaben)	Allg. Med. (n= 319)	Internisten (n= 305)	Orthopäden (n= 311)	Gesamt (n= 935)	p-Wert
Zur Behandlung sollten möglichst nur wissenschaftlich belegte Therapien eingesetzt werden (2)					
Trifft genau zu	48 (15%)	112 (37%)	53 (17%)	213 (23%)	< 0,001 &
Trifft eher zu	153 (48%)	147 (48%)	139 (45%)	439 (47%)	(**/-/**) #
Trifft eher nicht zu	91 (29%)	40 (13%)	95 (31%)	226 (24%)	
Trifft überhaupt nicht zu	25 (8%)	6 (2%)	24 (8%)	55 (6%)	
Mittelwert (SD)	2,3 (0,8)	1,8 (0,7)	2,3 (0,8)	2,1 (0,8)	
Eine Behandlung sollte nur erfolgen, wenn sie medizinisch notwendig ist (5)					
Trifft genau zu	139 (44%)	174 (57%)	159 (51%)	472 (51%)	0,001 &
Trifft eher zu	125 (40%)	107 (35%)	114 (37%)	346 (37%)	(**/*/-) #
Trifft eher nicht zu	42 (13%)	21 (7%)	33 (11%)	96 (10%)	
Trifft überhaupt nicht zu	9 (3%)	3 (1%)	4 (1%)	16 (2%)	
Mittelwert (SD)	1,7 (0,8)	1,8 (0,9)	1,7 (0,8)	1,7 (0,8)	
Die Gabe von Placebos sollte man so weit wie möglich vermeiden (5)					
Trifft genau zu	79 (25%)	100 (33%)	43 (14%)	222 (24%)	< 0,00 1&
Trifft eher zu	112 (36%)	117 (39%)	130 (42%)	359 (39%)	(*/-/**) #
Trifft eher nicht zu	77 (24%)	71 (23%)	112 (36%)	260 (28%)	
Trifft überhaupt nicht zu	47 (15%)	16 (5%)	26 (8%)	89 (10%)	
Mittelwert (SD)	2,3 (1,0)	2,0 (0,9)	2,4 (0,8)	2,2 (0,9)	
Ich wende nur Therapien an, von deren Wirksamkeit ich persönlich überzeugt bin (3)					
Trifft genau zu	136 (43%)	166 (55%)	178 (57%)	480 (52%)	< 0,001 &
Trifft eher zu	157 (49%)	126 (41%)	118 (38%)	401 (43%)	(*/**/*-) #
Trifft eher nicht zu	21 (7%)	9 (3%)	12 (4%)	42 (5%)	
Trifft überhaupt nicht zu	4 (1%)	3 (1%)	2 (1%)	9 (1%)	
Mittelwert (SD)	1,7 (0,7)	1,5 (0,6)	1,5 (0,6)	1,5 (0,6)	
Meine (fach-)ärztliche Ausbildung hat mich gut auf die tägliche Arbeit am Patienten in der Praxis vorbereitet (4)					
Trifft genau zu	67 (21%)	68 (22%)	39 (13%)	174 (19%)	< 0,001 &
Trifft eher zu	130 (41%)	124 (41%)	109 (35%)	363 (39%)	(-/**/**) #
Trifft eher nicht zu	101 (32%)	97 (32%)	130 (42%)	328 (35%)	
Trifft überhaupt nicht zu	18 (6%)	16 (5%)	32 (10%)	66 (7%)	
Mittelwert (SD)	2,2 (0,8)	2,2 (0,8)	2,5 (0,8)	2,3 (0,9)	

Legende siehe Tabelle 1

Orthopäden) „eher nicht zutreffend“, und 7% (6% der Allgemeinmediziner, 5% der Internisten und 10% der Orthopäden) „überhaupt nicht zutreffend“.

Im Durchschnitt stimmten die Internisten der orthodoxen Sichtweise mehr zu als die anderen beiden Facharztgruppen (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Summenskala über Fragen zur orthodoxen Sichtweise. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben.

	Allg. Med (n= 319)	Internisten (n= 305)	Orthopäden (n= 311)	Gesamt (n= 935)	p-Wert
Summenskala über alle Items	2,05 (0,52)	1,80 (0,47)	2,06 (0,47)	1,97 (0,50)	< 0,001 °

Legende siehe Tabelle 1

Heterodoxe Sichtweise

„Bei vielen Patienten in meiner täglichen Praxis ist es nicht möglich, eine exakte Diagnose zu stellen.“ befanden 6% (11% der Allgemeinmediziner, 4% der Internisten und 4% der Orthopäden) als „voll zutreffend“, 26% (38% der Allgemeinmediziner, 19% der Internisten und 20% der Orthopäden) als „eher zutreffend“, 57% (45% der Allgemeinmediziner, 64% der Internisten und 63% der Orthopäden) als „eher nicht zutreffend“ und 11% (6% der Allgemeinmediziner, 13% der Internisten und 13% der Orthopäden) als „überhaupt nicht zutreffend“ (siehe Tabelle 7).

Ebenfalls wurde abgefragt, inwiefern die teilnehmenden Ärzte der Meinung sind, dass sie „in ihrer Praxis mit vielen Patienten konfrontiert sind, bei denen das klassische Lehrbuchwissen versagt“. 7% (11% der Allgemeinmediziner, 5% der Internisten und 6% der Orthopäden) stimmten bei dieser Aussage mit „trifft genau zu“. 27% (36% der Allgemeinmediziner, 15% der Internisten und 28% der Orthopäden) machten die Angabe „trifft eher zu“, während 56% (49% der Allgemeinmediziner, 62% der Internisten und 56% der Orthopäden) die Aussage als „eher nicht zutreffend“ bewerteten. Ihr Kreuz bei „trifft überhaupt nicht zu“ machten

Tabelle 7: Ärztliche Grundhaltungen. Fragen zur heterodoxen Sichtweise. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozente), soweit nicht anders angegeben.

Frage (Anzahl fehlende Angaben)	Allg. Med. (n= 319)	Internisten (n= 305)	Orthopäden (n= 311)	Gesamt (n= 935)	p-Wert
Bei vielen Patienten in meiner täglichen Praxis ist es nicht möglich, eine exakte Diagnose zu stellen (1)					
Trifft genau zu	36 (11%)	12 (4%)	12 (4%)	60 (6%)	< 0,001 &
Trifft eher zu	122 (38%)	58 (19%)	62 (20%)	242 (26%)	(**/**/-) #
Trifft eher nicht zu	142 (45%)	196 (64%)	196 (63%)	534 (57%)	
Trifft überhaupt nicht zu	18 (6%)	39 (13%)	41 (13%)	98 (11%)	
Mittelwert (SD)	2,4 (0,8)	2,9 (0,7)	2,9 (0,7)	2,7 (0,7)	
In meiner täglichen Praxis bin ich mit vielen Patienten konfrontiert, in denen das klassische Lehrbuchwissen versagt (3)					
Trifft genau zu	35 (11%)	14 (5%)	20 (6%)	69 (7%)	< 0,001 &
Trifft eher zu	114 (36%)	45 (15%)	88 (28%)	247 (27%)	(**/**/**) #
Trifft eher nicht zu	154 (49%)	190 (62%)	174 (56%)	518 (56%)	
Trifft überhaupt nicht zu	13 (4%)	56 (18%)	29 (9%)	98 (11%)	
Mittelwert (SD)	2,5 (0,7)	2,9 (0,7)	2,7 (0,7)	2,7 (0,8)	
Komplementäre Heilverfahren erlauben mir auch bei Patienten, bei denen ich „schulmedizinisch“ kaum Optionen habe, eine systematische Vorgehensweise (13)					
Trifft genau zu	73 (23%)	28 (9%)	72 (24%)	173 (19%)	< 0,001 &
Trifft eher zu	129 (41%)	88 (29%)	136 (44%)	353 (38%)	(**/-/**) #
Trifft eher nicht zu	69 (22%)	97 (32%)	75 (25%)	241 (26%)	
Trifft überhaupt nicht zu	41 (13%)	91 (30%)	23 (8%)	155 (17%)	
Mittelwert (SD)	2,3 (1)	2,8 (1)	2,2 (0,9)	2,4 (1)	

Legende siehe Tabelle 1

11% der Befragten (4% der Allgemeinmediziner, 18% der Internisten und 9% der Orthopäden).

Die Aussage „Komplementäre Heilverfahren erlauben mir auch bei Patienten, bei denen ich „schulmedizinisch“ kaum Optionen habe, eine systematische Vorgehensweise“ wurde von 19% (23% der Allgemeinmediziner, 9% der Internisten und 24% der Orthopäden) als „genau zutreffend“ bewertet, von 38% (41% der Allgemeinmediziner, 29% der Internisten und 44% der Orthopäden) als „eher

zutreffend“, von 26% (22% der Allgemeinmediziner, 32% der Internisten und 25% der Orthopäden) als „eher nicht zutreffend“ und von 17% (13% der Allgemeinmediziner, 30% der Internisten und 8% der Orthopäden) als „überhaupt nicht zutreffend“.

Die Gruppe der Allgemeinmediziner stimmte der heterodoxen Sichtweise mehr zu als die Gruppen der Orthopäden und deutlich mehr als die Gruppe der Internisten (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Summenskala über Fragen zur heterodoxen Sichtweise. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben.

	Allg. Med. (n= 319)	Internisten (n= 305)	Orthopäden (n= 311)	Gesamt (n= 935)	p-Wert
Summenskala über alle Items	2,38 (0,60)	2,88 (0,59)	2,56 (0,54)	2,61 (0,61)	< 0,001 °

Legende siehe Tabelle 1

Aussagen zur Zeit-Beziehungs-Ebene

„Wenn ich könnte, würde ich deutlich mehr Zeit aufbringen, mit meinen Patienten zu reden.“ haben 53% (58% der Allgemeinmediziner, 49% der Internisten und 51% der Orthopäden) mit „trifft genau zu“, 30% (29% der Allgemeinmediziner, 31% der Internisten und 31% der Orthopäden) mit „trifft eher zu“, 15% (11% der Allgemeinmediziner, 18% der Internisten und 15% der Orthopäden) mit „trifft eher nicht zu“ und 3% (2% der Allgemeinmediziner, 2% der Internisten und 4% der Orthopäden) mit „trifft überhaupt nicht zu“ bewertet (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Ärztliche Grundhaltungen - Fragen zur Zeit-Beziehungs-Ebene - : Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.

Frage (Anzahl fehlende Angaben)	Allg. Med. (n= 319)	Internisten (n= 305)	Orthopäden (n= 311)	Gesamt (n= 935)	p-Wert
Wenn ich könnte, würde ich deutlich mehr Zeit dafür aufbringen, mit meinen Patienten zu reden (5)					
Trifft genau zu	183 (58%)	148 (49%)	158 (51%)	489 (53%)	0,02 &
Trifft eher zu	91 (29%)	94 (31%)	94 (31%)	279 (30%)	(*/*/-) #
Trifft eher nicht zu	34 (11%)	55 (18%)	48 (15%)	137 (15%)	
Trifft überhaupt nicht zu	7 (2%)	7 (2%)	11 (4%)	25 (3%)	
Mittelwert (SD)	1,6 (0,8)	1,7 (0,8)	1,7 (0,9)	1,7 (0,8)	
Wenn ich mehr Zeit hätte, um mit meinen Patienten zu reden, wäre ich sehr gut in der Lage, diese Zeit effektiv für die Arzt-Patienten-Beziehung zu nutzen (4)					
Trifft genau zu	177 (56%)	142 (47%)	168 (54%)	487 (52%)	0,03 &
Trifft eher zu	92 (29%)	96 (32%)	88 (28%)	276 (30%)	(*/*/-) #
Trifft eher nicht zu	38 (12%)	57 (19%)	43 (14%)	138 (15%)	
Trifft überhaupt nicht zu	9 (3%)	10 (3%)	11 (4%)	30 (3%)	
Mittelwert (SD)	1,6 (0,8)	1,8 (0,9)	1,7 (0,8)	1,7 (0,8)	
Eine intensive und kontinuierliche Beziehung zum Patienten ist für meine tägliche Arbeit sehr wichtig (6)					
Trifft genau zu	270 (85%)	229 (76%)	173 (56%)	672 (72%)	< 0,001 &
Trifft eher zu	44 (14%)	63 (21%)	122 (39%)	229 (25%)	(*/*/**) #
Trifft eher nicht zu	3 (1%)	9 (3%)	13 (4%)	25 (3%)	
Trifft überhaupt nicht zu	0	1 (0,3%)	2 (0,6%)	3 (0,3%)	
Mittelwert (SD.)	1,2 (0,4)	1,3 (0,5)	1,5 (0,6)	1,3 (0,5)	
Die meisten Patienten erwarten, eine Therapie zu erhalten/ mit einem Rezept nach Hause zu gehen (1)					
Trifft genau zu	72 (23%)	59 (19%)	114 (37%)	245 (26%)	< 0,001 &
Trifft eher zu	183 (58%)	168 (55%)	153 (49%)	504 (54%)	(-/**/**) #
Trifft eher nicht zu	54 (17%)	71 (23%)	39 (13%)	164 (18%)	
Trifft überhaupt nicht zu	9 (3%)	7 (2%)	5 (2%)	21 (2%)	
Mittelwert (SD)	2 (0,7)	2 (0,7)	1,8 (0,7)	2 (0,7)	

Legende siehe Tabelle 1

„Wenn ich mehr Zeit hätte, um mit meinen Patienten zu reden, wäre ich sehr gut in der Lage, diese Zeit effektiv für die Arzt-Patienten-Beziehung zu nutzen.“ 52% (56% der Allgemeinmediziner, 47% der Internisten und 54% der Orthopäden)

fanden das „genau zutreffend“, 30% (29% der Allgemeinmediziner, 32% der Internisten und 28% der Orthopäden) „eher zutreffend“, 15% (12% der Allgemeinmediziner, 19% der Internisten und 14% der Orthopäden) „eher nicht zutreffend“ und 3% (3% der Allgemeinmediziner, 3% der Internisten und 4% der Orthopäden) „überhaupt nicht zutreffend“.

„Eine intensive und kontinuierliche Beziehung zum Patienten ist für meine tägliche Arbeit sehr wichtig.“ 72% (85% der Allgemeinmediziner, 76% der Internisten und 56% der Orthopäden) stimmten mit „trifft genau zu“, 25% (14% der Allgemeinmediziner, 21% der Internisten und 39% der Orthopäden) markierten die Antwortoption „trifft eher zu“, 3% (1% der Allgemeinmediziner, 3% der Internisten und 4% der Orthopäden) „trifft eher nicht zu“ und 0,3% (kein Allgemeinmediziner, 0,3% der Internisten und 0,6% der Orthopäden) „trifft überhaupt nicht zu“.

„Die meisten Patienten erwarten, eine Therapie zu erhalten/mit einem Rezept nach Hause zu gehen.“ Diese Aussage bewerteten 26% (23% der Allgemeinmediziner, 19% der Internisten und 37% der Orthopäden) mit „trifft genau zu“, 54% (58% der Allgemeinmediziner, 55% der Internisten und 49% der Orthopäden) mit „trifft eher zu“ 18% (17% der Allgemeinmediziner, 23% der Internisten und 13% der Orthopäden) mit „trifft eher nicht zu“ und 2% (3% der Allgemeinmediziner, 2% der Internisten und 2% der Orthopäden) mit „trifft überhaupt nicht zu“.

Die Allgemeinmediziner stimmten im Durchschnitt den Aussagen, dass sie gern mehr Zeit für ihre Patienten hätten und eine gute Arzt-Patienten-Beziehung wichtig ist, häufiger zu als die Orthopäden und die Internisten (siehe Tabelle 10).

Aussage zur Placebo-Effekt-Nutzung

„Positive psychologische Effekte bzw. Placebo-Effekte (z. B. „Droge Arzt“) sollte man als Arzt intensiv nutzen.“ Dies wurde von 32% (38% der Allgemeinmediziner, 29% der Internisten und 29% der Orthopäden) als „genau

Tabelle 10: Summenskala über Fragen zur Zeit-Beziehungs-Ebene. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben.

	Allg. Med. (n= 319)	Internisten (n= 305)	Orthopäden (n= 311)	Gesamt (n= 935)	p-Wert
Summenskala über alle Items	1,58 (0,51)	1,72 (0,53)	1,67 (0,54)	1,65 (0,51)	0,003 °

Legende siehe Tabelle 1

zutreffend“ befunden, von 47% (44% der Allgemeinmediziner, 49% der Internisten und 47% der Orthopäden) als „eher zutreffend“, von 18% (15% der Allgemeinmediziner, 18% der Internisten und 21% der Orthopäden) als „eher nicht zutreffend“ und von 3% (3% der Allgemeinmediziner, 4% der Internisten und 3% der Orthopäden) als „überhaupt nicht zutreffend“ (siehe Tabelle 11).

Insgesamt stimmten der Nutzung positiver psychologischer Effekte mehr Allgemeinmediziner als Internisten und Orthopäden zu. Die Unterschiede hier waren jedoch nur geringfügig (siehe Tabelle 12).

Tabelle 11: Ärztliche Grundhaltungen - Frage zur Placebo-Effekt-Nutzung -. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.

Frage (Anzahl fehlende Angaben)	Allg. Med. (n= 319)	Internisten (n= 305)	Orthopäden (n= 311)	Gesamt (n= 935)	p-Wert
Positive psychologische Effekte bzw. Placebo-Effekte (z.B. "Droge Arzt") sollte man als Arzt intensiv nutzen (3)					
Trifft genau zu	120 (38%)	89 (29%)	90 (29%)	299 (32%)	0,02 &
Trifft eher zu	139 (44%)	148 (49%)	146 (47%)	433 (47%)	(*/*/-) #
Trifft eher nicht zu	48 (15%)	55 (18%)	66 (21%)	169 (18%)	
Trifft überhaupt nicht zu	9 (3%)	13 (4%)	9 (3%)	31 (3%)	
Mittelwert (SD)	1,8 (0,8)	2 (0,8)	2 (0,8)	1,9 (0,8)	

Legende siehe Tabelle 1

Tabelle 12: Summenskala über Fragen zur Placebo-Effekt-Nutzung. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben.

	Allg. Med. (n= 319)	Internisten (n= 305)	Orthopäden (n= 311)	Gesamt (n= 935)	p-Wert
Summenskala über alle Items	1,83 (0,79)	1,97 (0,80)	1,98 (0,79)	1,93 (0,79)	0,03 °

Legende siehe Tabelle 1

3.2.6. Einschätzung und Anwendung komplementärer Therapien

Die Fragen zum Thema Einschätzung und Anwendung komplementärer Therapien waren nicht primärer Gegenstand der vorliegenden Dissertation. Daher werden an dieser Stelle nur zusammenfassende Analysen zur Einschätzung der Wirksamkeit und zur Verwendung der Maßnahmen präsentiert, die für die in 3.4. dargestellte Regressionsanalyse als Einflussfaktoren auf die Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien relevant sind.

Der Glaube an die spezifische Wirksamkeit komplementärer Therapien ist in den 3 Arztgruppen sehr verschieden ($p < 0,001$) und hängt stark von der Art der abgefragten Therapie ab (siehe Tabelle 13). Dennoch kann man insgesamt feststellen, dass viele Ärzte an die spezifische Wirksamkeit einiger dieser Therapien glauben. Im Gesamten stand die Gruppe der Internisten komplementären Verfahren am skeptischsten gegenüber gefolgt von den Allgemeinmedizinern. Orthopäden glaubten am ehesten an eine spezifische Wirksamkeit. Am skeptischsten stand die Gesamtheit der Befragten homöopathischen Arzneimitteln gegenüber, gefolgt von Vitaminen und Spurenelementen. Chirotherapie wurde am ehesten für spezifisch wirksam gehalten, gefolgt von pflanzlichen Arzneimitteln, Osteopathie und Akupunktur.

Auch die Nutzung komplementärer Therapie ist in den Facharztgruppen sehr unterschiedlich ($p < 0,001$) und hängt stark von der abgefragten Therapie ab (siehe Tabelle 14). Chirotherapie wird z. B. von 91% der Orthopäden und nur von 29% der Allgemeinmediziner und 11% der Internisten mehr als einmal pro Woche verwendet. Orthopäden machen ebenfalls häufiger Gebrauch von Akupunktur

Tabelle 13: Glaube an die spezifische Wirksamkeit von komplementären Therapien. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben.

Therapie (Anzahl fehlende Angaben)	Allg. Med. (n= 319)	Internisten (n= 305)	Orthopäden (n= 311)	Gesamt (n= 935)	p-Wert
Homöopathische Arzneimittel (23)	-0,2 (1,4)	-0,8 (1,2)	-0,2 (1,2)	-0,4 (1,3)	< 0,001 & (**/-/**) #
Vitamine/Spurenelemente(12)	-0,1 (1,2)	-0,4 (1,2)	-0,2 (0,9)	-0,3 (1,1)	< 0,001 & (**/-/*) #
Pflanzliche Arzneimittel(19)	0,9 (0,9)	0,6 (1,0)	0,5 (0,9)	0,7 (0,9)	< 0,001 & (**/**/-) #
Andere klassische Naturheilverfahren (38)	0,3 (1,0)	0,0 (1,0)	0,2 (0,9)	0,2 (1,0)	< 0,001 & (**/**/*) #
Akupunktur (12)	0,5 (1,2)	0,2 (1,1)	0,9 (1,0)	0,5 (1,2)	< 0,001 & (**/**/**) #
Chirotherapie (12)	1,4 (0,8)	0,9 (0,9)	1,6 (0,7)	1,3 (0,9)	< 0,001 & (**/**/**) #
Osteopathie (18)	0,7 (1,2)	0,2 (1,2)	0,9 (1,0)	0,6 (1,2)	< 0,001 & (**/**/**) #
Mittelwert über alle 7 Therapien (59)	0,5 (0,7)	0,1 (0,8)	0,5 (0,6)	0,4 (0,7)	< 0,001 & (**/-/**) #
Mittelwert über Therapien derer Ärzte, die mind. 3 Therapien bewertet haben (0)	0,4 (0,8)	0,0 (0,8)	0,4 (0,7)	0,3 (0,8)	< 0,001 & (**/-/**) #

Legende siehe Tabelle 1

Skala von -2 = ist ein Placebo bis 2 = ist spezifisch wirksam

und Osteopathie als die beiden anderen Facharztgruppen. Pflanzliche Arzneimittel werden dagegen am häufigsten von Allgemeinmedizinern gebraucht und waren gleichzeitig die am häufigsten benutzte komplementäre Therapie, gefolgt von Chirotherapie. Osteopathie war insgesamt das am seltensten verwendete komplementäre Verfahren.

Tabelle 14: Regelmäßige Nutzung (mindestens einmal pro Woche) von komplementären Therapien. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.

Therapie (Anzahl fehlende Angaben)	Allg. Med. (n= 319)	Internisten (n= 305)	Orthopäden (n= 311)	Gesamt (n= 935)	p-Wert
Homöopathie (21)	101 (32%)	26 (9%)	71 (23%)	198 (21%)	< 0,001 & (**/**/**) #
Vitamine/Spurenelemente (6)	130 (41%)	74 (25%)	97 (31%)	301 (33%)	< 0,001 & (**/**/-) #
Pflanzliche Arzneimittel (11)	245 (77%)	103 (34%)	94 (31%)	442 (47%)	< 0,001 & (**/**/-) #
Andere klassische Naturheilverfahren (38)	92 (29%)	18 (7%)	44 (16%)	154 (17%)	< 0,001 & (**/**/**) #
Akupunktur (9)	67 (21%)	25 (9%)	206 (77%)	298 (33%)	< 0,001 & (**/**/**) #
Chirotherapie (13)	89 (29%)	19 (8%)	281 (91%)	389 (42%)	< 0,001 & (**/**/**) #
Osteopathie (18)	24 (8%)	7 (2%)	105 (35%)	136 (15%)	< 0,001 & (**/**/**) #

Legende siehe Tabelle 1

3.3. Auswertung nach Verwendung von reinen Placebos und unspezifischen Therapien

Es folgt die Auswertung der Ergebnisse in 4 Gruppen

- 1) Anwendung weder von Placebos, noch von unspezifischen Therapien (im Folgenden vereinfachend Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ genannt; n= 386).
- 2) Anwendung von unspezifischen Therapien, nicht jedoch von Placebos (im Folgenden vereinfachend Gruppe „nur unspezifische Therapien“ genannt; n= 279)
- 3) Anwendung von Placebos, nicht jedoch von unspezifischen Therapien (im Folgenden vereinfachen Gruppe „nur Placebos“ genannt; n= 93).

- 4) Anwendung von beiden Verfahren, sowohl von Placebos als auch von unspezifischen Therapien (im Folgenden vereinfachend Gruppe „Anwender beider Verfahren“ genannt; n= 177).

3.3.1. Soziodemografische Daten und Praxismerkmale

Weiblichen Geschlechtes waren 22% der Teilnehmer aus der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 24% aus der Gruppe „nur unspezifische Therapien“, 32% aus der Gruppe „nur Placebos“ und 23% aus der Gruppe „Anwender beider Verfahren“ (siehe Tabelle 15).

Im Mittel betrug das Alter der Ärzte der Gruppen „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ 54 Jahre (SD 8), „nur unspezifische Therapien“ ebenfalls 54 Jahre alt (SD 8) und „nur Placebos“ 54 Jahre (SD 7). Die „Anwender beider Verfahren“ waren im Mittel 55 Jahre alt (SD 8).

Vollzeit in der Praxis tätig waren 94% der Gruppe „weder Placebos noch unspezifische Therapien“, 93% der Gruppe „nur unspezifische Therapien“, 99% der Gruppe „nur Placebos“ und 94% der „Anwender beider Verfahren“.

Ausschließlich in einer Privatpraxis tätig waren 3% der Ärzte aus der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 2% der Anwender von „nur unspezifischen Therapien“, 2% der Nutzer von „nur Placebos“ und keiner der Nutzer „beider Verfahren“.

In einer Stadt mit > 100.000 Einwohnern praktizierten 41% der Ärzte die zur Gruppe „weder Placebos noch unspezifische Therapien“ gehörten. 39% der Anwender „nur unspezifischer Therapien“, 30% der Anwender von „nur Placebos“ und 28% der Mediziner, die angegeben haben, „Anwender beider Verfahren“ zu sein. In einer Stadt mit 10.000 bis 100.000 Einwohnern lag die Praxis von 44% der Ärzte, die zur Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ gehörten, von 42% derer, die „nur unspezifische Therapien“ nutzen, von 52% derer, die „nur Placebos“ verwenden, und von 42% derer, die angegeben hatten, zur Gruppe „Anwender beider Verfahren“ zu gehören. In einem Ort mit < 10.000 Einwohnern praktizierten 15% von den Ärzten die „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ nutzen, 19% derer, die „nur unspezifische Therapien“

nutzen, 18% derer, die „nur Placebos“ nutzen, und 29% derer, die „Anwender beider Verfahren“ sind.

Was die finanzielle Situation ihrer Patienten betrifft, so schätzen 8% der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ die Situation ihrer Patienten als eher wohlhabend ein. Unter den Anwendern von „nur unspezifische Therapien“ betrug der Prozentsatz 11%, bei den Anwendern von „nur Placebos“ ebenfalls 11% und 7% von den „Anwendern beider Verfahren“. Sehr gemischt stufte 70% der Ärzte der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ die finanzielle Lage ihrer Patienten ein. Unter den Verwendern von „nur unspezifischen Therapien“ betrug der Anteil 62%, bei den Verwendern von „nur Placebo“ 60% und unter den „Anwendern beider Verfahren“ 68%. Als eher finanziell schwach bezeichneten 22% der Teilnehmer der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ ihren Patientenstamm. Unter den Nutzern „nur unspezifischer Therapien“ waren es 27%, bei den Nutzern von „nur Placebos“ 29% und bei den Nutzern von „beiden Verfahren“ befanden 24% ihre Patienten als eher finanziell schwach.

3.3.2. Ärztliche Grundhaltungen

Orthodoxe Sichtweise

„Zur Behandlung sollten möglichst nur wissenschaftlich belegte Therapien eingesetzt werden.“ „Genau zutreffend“ fanden dies 32% der Teilnehmer der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 18% der Gruppe „nur unspezifische Therapien“, 20% der Gruppe „nur Placebos“ und 12% der „Anwender beider Verfahren“. Als „eher zutreffend“ wurde die Aussage von 43% der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 52% der Gruppe „nur unspezifische Therapien“, 48% der Gruppe „nur Placebos“ und 49% der Gruppe „Anwender beider Verfahren“ bewertet. Für „trifft eher nicht zu“ entschieden sich 21% der Nutzer von „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 27% der Nutzer von „nur unspezifische Therapien“, 23% der Nutzer

Tabelle 15: Soziodemografische Daten. Angegeben sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben)	Keine (n= 386)	Nur unspez. Therapien (n= 279)	Nur Placebos (n= 93)	Beides (n= 177)	p-Wert
Geschlecht weiblich (2)	83 (22%)	67 (24%)	30 (32%)	41 (23%)	0,18 §
Alter (7) Mittelwert (SD)	54 (8)	54 (8)	54 (7)	55 (8)	0,42 °
Vollzeit in Praxis tätig (4)	360 (94%)	258 (93%)	92 (99%)	165 (94%)	0,16 §
Ausschließlich Privatpraxis (7)	13 (3%)	5 (2%)	2 (2%)	0	0,08 §
Die Praxis liegt (1)					
Stadt > 100.000 Einwohner	158 (41%)	109 (39%)	28 (30%)	50 (28%)	0,001 &
Stadt 10.000 bis 100.000 Einwohner	169 (44%)	116 (42%)	48 (52%)	75 (42%)	
Ort < 10.000 Einwohner	58 (15%)	54 (19%)	17 (18%)	52 (29%)	
Wie würden Sie die finanzielle Situation Ihrer Patienten im Durchschnitt bewerten (3)					
Eher wohlhabend	32 (8%)	31 (11%)	10 (11%)	13 (7%)	0,80 &
Sehr gemischt	267 (70%)	173 (62%)	56 (60%)	121 (68%)	
Eher finanziell schwach	84 (22%)	75 (27%)	27 (29%)	43 (24%)	

Legende siehe Tabelle 1

von „nur Placebo“ und 28% der „Anwender beider Verfahren“. „Überhaupt nicht zutreffend“ kreuzten 4% der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 4% der Gruppe „nur unspezifische Therapien“, 9% der Gruppe „nur Placebos“ und 11% der Gruppe „Anwender beider Verfahren“ an (siehe Tabelle 16).

„Eine Behandlung sollte nur erfolgen, wenn sie medizinisch notwendig ist.“ 61% der Teilnehmer, die „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ verwenden, fanden diese Aussage „genau zutreffend“, unter den Anwendern von „nur unspezifischen Therapien“ betrug dieser Anteil 42%; bei den Anwendern der Gruppe „nur Placebos“ 58% und unter den Ärzten, die angegeben hatten, zur Gruppe „Anwender beider Verfahren“ zu gehören 38%. Mit „eher zutreffend“ wurde die Aussage von 30% der Teilnehmer der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifi-

sche Therapien“ bewertet. Unter den Verwendern von „nur unspezifischen Therapien“ betrug der Anteil 43%, unter den Vertretern der Gruppe „nur Placebos“ 34% und bei den „Anwendern beider Verfahren“ 44%. „Eher nicht zutreffend“ fanden die Aussage 7% der Ärzte, die zur Gruppe „weder Placebos noch unspezifische Therapien“ gehörten, 13% der Nutzer von „nur unspezifischen Therapien“, 7% der Nutzer von „nur Placebos“ und 15% der „Anwender beider Verfahren“. Die Antwortmöglichkeit „trifft überhaupt nicht zu“ wurde von 1% der Ärzte gewählt, die angegeben haben, zur Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ zu gehören, von 2% der Anwender von „nur unspezifischen Therapien“, von 1% der Anwender von „nur Placebos“ und von 3% der „Anwender beider Verfahren“.

„Die Gabe von Placebos sollte man so weit wie möglich vermeiden.“ Dies wurde von 35% der Ärzte der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, von 20% der Gruppe „nur unspezifische Therapien“, von 15% der Anwender von „nur Placebos“ und von 10% derer, die angegeben haben, „Anwender beider Verfahren“ zu sein, mit „trifft genau zu“ bewertet, von 39% der Ärzte die „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ nutzen, von 45% der Nutzer von „nur unspezifischen Therapien“, von 28% der „nur Placebo“-Nutzer und von 33% der „Anwender beider Verfahren“ mit „eher zutreffend“. „Eher nicht zutreffend“ fanden die Aussage 22% der Nutzer von „weder Placebos noch unspezifischen Therapien“, 28% der Nutzer „nur unspezifischer Therapien“, 44% der „nur Placebo“-Anwender und 34% der „Anwender beider Verfahren“. „Überhaupt nicht zutreffend“ fanden die Aussage 4% der Teilnehmer der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 7% der Ärzte, die angegeben haben, „nur unspezifische Therapien“ zu nutzen, 13% der Anwender von „nur Placebos“ und 23% derer, die angegeben haben, „Anwender beider Verfahren“ zu sein.

„Ich wende nur Therapien an, von deren Wirksamkeit ich persönlich überzeugt bin.“ Für „genau zutreffend“ hielten dies 72% der Teilnehmer, die angegeben haben „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ zu verwenden, 36% der Anwender „nur unspezifischer Therapien“, 59% der „nur Placebo“-Anwender und 27% derjenigen, die angegeben haben „Anwender beider Verfahren“ zu sein. Für „eher zutreffend“ hielten diese Aussage 27% der Anwender von „weder

Tabelle 16: Einteilung nach Anwendungsmuster. Ärztliche Grundhaltungen, orthodoxe Sichtweise. Dargestellt sind Häufigkeitsangaben (Prozent), soweit nicht anders angegeben.

Frage (Anzahl fehlende Angaben)	Keine (n= 386)	Nur un spez. Therapien (n= 279)	Nur Placebos (n= 93)	Beides (n= 177)	p-Wert
Zur Behandlung sollten möglichst nur wissenschaftlich belegte Therapien eingesetzt werden (2)					
Trifft genau zu	123 (32%)	51 (18%)	18 (20%)	21 (12%)	< 0,001 &
Trifft eher zu	164 (43%)	144 (52%)	44 (48%)	87 (49%)	
Trifft eher nicht zu	82 (21%)	74 (27%)	21 (23%)	49 (28%)	
Trifft überhaupt nicht zu	17 (4%)	10 (4%)	8 (9%)	20 (11%)	
Mittelwert (SD)	1,5 (0,7)	1,7 (0,7)	1,5 (0,7)	1,8 (0,8)	
Eine Behandlung sollte nur erfolgen, wenn sie medizinisch notwendig ist (5)					
Trifft genau zu	236 (61%)	117 (42%)	53 (58%)	66 (38%)	< 0,001 &
Trifft eher zu	117 (30%)	120 (43%)	31 (34%)	78 (44%)	
Trifft eher nicht zu	27 (7%)	36 (13%)	6 (7%)	27 (15%)	
Trifft überhaupt nicht zu	5 (1%)	5 (2%)	1 (1%)	5 (3%)	
Mittelwert (SD)	1,5 (0,7)	1,7 (0,7)	1,5 (0,7)	1,8 (0,8)	
Die Gabe von Placebos sollte man so weit wie möglich vermeiden (5)					
Trifft genau zu	133 (35%)	57 (20%)	14 (15%)	18 (10%)	< 0,001 &
Trifft eher zu	151 (39%)	125 (45%)	25 (28%)	58 (33%)	
Trifft eher nicht zu	84 (22%)	77 (28%)	40 (44%)	59 (34%)	
Trifft überhaupt nicht zu	16 (4%)	20 (7%)	12 (13%)	41 (23%)	
Mittelwert (SD)	2 (0,9)	2,2 (0,9)	2,5 (0,9)	2,7 (0,9)	
Ich wende nur Therapien an, von deren Wirksamkeit ich persönlich überzeugt bin (3)					
Trifft genau zu	277 (72%)	101 (36%)	54 (59%)	48 (27%)	< 0,001 &
Trifft eher zu	105 (27%)	155 (56%)	35 (39%)	106 (60%)	
Trifft eher nicht zu	1 (0,3%)	20 (7%)	2 (2%)	19 (11%)	
Trifft überhaupt nicht zu	2 (0,5%)	3 (1%)	0	4 (2%)	
Mittelwert (SD)	1,3 (0,5)	1,7 (0,6)	1,4 (0,5)	1,9 (0,7)	

Meine (fach-)ärztliche Ausbildung hat mich gut auf die tägliche Arbeit am Patienten in der Praxis vorbereitet (4)					
Trifft genau zu	86 (22%)	38(14%)	22 (24%)	28 (16%)	0,02 &
Trifft eher zu	147 (38%)	108 (39%)	34 (37%)	74 (42%)	
Trifft eher nicht zu	124 (32%)	107 (39%)	33 (36%)	64 (36%)	
Trifft überhaupt nicht zu	27 (7%)	25 (9%)	3 (3%)	11 (6%)	
Mittelwert (SD)	2,2 (0,9)	2,4 (0,8)	2,2 (0,8)	2,3 (0,8)	

Legende siehe Tabelle 1

Placebos, noch unspezifischen Therapien“, 56% der Nutzer „nur unspezifischer Therapien“, 39% der „nur Placebo“-Nutzer und 60% der „Anwender beider Verfahren“. Als „eher nicht zutreffend“ ordneten oben Stehendes 0,3% der Anwender von „weder Placebos noch unspezifische Therapien“ ein, 7% derer, die sich „nur unspezifischer Therapien“ bedienen, 2% der Nutzer von „nur Placebos“ und 11% der „Anwender beider Verfahren“. Als „überhaupt nicht zutreffend“ taten dies 0,5% der Anwender von „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 1% der Nutzer „nur unspezifischer Therapien“, keiner der Nutzer von „nur Placebos“ und 2% der „Anwender beider Verfahren“.

„Meine (fach-)ärztliche Ausbildung hat mich gut auf die tägliche Arbeit am Patienten in der Praxis vorbereitet.“ 22% derer, die angegeben haben, „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ anzuwenden, fanden diese Aussage „genau zutreffend“, unter den Teilnehmern, die „nur unspezifische Therapien“ anwenden, betrug der Anteil 14%, unter den Ärzten, die „nur Placebos“ verwenden, 24% und unter den „Anwendern beider Verfahren“ 16%. Die Antwortoption „eher zutreffend“ wählten 38% der Anwender von „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 39% der Anwender „nur unspezifischer Therapien“, 37% der „nur Placebo“-Anwender und 42% der „Anwender beider Verfahren“. Mit „eher nicht zutreffend“ stimmten 32% der Teilnehmer der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 39% der Nutzer von „nur unspezifischen Therapien“, 36% der Nutzer von „nur Placebos“ und 36% der Ärzte, die angegeben haben, „Anwender beider Verfahren“ zu sein. Für „überhaupt nicht zutreffend“ befanden Besagtes 7% der Teilnehmer der Gruppe „weder Placebos noch unspezifische Therapien“, 9% der Ärzte die von sich

sagten „nur unspezifische Therapien“ zu gebrauchen, 3% derer, die laut ihrer Angabe „nur Placebos“ nutzen, und 6% der „Anwender beider Verfahren“.

Der orthodoxen Sichtweise wurde am häufigsten von der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ zugestimmt. Am zweithäufigsten konnten sich die Anwender von „nur Placebos“ mit der orthodoxen Sichtweise identifizieren. Darauf folgten die Anwender von „nur unspezifischen Therapien“ und die „Anwender beider Verfahren“ (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Summenskala über Fragen zur orthodoxen Sichtweise. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben.

	Keine (n= 386)	Nur unspez. Therapien (n= 279)	Nur Placebos (n= 93)	Beides (n= 177)	p-Wert
Summenskala über alle Items	1,79 (0,48)	2,05 (0,46)	1,97 (0,46)	2,23 (0,49)	< 0,001 °

Legende siehe Tabelle 1

Heterodoxe Sichtweise

„Bei vielen Patienten in meiner täglichen Praxis ist es nicht möglich, eine exakte Diagnose zu stellen.“ 3% der Teilnehmer aus der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ fanden diese Aussage „genau zutreffend“. Unter den Nutzern von „nur unspezifischen Therapien“ betrug dieser Anteil 8%, unter den Nutzern von „nur Placebos“ ebenfalls 8% und unter den „Anwendern beider Verfahren“ 11%. Als „eher zutreffend“ betrachteten die Aussage 22% der Teilnehmer aus der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifischer Therapien“, 28% der Verwender von „nur unspezifischen Therapien“, 21% der „nur Placebo“-Verwender und 36% der „Anwender beider Verfahren“. Für „eher nicht zutreffend“ hielten dies 61% der teilnehmenden Ärzte aus der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 58% der Nutzer „nur unspezifischer Therapien“, 54% der Nutzer von „nur Placebos“ und 49% der „Anwender beider Verfahren“. Als „über-

haupt nicht zutreffend“ wurde dieser Punkt von 14% der Anwender von „weder Placebos, noch unspezifischen Therapien“ bezeichnet. In der Gruppe der Anwender von „nur unspezifischen Therapien“ waren es 7%, unter den „nur Placebo“-Nutzern 17% und unter den „Anwendern beider Verfahren“ betrug der Anteil 5% (siehe Tabelle 18)

„In meiner täglichen Praxis bin ich mit vielen Patienten konfrontiert, bei denen das klassische Lehrbuchwissen versagt.“ 5% der Anwender von „weder Placebos, noch unspezifischen Therapien“ befanden diese Aussage für „genau zutreffend“. Unter den Nutzern von „nur unspezifischen Therapien“ lag dieser Anteil bei 8%, unter den „nur Placebo“-Anwendern bei 6% und unter den „Anwendern beider Verfahren“ bei 12%. „Eher zutreffend“ wählten 21% der Ärzte aus der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“. Unter den Anwendern „nur unspezifischer Therapien“ betrug dieser Anteil 29%, während er unter den Nutzern von „nur Placebos“ 23% und unter den „Anwendern beider Verfahren“ 36% betrug. 58% der Teilnehmer aus der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ befanden die Aussage dagegen für „eher nicht zutreffend“. Unter den Anwendern „nur unspezifischer Therapien“ lag der Anteil bei 57%, unter den „nur Placebo“-Nutzern“ bei 58% und unter den „Anwendern beider Verfahren“ bei 48%. Mit „trifft überhaupt nicht zu“ bewerteten die Aussage 16% der Vertreter der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 7% der Anwender „nur unspezifischer Therapien“, 13% der „nur Placebo“-Anwender und 4% der „Anwender beider Verfahren“.

„Komplementäre Heilverfahren erlauben mir auch bei Patienten, bei denen ich „schulmedizinisch“ kaum Optionen habe, eine systematische therapeutische Vorgehensweise.“ Dies wurde von 19% der Ärzte der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ mit „trifft genau zu“ bewertet. Unter den Ärzten, die ihren Patienten „nur unspezifischer Therapien“ zukommen lassen, lag dieser Anteil bei 15%, unter den Anwendern von „nur Placebos“ bei 28% und unter den „Anwendern beider Verfahren“ bei 21%. Als „eher zutreffend“ bezeichneten diesen Punkt 35% der Teilnehmer der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 38% der Nutzer „nur unspezifischer Therapien“, 35% der Nutzer von „nur Placebos“ und 47% der Ärzte, die „Anwender beider Verfahren“ sind. Ihr

Tabelle 18: Ärztliche Grundhaltungen, heterodoxe Grundhaltungen. Darstellung nach Anwendungsmuster. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.

Frage (Anzahl fehlende Angaben)	Keine (n= 386)	Nur unspez. Therapien (n= 279)	Nur Placebos (n= 93)	Beides (n= 177)	p-Wert
Bei vielen Patienten in meiner täglichen Praxis ist es nicht möglich, eine exakte Diagnose zu stellen (1)					
Trifft genau zu	11 (3%)	22 (8%)	7 (8%)	20 (11%)	< 0,001 &
Trifft eher zu	83 (22%)	77 (28%)	19 (21%)	63 (36%)	
Trifft eher nicht zu	237 (61%)	161 (58%)	50 (54%)	86 (49%)	
Trifft überhaupt nicht zu	55 (14%)	19 (7%)	16 (17%)	8 (5%)	
Mittelwert (SD)	2,9 (0,7)	2,6 (0,7)	2,8 (0,8)	2,5 (0,8)	
In meiner täglichen Praxis bin ich mit vielen Patienten konfrontiert, bei denen das klassische Lehrbuchwissen versagt (3)					
Trifft genau zu	21 (5%)	21 (8%)	5 (6%)	22 (12%)	< 0,001 &
Trifft eher zu	82 (21%)	81 (29%)	21 (23%)	63 (36%)	
Trifft eher nicht zu	222 (58%)	159 (57%)	52 (58%)	85 (48%)	
Trifft überhaupt nicht zu	61 (16%)	18 (7%)	12 (13%)	7 (4%)	
Mittelwert (SD)	2,8 (0,8)	2,6 (0,7)	2,8 (0,7)	2,4 (0,8)	
Komplementäre Heilverfahren erlauben mir auch bei Patienten, bei denen ich „schulmedizinisch“ kaum Optionen habe, eine systematische therapeutische Vorgehensweise (13)					
Trifft genau zu	70 (19%)	42 (15%)	25 (28%)	36 (21%)	0,002 &
Trifft eher zu	134 (35%)	105 (38%)	32 (35%)	82 (47%)	
Trifft eher nicht zu	91 (24%)	88 (32%)	23 (25%)	39 (22%)	
Trifft überhaupt nicht zu	83 (22%)	44 (16%)	11 (12%)	17 (10%)	
Mittelwert (SD.)	2,5 (1,0)	2,5 (0,9)	2,2 (1,0)	2,2 (0,9)	

Legende siehe Tabelle 1

Kreuz bei „trifft eher nicht zu“ setzten 24% der Nutzer von „weder Placebos, noch unspezifischen Therapien“, 32% der Ärzte, die „nur unspezifische Therapien“ nutzen, 25% der Teilnehmer, die „nur Placebos“ verwenden, und 22% derer, die angegeben haben, „Anwender beider Verfahren“ zu sein. Für die Antwortoption „trifft überhaupt nicht zu“ entschieden sich 22% der teilnehmenden Ärzte aus der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 16% der Nutzer „nur

unspezifischer Therapien“, 12% derjenigen, die „nur Placebos“ benutzen und 10% der „Anwender beider Verfahren“.

Am häufigsten konnten sich die Anwender „beider Verfahren“ mit der heterodoxen Sichtweise identifizieren. Es folgten die Verwender von „nur unspezifische Therapien“, „nur Placebos“ und Anwender von „weder Placebos, noch unspezifischen Therapien“ (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Summenskala über Fragen zur heterodoxen Sichtweise. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben.

	Keine (n= 386)	Nur unspez. Therapien (n= 279)	Nur Placebos (n= 93)	Beides (n= 177)	p-Wert
Summenskala über alle Items	2,73 (0,61)	2,58 (0,59)	2,62 (0,60)	2,37 (0,58)	< 0,001 °

Legende siehe Tabelle 1

Aussagen zur Zeit-Beziehungs-Ebene

Die teilnehmenden Ärzte sollten folgenden Satz bewerten: „Wenn ich könnte, würde ich deutlich mehr Zeit dafür aufbringen, mit meinen Patienten zu reden.“ 49% der Ärzte der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ wählten hier die Antwortmöglichkeit „trifft genau zu“. In der Gruppe der Verwender „nur unspezifischer Therapien“ taten dies 54%, während der Anteil unter den „nur Placebo“-Verwendern 52% betrug und unter den „Anwendern beider Verfahren“ 58%. Für „eher zutreffend“ hielten den Satz 28% der Teilnehmenden aus der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 35% der Anwender „nur unspezifischer Therapien“, 27% der Nutzer von „nur Placebos“ und 28% der Ärzte, die angegeben haben, „Anwender beider Verfahren“ zu sein. Die Antwortoption „trifft eher nicht zu“ wählten 19% der Teilnehmer aus der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 10% der Nutzer „nur unspezifischer Therapien“, 17% der „nur Placebo“-Nutzer und 13% der nieder-

gelassenen Ärzte, die „Anwender beider Verfahren“ waren. Als „überhaupt nicht zutreffend“ befanden die Aussage 4% der Ärzte der Gruppe „weder Placebos noch unspezifische Therapien“, 2% der Anwender von „nur unspezifischen Therapien“, 3% der „nur Placebo“-Verwender und 2% der Teilnehmenden, die im Fragebogen angegeben haben, „Anwender beider Verfahren“ zu sein (siehe Tabelle 20).

„Wenn ich mehr Zeit hätte, mit meinen Patienten zu reden, wäre ich sehr gut in der Lage, diese Zeit effektiv für die Arzt-Patienten-Beziehung zu nutzen.“ „Genau zutreffend“ fanden dies 49% der Ärzte aus der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 53% der Anwender von „nur unspezifischen Therapien“, ebenfalls 53% der Verwender von „nur Placebos“ und 57% der „Anwender von beiden Verfahren“. „Trifft eher zu“ wählten 28% der Teilnehmenden aus der Gruppe „weder Placebos noch unspezifische Therapien“, 33% der Ärzte die angegeben haben „nur unspezifische Therapien“ zu verwenden, 29% der Nutzer von „nur Placebos“ und ebenfalls 29% der „Anwender beider Verfahren“. Als „eher nicht zutreffend“ bewerteten dieses 19% der Nutzer von „weder Placebos, noch unspezifischen Therapien“. Unter den Ärzten aus der Gruppe „nur unspezifische Therapien“ lag der Anteil bei 12%, bei den Nutzern von „nur Placebos“ bei 14% und unter den Ärzten, die von sich sagten, „Anwender beider Verfahren“ zu sein lag der Anteil bei 11%. 4% der Befragten aus der Gruppe „weder Placebos noch unspezifische Therapien“, 2% der Anwender „nur unspezifischer Therapien“, 3% der „nur Placebo“-Verwender und 2% der „Anwender beider Verfahren“ setzten ihr Kreuz bei „trifft überhaupt nicht zu“.

„Eine intensive und kontinuierliche Beziehung zum Patienten ist für meine tägliche Arbeit sehr wichtig.“ „Genau zutreffend“ fanden das 67% der Ärzte aus der Gruppe „weder Placebos noch unspezifische Therapien“, 71% der Ärzte, die angegeben haben „nur unspezifische Therapien“ in ihrer Praxis zu nutzen, 80% derer, die angegeben haben „nur Placebos“ zu verwenden, und 81% der Ärzte, die „Anwender beider Verfahren“ waren. Als „eher zutreffend“ bewerteten diese Aussage 29% der Ärzte aus der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 27% der Teilnehmenden, die von sich sagten, „nur unspezifische Therapien“ zu verwenden, 19% der Nutzer von „nur Placebos“ und 16% derer,

Tabelle 20: Ärztliche Grundhaltungen - Zeit-Beziehungs-Ebene -. Darstellung nach Anwendungsmuster. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.

Frage (Anzahl fehlende Angaben)	Keine (n= 386)	Nur unspez. Therapien (n= 279)	Nur Placebos (n= 93)	Beides (n= 177)	p-Wert
Wenn ich könnte, würde ich deutlich mehr Zeit dafür aufbringen, mit meinen Patienten zu reden (5)					
Trifft genau zu	189 (49%)	150 (54%)	48 (52%)	102 (58%)	0,06 &
Trifft eher zu	108 (28%)	97 (35%)	25 (27%)	49 (28%)	
Trifft eher nicht zu	72 (19%)	27 (10%)	16 (17%)	22 (13%)	
Trifft überhaupt nicht zu	14 (4%)	5 (2%)	3 (3%)	3 (2%)	
Mittelwert (SD)	1,8 (0,9)	1,6 (0,7)	1,7 (0,9)	1,6 (0,8)	
Wenn ich mehr Zeit hätte, um mit meinen Patienten zu reden, wäre ich sehr gut in der Lage, diese Zeit effektiv für die Arzt-Patienten-Beziehung zu nutzen (4)					
Trifft genau zu	190 (49%)	147 (53%)	49 (53%)	101 (57%)	0,09 &
Trifft eher zu	106 (28%)	92 (33%)	27 (29%)	51 (29%)	
Trifft eher nicht zu	72 (19%)	33 (12%)	13 (14%)	20 (11%)	
Trifft überhaupt nicht zu	17 (4%)	6 (2%)	3 (3%)	4 (2%)	
Mittelwert (SD)	1,8 (0,9)	1,6 (0,8)	1,7 (0,8)	1,6 (0,8)	
Eine intensive und kontinuierliche Beziehung zum Patienten ist für meine tägliche Arbeit sehr wichtig (6)					
Trifft genau zu	258 (67%)	196 (71%)	74 (80%)	144 (81%)	0,001 &
Trifft eher zu	110 (29%)	74 (27%)	17 (19%)	28 (16%)	
Trifft eher nicht zu	14 (4%)	6 (2%)	1 (1%)	4 (2%)	
Trifft überhaupt nicht zu	2 (1%)	0	0	1,0 (0,6%)	
Mittelwert (SD)	1,4 (0,6)	1,3 (0,5)	1,2 (0,4)	1,2 (0,5)	
Die meisten Patienten erwarten, eine Therapie zu erhalten/mit einem Rezept nach Hause zu gehen (1)					
Trifft genau zu	108 (28%)	77 (28%)	19 (21%)	41 (23%)	0,15 &
Trifft eher zu	184 (48%)	164 (59%)	53 (58%)	103 (58%)	
Trifft eher nicht zu	80 (21%)	36 (13%)	18 (20%)	30 (17%)	
Trifft überhaupt nicht zu	14 (4%)	2 (0,7%)	2 (2%)	3 (2%)	
Mittelwert (SD)	2 (0,8)	1,9 (0,6)	2 (0,7)	2 (0,7)	

Legende siehe Tabelle 1

die laut eigener Angabe „Anwender beider Verfahren“ sind. Die Antwortmöglichkeit „trifft eher nicht zu“ wählten 4% der teilnehmenden Ärzte aus der

Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 2% derer, die „nur unspezifische Therapien“ in ihrer Praxis nutzen, 1% der „nur Placebo“-Anwender und 2% der teilnehmenden Ärzte, die „Anwender beider Verfahren“ sind. „Überhaupt nicht zutreffend“ kreuzten 1% der Vertreter der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, keiner der Ärzte, die „nur unspezifische Therapien“ verwenden, ebenfalls keiner der Teilnehmer, die „nur Placebos“ zur Behandlung ihrer Patienten benutzen, und 0,6% der „Anwender beider Verfahren“ an.

Die Aussage „die meisten Patienten erwarten, eine Therapie zu erhalten/mit einem Rezept nach Hause zu gehen“ wurde wie folgt bewertet. „Trifft genau zu“ wählten 28% der Ärzte, die angegeben haben „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ für ihre Patienten in der Praxis zu nutzen, ebenso 28% der Ärzte, die angekreuzt haben „nur unspezifische Therapien,“ anzuwenden, 21% der teilnehmenden Ärzte, die von sich sagten, „nur unspezifischen Therapien“ zu nutzen, und 23% der „Anwender von beiden Verfahren“. „Trifft eher zu“ wählten 48% der Ärzte, die angegeben haben, „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ in ihrer Praxis anzuwenden, 59% derer, die von sich sagten „nur unspezifische Therapien“ für die Therapie ihrer Patienten einzusetzen, 58% der Anwender von „nur Placebos“ und ebenfalls 58% der Teilnehmer, die angekreuzt haben, „Anwender beider Verfahren“ zu sein. „Trifft eher nicht zu“ wählten 21% der Ärzte, die von sich sagten, ihren Patienten „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ zukommen zu lassen, unter den Ärzten, die „nur unspezifische Therapien“ einsetzen, lag dieser Anteil bei 13%, in der Gruppe der Ärzte, die ihrer Angabe nach „nur Placebos“ in ihrer Praxis nutzen, bei 20% und in der Gruppe der „Anwender beider Verfahren“ bei 17%. „Trifft überhaupt nicht zu“ wählten dagegen 4% der Ärzte, die nach eigener Angabe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ gebrauchen, 0,7% der Teilnehmer, die angegeben haben, ihren Patienten „nur unspezifische Therapien“ zukommen zu lassen, 2% der Anwender von „nur Placebos“ und ebenfalls bei 2% lag der Anteil unter den „Anwendern beider Verfahren“.

Tabelle 21: Summenskala über Fragen zur Zeit-Beziehungs-Ebene. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben.

	Keine (n= 386)	Nur un spez. Therapien (n= 279)	Nur Placebos (n= 93)	Beides (n= 177)	p-Wert
Summenskala über alle Items	1,73 (0,57)	1,60 (0,45)	1,66 (0,50)	1,65 (0,51)	0,004 °

Legende siehe Tabelle 1

Die Anwender „nur unspezifischer Therapien“ stimmten im Durchschnitt den Aussagen, dass sie gern mehr Zeit für ihre Patienten hätten und eine gute Arzt-Patienten-Beziehung wichtig ist, häufiger zu, als die Verwender „beider Verfahren“, gefolgt von der Gruppe, die angegeben hat „nur Placebos“ zu verwenden, und der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ (siehe Tabelle 21).

Aussage zur Placebo-Effekt-Nutzung

„Positive psychologische Effekte bzw. Placebo-Effekte (z. B. „Droge Arzt“) sollte man als Arzt intensiv nutzen.“ 28% der Teilnehmenden aus der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ setzten ihr Kreuz bei „trifft genau zu“. In der Gruppe der Nutzer „nur unspezifischer Therapien“ lag dieser Anteil bei 33%, unter den Anwendern von „nur Placebos“ bei 34% und in der Gruppe derer, die angegeben haben, „Anwender beider Verfahren“ zu sein, bei 38%. „Trifft eher zu“ wählten 42% der Ärzte, die von sich sagten, „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“ in ihrer Praxis zu verwenden, 50% der Anwender „nur unspezifischer Therapien“, 47% der Ärzte aus der Gruppe „nur Placebo“ und 49% der „Anwender beider Verfahren“. Für „trifft eher nicht zu“ entschieden sich 25% der Teilnehmer der Gruppe „weder Placebos, noch unspezifische Therapien“, 15% der Teilnehmer, die angegeben haben, zur Gruppe „nur unspezifische Therapien“ zu gehören, 17% derer, die angekreuzt haben, „nur Placebos“ zu verwenden, und 10% der „Anwender beider Verfahren“. „Trifft

überhaupt nicht zu“ wählten entsprechend 5%, 2%, 2% und 2% (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: Ärztliche Grundhaltungen - Placebo-Effekt-Nutzung -. Darstellung nach Anwendungsmuster. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.

Frage (Anzahl fehlende Angaben)	Keine (n= 386)	Nur unspez. Therapien (n= 279)	Nur Placebos (n= 93)	Beides (n= 177)	p-Wert
Positive psychologische Effekte bzw. Placebo-Effekte (z. B. „Droge Arzt““ sollte man als Arzt intensiv nutzen (3)					
Trifft genau zu	107 (28%)	93 (33%)	31 (34%)	68 (38%)	<0,001 &
Trifft eher zu	163 (42%)	140 (50%)	43 (47%)	87 (49%)	
Trifft eher nicht zu	94 (25%)	41 (15%)	16 (17%)	18 (10%)	
Trifft überhaupt nicht zu	20 (5%)	5 (2%)	2 (2%)	4 (2%)	
Mittelwert (SD)	2,1 (0,9)	1,8 (0,7)	1,9 (0,8)	1,8 (0,7)	

Legende siehe Tabelle 1

Somit stimmten die Verwender „beider Verfahren“ häufiger zu als die Verwender „nur unspezifischer Therapien“, gefolgt von den Verwendern von „nur Placebo“ und „weder Placebo, noch unspezifische Therapien“ (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Summenskala über Fragen zur Placebo-Effekt-Nutzung. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben.

	Keine (n= 386)	Nur unspez. Therapien (n= 279)	Nur Placebos (n= 93)	Beides (n= 177)	p-Wert
Summenskala über alle Items	2,07 (0,85)	1,85 (0,73)	1,88 (0,77)	1,76 (0,72)	< 0,001 °

Legende siehe Tabelle 1

3.4. Regressionsanalysen

Tabelle 24 fasst die Ergebnisse der multivariaten, multinominalen Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen Arztmerkmalen und dem Muster der Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien zusammen. Alter, Geschlecht und die Zustimmung zur Aussage „Positive psychologische Effekte bzw. Placebo-Effekte (z. B. „Droge Arzt“) sollte man als Arzt intensiv nutzen.“ waren mit keinem der Anwendungsmuster signifikant assoziiert. Ärzte, die ausschließlich Placebos verwendeten, waren signifikant häufiger Allgemeinmediziner oder Internisten und stimmten orthodoxen Grundhaltungsaussagen weniger zu. Diese 3 Faktoren zeigten sich auch bei Ärzten, die ausschließlich die Verwendung unspezifischer Therapien angaben. Zusätzlich war bei diesen Ärzten der Wunsch nach mehr Zeit und einer intensiven Arzt-Patienten-Beziehung stärker ausgeprägt. Ein stärkerer Glaube an spezifische Effekte komplementärmedizinischer Verfahren ging mit einer selteneren Nutzung unspezifischer Therapien einher. Unter den Ärzten, die sowohl Placebos als auch unspezifische Therapien verwendeten, kam als weiterer Faktor eine größere Zustimmung zu heterodoxen Grundhaltungsaussagen hinzu. Besonders stark ausgeprägt waren bei diesem Verwendungsmuster die Zusammenhänge für die Merkmale Allgemeinmedizin (Odds Ratio 11,60, 95% Konfidenzintervall 6,41-21,3) und Zustimmung zu orthodoxen Grundhaltungsaussagen (Odds Ratio 0,10, 95% Konfidenzintervall 0,06-0,18). Die in das multivariate Modell einbezogenen Faktoren erklärten aber nur einen relativ geringen Teil der beobachteten Varianz (Nagelkerke $r^2 = 0,30$).

Tabelle 24: Assoziation wichtiger vordefinierter Faktoren mit dem Verwendungsmuster. Angegeben sind Odds Ratios (95%-Konfidenzintervalle) im Vergleich zur Referenzkategorie keine Verwendung von Placebos oder unspezifischen Therapien aus einer multivariaten multinominalen Regression ($r^2 = 0.30$ (Nagelkerke)).

	Ausschließlich Placebos	Ausschließlich unspezifische Therapien	Beides
Alter	1,00 (0,97; 1,04)	1,00 (0,98; 1,03)	1,01 (0,98; 1,04)
Weibliches Geschlecht	1,13 (0,60; 2,11)	1,17 (0,74; 1,87)	0,69 (0,39; 1,22)
Allgemeinmediziner	3,41 (1,66; 7,04)	3,46 (2,07; 5,76)	11,8 (6,35; 22,1)
Internist	3,41 (1,60; 7,26)	2,47 (1,45; 4,21)	3,57 (1,77; 7,21)
Orthodoxe Einstellung	0,38 (0,20; 0,72)	0,21 (0,13; 0,33)	0,11 (0,07; 0,20)
Heterodoxe Sichtweise	0,93 (0,55; 1,57)	1,24 (0,85; 1,79)	1,44 (0,92; 2,25)
Zeit/Arztpatientenbeziehung	1,19 (0,70; 2,01)	2,01 (1,37; 2,95)	2,07 (1,29; 3,33)
Placebo-Effekte nutzen	1,22 (0,88; 1,69)	1,24 (0,98; 1,56)	1,32 (0,98; 1,77)
Glaube an Wirksamkeit komplementärer Therapien	1,16 (0,73; 1,83)	0,42 (0,30; 0,58)	0,47 (0,32; 0,70)
Verwendung von komplementären Therapien	1,15 (0,87; 1,53)	1,12 (0,92; 1,38)	1,14 (0,89; 1,44)

4. Diskussion

4.1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Die Verwendung von Placebos in den Praxen niedergelassener Allgemeinmediziner, Internisten und Orthopäden in Deutschland ist deutlich seltener als die Nutzung unspezifischer Therapien. 29% der teilnehmenden Ärzte haben laut eigener Angabe im vergangenen Jahr mindestens 1-mal ein Placebo zur Behandlung eingesetzt, 8% häufiger als 5-mal. 49% der befragten Ärzte haben im vergangenen Jahr mindestens 1-mal eine unspezifische Therapie eingesetzt, 40% häufiger als 5-mal und 17% häufiger als 20-mal.

Im Vergleich der Facharztgruppen ist der Anteil der Ärzte, die im vergangenen Jahr mindestens 1-mal ein Placebo oder eine unspezifische Therapie verwendet haben, unter den Allgemeinmedizinern am höchsten (47% in Bezug auf Placebo und 65% in Bezug auf unspezifische Therapien) und am zweithöchsten unter den Internisten (24% bzw. 45%). Entgegen unseren Erwartungen (Linde, Friedrichs et al., 2013) machte nur ein vergleichsweise geringer Anteil von Orthopäden von Placebos (18%) und unspezifischen Therapien (36%) Gebrauch.

Während sich für die Haltung zur Nutzung psychologischer Effekte und den Wunsch nach mehr Zeit für den Patienten kein Unterschied zwischen den Arztgruppen feststellen ließ, gab es bezüglich der meisten anderen Aspekte (z. B. Relevanz diagnostischer Unsicherheit, Vorbereitung auf Praxisrealität durch Facharztbildung) deutliche Unterschiede. Multivariate Regressionsanalysen zeigen, dass eine ausschließliche Nutzung von Placebos mit den Merkmalen Allgemeinmediziner, Internist und geringe Zustimmung zu naturwissenschaftlich geprägter Sichtweise assoziiert ist. Bei der Verwendung unspezifischer Therapien kamen die Faktoren wenig Glaube an die Wirksamkeit komplementärer Therapien und Wunsch nach mehr Zeit für den Patienten und einer guten Arzt-Patienten-Beziehung hinzu.

4.2. Methodenkritik

Die Stichprobenziehung der angeschriebenen Ärzte erfolgte durch zufällige Ziehung aus der frei verkäuflichen Adressdatei www.adressendiscount.de. Sie umfasst fast alle in Deutschland niedergelassenen Ärzte und bot somit eine gute Grundlage für die Ziehung einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe. Das ursprüngliche Konzept der Befragung sah vor, dass der Vergleich der Facharztgruppen zwischen Allgemeinmedizinern, Orthopäden und fachärztlich tätigen Internisten stattfinden sollte. Es bestand jedoch das Problem, dass für einige Bundesländer keine Unterscheidung zwischen hausärztlich und fachärztlich tätigen Internisten verfügbar war. Somit wurden in manchen Bundesländern nicht nur fachärztlich, sondern auch hausärztlich tätige Internisten angeschrieben. Dies bedeutet, dass in der gezogenen Stichprobe fachärztlich tätige Internisten überrepräsentiert, aber auch hausärztliche Internisten eingeschlossen sind.

Aufgrund der großen Anzahl der befragten Ärzte und der bundesweiten Ausdehnung ist von einer hohen statistischen Aussagekraft auszugehen. Durch den Rücklauf von 935 ausgefüllten Fragebögen ergab sich eine Rücklaufquote von 46%. Dies bedeutet, dass 54% der ausgelieferten Fragebögen nicht beantwortet wurden. Auch wenn die erreichte Rücklaufquote im Vergleich mit anderen bundesweiten Arztbefragungen ohne finanziellen Teilnahmeanreiz hoch ist (Joos, Musselmann et al., 2011), (Rundstedt, Roth et al., 2015), stellt sich die Frage, ob es zu Selektionseffekten gekommen ist, die die Repräsentativität der Studienergebnisse infrage stellen. Hinsichtlich Altersstruktur und Geschlechterverteilung sind die Teilnehmer der Befragung weitgehend repräsentativ für die deutschen Vertragsärzte (siehe Auswertung des Bundesarztregisters durch Kopetsch, 2010). Die Allgemeinmediziner (inklusive Praktische Ärzte) waren im Jahre 2009 im Durchschnitt 53,2 und in der vorliegenden Befragung 54,3 Jahre alt. Die Internisten waren im Mittel 51,7, in dieser Befragung 53,2 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter der Orthopäden betrug 50,3 und in der von uns durchgeführten Befragung 53,6 Jahre. Der Frauenanteil der Allgemein- und Praktischen Ärzte betrug 39,6% und in dieser Befragung 40,7%. Auch bei den Orthopäden zeichnete sich nur ein sehr kleiner Unterschied ab (9,8% bei den

Vertragsärzten, 9,6% in der vorliegenden Studie). Eine größere Differenz bestand bei den Internisten: 27,0% Frauenanteil bei den Vertragsärzten und 20,3% in der vorliegenden Befragung.

Auch wenn die Teilnehmer bezüglich Alter und Geschlecht die entsprechenden Facharztgruppen in Deutschland gut zu repräsentieren scheinen, kann trotzdem nicht davon ausgegangen werden, dass die Antwortenden für die Angeschriebenen bzw. die Grundgesamtheit tatsächlich repräsentativ sind. Denkbar ist, dass die Einschätzung bezüglich Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien in Deutschland von den Ergebnissen der Befragung abweichen und damit über- oder unterschätzt wurden. Es ist weiterhin nicht auszuschließen, dass wissenschaftlich interessierte und arbeitende Ärzte eher bereit waren, an unserer Befragung teilzunehmen (Scott, Heyworth et al. 2000), und dass die Bitte um Hilfe bei der Erstellung zweier Dissertationen im Anschreiben wissenschaftlich orientierte Ärzte zusätzlich zur Teilnahme an der Befragung motiviert hat. Allerdings war das wichtigste Ziel unserer Befragung, die Arztgruppen im Vergleich zu betrachten. Aufgrund der Tatsache, dass die Antwortquoten in allen drei Facharztgruppen in etwa gleich hoch waren, erscheint es in hohem Maße unwahrscheinlich, dass eventuelle Selektionseffekte zwischen den Arztgruppen die Ergebnisse in relevanter Weise beeinflusst haben. Das bedeutet, dass zwar Unsicherheiten bezüglich der absoluten Zahlen (z. B. bezüglich der Häufigkeit der Placebo-Verwendung) bestehen, die beobachteten Unterschiede zwischen den Arztgruppen aber ein reales Phänomen erfassen.

Der zur Anwendung gekommene Fragebogen wurde systematisch auf der Basis bereits abgelaufener Befragungen (Fässler, Gnädinger et al., 2009), (Fässler, Gnädinger et al., 2011), (Meissner, Höfner et al., 2012), eines Reviews abgelaufener Befragungen (Fässler, Meissner et al., 2010), vorliegenden qualitativen Studien (Comaroff, 1976), (Fent, Rosemann et al., 2011) und aufgrund theoretischer Überlegungen erarbeitet. Eine Pilotversion wurde ausführlich in einer quantitativen Vorabbefragung und in kognitiven Interviews getestet und entsprechend optimiert.

Der für die Arztgruppe der Orthopäden eingesetzte Fragebogen unterschied sich in einem Punkt von dem Fragebogen, der den Allgemeinmediziner- und Internisten zugesandt wurde. Zur Erklärung, was eine unspezifische Therapie ist, wurde in der Orthopäden-Version das Beispiel „Vitaminpräparate bei allgemeiner Schwäche“ und in der Allgemeinmediziner- und Internisten-Version das Beispiel „Antibiotika bei viralen Infekten“ verwendet. Die Bezeichnung „unspezifische Therapie“ ist eventuell schwer verständlich und die gewählten Beispiele sind möglicherweise nicht gleichwertig. Während „Antibiotika bei viralen Infekten“ eindeutig als wirkungslos erachtet werden können, sind „Vitaminpräparate bei allgemeiner Schwäche“ vielleicht eher ein defensiver Therapieversuch. Auch die Formulierung „unspezifische Therapie“ ist nicht ganz eindeutig: Versteht man darunter eine definitiv nicht wirksame Therapie oder einen Therapieversuch mit wenig Aussicht auf Erfolg? Die kognitiven Interviews haben aber gezeigt, dass der Begriff „unspezifische Therapie“ eher in der intendierten Weise verstanden wurde als der in der Wissenschaft etablierte Begriff „unreines Placebo“.

Das Ausfüllen des Fragebogens war für die Ärzte in 5 bis 10 Minuten möglich.

Die sehr geringe Anzahl an fehlenden Antworten lässt den Rückschluss zu, dass insgesamt sowohl die Fragen als auch die Antwortmöglichkeiten vor allem in den Frageblöcken A, B, C und E für die Ärzte nachvollziehbar und gut verständlich formuliert waren.

In Frageblock B zeigte sich jedoch in den kognitiven Interviews, dass die Einschätzung, wann eine Therapie als unspezifisch bewertet wird, sehr subjektiv ist. Somit sind die Ergebnisse über die Häufigkeiten der Anwendung unspezifischer Therapien mit großer Vorsicht zu interpretieren. Während sehr selbstkritische Ärzte eventuell viele ihrer Therapien als unspezifisch betrachten, könnten Ärzte, die sehr an die Wirksamkeit verwendeter komplementärer Verfahren glauben, einen höheren Anteil ihrer Therapien als spezifisch erachten.

Im Frageblock C ergaben sich Hinweise darauf, dass die Frage nach Einschätzung der Wirksamkeit von Vitaminen und Spurenelementen im Vergleich zu Placebos von einigen Ärzten auch auf Präparate wie Vitamin D bei Osteoporose

oder Vitamin B12 bei makrozytärer Anämie bezogen und somit nicht in gewünschter Weise verstanden wurde.

Frageblock D hatte sich in den kognitiven Interviews als der Frageblock erwiesen, der den meisten Raum für Interpretationen offen ließ. Vor allem die Fragen nach den ärztlichen Grundhaltungen sind in vollem Umfang schwer in Form eines Fragebogens erfassbar und eventuell von den teilnehmenden Ärzten in unterschiedlicher Weise verstanden worden. Auch lässt sich nicht ausschließen, dass aufgrund der gesellschaftlichen Erwünschtheit die Fragen eher zugunsten der evidenzbasierten Medizin beantwortet wurden.

Für die Auswertung wurden nur wenige Hypothesen vordefiniert. Dennoch wurde eine große Zahl von statistischen Tests benutzt. Die Untersuchung hatte somit einen primär explorativen Charakter. Die hohe Konsistenz der Ergebnisse spricht dafür, dass viele der gefundenen Ergebnisse valide sind.

4.3. Interpretation der Ergebnisse im Kontext der Literatur

4.3.1. Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien im Vergleich

Der Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Studien wird dadurch erschwert, dass sich befragte Arztgruppen, Stichprobenziehungen, Begriffsdefinitionen und Fragebögen stark unterscheiden. Ein besonders wichtiger methodischer Unterscheidungspunkt ist, ob die Häufigkeit der Verwendung einzelner Beispiele von Placebos (z. B. Injektion von physiologischer Kochsalzlösung, Zuckertabletten etc.) und unspezifischen Therapien (z. B. Antibiotika bei viralen Infekten, Vitamine bei Personen ohne entsprechenden Mangel etc.) oder – wie in unserer Studie – eine globale Verwendung nach der Definition von Placebo und/oder unspezifischen Therapien erfragt wurde. Ein weiterer zentraler Punkt ist, ob nach einem Gebrauch jemals („ever use“) oder nach einer Verwendung in den vergangenen 12 Monaten gefragt wurde. Für die folgenden Vergleiche werden vor allem der systematische Review älterer Erhebungen von Fässler (Fässler,

Meissner et al., 2010) (siehe auch Abschnitt 1.3. Placebos und unspezifische Therapien in der ärztlichen Praxis) sowie relevante und qualitativ hochwertige neuere Studien herangezogen.

Das Ergebnis unserer Untersuchung, dass unspezifische Therapien von niedergelassenen Ärzten der befragten Fachrichtungen ungleich häufiger und mit einer höheren Frequenz verwendet werden als Placebos, deckt sich eindeutig mit ähnlichen, internationalen (Fässler, Meissner et al., 2010), (Fässler, Gnädinger et al., 2009), (Hróbjartsson, Norup, 2003), (Howick, Bishop et al., 2013), (Tilburt, Emanuel et al., 2008), (Kermen, Hickner et al., 2010) und nationalen (Meissner, Höfner et al., 2012) Untersuchungen.

Im Vergleich zu anderen Ländern scheint die Anwendung von Placebos in Deutschland relativ hoch zu sein (Fässler, Meissner et al., 2010). Diese Annahme wird durch die Ergebnisse unserer Untersuchung untermauert. In einer Untersuchung, die sich auf Allgemeinmediziner des Bundeslandes Bayern bezog, hatten 49% der Befragten berichtet, schon einmal Placebos im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit verwendet zu haben. Für die letzten 12 Monate gaben 45% den Gebrauch von Placebos an (Meissner, Höfner et al., 2012). In unserer Untersuchung von Allgemeinmedizinern, Internisten und Orthopäden des gesamten Bundesgebietes waren es entsprechend 34% und 29%. In der Schweiz berichteten 17% der befragten Allgemeinmediziner und Pädiater, schon irgendwann einmal Placebos in ihrer ärztlichen Tätigkeit benutzt zu haben (Fässler, Gnädinger et al., 2009). In England berichteten dies 12% der teilnehmenden Allgemeinmediziner (Howick, Bishop et al., 2013). Geringer scheint die Verwendung in Dänemark und den USA zu sein. In einer dänischen Studie gaben 5% der teilnehmenden Ärzte (Allgemeinmediziner, Klinikärzte und niedergelassene Fachärzte) die Verwendung von Kochsalzinjektionen in den vergangenen 12 Monaten an (Hróbjartsson, Norup, 2003). In zwei US-amerikanischen Studien bestätigten 2% bis 6% der Teilnehmer (Allgemeinmediziner, Internisten und Rheumatologen) die Anwendung in den vergangenen 12 Monaten (Tilburt, Emanuel et al., 2008), (Kermen, Hickner et al., 2010). Die Untersuchungen aus Dänemark und den USA hatten nach der Verwendung von konkreten Präparaten wie Kochsalzinjektionen und

Zuckerpillen, die restlichen nach einer Anwendung von Placebos insgesamt gefragt oder fassten die Ergebnisse zu mehreren Arten von Beispielen von Placebos zusammen.

Aufgrund der schwierigen Definition des Begriffs ist der Vergleich der vorliegenden Studien in Bezug auf die Verwendung unspezifischer Therapien noch schwieriger als in Bezug auf Placebos. Eine eindeutig häufigere Verwendung unspezifischer Therapien in Deutschland, gegenüber anderen Nationen, lässt sich nicht feststellen. In England hatten 97% der Allgemeinmediziner von einer Nutzung unspezifischer Therapien irgendwann in ihrer ärztlichen Laufbahn berichtet (Howick, Bishop et al., 2013). Unter den bayerischen Allgemeinärzten lag die Nutzung bei 84% jemals und 76% in den letzten 12 Monaten (Meissner, Höfner et al., 2012). In Dänemark lag die Verwendung unter Allgemeinmedizinern in den letzten 12 Monaten zwischen 45% und 70%. Klinikärzte und niedergelassene Fachärzte hatten nur selten über einen Gebrauch berichtet (Hróbjartsson, Norup, 2003). In der Schweiz haben 57% der teilnehmenden Allgemeinmediziner und Pädiater über einen Gebrauch schon jemals berichtet (Fässler, Gnädinger et al., 2009). Im Gegensatz zu der oben genannten Untersuchung von Allgemeinmedizinern in Bayern war die Verwendung in unserer Untersuchung verschiedener Fachdisziplinen im gesamtdeutschen Raum niedriger. 51% der Befragten hatten eine Verwendung schon jemals in der Praxis bestätigt. Bezogen auf die letzten 12 Monate waren es 49%. In den USA scheint die Verwendung im Vergleich am seltensten zu sein. Hier hatten zwischen 9% und 41% der Befragten (Allgemeinmediziner, Internisten und Rheumatologen) eine Anwendung in den letzten 12 Monaten angegeben (Tilburt, Emanuel et al., 2008), (Kermen, Hickner et al., 2010). Die dänische Untersuchung und die Studien aus den USA hatten auch hier wieder nach konkreten Beispielinterventionen gefragt (z. B. Antibiotika bei viralen Infekten, NSAR und Vitaminpräparate), während die anderen Untersuchungen sich auf die Anwendung irgendeiner unspezifischen Therapie bezogen.

Der indirekte Vergleich von Befragungen verschiedener Arztgruppen legt die Vermutung nahe, dass Allgemeinmediziner Placebos und unspezifische Therapien häufiger nutzen als Ärzte anderer Fachrichtungen (Fässler, Meissner

et al., 2010). Ein direkter und systematischer Vergleich verschiedener Arztgruppen wurde jedoch nur in der vorliegenden Untersuchung und einer dänischen Studie durchgeführt. In der vorliegenden Befragung berichteten 47% der Allgemeinmediziner, in den letzten 12 Monaten Placebos verwendet zu haben. Unter den Internisten waren es 24% und unter den Orthopäden 18%. Bei der Anwendung unspezifischer Therapien waren es 65% der Allgemeinmediziner, 45% der Internisten und 36% der Orthopäden. In der dänischen Untersuchung (Hróbjartsson, Norup, 2003) wurden Allgemeinmediziner mit Klinikärzten und niedergelassenen Fachärzten verglichen. 5% der Allgemeinmediziner, 1% der Klinikärzte und < 1% der niedergelassenen Fachärzte berichteten über eine Placebo-Anwendung (ausschließlich Injektion von physiologischer Kochsalzlösung abgefragt) im letzten Jahr. 70% der Allgemeinmediziner gaben an, in diesem Zeitraum unspezifische Therapien in Form von Antibiotika und 50% in Form von Vitamin B, Physiotherapie oder Beruhigungsmitteln verabreicht zu haben. Bei den Klinikärzten lag der Anteil entsprechend bei 33% bzw. 25% (Physiotherapie und Beruhigungsmittel). Unter den niedergelassenen Fachärzten wurde nur selten über eine Verwendung berichtet.

Auch wenn weitere Vergleichsstudien aus anderen Ländern wünschenswert sind, sprechen die vorliegenden Daten doch eindeutig dafür, dass relevante Unterschiede zwischen den Facharztgruppen existieren und die Anwendung von Placebos und unspezifischen Therapie durch Allgemeinmediziner besonders ausgeprägt ist.

4.3.2. Ethische Aspekte der Anwendung von Placebos und unspezifischen Therapien in der therapeutischen Praxis

Eine sehr zentrale Frage ist, ob und, wenn ja, in welchem Kontext es ethisch vertretbar ist, einem Patienten ein Placebo oder eine unspezifische Therapie zu verabreichen. Darf ein Arzt seinem Patienten zu dessen Wohl die Wahrheit über eine Therapie vorenthalten? Und steht der „informed consent“ in seiner

Wertigkeit über der Option, dem Patienten durch eine verheimlichte Placebo-Gabe einen größeren Effekt zu ermöglichen?

Das Placebo hat im Laufe der Zeit einen Wandel erfahren. Das Verhältnis des Arztes zu seinem Patienten hat sich zu einem weniger paternalistischen entwickelt und auch die Therapiemöglichkeiten haben sich enorm verbessert.

1807 schreibt der amerikanische Präsident Thomas Jefferson in einem Brief über einen Arzt, der einer der erfolgreichsten Ärzte sei, die er je getroffen habe. Dieser Arzt habe ihm versichert, mehr Brot-Pillen und ähnliche Placebos zu verwenden, als er andere Medikamente gebrauche. Jefferson bezeichnet das als „frommen Betrug“. Er erachtet diesen Betrug als legitim, da zu dieser Zeit kaum wirkungsvolle Therapien zur Verfügung stehen (Jefferson 1807 zitiert nach De Craen, Kaptchuk et al., 1999 und Bundesärztekammer, 2011). Das Placebo hat in den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg eine dramatische Metamorphose erlebt. Bis 1945 sei es ein nützliches, aber harmloses „management tool“ gewesen, schreibt Kaptchuk 1998. Erst als um 1955 die doppelblinden, randomisierten, kontrollierten Studien an Bedeutung gewannen, wurden dem Placebo starke therapeutische Effekte zugeschrieben und der ethische Hintergrund seiner Verwendung in der Praxis wurde stärker hinterfragt (Kaptchuk, 1998). Vor dem Zweiten Weltkrieg war das Verhältnis des Arztes zum Patienten paternalistisch und der „informed consent“ war noch nicht von Bedeutung (Faden, Beauchamp et al., 1986). Heute soll die Medizin transparent gestaltet und der Patient in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Nach den Grundsätzen des „informed consent“ ist der Arzt verpflichtet, den Patienten über seine Therapie und die möglichen Alternativen umfassend zu informieren. Das macht die Verschreibung von Placebos und unspezifischen Therapien ethisch viel komplexer. Zwar stehen heute viele evidenzbasierte Therapien zur Verfügung, doch für viele Therapien sind die Belege für eine Wirksamkeit aus wissenschaftlicher Sicht auch heute noch nicht überzeugend oder gar nicht vorhanden (BMJ, Clinical Evidence). Die Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien spielt auch heute noch eine Rolle für die ärztliche Tätigkeit (siehe dazu 1.3 Placebos und unspezifische Therapien in der ärztlichen Praxis.). Häufig stehen Ärzte dabei vor einem Dilemma zwischen zwei ethischen Prinzipien: Einerseits ihrem Patienten zu

helfen, und andererseits dessen Autonomie zu respektieren (Hróbjartsson, 2008). Hróbjartsson und Norup kamen zu dem Ergebnis, dass 86% der befragten Allgemeinmediziner von sich selber sagten, im vergangenen Jahr ein Placebo verwendet zu haben. Doch nur 46% der Befragten hielten dies für ethisch vertretbar (Hróbjartsson, Norup, 2003). In einer Studie aus Israel gaben 68% der Teilnehmer an, dem Patienten im Falle einer Placebo-Gabe glauben zu machen, er erhalte ein Verum (Nitzan, Lichtenberg, 2004). Hier wird das Dilemma noch einmal in aller Deutlichkeit sichtbar.

In der Literatur finden sich konträre Meinungen zur ethischen Legitimation der Anwendung von Placebos und unspezifischen Therapien in der ärztlichen Tätigkeit, wobei die meisten Artikel zur ethischen Problematik sich mit der von Placebo-Verwendungen im Rahmen klinischer Studien beschäftigen und der Bereich Placebo in der klinischen Tätigkeit weniger Aufmerksamkeit bekommt (Lichtenberg, Heresco-Levy et al., 2004). Unter Forschern und Klinikern ist die vorherrschende Meinung, dass es unethisch ist, Patienten mit einer Placebo-Gabe zu betrügen (Foddy, 2009).

Die American Medical Association (AMA) (Bostick, Sade et al., 2008) schreibt, der täuschende, also dem Patienten verheimlichte Einsatz von Placebos, definiert als Substanz, von der sich der Arzt keine pharmakologische Aktivität zur Therapie der damit behandelten Erkrankung verspricht, ist ethisch nicht akzeptabel, da er dem Patienten mehr schaden kann als nützen, z. B. dadurch, dass die Behandlung von Erkrankungen durch eine Placebo-Gabe verzögert wird (Hebert 1997 zitiert nach Bostick, Sade et al., 2008), oder durch Nocebo-Effekte (Barsky 2002 zitiert nach Bostick, Sade et al., 2008). Sollte dennoch ein Placebo verschrieben werden, sollte man sich dafür die Einwilligung des Patienten geben lassen (Bostick, Sade et al., 2008). Diese Argumentation erscheint allerdings fragwürdig, da es eigentlich als selbstverständlich betrachtet werden muss, dass Placebos und unspezifische Therapien nur dann eine Option darstellen, wenn keine eindeutige Diagnose gestellt werden kann und/oder keine wirkungsvolle Therapie zur Verfügung steht, die verzögert werden könnte.

Die American Society for Pain Management Nursing (ASPMN) vertritt die Position, dass Placebos nicht benutzt werden dürfen, um Schmerzen zu beurteilen oder in den Griff zu bekommen. So beabsichtige die Gabe eines Placebos im Falle eines Patienten mit Schmerzen häufig, den Bericht eines Patienten über Schmerzen oder Unwohlsein zu diskreditieren und ein Vorhandensein solcher Symptome infrage zu stellen. Sie fordert dringend dazu auf, dieses zu unterlassen (Arnstein, Broglio et al., 2011), und die Nutzung von Placebos außerhalb klinischer Studien zu verbieten. Die American Society for Pain Management Nursing bezeichnet die in Studien erhobene weite Verbreitung von Placebo-Nutzung gegen Schmerzen und auch in anderen Situationen als erstaunlich. Alarmierend findet sie die Tatsache, dass laut Sherman und Hickner 2008 einigen Studenten beigebracht werde, Placebos zu verschreiben sei angemessen (Sherman, Hickner, 2008). Die Autoren bezeichnen die vor dem Patienten verheimlichte Anwendung von Placebos als moralisch falsch. Ihre Nutzung verletze die ethischen Prinzipien der Ehrlichkeit, Vertrauenswürdigkeit und Gerechtigkeit. Solche Anwendungen seien nicht mit dem „informed consent“ vereinbar und könnten die Beziehung zum Patienten schädigen (Arnstein, Broglio et al., 2011). Es ist fraglich, ob die Sicht auf Placebos im ärztlichen Alltag so radikal und eindeutig sein kann. Oft sind die in der Theorie vorhandenen Grenzen in der Praxis nicht so eindeutig zu ziehen und es kann diskutiert werden, ob nicht der Patient und auch das Verhältnis des Arztes zu ihm mehr Schaden nehmen kann, wenn der Forderung nach inadäquaten Verschreibungen stattgegeben wird. Hier bedarf es alternativer Lösungsstrategien.

Während viele Veröffentlichungen zum Thema Ethik im Zusammenhang mit Placebos sich nur mit Placebos im Sinne von Präparaten ohne intrinsische Wirkung beschäftigen, geht Hróbjartsson 2008 auch auf das Thema unspezifische Therapien ein. Er verweist darauf, dass diese in der Regel aktive Präparate sind, die dem Patienten Schaden zufügen können. Er merkt an, dass in Untersuchungen Antibiotika als eine der am häufigsten angewendeten unspezifischen Therapien genannt wurden und diese anaphylaktische Reaktionen und Resistenzentwicklungen zur Folge haben können. Die Verwendung eines

Placebos zur Beruhigung eines klagenden Patienten ohne angemessene Aufklärung, hält er für unethisch, da dies einen Betrug beinhaltet, der nicht in einem vertretbaren Verhältnis mit dem Wohlwollen gegenüber dem Patienten steht. Nicht ganz so klar sieht er die Situation im Falle einer nicht adäquaten Forderung nach einer Therapie seitens eines Patienten. Er verweist hier auch auf die verschwommene Grenze zwischen unspezifischer Therapie und defensivem Therapieversuch. Der Arzt befindet sich dabei in besagtem Dilemma zwischen den Wünschen des Patienten einerseits und seinen professionellen Grundsätzen andererseits. Letztendlich zieht Hróbjartsson jedoch die Schlussfolgerung, es sei unethisch, unnötig und unprofessionell Placebos und unspezifische Therapien zu verwenden. Sie könnten Schaden verursachen und das Vertrauen des Patienten in den Arzt beschädigen (Hróbjartsson, 2008).

Es gibt aber auch Autoren, die den „informed consent“ kritisch hinterfragen. Wells und Kaptchuk schreiben, dass die eingehende Information des Patienten über Nebenwirkungen eben solche auslösen kann und, dass dies dem Grundsatz des Nichtschadens widerspricht (Wells, Kaptchuk, 2012).

Der Medizinethiker Urban Wiesing hat die Befürchtung geäußert, dass durch die ethische Problematisierung von Placebo-Gaben vermehrt unspezifische Therapien eingesetzt werden, da sich hier der Aufklärungspflicht des Arztes scheinbar leichter nachkommen lässt. Wiesing findet dieses Vorgehen problematisch, denn zum einen seien unspezifische Therapien ein Kostenfaktor und zum anderen sieht er die Gefahr von unerwünschten Nebenwirkungen für den Patienten im Rahmen solcher Behandlungen (Wiesing, 2004). Diese Feststellung greift einen wichtigen Punkt auf: Wenn sich ein Arzt bewusst ist, dass er eine Therapie verschreibt, deren Erfolgsaussichten er für nichtig hält, dann sollte er sich überlegen, ob es ethisch nicht korrekter wäre, auf ein Placebo zurückzugreifen, um dem Grundsatz des Nichtschadens mehr zu entsprechen.

Auch Foddy ist der Meinung, dass Placebo-Gaben nicht grundsätzlich untersagt werden sollten (Foddy, 2009). Wer behauptet, ein Placebo würde die Autonomie eines Patienten einschränken, könne Gleiches auch über guten Zuspruch und Ermutigung eines Patienten sagen. Er kritisiert die Ablehnung von Placebo-Ga-

ben im klinischen Alltag durch die American Medical Association, da Placebos immer sicher (denn der „Nocebo-Effekt“ existiere auch bei Medikamenten mit aktiver Komponente), oft effektiv und manchmal notwendig seien. Und obwohl Betrug normalerweise anstößig sei, wenn er die Grenze der Autonomie verletzt und Vertrauen bricht, treffe eben diese Problematik auf Placebo-Gaben nicht zu, wenn sie in angemessenen ethischen Grenzen stattfinden. Er schreibt, dass es zwar falsch wäre, ausschließlich ein Placebo zu verschreiben, wenn eine effektive Therapie zu Verfügung stehe, dass es aber einige Situationen gibt, in denen Placebos die beste verfügbare Therapie darstellten. Wäre es möglich, Patienten immer eine wirkungsvolle aktive Therapie anzubieten, wären Placebos unnötig und unethisch. Er nennt als Beispiel das Reizdarmsyndrom, bei dem Patienten häufig nicht auf aktive Präparate ansprechen und das Placebo in seiner Effektivität diesen Präparaten quasi ebenbürtig sei. Für die Patienten, die nicht auf aktive Präparate reagieren, sei ein Placebo eine adäquate Therapieoption. Gleiches gilt nach seiner Meinung z. B. für depressive Patienten, die Antidepressiva wegen deren Nebenwirkungen ablehnen. Ihnen könne dann wenigstens mit einem Placebo geholfen werden, bevor man auf jegliche Therapie verzichtet. Weiter konstatiert Foddy, dass es sehr viele Patienten gibt, bei denen keine klare Diagnose gestellt werden kann. Auch hier sei es besser, ein „sicheres Placebo“ zu verwenden als eine aktive Behandlung mit deren Nebenwirkungen. Auch in Kriegsgebieten hält er die Anwendung von Placebos für legitim, wenn Medikamente nicht verfügbar sind. Lieber solle man ein Placebo geben, als den Patienten einfach wegzuschicken (Foddy, 2009). Dieser Ansatz scheint sehr plausibel, wengleich man alternative Möglichkeiten wie kognitive Verhaltenstherapie oder intensive Gesprächsführung bei diesen Überlegungen berücksichtigen sollte.

Autoren aus Israel legen dar, dass Placebo-Gaben nicht immer einen Betrug beinhalten müssen. In einigen Fällen sei es sogar eine moralische Verpflichtung, Placebos anzuwenden. Als Beispiel wird eine Ehefrau genannt, die hartnäckig eine Penicillin-Injektion für ihren Mann mit harmloser Gastroenteritis einfordert. In diesem Falle würde der Arzt das Risiko eingehen, dem Patienten durch die Injektion zu schaden. Dies wäre eine Situation, in der ein Arzt eine Kochsalz-

Injektion erwägen könnte. Die Annahme, dass eine Placebo-Gabe unethisch ist und ein Verstoß gegen die Rechte des Patienten auf Ehrlichkeit und auf eine umfassende Information über die Behandlung, kann ihrer Meinung nach relativiert werden. Denn besagte Annahme gründet sich darauf, dass man annimmt, ein Arzt helfe seinen Patienten nur durch Medikamente und ähnliche rationale Behandlungen. Aber, so schreiben die Autoren, der Arzt nimmt auf vielfache Weise Einfluss auf seinen Patienten, z. B. über seine Persönlichkeit, in Form von Ermutigung, dem Angebot, dem Patienten zu helfen, und Ähnlichem. Das Placebo sei nur für denjenigen ein Betrug, der eine Behandlung rein auf biomedizinische Aspekte reduziert. Die Autoren verweisen auf Untersuchungen (Amanzio, Benedetti, 1999), die darauf hindeuten, dass eine Information des Patienten über eine Placebo-Gabe deren Effekt nicht zwingend vermindern muss (Lichtenberg, Heresco-Levy et al., 2004). Dieses Beispiel zeigt, wie schwierig es ist, theoretische Überlegungen in den manchmal nicht eindeutigen und komplexen Situationen des ärztlichen Praxisalltags umzusetzen.

Foddy mahnt allerdings an, dass es wenig Evidenz gibt zum Vergleich der Wirksamkeit einer Placebo-Gabe mit und ohne bzw. verschleiender Information. Wenn man davon ausgeht, dass Erwartungen zumindest einen Teil des Placebo-Effektes bedingen, könnte die offene Aufklärung eines Patienten den Effekt schmälern. Er ist der Meinung, dass Patienten bei einer Placebo-Gabe in der Klinik nicht offen darüber informiert werden sollten (Foddy, 2009).

Lichtenberg und Heresco-Levy geben Empfehlungen, wann der Einsatz von Placebos in der klinischen Praxis gerechtfertigt sein kann: Die Intention des Arztes sollte wohlwollend sein. Es sollte ausschließlich um das Wohlergehen des Patienten gehen. Das Placebo muss mit dem Ziel verabreicht werden, die Beschwerden des Patienten zu lindern, nicht ihn ruhigzustellen. Wenn das Placebo nicht wirkt, sollte es sofort abgesetzt werden, um den Erfolg der folgenden Behandlung nicht zu gefährden. Ein Placebo darf nicht anstelle einer durch den Arzt als wirkungsvoll eingeschätzten Therapie eingesetzt werden, sondern nur, wenn eine Standardbehandlung die Wirkung verfehlt, der Patient unter deren Nebenwirkungen leidet oder wenn keine Standardbehandlung existiert. Wenn der Patient Informationen über die Therapie wünscht, muss er eine ehrliche Antwort

erhalten. Wenn das Placebo dem Patienten hilft, wäre es unethisch, das Placebo abzusetzen schreiben die Autoren (Lichtenberg, Heresco-Levy et al., 2004).

Aus Sicht der Autorin scheint hier ein gutes Gleichgewicht zwischen der Intention des Arztes, dem Patienten zu helfen, und dem ethischen Grundsatz (ihn nicht belügen zu dürfen) gefunden zu sein.

Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer, 2011) findet das Vorgehen, in der Therapie ganz auf Placebo-Präparate zu verzichten, ebenfalls problematisch. Denn dies würde bedeuten, auch auf Vorteile für den Patienten zu verzichten: Der Wissenschaftliche Beirat verweist hier vor allem auf positive Wirkungen von Placebos in der Schmerztherapie, wie die Dosisreduktion von Medikamenten und die Verringerung von Nebenwirkungen. Vor diesem Hintergrund formuliert er konkrete Situationen, in denen der Einsatz von Placebos und unspezifischen Therapien unter Berücksichtigung der herrschenden Rechtsauffassung für vertretbar gehalten wird. Genannt werden Situationen, in denen keine wirksame Therapie zur Verfügung steht, es sich um geringe Beschwerden handelt, in deren Rahmen ein Patient aber eine Therapie wünscht, und wenn bei der vorliegenden Symptomatik Aussicht auf den Erfolg im Rahmen einer Behandlung mit einem Placebo besteht. Es wird hier aber auch auf die Aufklärungspflicht des Arztes hingewiesen und die Option eröffnet, dem Patienten mitzuteilen, dass das Präparat, welches der Patient erhält, körpereigene Mechanismen anstoßen kann, die zu einem biologischen Effekt führen können. Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt, Placebo-Effekte in der Praxis zu nutzen, auch um bei spezifischen Therapien deren Effekte zu maximieren und Nebenwirkungen und Kosten zu verringern. Dies solle Studenten und Ärzten vermittelt werden (Bundesärztekammer, 2011).

Die American Medical Association (AMA) schlägt vor, dass Ärzte Placebos nur im Rahmen des „informed consent“ nutzen sollen. Denn dem Patienten ehrlich zu sagen, dass er ein Placebo erhält, würde die Effektivität der Placebo-Gabe kaum schmälern (Bostick, Sade et al., 2008).

Einige Autoren fordern, dass man durch alternative Strategien, wie z.B. Gesprächsführung, versuchen sollte, auf Placebos und unspezifische Therapien zu

verzichten. (Bostick, Sade et al., 2008). Auch Hróbjartsson schlägt vor, ein Placebo durch Empathie und den Dialog mit dem Patienten zu ersetzen (Hróbjartsson, 2008). Kamps regt an, dass man Patienten eine wissenschaftliche, fundierte Erklärung ihrer Symptome anbieten und eine Perspektive schaffen soll. Als Beispiel nennt er die Fibromyalgie. Hier sollte man zusätzlich zur evidenzbasierten Therapie die neuesten Erklärungsmodelle zur Entstehung der Symptomatik mit dem Patienten besprechen und andere Disziplinen, wie Physiotherapeuten, zu Gesprächen hinzuziehen. Er regt weiter an, nicht immer jede Diagnose beweisen und therapieren zu wollen, sondern Wahrscheinliches zu akzeptieren, Verständnis für das Leid von Patienten zu haben und dadurch Placebos und unspezifische Therapien, die den Patienten auch bisweilen enttäuschen können, zu vermeiden (Kamps, 2011). Diese Sichtweise zeigt einen praxisnahen Lösungsansatz und spiegelt die Problematik des in der Ausbildung erlernten Bildes des Arztes wider, der lernt, dass es immer eine klare Diagnose gibt, sich rechtlich immer absichern zu müssen, und der sich rechtfertigen muss für alle diagnostischen Möglichkeiten, die er nicht ausgeschöpft hat, um zu einer konkreten Diagnose und Therapie zu kommen. Es kann allerdings auch problematisch sein, Symptome als „eben einfach vorhanden“ abzuwiegeln und weitergehende Diagnostik mit diesem Gedanken zu unterlassen.

Aus Sicht der Autorin der vorliegenden Arbeit ist es schwierig, ein Placebo oder eine unspezifische Therapie aus ärztlich-professioneller Sicht zu rechtfertigen. Es dürfte kaum zur Diskussion stehen, dass eine Therapie auf einer korrekten Diagnose basieren und spezifisch sein sollte. Auch ethisch bleibt eine Anwendung von Placebos und unspezifischen Therapien fragwürdig. Das Argument, dass die Autonomie des Patienten respektiert werden und er über alle an ihm zur Anwendung gekommenen Maßnahmen und Therapien, sowie Alternativen aufgeklärt werden muss, ist kaum zu entkräften. Dennoch scheinen der Autorin im ärztlichen Alltag diese Ideale nicht vollständig umsetzbar. Unsicherheit bezüglich einer klaren Diagnose, Mangel an Zeit und der Wunsch des Arztes, seinen Patienten zufriedenzustellen, seine Erwartungen zu erfüllen und ihm eine Therapie anbieten zu können, machen solche Anwendungen sehr plausibel und schwer vermeidbar.

4.4. Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorliegende Untersuchung stützt die Annahme, dass die Verwendung von Placebos und - in besonderem Maße - die Nutzung unspezifischer Therapien, eine Strategie ist, um mit schwierigen Situationen im Arzt-Patienten-Kontakt umzugehen: z. B. mit Situationen, in denen der Arzt mit Unsicherheiten bezüglich Diagnosen und Therapieentscheidungen konfrontiert ist. Die Hoffnung einen Placebo-Effekt auszulösen, scheint eher eine Rechtfertigung als eine tatsächliche Motivation für die Nutzung solcher Maßnahmen zu sein.

Da die Motive und die Rolle professioneller Grundhaltungen in diesem Zusammenhang nur schwer quantitativ erfassbar sind, ist es notwendig, qualitative Untersuchungen durchzuführen: In diesen sollte genauer untersucht werden, in welchem Kontext es zur Nutzung kommt und welchen Einfluss die Persönlichkeit des Arztes, seine Arbeitsweise, sein Selbstbild und die Fähigkeit, mit schwierigen Situationen umzugehen, darauf haben. Das Verhalten der Ärzte, die von sich sagen, ohne Anwendung von Placebos und unspezifischen Therapien auszukommen, sollte eingehender untersucht werden. Auf Basis der gewonnenen Kenntnis könnte man dann versuchen, Strategien zur Reduktion unnötiger Verschreibungen herauszuarbeiten und zu lehren. Ein interessanter Ansatz wäre z. B. die Frage, ob mehr Zeit für Gespräche zwischen Arzt und Patient die Forderung von Patienten nach Verschreibungen minimieren könnte und ob diese Forderungen überhaupt in dem Maße existieren, wie es von Ärzten angenommen wird.

Der Autorin erscheint es jedoch fraglich, ob es möglich und sinnvoll ist, Placebos und unspezifische Therapien aus der ärztlichen Praxis komplett zu eliminieren. Es sollte jedoch besser untersucht und festgelegt werden, in welchem Rahmen ihre Verwendung ethisch vertretbar ist.

5. Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung

Eine Reihe internationaler Untersuchungen haben gezeigt, dass niedergelassene Ärzte Placebos und unspezifische Therapien in einem nicht unerheblichen Maße einsetzen. Wir haben in unserer Befragung untersucht, in welchem Maße dies in Deutschland geschieht, ob sich die Häufigkeit der Verwendung solcher Therapien zwischen verschiedenen Arztgruppen unterscheidet, und ob sich ein Zusammenhang mit ärztlich-professionellen Grundhaltungen finden lässt.

Methoden

Ein systematisch entwickelter, vierseitiger Fragebogen wurde an eine bundesweite Zufallsstichprobe von jeweils 700 Allgemeinmedizinern, niedergelassenen Orthopäden und niedergelassenen Internisten versendet (46%). Er umfasste 5 Frageblöcke zu persönlichen und Praxismerkmalen, zur Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien, zur Haltung zu und Verwendung von komplementären Verfahren sowie 13 Fragen zu ärztlichen Grundhaltungen.

Ergebnisse

Die Verwendung von Placebos in den Praxen niedergelassener Allgemeinmediziner, Internisten und Orthopäden in Deutschland ist deutlich seltener als die Nutzung unspezifischer Therapien. 29% der teilnehmenden Ärzte haben laut eigener Angabe im vergangenen Jahr mindestens 1-mal ein Placebo zur Behandlung eingesetzt, 8% häufiger als 5-mal. 49% der befragten Ärzte haben im vergangenen Jahr mindestens 1-mal eine unspezifische Therapie eingesetzt, 40% häufiger als 5-mal und 17% häufiger als 20-mal. Im Vergleich der Facharztgruppen ist der Anteil der Ärzte, die im vergangenen Jahr mindestens 1-mal ein Placebo oder eine unspezifische Therapie verwendet haben, unter den Allgemeinmedizinern am größten (47% in Bezug auf Placebo und 65% in Bezug auf unspezifische Therapien), am zweithäufigsten unter Internisten (24% bzw. 45%). Entgegen unseren Erwartungen machte nur ein vergleichsweise geringer Anteil von Orthopäden von Placebos (18%) und unspezifischen Therapien (36%) Gebrauch. Während sich für die Haltung zur Nutzung psychologischer Effekte

und für den Wunsch nach mehr Zeit für den Patienten kein Unterschied zwischen den Arztgruppen feststellen ließ, gab es bezüglich der meisten anderen Aspekte (z. B. Relevanz diagnostischer Unsicherheit, Vorbereitung auf Praxisrealität durch Facharztausbildung) deutliche Unterschiede. Multivariate Regressionsanalysen zeigen, dass eine ausschließliche Nutzung von Placebos mit den Merkmalen Allgemeinmediziner, Internist und geringe Zustimmung zu naturwissenschaftlich geprägter Sichtweise assoziiert ist. Bei der Verwendung unspezifischer Therapien kamen folgende Faktoren hinzu: Wenig Glaube an die Wirksamkeit komplementärer Therapien, Wunsch nach mehr Zeit für den Patienten und einer guten Arzt-Patienten-Beziehung.

Schlussfolgerung

Die Untersuchung stützt die Annahme, dass Placebos, und unspezifische Therapien häufig benutzt werden, um mit schwierigen Situationen umzugehen. Die Hoffnung einen Placebo-Effekt auszulösen, scheint eher eine Rechtfertigung als eine tatsächliche Motivation für die Nutzung solcher Maßnahmen zu sein. Das ärztliche Selbstbild hat vermutlich sowohl auf die Verwendung solcher Interventionen als auch auf das Antwortverhalten bei entsprechenden Fragen wichtige Auswirkungen.

6. Anhang

6.1. Abkürzungsverzeichnis

Ärztl.	Ärztlich
Allg. Med	Allgemeinmediziner
BMJ	British Medical Journal
Bzw.	Beziehungsweise
Deutl.	Deutlich
Etc.	Et cetera
Mind.	Mindestens
NaCl	Natriumchlorid
NSAR	Nichtsteroidales Antirheumatikum
Paarvergl.	Paarvergleich
Plc.	Placebo
P-Wert	Propability-Wert
SD	Standard deviation
Unspez. Therapie	Unspezifische Therapie
Unspez. Ther.	Unspezifische Therapie
USA	United States of America
Z. B.	Zum Beispiel

6.2. Literaturverzeichnis

1. Amanzio, M., Benedetti, F.

Neuropharmacological dissection of placebo analgesia: expectation-activated opioid systems versus conditioning-activated specific subsystems

J Neurosci. 19 (1999) 484 - 494

2. Arnstein, P., Broglio, K., Wuhrman, E., Kean, M.B.

Use of Placebos in Pain Management

Pain Manag Nurs. 12 (2011) 225 - 229

3. Aronson, J.

When I use a word ...: Please, please me

BMJ. 318 (1999) 716

4. Benedetti, F.

Mechanisms of placebo and placebo-related effects across diseases and treatments

Annu Rev Pharmacol Toxicol. 48 (2008) 33 - 60

5. Benedetti, F.

The Patient's Brain: The neuroscience behind the doctor-patient relationship

Oxford University Press, New York, 2010

6. Benedetti, F.

Placebo effects

Oxford University Press, USA, New York, 2014

7. Benedetti, F.

Placebo effects: understanding the mechanisms in health and disease

Oxford University Press, USA, New York, 2009

8. BMJ, Clinical Evidence

What conclusions has Clinical Evidence drawn about what works, what doesn't based on randomised controlled trial evidence? :

<http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/cms/efficacy-categorisations.html>;
[14.01.2016].

9. Bostick, N.A., Sade, R., Levine, M.A., Stewart, D.

Placebo use in clinical practice: report of the American Medical Association
Council on Ethical and Judicial Affairs

AMA J Ethics. 19 (2008) 58

10. Breidert, M., Hofbauer, K.

Placebo: Missverständnisse und Vorurteile

Dtsch Arztebl Int. 106 (2009) 751 - 755

11. Brody, H.

Placebos and the philosophy of medicine: Clinical, conceptual, and ethical issues

University of Chicago Press, Chicago und London, 1980

12. Bundesärztekammer

Placebo in der Medizin

Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2011

13. Classen, W., Feingold, E.

Use of placebos in medical practice

Pharmacopsychiatry. 18 (1985) 131 - 132

14. Comaroff, J.

A bitter pill to swallow: placebo therapy in general practice

Sociol Rev. 24 (1976) 79 - 96

15. De Craen, A., Kaptchuk, T.J., Tijssen, J., Kleijnen, J.

Placebos and placebo effects in medicine: historical overview

JRSM Open. 92 (1999) 511

16. Faden, R.R., Beauchamp, T.L., King, N.

A history and theory of informed consent

Oxford University Press, New York, 1986

17. Fässler, M., Gnädinger, M., Rosemann, T., Biller-Andorno, N.

Placebo interventions in practice: a questionnaire survey on the attitudes of patients and physicians

Br J Gen Pract. 61 (2011) 101 - 107

18. Fässler, M., Gnädinger, M., Rosemann, T., Biller-Andorno, N.

Use of placebo interventions among Swiss primary care providers

BMC Health Serv Res. 9 (2009) 144

19. Fässler, M., Meissner, K., Schneider, A., Linde, K.

Frequency and circumstances of placebo use in clinical practice-a systematic review of empirical studies

BMC Med 8(2010) 15

20. Fent, R., Rosemann, T., Fässler, M., Senn, O., Huber, C.A.

The use of pure and impure placebo interventions in primary care-a qualitative approach

BMC Fam Pract. 12 (2011) 11

21. Finniss, D.G., Kaptchuk, T.J., Miller, F., Benedetti, F.
Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects
Lancet. 375 (2010) 686 - 695

22. Foddy, B.
A duty to deceive: placebos in clinical practice
Am J Bioeth. 9 (2009) 4 - 12

23. Gerste, R.D.
Benjamin Franklin-Verbundenheit mit der Medizin
Arztl Mitt. 103 (2006) 241 - 242

24. Goldberg, R., Leigh, H., Quinlan, D.
The current status of placebo in hospital practice
Gen Hosp Psychiatry. 1 (1979) 196 - 201

25. Goodwin, J., Goodwin, J., Vogel, A.
Knowledge and use of placebos by house officers and nurses
Ann Intern Med. 91 (1979) 106 - 110

26. Gray, G., Flynn, P.
A survey of placebo use in a general hospital
Gen Hosp Psychiatry. 3 (1981) 199 - 203

27. Henriksen, K., Hansen, E.H.
The threatened self: general practitioners' self-perception in relation to
prescribing medicine
Soc Sci Med. 59 (2004) 47 - 55

28. Howick, J., Bishop, F.L., Heneghan, C., Wolstenholme, J., Stevens, S., Hobbs, F.D., Lewith, G.

Placebo use in the United kingdom: results from a national survey of primary care practitioners

PLoS One. 8 (2013) e58247

29. Hróbjartsson, A.

Clinical placebo interventions are unethical, unnecessary, and unprofessional

J Clin Ethics. 19 (2008) 66 - 69

30. Hróbjartsson, A., Norup, M.

The use of placebo interventions in medical practice - a national questionnaire survey of Danish clinicians

Eval Health Prof. 26 (2003) 153 - 165

31. Joos, S., Musselmann, B., Szecsenyi, J.

Integration of complementary and alternative medicine into family practices in Germany: results of a national survey

Evid Based Complement Alternat Med. 2011 (2011) 495813

32. Jütte, R., Hoppe, J., Scriba, P.

Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer: „Placebo in der Medizin“

Dtsch Arztebl. 7 (2010) 1417 - 1421

33. Kamps, H.

"Gut genug" ist auch gut

ZFA. 87 (2011) 253

34. Kaptchuk, T.J.

Powerful placebo: the dark side of the randomised controlled trial

Lancet. 351 (1998) 1722 - 1725

35. Kaptchuk, T.J., Kerr, C.E., Zanger, A.

Placebo controls, exorcisms and the devil

Lancet. 374 (2009) 1234

36. Kermen, R., Hickner, J., Brody, H., Hasham, I.

Family physicians believe the placebo effect is therapeutic but often use real drugs as placebos

Family Med. 42 (2010) 636

37. Kerr, C., Milne, I., Kaptchuk, T.

William Cullen and a missing mind-body link in the early history of placebos

JRSM open. 101 (2008) 89 - 92

38. Kopetsch, T.

Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, 2010

39. Lange, H.

Zur Praxis der Placebobehandlung in einer psychiatrischen Klinik.

Psychiatr Prax. 8 (1981) 147 - 151

40. Levine, J., Gordon, N., Fields, H.

The mechanism of placebo analgesia

Lancet. 312 (1978) 654 - 657

41. Lichtenberg, P., Heresco-Levy, U., Nitzan, U.

The ethics of the placebo in clinical practice

J Med Ethics. 30 (2004) 551 - 554

42. Linde, K., Alscher, A., Friedrichs, C., Wagenpfeil, S., Karsch-Völk, M.,
Schneider, A.

Belief in and use of complementary therapies among family physicians, internists
and orthopaedists in Germany—cross-sectional survey

Fam Pract. 32 (2015) 62 - 68

43. Linde, K., Friedrichs, C., Alscher, A., Blank, W.A., Schneider, A., Fässler, M.,
Meissner, K.

Use of placebos and nonspecific and complementary treatments by German
physicians- rationale and development of a questionnaire for a nationwide survey

Forsch Komplementmed. 20 (2013) 361 - 367

44. Louhiala, P., Hemilä, H., Puustinen, R.

Impure placebo is a useless concept

Theor Med Bioeth. 36 (2015) 279 - 289

45. Macedo, A., Farre, M., Banos, J.

Placebo effect and placebos: what are we talking about? Some conceptual and
historical considerations

Eur J Clin Pharmacol. 59 (2003) 337 - 342

46. Meissner, K., Höfner, L., Fässler, M., Linde, K.

Widespread use of pure and impure placebo interventions by GPs in Germany

Fam Pract. 29 (2012) 79 - 85

47. Moerman, D., Jonas, W.

Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response

Ann Intern Med. 136 (2002) 471 - 476

48. Morris, C., Cantrill, J., Weiss, M.

GPs' attitudes to minor ailments

Fam Pract. 18 (2001) 581 - 585

49. Nitzan, U., Lichtenberg, P.

Questionnaire survey on use of placebo

BMJ. 329 (2004) 944 - 946

50. O'Riordan, M., Dahinden, A., Akturk, Z., Ortiz, J.M.B., Dagdeviren, N., Elwyn, G., Micallef, A., Murtonen, M., Samuelson, M., Struk, P.

Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner

Qual Prim Care. 19 (2011) 175 - 181

51. Price, D.D., Finniss, D.G., Benedetti, F.

A comprehensive review of the placebo effect: recent advances and current thought

Annu Rev Psychol. 59 (2008) 565 - 590

52. Prüfer, P., Rexroth, M.

Kognitive interviews

ZUMA How-to-Reihe. 15 (2005) 95 - 116

53. Rundstedt, F.C., Roth, S., Degener, S., Lazica, D., Schroeder, A., Mathers, M.J.

Nation-wide questionnaire of catheter use in Germany

Urologe. 54 (2015) 542 - 547

54. Saupe, R.

The use of placebo as seen by nursing staff

Pharmacopsychiatry. 19 (1986) 347 - 348

55. Shapiro, A.K.

Factors contributing to the placebo effect. Their implications for psychotherapy

Am J Psychother. 18 (1964) SUPPL 1: 73

56. Shapiro, A.K., Morris, L.A.

The placebo effect in medical and psychological therapies

Handbook of psychotherapy and behavior change. 2 (1978) 369 - 409

57. Sherman, R., Hickner, J.

Academic physicians use placebos in clinical practice and believe in the mind-body connection

J Gen Intern Med. 23 (2008) 7 - 10

58. Tilburt, J., Emanuel, E., Kaptchuk, T., Curlin, F., Miller, F.

Prescribing 'placebo treatments': results of national survey of US internists and rheumatologists

BMJ. 337 (2008) a1938

59. Tilscher, H.

Konservative Orthopädie–Manuelle Medizin

Manuelle Medizin. 44 (2006) 171 - 176

60. Weiss, M., Scott, D.

Whose Rationality? A qualitative analysis of general practitioners' prescribing

Pharmaceutical Journal. 259 (1997) 339 - 341

61. Wells, R.E., Kaptchuk, T.J.

To tell the truth, the whole truth, may do patients harm: the problem of the
nocebo effect for informed consent

Am J Bioeth. 12 (2012) 22 - 29

62. Wiesing, U.

Wer heilt, hat Recht?: über Pragmatik und Pluralität in der Medizin

Schattauer Verlag, Stuttgart, 2004

6.3. Publikationen

Teile der vorliegenden Dissertation wurden in folgenden Publikationen vorveröffentlicht:

1. Linde, K., Friedrichs C., Alscher A., Wagenpfeil S., Meissner K., Schneider A.:
The Use of Placebo and Non-Specific Therapies and Their Relation to Basic Professional Attitudes and the Use of Complementary Therapies among German Physicians - A Cross-Sectional Survey
PloS one 9.4 (2014): e92938.

2. Linde, K., Friedrichs, C., Alscher, A., Blank, W.A., Schneider, A., Fässler, M., Meissner, K.:
Use of placebos and nonspecific and complementary treatments by German physicians - rationale and development of a questionnaire for a nationwide survey
Forsch Komplementmed. 20 (2013) 361-367

6.4. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm Stichprobenausschöpfung.....	29
Abbildung 2: Häufigkeiten der Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien in den vergangenen 12 Monaten.....	33
Abbildung 3: Anwendungsmuster in Bezug auf Placebos und unspezifische Therapien. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent).....	38

6.5. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemografische- und Praxismerkmale. Dargestellt sind Häufigkeitsangaben (Prozent) oder Mittelwerte (Standardabweichungen).....	31
Tabelle 2: Verwendung von Placebos. Dargestellt sind Häufigkeitsangaben (Prozent), soweit nicht anders angegeben.	34
Tabelle 3: Verwendung unspezifischer Therapien. Dargestellt sind Häufigkeitsangaben (Prozent), soweit nicht anders angegeben.	36
Tabelle 4: Anwendungsmuster in Bezug auf Placebos und unspezifische Therapien. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.	37
Tabelle 5: Ärztliche Grundhaltungen. Fragen zur orthodoxen Sichtweise. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.....	40
Tabelle 6: Summenskala über Fragen zur orthodoxen Sichtweise. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben.	41
Tabelle 7: Ärztliche Grundhaltungen. Fragen zur heterodoxen Sichtweise. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozente), soweit nicht anders angegeben.....	42
Tabelle 8: Summenskala über Fragen zur heterodoxen Sichtweise. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben.	43
Tabelle 9: Ärztliche Grundhaltungen - Fragen zur Zeit-Beziehungs-Ebene - : Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.....	44

Tabelle 10: Summenskala über Fragen zur Zeit-Beziehungs-Ebene. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben.....	46
Tabelle 11: Ärztliche Grundhaltungen - Frage zur Placebo-Effekt-Nutzung -. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.	46
Tabelle 12: Summenskala über Fragen zur Placebo-Effekt-Nutzung. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben.....	47
Tabelle 13: Glaube an die spezifische Wirksamkeit von komplementären Therapien. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben.....	48
Tabelle 14: Regelmäßige Nutzung (mindestens einmal pro Woche) von komplementären Therapien. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.....	49
Tabelle 15: Soziodemografische Daten. Angegeben sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.	52
Tabelle 16: Einteilung nach Anwendungsmuster. Ärztliche Grundhaltungen, orthodoxe Sichtweise. Dargestellt sind Häufigkeitsangaben (Prozent), soweit nicht anders angegeben.	54
Tabelle 17: Summenskala über Fragen zur orthodoxen Sichtweise. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben.....	56
Tabelle 18: Ärztliche Grundhaltungen, heterodoxe Grundhaltungen. Darstellung nach Anwendungsmuster. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.....	57
Tabelle 19: Summenskala über Fragen zur heterodoxen Sichtweise. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben.....	59
Tabelle 20: Ärztliche Grundhaltungen - Zeit-Beziehungs-Ebene -. Darstellung nach Anwendungsmuster. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.....	61
Tabelle 21: Summenskala über Fragen zur Zeit-Beziehungs-Ebene. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben.....	63
Tabelle 22: Ärztliche Grundhaltungen - Placebo-Effekt-Nutzung -. Darstellung nach Anwendungsmuster. Dargestellt sind Häufigkeiten (Prozent), soweit nicht anders angegeben.....	64

Tabelle 23: Summenskala über Fragen zur Placebo-Effekt-Nutzung. Dargestellt sind Mittelwerte (Standardabweichungen), soweit nicht anders angegeben. 64

Tabelle 24: Assoziation wichtiger vordefinierter Faktoren mit dem Verwendungsmuster. Angegeben sind Odds Ratios (95%-Konfidenzintervalle) im Vergleich zur Referenzkategorie keine Verwendung von Placebos oder unspezifischen Therapien aus einer multivariaten multinominalen Regression ($r^2 = 0.30$ (Nagelkerke))..... 66

6.6. Anschreiben



Institut für Allgemeinmedizin, TU München, Orleansstr. 47, 81667 München

Herr Dr. med. Max Mustermann
Musterstrasse 1
88888 Musterstadt

München, den 27.10.2012

Klinikum rechts der Isar
Anstalt des öffentlichen Rechts

Institut für Allgemeinmedizin: Direktor
Univ.-Prof. Dr. Antonius Schneider

Prof. Dr. med. Klaus Linde
Orleansstr. 47
81667 München
E-Mail: Klaus.Linde@lrz.tum.de

Tel: +49-89-6146589-16
Fax: +49-89-6146589-15

Doktorarbeiten – Befragung zum Thema Placebo: 5-10 Minuten für unseren allgemeinmedizinischen Nachwuchs

Sehr geehrter Herr Dr. Mustermann,

zwei unserer Doktorandinnen bitten Sie um Ihre Unterstützung als erfahrene/r Hausärztin und Hausarzt. Sie führen eine Befragung zur Verwendung von Placebos, unspezifischen Therapien und komplementären Verfahren sowie den damit verbundenen Grundhaltungen durch. Sie würden sich freuen, wenn Sie ihren Fragebogen ausfüllen und im beiliegenden Freiumschlag zurücksenden.

Bitte helfen Sie ihnen dabei, möglichst viele und zuverlässige Ergebnisse zu erhalten und daraus eine erfolgreiche Doktorarbeit zu erstellen! Die Auswertung erfolgt selbstverständlich anonym. Weitere Informationen zu Zielen und Methoden der Befragung finden Sie auf der Rückseite dieses Anschreibens. Die Befragung wird vom Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer befürwortet. Wenn Sie wünschen, schicken wir Ihnen die Untersuchungsergebnisse gerne zu, sobald diese vorliegen.

Wir haben es getestet: Das Ausfüllen des Bogens dauert wirklich nur fünf bis zehn Minuten.

Mit herzlichem Dank für Ihre Unterstützung

Prof. Dr. med. Klaus Linde
(Studienleiter und Betreuer)



Clara Friedrichs
Doktorandin



Anna Alscher
Doktorandin

Vorstand:
Univ.-Prof. Dr. Reiner Gradinger
(Ärztlicher Direktor, Vorsitzender)
Dr. Philipp Ostwald
(Kaufmännischer Direktor)
Anette Thoke-Colberg
(Pflegedirektorin)
Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen
(Dekan)

Bankverbindung:
Bayer, Landesbank Girozentrale
Kto-Nr. 20 272
BLZ 700 500 00

Informationen zur Befragung

Wer ist verantwortlich für die Befragung?

Die Befragung erfolgt im Rahmen der Doktorarbeiten der Medizinstudentinnen Clara Friedrichs und Anna Alscher am Institut für Allgemeinmedizin (<http://www.am.med.tum.de/>) der Technischen Universität München. Sollten Sie Fragen zur Studie haben, können Sie sich gerne telefonisch oder per Email direkt an den Betreuer der Doktorarbeiten, Prof. Dr. med. Klaus Linde (Klaus.Linde@lrz.tum.de, Tel. 089-614 65 89-16) wenden. Hier können Sie auch Publikationen zum Thema aus der Arbeitsgruppe erhalten.

Wer bezahlt die Befragung?

Porto- und Materialkosten werden aus den Mitteln des Institutes für Allgemeinmedizin der TU München bezahlt. Es gibt keinerlei Förderung durch Industrie oder andere Stellen.

Was sind die genauen Ziele der Befragung?

Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass viele Ärzte komplementärmedizinische Verfahren im Sinne von „unspezifischen Therapien“ (in der wissenschaftlichen Diskussion als „unreine Placebos“ bezeichnet) einsetzen, d.h. sie gehen davon aus, dass die verwendete Intervention in der jeweiligen Situation eigentlich keine spezifischen Effekte hat. Demgegenüber wenden andere Ärzte diese Verfahren aus Überzeugung an. Darüber hinaus setzen manche Ärzte vereinzelt „reine Placebos“ (z.B. Kochsalzinjektionen oder Zuckertabletten) ein. Interviewstudien deuten darauf hin, dass bestimmte ärztliche Grundhaltungen und schwierige oder unsichere Situationen in der Praxis mit der Verwendung von Placebos einhergehen, gleichzeitig bieten komplementärmedizinische Verfahren für einen Teil solcher Situationen spezifische Lösungen. Ein Teil der Ärzte wendet weder komplementärmedizinische Verfahren noch Placebos an und scheint über andere Strategien zu verfügen. Gemeinsam mit einer geplanten Studie mit Einzelinterviews soll diese Befragung hier bessere Einblicke erlauben.

Warum werden gerade Sie angeschrieben?

Der Fragebogen wird einer Zufallsauswahl von 1800 Allgemeinmedizinern, praktischen Ärzten, Internisten und Orthopäden zugesandt, d.h. Sie wurden zufällig ausgewählt. Ihre Adresse haben wir aus einer frei verkäuflichen Adressdatenbank (www.adressendiscount.de).

Was geschieht mit Ihren Daten?

Die Auswertung erfolgt anonym, d.h. wir können die erhaltenen Antworten nicht einzelnen Ärzten zuordnen. Die Daten werden in den Computer eingegeben und dann statistisch ausgewertet. In der unteren linken Ecke auf der letzten Seite des Fragebogens ist eine Nummer aufgetragen, die wir unserer Adressdatei zuordnen können. Dies dient jedoch ausschließlich dazu, den Ärzten, die nicht antworten, ein bzw. maximal zwei Erinnerungsschreiben zusenden zu können. Wenn Sie den Fragebogen nicht ausfüllen und keine Erinnerungsschreiben erhalten wollen, schicken Sie uns am besten einfach den leeren Fragebogen mit durchgestrichener erster Seite zurück. Bei Posteingang wird bei uns registriert, von wem wir eine Rückantwort erhalten haben und wer einen Bericht mit den Ergebnissen der Befragung erhalten möchte (siehe unten). Die Ecke mit der Nummer wird dann abgeschnitten und verworfen.

Wie erfahren Sie von den Ergebnissen?

Wenn Sie über die Ergebnisse der Befragung informiert werden möchten, können Sie dies im Fragebogen (letzte Frage) angeben. Wir senden Ihnen dann nach der Auswertung eine Zusammenfassung der Ergebnisse zu.

6.7. Fragebogen

6.7.1. Fragebogen Allgemeinmediziner und Internisten

Verwendung von Placebos, unspezifischen Therapien und komplementären Verfahren

Fragebogen zur Verwendung von Placebos, unspezifischen Therapien und komplementären Verfahren

Frageblock A: Anwendung typischer Placebos

1. Haben Sie in Ihrer Praxis schon einmal Placebos (d.h. Präparate ohne Wirkstoff wie .z.B. Placebotabletten, Injektionen mit physiologischer Kochsalzlösung) außerhalb von klinischen Studien zur Behandlung eingesetzt?

ja nein (bitte weiter mit Frage 5)

2. Grob geschätzt, bei wie vielen Patienten in den letzten 12 Monaten?

bei ca. _____ Patienten in den letzten 12 Monaten

3. Gab es Patienten, die in den letzten 12 Monaten häufiger als einmal ein Placebo erhielten?

nein ja, und zwar ca. _____ Patienten

4. Haben Sie vorgefertigte Placebopräparate (z. B. Lactosetabletten, Stärketabletten aus der Apotheke) in Ihrer Praxis vorrätig?

nein ja, und zwar _____

Frageblock B: Anwendung unspezifischer Therapien

5. Haben Sie in Ihrer Praxis schon einmal Medikamente oder Therapien eingesetzt, auch wenn Sie davon ausgingen, dass diese *keine intrinsische Wirkung* gegen die Erkrankung des Patienten bzw. deren Symptome ausübten (z.B. Antibiotika bei viralen Infekten oder ein pflanzliches Mittel, obwohl Sie persönlich davon ausgingen, dass es bei den vorliegenden Symptomen unwirksam ist?)

ja nein (bitte weiter mit Frage 8)

6. Grob geschätzt, bei wie vielen Patienten in den letzten 12 Monaten?

Bei ca. _____ Patienten in den letzten 12 Monaten

7. Welche Arten von Medikamenten/Therapien haben Sie schon einmal als unspezifische Therapie eingesetzt? (Mehrfachantworten möglich) Bitte beachten Sie: Hier sind lediglich Situationen gemeint, in denen Sie *persönlich* davon ausgingen, dass die Behandlung auf die gerade vorliegenden Symptome keine intrinsischen/spezifischen Wirkungen hat, nicht in Situationen, in denen Sie von einem spezifischen Effekt ausgingen.

- Mineralien und Spurenelemente
 Vitamine
 Leichte Beruhigungsmittel (z.B. Zopiclon, Opipramol, Chloralhydrat)
 Antibiotika
 Analgetika oder nichtsteroidale Antiphlogistika
 Unterdosierte Medikamente
 Homöopathische Arzneimittel
 Pflanzliche Arzneimittel
 Akupunktur
 Manuelle Verfahren
 Sonstiges: _____

Institut für Allgemeinmedizin (Direktor: Prof. Dr. A. Schneider) TU München

1

Fragenblock C: Einschätzung und Anwendung komplementärer Therapien

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie die folgenden Verfahren in Bezug auf Ihre Wirksamkeit im Vergleich zu Placebo einschätzen

	Ist eine Placebo-therapie	Eher Placebo-therapie	Teils teils /weiß nicht	Eher spezifisch wirksam	Ist spezifisch wirksam
8. Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Homöopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Osteopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Chirotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Pflanzliche Arzneimittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Andere klass. Naturheilverfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Vitamine/Spurenelemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte kreuzen Sie an, wie häufig Sie die folgenden Verfahren in Ihrer ärztlichen Arbeit selbst einsetzen

	Nie	< 1x pro Monat	1-4x pro Monat	> 4x pro Monat	Täglich
15. Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Homöopathische Arzneimittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Osteopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Chirotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Pflanzliche Arzneimittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Andere klass. Naturheilverfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Vitamine/Spurenelemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Andere komplement. Verfahren:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Besitzen Sie für eines der folgenden Verfahren eine Zusatzbezeichnung oder befinden Sie sich in einer entsprechenden Weiterbildung?

	Habe eine Zusatzbezeichnung für	Bin dabei Zusatzbezeichnung zu erwerben for	Weder noch
23. Akupunktur (auch A-/B-Diplom)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Homöopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Manuelle Medizin/Chirotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Naturheilverfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28. Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Fragenblock D: Bewertung von Aussagen zur ärztlichen Tätigkeit und Grundhaltung

Bitte kreuzen Sie an, in wie weit Sie die folgenden Aussagen für zutreffend halten

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
29. Komplementäre Heilverfahren erlauben mir auch bei Patienten, bei denen ich „schulmedizinisch“ kaum Optionen habe, eine systematische Vorgehensweise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Ich wende nur Therapien an, von deren Wirksamkeit ich persönlich überzeugt bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Eine intensive und kontinuierliche Beziehung zum Patienten ist für meine tägliche Arbeit sehr wichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Wenn ich könnte, würde ich deutlich mehr Zeit dafür aufbringen, mit meinen Patienten zu reden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Wenn ich mehr Zeit hätte, um mit meinen Patienten zu reden, wäre ich sehr gut in der Lage, diese Zeit effektiv für die Arzt-Patienten-Beziehung zu nutzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Die meisten Patienten erwarten, eine Therapie zu erhalten/mit einem Rezept nach Hause zu gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Eine Behandlung sollte nur erfolgen, wenn sie medizinisch notwendig ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Zur Behandlung sollten möglichst nur wissenschaftlich belegte Therapien eingesetzt werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Die Gabe von Placebos sollte man so weit wie möglich vermeiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Positive psychologische Effekte bzw. Placeboeffekte (z.B. „Droge Arzt“) sollte man als Arzt intensiv nutzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Meine (fach-)ärztliche Ausbildung hat mich gut auf die tägliche Arbeit am Patienten in der Praxis vorbereitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Bei vielen Patienten in meiner täglichen Praxis ist es nicht möglich, eine exakte Diagnose zu stellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. In meiner täglichen Praxis bin ich mit vielen Patienten konfrontiert, bei denen das klassische Lehrbuchwissen versagt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragenblock E: Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis

42. Geburtsjahr

19_____

43. Geschlecht

weiblich

männlich

44. In niedergelassener Praxis tätig seit

_____ Jahren

45. Wie viele Stunden pro Woche sind Sie durchschnittlich ärztlich tätig

Vollzeit ca. _____ Stunden pro Woche

Teilzeit ca. _____ Stunden pro Woche

46. Praxisart

ausschließlich Privatpraxis

kassenärztliche Praxis

47. Haben Sie innerhalb Ihres Fachgebietes einen besonderen Schwerpunkt/besondere Schwerpunkte, die Ihre tägliche Arbeit prägen (z.B. Kardiologie, geriatrische Betreuung)

nein

ja: _____

48. Die Praxis liegt

in einer Stadt mit mehr als 100.000 Einwohnern

in einer Stadt mit 10.000 bis 100.000 Einwohnern

in einem Ort mit weniger als 10.000 Einwohnern

49. Wie würden Sie die finanzielle Situation Ihrer Patienten im Durchschnitt bewerten?

eher wohlhabend

sehr gemischt

eher finanziell schwach

50. Möchten Sie die Ergebnisse der Befragungen zugesendet bekommen?

nein

ja: _____

Haben Sie noch Anmerkungen/Kommentare zum Thema bzw. zur Befragung?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

6.7.2. Fragebogen Orthopäden

Verwendung von Placebos, unspezifischen Therapien und komplementären Verfahren

Fragebogen zur Verwendung von Placebos, unspezifischen Therapien und komplementären Verfahren

Frageblock A: Anwendung typischer Placebos

1. Haben Sie in Ihrer Praxis schon einmal Placebos (d.h. Präparate ohne Wirkstoff wie z.B. Placebotabletten, Injektionen mit physiologischer Kochsalzlösung) außerhalb von klinischen Studien zur Behandlung eingesetzt?

ja nein (bitte weiter mit Frage 5)

2. Grob geschätzt, bei wie vielen Patienten in den letzten 12 Monaten?

bei ca. _____ Patienten in den letzten 12 Monaten

3. Gab es Patienten, die in den letzten 12 Monaten häufiger als einmal ein Placebo erhielten?

nein ja, und zwar ca. _____ Patienten

4. Haben Sie vorgefertigte Placebopräparate (z. B. Lactosetabletten, Stärketabletten aus der Apotheke) in Ihrer Praxis vorrätig?

nein ja, und zwar _____

Frageblock B: Anwendung unspezifischer Therapien

5. Haben Sie in Ihrer Praxis schon einmal Medikamente oder Therapien eingesetzt, auch wenn Sie davon ausgingen, dass diese *keine intrinsische Wirkung* gegen die Erkrankung des Patienten bzw. deren Symptome ausübten (z.B. Vitaminpräparate bei allgemeiner Schwäche oder ein pflanzliches Mittel, obwohl Sie persönlich davon ausgingen, dass es bei den vorliegenden Symptomen unwirksam ist?)

ja nein (bitte weiter mit Frage 8)

6. Grob geschätzt, bei wie vielen Patienten in den letzten 12 Monaten?

Bei ca. _____ Patienten in den letzten 12 Monaten

7. Welche Arten von Medikamenten/Therapien haben Sie schon einmal als unspezifische Therapie eingesetzt? (Mehrfachantworten möglich) Bitte beachten Sie: Hier sind lediglich Situationen gemeint, in denen Sie *persönlich* davon ausgingen, dass die Behandlung auf die gerade vorliegenden Symptome keine intrinsischen/spezifischen Wirkungen hat, nicht in Situationen, in denen Sie von einem spezifischen Effekt ausgingen.

Mineralien und Spurenelemente
 Vitamine
 Leichte Beruhigungsmittel (z.B. Zopiclon, Opipramol, Chloralhydrat)
 Antibiotika
 Analgetika oder nichtsteroidale Antiphlogistika
 Unterdosierte Medikamente
 Homöopathische Arzneimittel
 Pflanzliche Arzneimittel
 Akupunktur
 Manuelle Verfahren
 Sonstiges: _____

Institut für Allgemeinmedizin (Direktor: Prof. Dr. A. Schneider) TU München

1

Fragenblock C: Einschätzung und Anwendung komplementärer Therapien

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie die folgenden Verfahren in Bezug auf Ihre Wirksamkeit im Vergleich zu Placebo einschätzen

	Ist eine Placebo-therapie	Eher Placebo-therapie	Teils teils /weiß nicht	Eher spezifisch wirksam	Ist spezifisch wirksam
8. Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Homöopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Osteopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Chirotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Pflanzliche Arzneimittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Andere klass. Naturheilverfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Vitamine/Spurenelemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte kreuzen Sie an, wie häufig Sie die folgenden Verfahren in Ihrer ärztlichen Arbeit selbst einsetzen

	Nie	< 1x pro Monat	1-4x pro Monat	> 4x pro Monat	Täglich
15. Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Homöopathische Arzneimittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Osteopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Chirotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Pflanzliche Arzneimittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Andere klass. Naturheilverfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Vitamine/Spurenelemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Andere komplement. Verfahren:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Besitzen Sie für eines der folgenden Verfahren eine Zusatzbezeichnung oder befinden Sie sich in einer entsprechenden Weiterbildung?

	Habe eine Zusatzbezeichnung für	Bin dabei Zusatzbezeichnung zu erwerben for	Weder noch
23. Akupunktur (auch A-/B-Diplom)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Homöopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Manuelle Medizin/Chirotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Naturheilverfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28. Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Fragenblock D: Bewertung von Aussagen zur ärztlichen Tätigkeit und Grundhaltung

Bitte kreuzen Sie an, in wie weit Sie die folgenden Aussagen für zutreffend halten

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
29. Komplementäre Heilverfahren erlauben mir auch bei Patienten, bei denen ich „schulmedizinisch“ kaum Optionen habe, eine systematische Vorgehensweise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Ich wende nur Therapien an, von deren Wirksamkeit ich persönlich überzeugt bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Eine intensive und kontinuierliche Beziehung zum Patienten ist für meine tägliche Arbeit sehr wichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Wenn ich könnte, würde ich deutlich mehr Zeit dafür aufbringen, mit meinen Patienten zu reden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Wenn ich mehr Zeit hätte, um mit meinen Patienten zu reden, wäre ich sehr gut in der Lage, diese Zeit effektiv für die Arzt-Patienten-Beziehung zu nutzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Die meisten Patienten erwarten, eine Therapie zu erhalten/mit einem Rezept nach Hause zu gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Eine Behandlung sollte nur erfolgen, wenn sie medizinisch notwendig ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Zur Behandlung sollten möglichst nur wissenschaftlich belegte Therapien eingesetzt werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Die Gabe von Placebos sollte man so weit wie möglich vermeiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Positive psychologische Effekte bzw. Placeboeffekte (z.B. „Droge Arzt“) sollte man als Arzt intensiv nutzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Meine (fach-)ärztliche Ausbildung hat mich gut auf die tägliche Arbeit am Patienten in der Praxis vorbereitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Bei vielen Patienten in meiner täglichen Praxis ist es nicht möglich, eine exakte Diagnose zu stellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. In meiner täglichen Praxis bin ich mit vielen Patienten konfrontiert, bei denen das klassische Lehrbuchwissen versagt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.8. Lebenslauf

Zur Person

Clara Steinmüller, geb. Friedrichs
Am Bucklberg 23
83620 Feldkirchen-Westerham

Mobil: 0173/6502012
E-Mail: clara-steinmueller@gmx.de
Geboren am 10.11.1982 in Haren (Ems)

Schulische und berufliche Ausbildung

09/93 - 07/01	Max-Rill-Gymnasium Reichersbeuern
09/01 - 06/03	Gabriel-von-Seidl-Gymnasium Bad Tölz Allgemeine Hochschulreife 06/03
09/03 - 12/04	Freiwilliges soziales Jahr: Bayerisches Rotes Kreuz Miesbach, Rettungsdienst
11/03 - 01/05	Ausbildung zur Rettungssanitäterin
10/08 - 09/10	LMU München Studium der Humanmedizin: vorklinischer Studienabschnitt 1. Abschnitt der ärztlichen Prüfung 08/10
10/10 - 11/14	TU München Studium der Humanmedizin: klinischer Studienabschnitt 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung 11/14, Approbation 12/14

Praktisches Jahr

08/14 - 12/14	Anästhesie, Klinikum München rechts der Isar
12/14 - 04/13	Innere Medizin, Krankenhaus München-Barmherzige Brüder
04/14 - 07/14	Chirurgie, Krankenhaus München Schwabing

Dissertation

Seit 04/2012	Institut für Allgemeinmedizin der TU München <u>Thema:</u> Verwendung von Placebos und unspezifischen Therapien durch Allgemeinmediziner, niedergelassene Orthopäden und Internisten - Eine bundesweite Befragung
--------------	--

Beruflicher Werdegang

12/04 - 09/08	Tätigkeit als Rettungssanitäterin beim Bayerischen Rotes Kreuz Schwerpunkte: Rettungsdienst und Krankentransport
01/15-06/15	Assistenzärztin Innere Medizin im Krankenhaus Agatharied
Seit 01.07.2015	Assistenzärztin Anästhesie am Klinikum rechts der Isar der TU München

Feldkirchen-Westerham, den 07.01.2016

Clara Steinmüller

6.9. Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt allen, die mich bei der Erstellung meiner Dissertation unterstützt haben.

Vielen Dank an meinen Betreuer und Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Klaus Linde für Überlassung des Themas und für die hervorragende, freundliche und zuverlässige Unterstützung in allen Belangen der Dissertation, sowie für die Durchführung der Regressionsanalysen.

Sehr herzlichen Dank auch an Stefan Heberger, Dr. med. Sigfried Schöpfer, Dr. med. Emmerich und Shalini Fromm, Dr. med. Paul Fässler, Dr. med. Margrit Fässler, Dr. med. Thomas Verhasselt, Dr. med. Florian Maier und Dr. med. Stefan Paul für die Teilnahme an den kognitiven Interviews und die wertvollen Ratschläge. Für die Rechtschreibkorrekturen bedanke ich mich herzlich bei Dr. med. Hilde Hirsch und Andreas Rullmann-Stekl.

Mein besonderer Dank geht an meinen Ehemann Matthias Steinmüller und an meine Familie für das stets offene Ohr und die ständige Unterstützung während der Dissertation und des gesamten Medizinstudiums.