



Technische Universität München

Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

(Direktor: Prof. Dr. Antonius Schneider)

Die therapeutisch unbestimmte Situation
in der hausärztlichen Praxis:
Dynamiken, Strategien und die Legitimierung
komplementärmedizinischer Therapien.

Eine qualitative Studie

Agnes Ostermaier

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. Jürgen Schlegel

Prüfer der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. Klaus Linde

2. apl. Prof. Dr. Johannes Hamann

Die Dissertation wurde am 02.07.2019 bei der Technischen Universität München eingereicht
und durch die Fakultät für Medizin am 05.11.2019 angenommen.

Für Harald, Helena und Michael

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund und Fragestellung: Hausärzte sind in ihrer Arbeit oft mit Situationen konfrontiert, in denen eine eindeutig akademisch-wissenschaftlich korrekte Lösung nicht existiert, der Patient jedoch eine Behandlung wünscht oder in denen der Patient eine empfohlene Vorgehensweise nicht akzeptiert. Es kann sich hierbei um den Umgang mit unspezifischen Symptomen oder Befindlichkeitsstörungen handeln, aber auch um chronische Erkrankungen, bei denen die vorhandenen Therapieoptionen bereits ausgeschöpft sind. Die vorliegende Studie untersucht, wie kassenärztlich tätige Hausärzte diese therapeutisch unbestimmten Situationen (TUS) erleben, wie sie mit ihnen umgehen und welche Faktoren ihre Strategien beeinflussen. Unter der Annahme, dass die in Deutschland weit verbreitete Anwendung von komplementär- und alternativmedizinischen Verfahren (CAM) oft im Rahmen von TUS stattfindet, liegt der Schwerpunkt der Studie auf dem Einsatz und der Legitimierung von CAM.

Methodik: Um die persönlichen Sichtweisen und Erfahrungen der Hausärzte gut abbilden zu können, wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Zwischen Juli 2015 und Dezember 2016 erfolgten 20 Einzelinterviews (mediane Dauer 52 Minuten) mit erfahrenen Hausärzten in ländlichen und städtischen Gebieten in Oberbayern und im Allgäu. Die Hausärzte sollten unterschiedliche Grundhaltungen in Bezug auf CAM (skeptisch, pragmatisch und überzeugt) aufweisen. Die Interviews wurden transkribiert, anonymisiert und nach dem Forschungsstil der Grounded Theory unter ständigem Vergleich mittels Erstellung von Codes und Kategorien ausgewertet.

Ergebnisse: Die interviewten Hausärzte erleben TUS als sehr präsent und typisch für ihr Fachgebiet, haben sich zu Beginn ihrer Tätigkeit in der Praxis jedoch oft unzureichend darauf vorbereitet gefühlt. Sie gehen sehr pragmatisch damit um, indem sie Gespräche führen, symptomatisch behandeln, konventionelle Arzneimittel und CAM in Sinne einer unspezifischen Therapie einsetzen und ggf. CAM-Therapien überzeugt anwenden. Selten wenden sie reine Placebos an. Die Auswahl der Strategien variiert unter den Ärzten und kann sich auch je nach Patientenanliegen unterscheiden. Beeinflussend sind die auf lange Zeit angelegte Arzt-Patienten-Beziehung und die gefühlte Zuständigkeit des jeweiligen Arztes. Die bevorzugten Strategien können sich im Laufe der Praxistätigkeit ändern und werden moduliert durch Persönlichkeit, Erfahrungen sowie äußeren Bedingungen. In der Regel sind die Ärzte bestrebt, durch ihr Handeln möglichst wenig innere und äußere Konflikte hervorzurufen. Der Patientenstamm scheint sich oft im Verlauf an den Praxisstil des jeweiligen Arztes anzupassen.

Keiner der interviewten Ärzte kommt komplett ohne CAM aus, wobei CAM-skeptische Ärzte am ehesten Phytotherapeutika anwenden. Probleme mit der Legitimierung der Anwendung von CAM bestehen kaum, da die Ärzte CAM als Ergänzung und nicht als Ersatz für die konventionelle Medizin

sehen. Für sie ist CAM ein wichtiges Werkzeug für den Umgang mit TUS, zumal sie die Studienlage in der Allgemeinmedizin als nicht ausreichend empfinden. Sie erwarten einen positiven Effekt für ihre Patienten, wobei gute Erfahrungen weitere Anwendungen nach sich ziehen können. Die Möglichkeit eines Placebo-Effekts wird eher positiv wahrgenommen.

Schlussfolgerungen: Erfahrene Hausärzte gehen sehr pragmatisch mit TUS um und erleben damit in der Praxis kaum Konflikte. Die Strategien werden stark durch Persönlichkeit und Erfahrungen geprägt. Die Anwendung von CAM ist für fast alle Hausärzte relevant.

Diese Studie ist Ausgangspunkt für weitere Forschung und kann praktizierenden Hausärzten zur Reflexion ihrer Denk- und Handlungsweisen dienen.

INHALTSVERZEICHNIS

VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN	8
1 EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG	9
1.1 Hintergrund der Arbeit	9
1.1.1 Vorarbeiten	9
1.1.2 Besonderheiten der Allgemeinmedizin	9
1.1.3 Die therapeutisch unbestimmte Situation	11
1.1.4 Anwendung komplementärmedizinischer Verfahren (CAM)	12
1.2 Ziel der Studie und Forschungsfragen	13
2 METHODISCHE VORÜBERLEGUNGEN	15
2.1 Wahl der Methodik: Grounded Theory	15
2.2 Grundlegendes zum Forschungsstil Grounded Theory	15
3 METHODIK	17
3.1 Studiendesign	17
3.2 Ethik und Datenschutz	17
3.3 Auswahl und Rekrutierung der Teilnehmer	17
3.4 Interviews	20
3.4.1 Interviewleitfaden: Entwicklung und Pretest	20
3.4.2 Das problemzentrierte Interview	22
3.4.3 Erhebung der Interviews	27
3.4.4 Transkription der Interviews	29
3.5 Auswertung der Interviews	30
3.5.1 Der ständige Vergleich	30
3.5.2 Offenes und axiales Kodieren	31
3.5.3 Entwicklung von Kategorien	32
4 ERGEBNISSE	39
4.1 Stichprobe	39
4.1.1 Beschreibung der Interviewpartner	39
4.1.2 Schwerpunkt: Praxisinhaber mit Erfahrung	39
4.1.3 Grundhaltung gegenüber CAM: Skeptisch, pragmatisch, überzeugt	41
4.1.4 Selbstwahrnehmung und Reflexionsbedarf der Ärzte	42

4.2	Wahrnehmung der therapeutisch unbestimmten Situation	43
4.3	Strategien in therapeutisch unbestimmten Situationen und deren Begründung	46
4.3.1	Symptomatische Therapie (Grundhaltung „skeptisch“)	47
4.3.2	Unspezifische Therapie (Grundhaltung „pragmatisch“)	49
4.3.3	Überzeugte Anwendung von CAM (Grundhaltung „überzeugt“)	55
4.3.4	Gespräch und psychosomatische Grundversorgung	58
4.3.5	Verwendung von reinem Placebo	61
4.4	Dynamiken, die den Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen	beeinflussen..... 65
4.4.1	„Gefühlte Zuständigkeit“ der Ärzte	65
4.4.2	Langfristige und enge Arzt-Patienten-Beziehung	68
4.4.3	Wunsch nach Berufszufriedenheit	73
4.4.4	Patientenselektion	74
4.4.5	Faktoren, welche die persönliche Auswahl der Strategien beeinflussen	81
4.4.5.1	Familie, ärztliche Vorbilder und Erfahrung	82
4.4.5.2	Patientenwunsch	83
4.4.5.3	Rahmenbedingungen der Praxis	86
4.4.5.4	Interesse und Offenheit	88
4.4.5.5	Ökonomische Interessen	89
4.4.6	Änderung der Strategien im Laufe der Zeit	92
4.4.6.1	Praxisbeginn: Ökonomische Abhängigkeit von den Patienten	92
4.4.6.2	Zunehmende Erfahrung: Verbesserung des abwartenden Offenlassens	93
4.4.6.3	Exkurs: Die Suche nach dem eigenen Weg	95
4.4.7	Grafische Zusammenfassung	103
4.5	Begründung und Legitimierung der Anwendung von Komplementärmedizin (CAM)	105
4.5.1	Basis der Praxistätigkeit ist die „Schulmedizin“	106
4.5.2	Helfen und nicht schaden	108
4.5.3	Passung und Begleitung	110
4.5.4	Entscheidend ist die Wirkung im Einzelfall	114
4.5.5	Exkurs: Beeinflussung der Auswahl von Arzneimitteln durch persönliche Erfahrung	115
4.5.6	Wertschätzung eines potenziellen „Placebo“-Effektes	117
4.5.7	Offenheit für zukünftige neue Erkenntnisse	118
4.5.8	Kritisches Hinterfragen von Evidenz und Wissenschaftlichkeit	120
4.5.9	In der Praxis zählt das Individuum	123

5	DISKUSSION	125
5.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	125
5.2	Reflexion des methodischen Vorgehens	126
5.2.1	Grundsätzliche methodische Entscheidung und Qualitätskriterien	126
5.2.2	Stichprobe	128
5.3	Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	128
5.3.1	Die Perspektive der therapeutisch unbestimmten Situation	128
5.3.2	CAM als wichtige Strategie	130
5.3.3	Definition von CAM	132
5.3.4	Ideale und Realität	132
5.3.5	Das Existenzielle in der Medizin	134
5.4	Schlussfolgerungen	135
6	LITERATURVERZEICHNIS	139
7	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	146
8	TABELLENVERZEICHNIS	146
9	INTERVIEWVERZEICHNIS	147
10	ANHANG	148
10.1	Studieninformation	148
10.2	Einverständniserklärung zur Teilnahme	150
11	VERÖFFENTLICHUNGEN ZUR DISSERTATION	152
12	DANKSAGUNG	153

VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN

ACC	Acetylcystein
ASS	Acetylsalicylsäure
CAM	Complementary and Alternative Medicine
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
n	Anzahl der Teilnehmer
TUM	Technische Universität München
TUS	therapeutisch unbestimmte Situation(en)
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

1 EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

1.1 Hintergrund der Arbeit

Die vorliegende Studie untersucht den Umgang kassenärztlich tätiger Hausärzte¹ mit Situationen in der täglichen Praxis, für die es keine eindeutige und einheitliche Lösung gibt („therapeutisch unbestimmte Situation“, Kap. 1.1.3). Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Einsatz sowie der Legitimierung von komplementär- und alternativmedizinischen Verfahren (im Verlauf als CAM bezeichnet für „Complementary and Alternative Medicine“).

1.1.1 Vorarbeiten

Der wesentliche Ausgangspunkt für die vorliegende Studie ergab sich aus mehreren am Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Technischen Universität München durchgeführten bzw. supervidierten Studien bzw. Übersichtsarbeiten (Fässler et al. 2010; Höfner 2015; Linde 2013, 2015; Linde et al. 2011, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b). Diese beschäftigten sich mit der Verwendung wissenschaftlich fragwürdiger bzw. umstrittener Interventionen (Placebos, unspezifischen Therapien und CAM) durch Ärzte. Die Ergebnisse hatten gezeigt, dass CAM-Verfahren oft und Placebos und unspezifische Therapien seltener in den Arztpraxen angewandt werden (Linde et al. 2015a und 2015b; vgl. Kap. 1.1.4). Da CAM-Verfahren im Medizinstudium nur peripher im Rahmen des Querschnittsbereichs 12 („Rehabilitation, physikalische Medizin, Naturheilverfahren“) curricular verankert sind, somit nicht zur Grundausbildung eines angehenden Arztes gehören und CAM aus wissenschaftlicher Sicht umstritten ist, stellte sich die Frage, wie sich so eine breite Verwendung entwickeln kann und welche Motivationen hinter der Anwendung stehen. Im Rahmen der Konzeption dieser Studie wurde angenommen, dass diese Verfahren in der Hausarztpraxis aus einem gewissen Grund eingesetzt werden, der sich aus den Anforderungen der täglichen (haus)ärztlichen Tätigkeit ergibt. Daher sollen in dieser Einleitung zuerst einige Besonderheiten der hausärztlichen Praxis dargestellt werden, dann wird das Konzept der „therapeutisch unbestimmten Situation“ erläutert, gefolgt von einer kurzen Ausführung zur Anwendung von CAM-Verfahren.

1.1.2 Besonderheiten der Allgemeinmedizin

Der Weltverband der Allgemeinärzte (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, WONCA) beschreibt die

¹ Zur Förderung einer besseren Lesbarkeit wurde in dieser Arbeit für Personengruppen unterschiedlichen Geschlechts in der Regel die maskuline Form verwendet. Selbstverständlich schließt z. B. die Bezeichnung „Hausärzte“ auch Hausärztinnen mit ein.

Allgemeinmedizin explizit als „akademische und wissenschaftliche Disziplin“ (WONCA 2011). Die Kernkompetenzen und -charakteristiken des Hausarztes sind nach der WONCA-Definition breit gefächert und erfordern eine Fokussierung sowohl auf die Gesellschaft als auch auf das Individuum. Der Hausarzt soll dabei u. a. Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung übernehmen und bei Entscheidungen Inzidenz und Prävalenz der Erkrankungen berücksichtigen, gleichzeitig soll er eine gute Arzt-Patienten-Beziehung aufbauen und mittels eines umfassenden Ansatzes und eines ganzheitlichen Modells eine personenbezogene Betreuung anbieten, die neben dem Patienten auch sein Umfeld mit einbezieht.

Vom Royal College of Physicians and Surgeons of Canada wurden 2005 die international anerkannten CanMEDS-Roles entwickelt (Shaw et al. 2017), die verschiedene Fähigkeiten zusammenfassen, die der Hausarzt besitzen soll: Kommunikation (Communicator), Fähigkeit für lebenslanges Lernen (Scholar), die Bereitschaft, Fürsprecher des Patienten zu sein (Health Advocate), eine ethisch hochstehende ärztliche Haltung (Professional) sowie die Fähigkeit zu gutem Management (Manager). In seiner praktischen Tätigkeit muss sich jeder Arzt nach dem Sozialgesetzbuch zudem auch daran orientieren, dass er nur Leistungen erbringen soll, die „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ (Sozialgesetzbuch) sind.

Eine zentrale notwendige Kernkompetenz ist auch der souveräne Umgang mit Unsicherheit und Unbestimmtheit (Barth et al. 2014). Da der Hausarzt üblicherweise für seine Patienten der erste Ansprechpartner bei gesundheitlichen Störungen ist, wird er regelmäßig mit den sich daraus ergebenden Herausforderungen konfrontiert: Einer niedrigen Vortestwahrscheinlichkeit für das Vorhandensein einer ernsthaften Erkrankung (White et al. 1961; Green et al. 2001) sowie einer niedrigen Krankheitsintensität (Knotternus 1991). Der Hausarzt muss unter den vielen ihn – beispielsweise auf Grund von unspezifischen Bauchschmerzen – konsultierenden Patienten diejenigen wenigen herausfiltern, für die eine intensivere Diagnostik oder auch ein Krankenhausaufenthalt sinnvoll bzw. erforderlich ist. Unter- wie auch Überversorgung sollen vermieden werden (Kassirer 1989), so dass der Hausarzt viele Fälle mittels der Strategie des „abwartenden Offenhaltens“ führen muss (Mader & Riedl 2018). Dies bedeutet, nach Ausschluss „abwendbar gefährlicher Verläufe“ wie beispielsweise einer akuten Appendizitis in guter Kommunikation mit dem Patienten „aktiv zuwartend“ zu beobachten, wie der Fall sich entwickelt, um im richtigen Moment dann entsprechend handeln zu können – oder eben nichts mehr tun zu müssen, weil es in der Zwischenzeit auch ohne konkretes ärztliches Handeln zu einer Besserung gekommen ist (ebd.). So wird der Hausarzt täglich mit aus medizinischer Sicht nicht ganz eindeutigen Symptomen seiner Patienten konfrontiert und muss lernen, mit einer gewissen „diagnostischen Unschärfe“ zu leben (Braun et al. 1990). Im Vergleich zu Ärzten anderer Fachrichtungen, deren Patienten oft etwa bereits mit einer Verdachtsdiagnose und der Bitte um Abklärung im

entsprechenden Fachgebiet überwiesen werden oder im Hinblick auf eine bereits bekannte Erkrankung betreut werden sollen, ist der Hausarzt verhältnismäßig oft mit Patienten konfrontiert, die vage, unklare bzw. selbstlimitierende Symptome aufweisen.

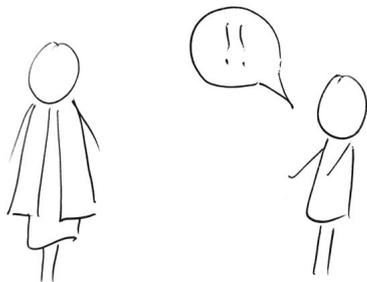
1.1.3 Die therapeutisch unbestimmte Situation

Aufgrund des vorhandenen Vorwissens über die Besonderheiten der Allgemeinmedizin (vgl. Kap. 1.1.2) ergab sich zu Beginn der vorliegenden Studie die Annahme, dass der vergleichsweise häufige Einsatz von CAM wie auch von unspezifischen Therapien bzw. Placebo oder Gespräch dem Umgang mit einem speziellen Problemfeld dienen könnte, dessen Kern die oben genannte im hausärztlichen Kontext stark präsente Unsicherheit und Unbestimmtheit (Barth et al. 2014) darstellt. Diese Annahme wurde wesentlich durch eine bereits ältere qualitative Studie mit walisischen Hausärzten aus den 1970er Jahren (Comaroff 1976) beeinflusst und bestärkt. Comaroff schilderte, wie die Ärzte internalisiert hatten, eine Therapie nur dann einzusetzen, wenn sie als indiziert und spezifisch wirksam angesehen werden kann. In der hausärztlichen Tätigkeit war für sie dieses Ideal jedoch in vielen Situationen nicht umsetzbar, während sie sich zugleich zum Handeln verpflichtet fühlten. Daraus entwickelten sie diverse Handlungsstrategien, die auch die Anwendung unspezifischer Therapien bzw. von Placebo umfassten.

Dass diese Vorgehensweisen auch heute noch sehr präsent sind, zeigen u. a. die unter 1.1.4 genannten Studien zur Anwendung von CAM und unspezifischen Therapien bzw. Placebo. Das Problemfeld, in dem diese Strategien bevorzugt zur Anwendung kommen, wurde im Rahmen dieser Studie zunächst „unbestimmte Situation“ genannt. Im Verlauf wurde der Terminus zur besseren Abgrenzung von diagnostischer Unsicherheit (Beresford 1991; Gerrity et al. 1992) sowie medizinisch unerklärbaren Symptomen (Johansen & Risor 2017; May et al. 2004) als „therapeutisch unbestimmte Situation“ präzisiert. Der Fokus ist damit stärker auf die Variabilität des ärztlichen Vorgehens in der Therapie bzw. dem Prozedere gerichtet. Das Konzept entwickelte sich auf der Basis des theoretischen Vorwissens und schärfte sich im Lauf der Studie durch die Schilderungen der Teilnehmer. Streng genommen könnte man das dadurch entstandene Konzept auch als einen Teil der Studienergebnisse betrachten:

Die therapeutisch unbestimmte Situation ist ein noch nicht abschließend definiertes Konstrukt und umfasst verschiedene Situationen, die in der hausärztlichen Praxis regelmäßig vorkommen (Abb. 1). Diese Situationen sind dadurch gekennzeichnet, dass von Seiten des Patienten, des Arztes oder von beiden der Wunsch nach einer Behandlung besteht. Jedoch erscheint entweder aus medizinischer Sicht eine Behandlung nicht zwingend indiziert, es existiert keine wissenschaftlich akzeptierte Therapie oder der Patient ist mit der vom Arzt empfohlenen Vorgehensweise nicht einverstanden.

Therapeutisch unbestimmte Situationen entstehen daher typischerweise im Rahmen des Umgangs mit unspezifischen Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen, jedoch auch bei der Behandlung chronischer Erkrankungen, etwa wenn die bestehenden Therapieoptionen bereits ausgeschöpft sind.



Patient wünscht (zusätzliche) Behandlung bei

- selbstlimitierender Erkrankung
- Befindlichkeitsstörung
- für den Arzt unklaren Symptomen
- behandelte akuter / chronischer Erkrankung
- mangelnder Akzeptanz der empfohlenen Therapie

Aus Sicht des Arztes

- ist eine Behandlung medizinisch nicht zwingend nötig
- existiert keine wissenschaftlich akzeptierte Therapie

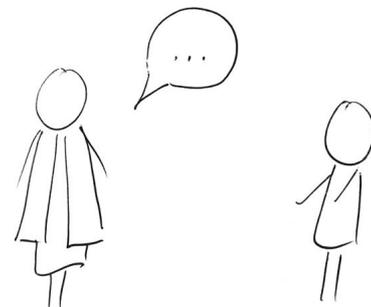


Abbildung 1: Die therapeutisch unbestimmte Situation

1.1.4 Anwendung komplementärmedizinischer Verfahren (CAM)

CAM-Verfahren sind unter niedergelassenen Ärzten weit verbreitet (Linde 2014a, 2015a, 2015b; Joos 2011b; Thanner et al. 2014). Unter dem Begriff CAM werden dabei verschiedenste Verfahren subsumiert, die äußerst unterschiedlich sein können. Gemeinsame Merkmale sind jedoch, dass sich die Verfahren aus der Praxis bzw. Volksheilkunde heraus entwickelt haben, die Wirksamkeit meist umstritten ist und kein wissenschaftlich anerkanntes Wirkprinzip existiert (National Center for Complementary and Integrative Health; National Cancer Institute). Da in der Regel der Nachweis von spezifischen Effekten und eine mittels randomisierter doppelblind kontrollierter Studien gezeigte signifikante Wirksamkeit einer Therapie für deren Anerkennung nötig ist, wird die Anwendung von CAM bis auf sehr wenige Ausnahmen etwa im Bereich der Phytotherapie als wissenschaftlich und professionell problematisch angesehen.

Dennoch wenden viele Ärzte diese Verfahren an. In der dieser Studie vorausgehenden Erhebung unter Ärzten in Deutschland (Linde et al. 2015a und 2015b) berichteten 85% der befragten Hausärzte, mindestens ein CAM-Verfahren mindestens einmal pro Woche anzuwenden. Phytotherapeutika (77%), Vitamine und Mineralstoffe (41%) sowie Homöopathika (32%) wurden dabei am häufigsten verwendet. Über die Gründe konnte noch nicht viel ausgesagt werden. In der damaligen Studie wurde bereits diskutiert, dass ein quantitativer Ansatz die hinter der Anwendung stehenden Motivationen nur schwer erfassen kann.

Die starke Verwendung von CAM unter den Ärzten in Deutschland hat historische, kulturelle, gesetzliche und strukturelle Gründe (Jütte 1999) und passt zu der umfangreichen Verwendung von CAM als Selbstmedikation (Linde et al. 2014a). Das deutsche Gesundheitssystem ist vergleichsweise marktorientiert, es besteht eine hohe Arbeitsbelastung (nicht nur) für den Hausarzt, die Kontaktzeiten sind im internationalen Vergleich kurz (Koch et al. 2011) und der Arzt ist durch die freie Arztwahl des Patienten in besonderem Maße auf eine gute Arzt-Patienten-Beziehung und damit Praxistreue seiner Patienten angewiesen.

1.2 Ziel der Studie und Forschungsfragen

Ziel dieser Studie war es, den Umgang von kassenärztlich tätigen Allgemeinmedizinerinnen mit therapeutisch unbestimmten Situationen systematisch zu untersuchen. Der Fokus liegt dabei auf der Anwendung von Therapien aus dem Bereich CAM. Diese Studie stellt den ersten Teil eines auf längere Zeit angelegten Projektes dar.

Der Einsatz von CAM ist in hausärztlichen Kassenpraxen sehr präsent, wird wissenschaftlich jedoch kontrovers diskutiert. Diese Studie soll die individuellen Denk- und Handlungsweisen der Hausärzte detaillierter darstellen, um besser nachvollziehen zu können, aus welchen Gründen und auf welche Art Hausärzte CAM in der Praxis einsetzen, obwohl sie die Möglichkeiten der modernen Medizin zur Verfügung haben.

Die Erkenntnisse sollen dabei helfen, ein besseres Verständnis der Dynamiken und Strategien in der hausärztlichen Kassenpraxis zu erlangen. Dadurch können zum einen Konzepte erarbeitet werden, wie angehenden und praktizierenden Allgemeinmedizinerinnen der Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen und den sich daraus ergebenden potenziellen Konflikten in der Praxis erleichtert werden kann und wie sie besser darauf vorbereitet werden können. Zum anderen sollen diese Ergebnisse auch dem einzelnen Hausarzt selbst helfen, die persönlich bevorzugten Handlungsweisen besser zu reflektieren und gegebenenfalls Veränderungen vorzunehmen.

Der Fokus der Darstellung liegt auf der Schilderung der Vorgehensweise der Hausärzte und ihrer Art, zu denken und zu handeln. Es war dabei nicht beabsichtigt, eine Lösung für den Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen zu entwickeln.

Forschungsfragen

Folgende vier Forschungsfragen liegen der Studie zugrunde:

- 1) Wie erleben kassenärztlich tätige Allgemeinmediziner therapeutisch unbestimmte Situationen?
- 2) Wie gehen kassenärztlich tätige Allgemeinmediziner mit therapeutisch unbestimmten Situationen um?
- 3) Welche Dynamiken beeinflussen den Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen, speziell den Einsatz oder Nichteinsatz von CAM?
- 4) Wie begründen bzw. legitimieren die Ärzte ihre Vorgehensweise, speziell den Einsatz von CAM?

2 METHODISCHE VORÜBERLEGUNGEN

2.1 Wahl der Methodik: Grounded Theory

In der Einleitung wurde bereits dargestellt, wie es zu der vorliegenden Studie kam. Es lag nahe, sich vor dem Hintergrund der eher deskriptiven quantitativen Daten (Linde et al. 2015a und 2015b) diesen Fragestellungen nun über die qualitative Forschung anzunähern, da sie die Möglichkeit bietet, „Lebenswelten ‚von innen heraus‘ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben“ (Flick et al. 2015, S. 14) und die Zahlen sozusagen nun mit Leben zu füllen und die Menschen und Beweggründe dahinter sichtbar zu machen.

Da es sich um die erste qualitative Studie zu diesem Thema handelt, sollte dabei bewusst ein sehr offener Forschungsstil gewählt werden, der die möglichen Ergebnisse von vornherein sehr weit fächert. Aus diesem Grund fiel die Wahl auf den Forschungsstil der Grounded Theory. Die Grounded Theory (Glaser & Strauss 1967; Strauss 1987; Strauss & Corbin 1996) zählt zum Bereich der qualitativ-interpretativen Sozialforschung und ist mehr ein Forschungsstil als eine Methode (Strübing 2014). Das eigentliche Ziel, über diesen Ansatz schließlich eine sogenannte „gegenstandsbezogene Theorie“ zu entwickeln, sollte im Rahmen dieser Studie jedoch nicht im strengen Sinne umgesetzt werden. Die Absicht war vielmehr, in dieser explorativen Studie zuerst einmal das Feld dieses weiten und komplexen Themenbereichs zu erkunden, wesentliche zentrale Elemente herauszuarbeiten, Forschung mit Relevanz für die Praxis durchzuführen und damit den Grundstein für weitere Forschung in diesem Gebiet zu legen.

2.2 Grundlegendes zum Forschungsstil Grounded Theory

Der Begriff „Grounded Theory“ kann am ehesten übersetzt werden als „Forschungsstil zur Erarbeitung von in empirischen Daten gegründeten Theorien“ (Strübing 2014). Empirische Daten sind hierbei Daten, die nach speziellen methodischen Kriterien gezielt gesammelt werden. In vorliegendem Fall sollten Aussagen von Hausärzten mittels Interviews erhoben werden und in einem kontinuierlichen Prozess des Vergleichens und Interpretierens in Ansätzen Theorien entwickelt werden.

Die Grundprinzipien der Grounded Theory werden in diesem Kapitel nach Strübing (Strübing 2014) kurz skizziert. Zu den wesentlichen Merkmalen der Grounded Theory gehören die zeitliche Parallelität sowie die funktionale Abhängigkeit der Prozesse. Es sollten in dieser Studie also nicht zuerst alle Interviews erhoben und anschließend ausgewertet werden, sondern Datenerhebung, Datenanalyse und Theoriebildung sollten parallel erfolgen und sich abwechseln. Das bereits

analysierte Material wird dabei im Verlauf wiederholt angeschaut und befragt im Sinne einer Zirkularität. Dieses Vorgehen soll die Bildung einer möglichst „dichten“ gegenstandsbezogenen Theorie ermöglichen. Diese enge Verflechtung bedeutet üblicherweise auch, dass die Entscheidung, welche Fälle (in vorliegendem Fall Interviewpartner) zur weiteren Datenerhebung eingeschlossen werden, immer wieder neu im Verlauf des Forschungsprozesses getroffen werden soll (sogenanntes „theoretical sampling“).

Zur Datenanalyse im Rahmen der Grounded Theory gehören verschiedene Elemente, von denen jedoch nicht unbedingt alle angewendet werden müssen und die auch nicht unbedingt sequenziell aufeinander folgen müssen: Offenes Kodieren, axiales Kodieren und selektives Kodieren (zur Auswertung siehe Kap. 3.5). Ein wichtiger Aspekt des Kodierens ist dabei der permanente Vergleich von bereits bestehendem mit neu erhobenem Material.

Der ständige Vergleich soll dabei in allen Phasen der Auswertung präsent sein, um dadurch im Laufe der Datenerhebung und Auswertung ein immer besseres Bild der untersuchten Phänomene zu erhalten. Vergleichen kann man dabei auf verschiedene Arten: Bestehendes Material kann untereinander verglichen werden, etwa die von den Hausärzten geschilderten unterschiedlichen Reaktionen auf therapeutisch unbestimmte Situationen oder ihre verschiedenen Motivationen, Therapien aus dem CAM-Spektrum in der Praxis anzuwenden. Diese Art des Vergleichs sollte in der vorliegenden Arbeit bevorzugt angewendet werden. Der Vergleich könnte aber auch eher abstrakt im Sinne eines „weithergeholten Vergleichs“ durchgeführt werden. Hierbei liegen die theoretischen Bezugspunkte außerhalb des erhobenen Materials. So könnte etwa die Situation einer Ärztin in der Praxis über einige Zwischenschritte und Ziehung von Parallelen mit einer Situation im Beachvolleyball verglichen werden (Wollny & Marx 2009). Auf Grund der deutlichen Abstraktheit sollte diese Vorgehensweise in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht angewandt werden.

Im Sinne einer „theoretischen Sensibilität“ setzt die Grounded Theory Hintergrundwissen über das Forschungsfeld voraus, damit im Rahmen der Analyse Rückgriffe darauf vorgenommen werden können. In vorliegendem Fall war dies v. a. das Wissen um die Besonderheiten der Allgemeinmedizin und die in der Einleitung genannten weiteren Hintergründe, zudem das Wissen um die Existenz verschiedener Strategien im Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen.

3 METHODIK

3.1 Studiendesign

Bei dieser Studie handelt es sich um eine qualitative Querschnittsstudie. In Einzelinterviews wurden 20 kassenärztlich tätige Hausärzte aus Bayern (Allgäu und Oberbayern) zum Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen und dabei speziell zum Einsatz von CAM befragt.

3.2 Ethik und Datenschutz

Das Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München entsprechend § 15 der Berufsordnung für Ärzte geprüft und zustimmend bewertet (Zeichen: 450/15s). Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig. Die Interviews wurden pseudonymisiert und relevante Abschnitte anonymisiert.

3.3 Auswahl und Rekrutierung der Teilnehmer

Es wäre für die Beantwortung der Forschungsfragen nicht sinnvoll gewesen, zu Beginn der Studie eine die Grundgesamtheit repräsentierende Stichprobe auszuwählen. Die Auswahl der Stichprobe orientierte sich dagegen am Erkenntnisinteresse im Rahmen dieser Studie. Dieses sogenannte „theoretical sampling“ ist ein Teil des Forschungsprozesses innerhalb der Grounded Theory. Im Sinne der zeitlichen Parallelität und funktionalen Abhängigkeit der Prozesse begann die Auswertung des Materials direkt mit Erhebung der ersten Daten (vgl. Kap. 3.5). Üblicherweise werden dann im Verlauf diejenigen Informanten ausgewählt, die zum Bisherigen weitere Aspekte hinzufügen oder dabei helfen können, Zusammenhänge und entstehende Theorien zu überprüfen. Im Rahmen dieser Studie wurden jedoch bereits im Vorfeld die im Folgenden angeführten Kriterien festgelegt, die von den Teilnehmern erfüllt werden sollten, und im Verlauf gering modifiziert. Die Reihenfolge der Interviews wurde auch von der jeweiligen zeitlichen Erreichbarkeit der Interviewpartner beeinflusst.

Einschlusskriterien

Facharzt für Allgemeinmedizin: Die Teilnehmer sollten Fachärzte für Allgemeinmedizin bzw. Praktische Ärzte sein, die seit mindestens zwei Jahren mit einer halben bis ganzen Stelle in einer Praxis mit Kassenzulassung hausärztlich tätig waren. Damit sollte gesichert werden, dass diese Ärzte bereits eine gewisse Erfahrung mitbringen und die speziellen Umstände einer allgemeinmedizinischen Kassenpraxis gut kennen. Ausgeschlossen wurden rein oder überwiegend

privatärztlich tätige Ärzte sowie hausärztlich tätige Internisten ohne zusätzlichen Facharzt für Allgemeinmedizin.

Mit Ausnahme eines Arztes, dessen Facharztprüfung erst ein halbes Jahr und damit kürzer zurücklag als hier definiert, wurden diese Kriterien konsequent umgesetzt.

Demografische Parameter: Um den möglichen Einfluss von Faktoren wie Geschlecht, Praxislage (Stadt, Kleinstadt/Markt, Dorf), Alter und Tätigkeit als Lehrarzt (Praxen als Ausbildungsstätten der Medizinischen Fakultäten der Universitäten) zu berücksichtigen, wurde diesbezüglich auf die Zusammenstellung einer heterogenen Gruppe geachtet.

Haltung gegenüber CAM: Als wichtiges Auswahlkriterium wurde der Umfang der Verwendung von CAM in der kassenärztlichen Praxis miteinbezogen. Dies geschah zum einen, um die Dynamiken zu untersuchen, welche die Anwendung oder Nichtanwendung von CAM beeinflussen. Zum anderen sollten Hinweise gefunden werden, wie Hausärzte ihren Alltag ohne die in Deutschland häufige Anwendung von CAM meistern. Daher wurde gezielt nach Ärzten gesucht, die diese Verfahren entweder selten bis nie, gelegentlich oder häufig einsetzen. Außerdem sollten die CAM-Anwender ein breites Spektrum an CAM-Therapien aufweisen. Dabei sollten insbesondere häufig angewandte CAM-Verfahren wie Phytotherapie, Naturheilverfahren, Homöopathie, Akupunktur, Manuelle Medizin und Anthroposophische Medizin vertreten sein.

Eine erste Einschätzung dieses Kriteriums konnte durch persönliche Informationen, die Informationen der Vermittler und die Informationen auf den meist vorhandenen Internetpräsenzen der jeweiligen Ärzte vorgenommen werden. Auf Vorab-Interviews für eine detaillierte Einschätzung zur Häufigkeit der Verwendung von CAM, Placebo oder unspezifischen Therapien wurde zugunsten eines aussagekräftigeren Spontanberichts in der tatsächlichen Interviewsituation verzichtet.

Äußere Bedingungen: Um die Interviews direkt in den Praxen durchführen zu können, wurden für eine gute Erreichbarkeit nur Ärzte aus Oberbayern und dem Allgäu ausgewählt. Auch ist die Teilnahme an einer Interviewstudie selbstverständlich immer vom Einverständnis des jeweiligen Interviewpartners abhängig, so dass nur diejenigen Ärzte in die Studie eingeschlossen werden konnten, die einer Teilnahme zustimmten.

Eine Übersicht über die Merkmale der Teilnehmer findet sich in Tab. 5 im Ergebnisteil (Kap. 4.1.1) sowie im Interviewverzeichnis (Kap. 9).

Entscheidungen im Verlauf der Interviewerhebung

Als bereits einige Interviews erhoben waren, wurde im Sinne des „theoretical Sampling“ entschieden, nur noch erfahrene Praxisinhaber einzuschließen. In zwei Interviews mit angestellten und weniger erfahrenen Ärzten gab es Hinweise, dass deren Relevanzen und Hintergründe unterschiedlich sein

könnten. Zur Untersuchung der Gruppe von weniger erfahrenen Ärzten wurde eine Folgestudie durchgeführt.²

Rekrutierung der Teilnehmer

Die Teilnehmer wurden durch zwei Vermittler (selbst erfahrene Allgemeinmediziner, einer davon auch Studienteilnehmer), direkte Anfrage bei Ärzten inner- und außerhalb des Lehrärztenetzes des Instituts für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Technischen Universität München sowie das Schneeballsystem (spontane Nennung weiterer potenzieller Interviewpartner durch interviewte Ärzte) identifiziert (Abb. 2).

Den potenziellen Teilnehmern wurde nach der ersten Kontaktaufnahme durch die vermittelnden Personen von der Verfasserin dieser Arbeit per E-Mail die Studieninformation zugeschickt (siehe Anhang, Kap. 10.1). Wenn sie nach dieser Vorinformation zu einer Teilnahme bereit waren, wurde daraufhin meist telefonisch der Interviewtermin vereinbart. Fragen, die von Seiten des Arztes im Vorfeld noch offen waren, wurden telefonisch geklärt.

Fast alle angefragten Teilnehmer waren zu einer Teilnahme bereit. Als Grund für eine Nichtteilnahme wurde z. B. eine momentan zu hohe Arbeitsbelastung genannt.

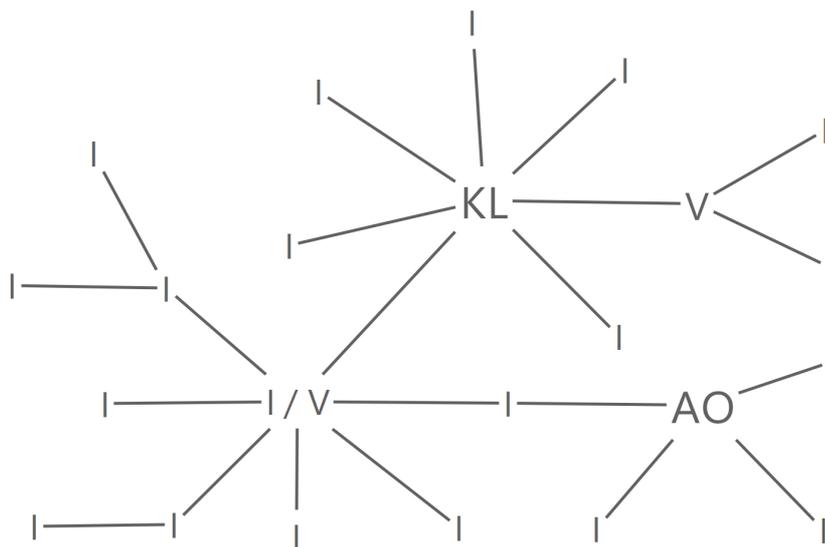


Abbildung 2: Rekrutierung der Interviewpartner

KL: Klaus Linde, AO: Agnes Ostermaier, V: Vermittler, I: Interviewpartner

² Dissertationsvorhaben Christina Huber, Institut für Allgemeinmedizin, Technische Universität München

Anzahl der Interviewpartner und theoretische Sättigung

Helfferrich weist darauf hin, dass bereits mit einem einzelnen Interview eine qualitative Einzelfallanalyse durchgeführt werden kann und die sinnvolle Stichprobengröße für eine hermeneutische Interpretation mit $n = 6$ beginnt (Helfferrich 2011). Der tatsächlich gewählte Stichprobenumfang soll dabei dem jeweiligen Forschungsgegenstand angemessen sein. Es wird dort jedoch auch erwähnt, dass sich meist die begrenzten Ressourcen (die auch bei der Durchführung einer solchen Studie durch nur einen Doktoranden vorherrschen) limitierend auf die Größe der Stichprobe auswirken.

Die in der Grounded Theory gewünschte theoretische Sättigung gilt dann als erreicht, wenn eine Theorie „satt“ ist, sich also keine neuen Erkenntnisse mehr hinzufügen lassen. Die Entscheidung über diesen Zeitpunkt ist schwierig. In vorliegender Studie konnte jedoch mit zunehmender Anzahl der Interviews festgestellt werden, dass eine erste Sättigung bezüglich der zentralen Themen eintrat, auch wenn dies noch nicht im Hinblick auf alle Bereiche gesagt werden kann. Somit kann die gewählte Stichprobengröße von $n = 20$ als für diesen Rahmen passend angesehen werden.

3.4 Interviews

Als Erhebungsinstrument wurde das Einzelinterview gewählt, da es einen konzentrierten Gesprächsrahmen und ein gutes Eingehen auf die für den Interviewpartner jeweils wichtigen Punkte ermöglicht.

3.4.1 Interviewleitfaden: Entwicklung und Pretest

Zur Vorbereitung der Interviews und der besseren Orientierung während des Interviews wurde ein Interviewleitfaden erstellt. In der Interviewsituation selbst sollte jedoch die Schwerpunktsetzung des Interviewpartners berücksichtigt und die Fragen dementsprechend angepasst werden, um die Gesprächssituation offen zu halten (Bortz & Döring 2002; Lamnek & Krell 2010).

Die Fragen des Interviewleitfadens entwickelten sich aus der unter 1.1.4 genannten Fragebogenstudie zur Verwendung von CAM, Placebos und unspezifischen Therapien in der hausärztlichen Praxis (Linde et al. 2015a und 2015b) und entsprechenden Überlegungen dazu. Die ursprüngliche Form des vorliegenden Leitfadens (Tab. 1) wurde im Rahmen eines Workshops zu qualitativen Interviewstudien³ besprochen. Im Sinne der für den Forschungsstil der Grounded

³ Workshop „Qualitative Sozialforschung in der Medizin am Beispiel von Interviewstudien“ mit Dr. rer. nat. Katja Kühlmeyer, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München.

Tabelle 1: Zentrale Themen des Leitfadens mit Folgefragen

<p>1. Bild der Praxis: <i>Gibt es Besonderheiten / Schwerpunkte in der Praxis? Was hat sich über die Jahre verändert?</i></p>
<p>2. Komplementärmedizinische Verfahren: <i>Welche Rolle spielen komplementärmedizinische Verfahren in Ihrer Praxis?</i></p> <p>Folgefragen bei Anwendung: <i>In welcher Situation und in welchem Ausmaß? Welchen Stellenwert haben sie? Erfolgt die Anwendung eher überzeugt oder wird eher von einer unspezifischen Wirkung ausgegangen? Woher kam die Offenheit für solche Verfahren? (Zeitpunkt, Vorbilder, Elternhaus etc.) Halten Sie eine kassenärztliche Praxis ohne Komplementärmedizin für möglich bzw. für sinnvoll?</i></p> <p>Folgefrage bei Nichtanwendung: <i>Wie wird mit Situationen umgegangen, in denen diese Verfahren typischerweise zur Anwendung kommen („therapeutisch unbestimmte Situationen“)?</i></p>
<p>3. Placebo / unspezifische Therapie: <i>Welche Rolle spielt Placebo in der Praxis? Wird manchmal eine Therapie ohne Glaube an die Wirkung eingesetzt?</i></p> <p>Folgefrage bei Anwendung: <i>Wann und warum?</i></p> <p>Folgefrage bei Nichtanwendung: <i>Wie gehen Sie mit Situationen um, in denen diese Verfahren typischerweise zur Anwendung kommen („therapeutisch unbestimmte Situationen“)?</i></p>
<p>4. Wissenschaftlichkeit und Konflikte: <i>Gibt es bei den jeweils gewählten Vorgehensweisen Konflikte mit wissenschaftlichen bzw. professionellen Idealen? Welche Rolle spielt Wissenschaftlichkeit für Ihre Praxis? Welche Rolle spielen Leitlinien?</i></p>
<p>5. Arztbild: <i>Wie würden Sie Ihr Arztbild beschreiben?</i></p>
<p>6. Abschluss: <i>Gibt es noch etwas, was Sie zu diesem großen Themenbereich gerne ergänzen würden?</i></p>
<p>Hilfsfragen: <i>Wie gehen Sie bei einer einfachen Erkältung vor? Was machen Sie bei Patienten mit einer chronischen Erkrankung, die bereits ausreichend behandelt sind, sich aber noch eine zusätzliche Therapie wünschen?</i></p>

Theory typischen zeitlichen Parallelität wurden die Fragen während der Erhebung jedoch mehrfach angepasst und ergänzt. Beispielsweise wurde die Frage nach der Offenheit für CAM sowie die Frage nach persönlichen Prägungen erst im Verlauf integriert. Außerdem veränderte sich im Verlauf die erzählgenerierende Einstiegsfrage.

Pretest

Um den Interviewleitfaden auf inhaltliche Stimmigkeit und praktische Umsetzbarkeit zu überprüfen, wurde ein erstes Interview im Sinne eines Pretests durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass mit der geplanten Vorgehensweise der gewünschte Einblick in das Feld gewonnen werden kann und eine Bereitschaft zum Erzählen über dieses Thema besteht. Da dieses erste Interview bereits wichtige Punkte beinhaltete, wurde es als regelrechtes Interview dem Pool der Interviews hinzugefügt. Im Rahmen des Pretests wurde auch deutlich, dass die durchzuführenden Interviews vor allem dann wertvolle Informationen liefern, wenn sie sehr offen geführt werden. Dies bestärkte in der Entscheidung, in den Interviews die Fragen des Leitfadens nur als grundsätzliche Orientierung zu verwenden.

3.4.2 Das problemzentrierte Interview

Es existieren verschiedene Arten von Interviews, die für jeweils unterschiedliche Forschungsintentionen eingesetzt und entsprechend modifiziert werden können. In vorliegender Studie fiel die Wahl auf das im Folgenden beschriebene problemzentrierte Interview, das sich bezüglich der Prozessorientierung und Offenheit sehr gut als Werkzeug im Rahmen der Grounded Theory eignet (Witzel 1985).

Die drei Grundsätze des problemzentrierten Interviews

Problemzentrierung: Als Ausgangspunkt soll von Seiten des Forschers eine Problemstellung konkretisiert werden, um die tatsächlichen Probleme der Interviewpartner systematisch erfassen zu können (Witzel 1985). So ist es nötig, als Forscher über die Rahmenbedingungen Bescheid zu wissen, innerhalb derer der Beforschte handelt und von denen er abhängig ist. Zudem ist ein Kenntnis über bereits bestehende Theorien zum Forschungsfeld erforderlich (ebd.). Im Falle der vorliegenden Studie handelt es sich dabei um Hintergrundwissen zum Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen, den Einsatz von CAM und den Besonderheiten in der allgemeinmedizinischen Praxis.

Wie bereits in Kap. 2.2 geschildert, besteht während des gesamten Forschungsprozesses eine Verschränkung aus bestehendem und zu ermittelndem Wissen (Witzel 1985). In diesem Zusammenhang sieht es Witzel als „fatalen Schluss, den Forscher als tabula-rasa zu betrachten“ (Witzel 1985, S. 231). Umfangreiche Vorkenntnisse über das interessierende Thema sind wichtig, um den relevanten Bereich so umfangreich wie möglich untersuchen zu können, in der Interviewsituation an den richtigen Stellen konkret nachfragen zu können und auch eventuelle Widersprüche in den Schilderungen aufzudecken (Witzel 1985). Der Forschende muss also auch im Sinne der theoretischen Sensibilität der Grounded Theory über theoretisches Hintergrundwissen

verfügen, sich in der Interviewsituation jedoch davon distanzieren können und sich ergebnisoffen in den Befragten hineinversetzen können. Das bedeutet auch, dem Befragten immer die Möglichkeit zu geben, gegen vielleicht implizit vorhandene Annahmen des Forschers die eigene Wahrnehmung und Problemsicht darzustellen.

Gegenstandsorientierung: Gegenstandsorientierung bedeutet, dass die gewählte Vorgehensweise einen geeigneten Zugang zu dem zu untersuchenden Gegenstand darstellen soll (Witzel 1985). So kann je nach Intention der Interviews etwa das narrative Element oder eine Dialogform betont werden.

Prozessorientierung: Ein wichtiges Element des problemzentrierten Interviews ist das auch im Rahmen der Grounded Theory wichtige Ineinandergreifen von Vorinformation, entstehender (Er)kenntnis bei gleichzeitiger Offenheit dem Forschungsgegenstand gegenüber (Witzel 1985). Sowohl bei Interviewer wie auch Interviewtem kommt es während des Interviews idealerweise zu einem Verstehensprozess. Durch Nachfragen kann der Interviewer neue Kenntnisse über das Thema gewinnen, während sich für den Interviewten die Möglichkeit ergibt, seine eigenen Denkweisen zu reflektieren.

Die vier Teilelemente des problemzentrierten Interviews

Die Erhebung der Interviews wurde nach den Vorgaben von Witzel (Witzel 1985) durchgeführt: Das Interview begann mit einem Kurzfragebogen, orientierte sich in den Grundzügen am Interviewleitfaden und wurde digital aufgezeichnet. Im Anschluss wurde ein kurzes Postskriptum verfasst.

Kurzfragebogen: Ein Kurzfragebogen vor dem Interview kann bereits die wesentlichen Daten abfragen, die für die Interviewführung und Teilnehmerübersicht zwar wichtig sind, deren Erfragen während des Gesprächs jedoch störend sein könnte. So wurden in dieser Studie vor dem Interview folgende Angaben erhoben: Alter, Zeitpunkt der Facharztprüfung für Allgemeinmedizin bzw. Zulassung zum Praktischen Arzt, Status Praxisinhaber oder Angestellter seit wann, Zusatzbezeichnungen, ggf. Innehaben weiterer Facharztstitel.

Interviewleitfaden: Der in Tab. 1 dargestellte Interviewleitfaden diente dazu, eine gute Organisation des Interviews zu ermöglichen, Vorwissen zu sortieren und eine Vergleichbarkeit bezüglich der Herangehensweise zu ermöglichen. Die konkrete Interviewsituation orientierte sich jedoch stärker am „Gesprächsfaden des Interviewten“ (Witzel 1985, S. 236) als am erarbeiteten Interviewleitfaden, so lange es sich um Themen handelte, die für die Beantwortung der Forschungsfragen relevant erschienen.

Aufzeichnung des Interviews: Die vollständige digitale Aufzeichnung des Interviews als Alternative zum Mitschreiben des Gesagten ermöglichte die volle Konzentration auf das Gespräch. Dadurch wurde auch möglich, anhand des Transkriptes beispielsweise Suggestivfragen zu identifizieren, so dass die darauffolgenden Antworten im Hinblick auf entsprechende Beeinflussungen untersucht und im Rahmen der Auswertung entsprechend behandelt werden konnten (Witzel 1985).

Postscriptum: Das Postscriptum ist dazu gedacht, den Interviewer nicht nur als Durchführenden anzusehen, sondern als aktiven Teil der Interviewsituation zu integrieren. Es entstand jeweils nach Abschluss des Interviews und war eine Möglichkeit, subjektive Einschätzungen und Gedanken zur Interviewsituation festzuhalten bzw. Notizen zum nicht aufgezeichneten Gespräch vor und nach dem Interview zu verfassen.

Kommunikationsstrategien im Rahmen der Interviews

Bei der Durchführung der Interviews wurden allgemeine und sowie spezielle Empfehlungen berücksichtigt:

Die Gesprächsführung soll unbeeinflussend und nondirektiv sein und dem Befragten Raum lassen für die Äußerung seiner persönlichen Sichtweisen (Merton & Kendall 1979). Der Befragte soll die Möglichkeit erhalten, den Themen selbst seine eigene Bedeutung zuzuschreiben. Unerwartetes soll im Gespräch Raum haben und aufgegriffen werden. Der Befragte kann damit auch die Richtung des Gesprächs beeinflussen. Persönliche Äußerungen und Positionierungen des Befragten sollen gefördert werden und damit das Gespräch von einem oberflächlichen auf ein tiefgründiges Niveau gebracht werden. Das kann geschehen, indem Interesse geäußert wird und z. B. direkt nach persönlichen Gefühlen in einer Situation gefragt wird oder indem Elemente des aktiven Zuhörens (z. B. Paraphrasieren und Rückversicherung) eingesetzt werden (ebd.).

Diese grundsätzlichen Empfehlungen können ergänzt werden um die von Witzel beschriebenen vier zentralen Strategien der Kommunikation im Rahmen von problemzentrierten Interviews (Witzel 1985). Die Umsetzung dieser Strategien in der vorliegenden Studie soll hier anhand von Ausschnitten aus den erhobenen Interviews dargestellt werden. Alle Strategien dienen dazu, den jeweiligen Interviewpartner zum Erzählen und Hinterfragen seiner Denk- und Handlungsweise anzuregen und dabei wertvolles Material zu sammeln.

Gesprächseinstieg: Der Gesprächseinstieg sollte weitgehend offen für verschiedene Erzählrichtungen innerhalb des Forschungsthemas sein. Die darauf folgende inhaltliche Abfolge der Themen und die einzelnen Gliederungspunkte durften weitgehend vom Befragten selbst bestimmt und entwickelt werden. Aus diesem Grund wurde eine sehr offene kombinierte Frage an den Beginn gestellt, welche individuelle Relevanzen innerhalb des vorgegebenen Rahmens ermöglichen sollte (Witzel 1985):

O *Ich würde Sie gerne zu Beginn bitten, dass Sie mir ein bisschen was über Ihre tägliche Praxisarbeit erzählen, damit ich mir ein Bild machen kann: Wie gehen Sie vor, was sind Ihre Erfahrungen mit den Patienten, gibt es vielleicht irgendwelche Besonderheiten, Schwerpunkte? (17 - w, 41-50, < 10 J, Inh.: 2 - 5) ⁴*

Allgemeine Sondierung: Im Rahmen der allgemeinen Sondierung geht es zuerst einmal darum, Sachverhalte zu spezifizieren und Zusammenhänge darzustellen. Dazu ist die Aufforderung hilfreich, Beispiele zu nennen und sie detailliert beschreiben zu lassen.

O *Wie ist es dann zum Beispiel mit so einer einfachen Erkältung, wie gehen Sie damit um?*

X *Da ist der erste Schritt, der allererste Schritt, weil man da als Patient und Arzt immer anderer Meinung ist, Antibiotikum oder nicht. (06 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 176 - 179)*

Spezifische Sondierung: Ziel der spezifischen Sondierung ist es, die Erzählungen des Befragten im Detail besser zu verstehen und vielleicht sogar einer ersten Vorinterpretation zuzuführen (Witzel 1985). Dies kann über verschiedene Mittel geschehen: Zurückspiegelung, Verständnisfrage und Konfrontation.

Zurückspiegelung: Das Zurückspiegeln von Gesagtem drückt einerseits Interesse und Mitdenken von Seiten des Interviewers aus, andererseits bietet es dem Befragten auch die Möglichkeit, seinen Standpunkt zu präzisieren und bei Bedarf zu ergänzen oder zu korrigieren (Witzel 1985).

O *Verstehe ich Sie richtig, dass Sie sagen, es ist für mich auch eine Möglichkeit, noch andere Medikamente zu vermeiden, ein zusätzliches Medikament bei jemandem, der schon einige einnimmt?*

X *Genau, ja, also es ist ja vom inneren Gefühl her tatsächlich immer angenehmer, statt jetzt dem siebten schulmedizinischen Präparat mit möglichen Interaktionen dann irgendwie halt etwas Pflanzliches zu geben [...] (13 - m, 41-50, < 10 J, Inh.: 117 - 122)*

Sparsam eingesetzt eignet sich das Zurückspiegeln auch dazu, das Gespräch im Fluss zu halten und zum weiteren Erzählen anzuregen.

X *[...] Ich bin froh, dass wir das nicht mehr machen müssen.*

O *Ja, weil da kommt man dann doch innerlich ein bisschen in Schwierigkeiten.*

⁴ O = Ostermaier (Interviewer), X = Interviewpartner. Erläuterung des Kodierschlüssels siehe Kap. 4.1.1.

X *Ja. Vor allem, wenn man gar nicht überschauen kann, was bringt denn das für einen Vorteil, wenn man das i. m. spritzt. (06 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 357 - 361)*

Verständnisfrage: Verständnisfragen dienen der direkten Klärung von Sachverhalten.

O *Das heißt, Sie haben begonnen mit Homöopathie/Komplementärmedizin durch Ihre Vorgängerin, verstehe ich das richtig?*

X *Die Weiterbildung Naturheilkunde hatte ich vorher gemacht, die hatte ich eigentlich schon immer [...] (03 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 24 - 27)*

Konfrontation: Den Gesprächspartner mit Widersprüchen zu konfrontieren setzt ein gutes Gedächtnis für das bereits Gesagte sowie eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre voraus. Das Ansprechen solcher Widersprüche kann jedoch wichtige Beiträge zum Verständnis der Realität des Befragten liefern oder auch auf existierende und nicht aufzuhebende Diskrepanzen hinweisen (Witzel 1985).

O *Diese Konflikte, woher kamen die dann, also auf was hat sich das bezogen, weil so wie ich Sie verstehe sagen Sie, von der Wirkung her ist es eigentlich optimal, die Wirkung hätte Sie eigentlich überzeugen können (X lacht). Wo waren dann die Punkte, die Sie gar nicht vertreten konnten?*

X *Ja, ich glaube, das ist wirklich so etwas, das hat etwas ganz ganz Basales mit eigener, mit dem Erkenntnisboden zu tun oder sowas, auf dem man sich bewegt. Also wie die Erkenntnis, dass die Erde rund ist und keine Scheibe. Ich bin mit einem naturwissenschaftlichen Gedankengebäude groß geworden und da ist das letzten Endes nicht nachvollziehbar. (13 - m, 41-50, < 10 J, Inh.: 205 - 213)*

Ad-hoc-Fragen: Während eines Interviews, bei dem der Forscher dem Befragten in seinem Gedankengang folgen möchte und dennoch Themen präzisieren will, ist der Interviewer immer wieder auf „ad-hoc-Strategien“ angewiesen (Witzel 1985). Es handelt sich hierbei um Fragen, die thematisch über den Leitfaden hinausgehen, jedoch wichtig zum Verständnis des gerade Geschilderten sind. In den Antworten auf solche Fragen können sich auch neue Aspekte des zu untersuchenden Themas zeigen, die dann in weiteren Interviews überprüft und erweitert werden können.

3.4.3 Erhebung der Interviews

Die Erhebung der Interviews erfolgte von Juli 2015 bis Dezember 2016 parallel zur frühen Phase der Auswertung.

Das erste Pretestinterview erfolgte durch Klaus Linde und Niklas Barth unter Anwesenheit der Verfasserin dieser Arbeit. Alle weiteren 19 Interviews wurden von der Verfasserin alleine durchgeführt. Dabei war ihr nur einer der Interviewteilnehmer im Vorfeld persönlich bekannt.

Für den Ablauf von Interviews im Rahmen der qualitativen Forschung gibt es typische Arbeitsschritte (Bortz & Döring 2002), die wie folgt umgesetzt wurden:

1. Inhaltliche Vorbereitung

Zuerst wurden das Befragungsthema und die zu befragenden Teilnehmer wie oben beschrieben definiert. Das problemzentrierte Interview wurde als die zu diesem Forschungsanliegen passende Befragungsform gewählt, da dadurch ein offener Zugang zur Erlebniswelt der Interviewpartner ermöglicht werden kann (Witzel 1985). Die Erstellung des Interviewleitfadens sollte helfen, trotz der Offenheit des Gesprächs einen Fokus auf die relevanten Themen zu ermöglichen und das Interview besser vorbereiten zu können. Der Interviewleitfaden wurde in einem ersten Interview erprobt (Pretest, vgl. Kap. 3.4.1). Im Verlauf wurde im Sinne der Grounded Theory eine Anpassung der jeweils interessierenden Fragen vorgenommen.

2. Organisatorische Vorbereitung

Die erste Kontaktaufnahme der Verfasserin dieser Arbeit mit den wie in Kap. 3.3 dargestellt ausgewählten Ärzten erfolgte meist per E-Mail. Die Ärzte erhielten die Studieninformation und bei positiver Rückmeldung wurde in der Regel telefonisch ein Termin vereinbart. Als Zeitrahmen für das Interview wurden 60 bis maximal 90 Minuten angegeben. Vor dem jeweiligen Gesprächstermin wurde das benötigte Material wie Aufnahmegerät, Teilnahmeerklärung etc. zurechtgelegt.

3. Gesprächsbeginn

Die Interviews fanden meist in den Praxisräumen des jeweiligen Arztes statt. Als Zeitpunkt wurde dabei oft die Mittagszeit gewählt, um eine möglichst ungestörte Durchführung zu gewährleisten. Zu Beginn wurde nach Begrüßung und Vorstellung auf die Freiwilligkeit der Befragung und den Datenschutz hingewiesen, ggf. offene Fragen geklärt und um Unterschreiben von Teilnahmevereinbarung und Datenschutzerklärung (siehe Anhang, Kap. 10.2) gebeten. Auf die Audioaufnahme wurde hingewiesen und der Zeitrahmen für das Gespräch abgesprochen.

Vor Beginn des Interviews wurden die in Kap. 3.4.2 genannten Angaben erhoben (Kurzfragebogen).

4. Durchführung und Aufzeichnung des Interviews

Die Interviews begannen mit einer offenen erzählgenerierenden Einstiegsfrage. In den ersten Interviews diente dazu die Darstellung der Unterschiede zwischen den Patienten in der Universitätsklinik mit oft sehr speziellen Erkrankungen und den Patienten in der Hausarztpraxis (vgl. Kap. 1.1.2) und es wurde zum Erzählen über die persönliche Wahrnehmung und die eigenen Erfahrungen mit dieser Situation angeregt. Im Verlauf wurde zum Einstieg zum Erzählen über die Besonderheiten und Schwerpunkte der eigenen Praxis eingeladen (vgl. Kap. 3.4.1).

Abhängig von den Äußerungen des jeweiligen Interviewpartners entwickelten sich die Gespräche unterschiedlich. Die Absicht war, die Ärzte zum Erzählen über das Forschungsthema anzuregen, im Gespräch die persönliche Perspektive sowie Denk- und Handlungsweisen möglichst gut zu erfassen und dem Interviewpartner in seinen subjektiven Sinnzusammenhängen zu folgen. Die Ärzte sollten die Möglichkeit haben, Probleme und Herausforderungen im täglichen Praxisalltag darzustellen und damit auch neue Aspekte zum Thema beizutragen. Die tatsächlich gestellten Fragen orientierten sich an der Erzählung der Interviewten, sodass sich ein relativ offenes Gespräch ergab mit Setzung persönlicher Relevanzen durch den Interviewpartner. Auf diese Art war der Forschungsprozess offen für Unerwartetes und Neues. Dennoch sollte der Bezug zu den zentralen Themen bestehen bleiben, die im Interviewleitfaden (Tab. 1) dargestellt sind. Daher wurde immer wieder auf zentrale Fragen zurückgegriffen, während gleichzeitig der Rahmen möglichst offen gehalten wurde.

Noch unklare als wichtig erscheinende Punkte wurden mit Hilfe von Nachfragen konkretisiert und genauer hinterfragt. Ebenso wurde versucht, mehr über die persönlichen Haltungen und Einstellungen des Interviewten zu erfahren, um das von ihm beschriebene Handeln bestmöglich zu verstehen. Beispiele der angewandten Kommunikationsstrategien wurden bereits dargestellt (Kap. 3.4.2).

Auf Grund dieses Vorgehens waren die Interviews gekennzeichnet von sehr individuellen Gesprächsverläufen, da etwa die Anwendung von CAM andere Fragen und Themenbereiche nach sich zog wie die Nichtanwendung derselben. Ebenso musste z. B. auf die unterschiedlich flüssige Art zu Erzählen Rücksicht genommen werden, was in den verschiedenen Interviews mehr oder weniger intensives Nachfragen erforderte. Die interviewten Ärzte berichteten dabei in der Regel sehr offen über ihre Vorgehensweisen, Einstellungen und Erfahrungen.

Die Dauer eines Interviews betrug im Schnitt 52 Minuten (Details siehe Interviewverzeichnis, Kap. 9). Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet.

5. Gesprächsende und Verabschiedung

Zum Abschluss des Gesprächs wurde nach Themen gefragt, die der Interviewte gerne noch hinzufügen möchte, sowie Raum für Fragen und Rückmeldungen gegeben. Einige Ärzte äußerten an dieser Stelle, dass sie diese Themen im Rahmen des Gesprächs erstmals reflektieren konnten (vgl. Kap. 4.1.4).

Den Ärzten wurde angeboten, sie über die Ergebnisse der Studie zu informieren, und für die Teilnahme gedankt.

6. Gesprächsnotizen

Im Anschluss an die Interviews wurden Notizen (Postscriptum, siehe Kap. 3.4.2) verfasst. Diese beinhalteten neben objektiven Daten wie Uhrzeit und Datum auch subjektive Eindrücke wie beispielsweise die Gesprächsatmosphäre.

3.4.4 Transkription der Interviews

Transkribieren bezeichnet das Überführen von in vorliegendem Fall Tondokumenten in eine schriftliche Form. Dies ist ein wesentlicher und zeitintensiver Schritt, der im Anschluss erlaubt, mit den erhobenen Daten die eigentliche Analyse durchzuführen. Dabei muss man sich damit auseinandersetzen, dass gesprochene Sprache im Vergleich zu geschriebener Sprache Unterschiede aufweist. Diese Unterschiede kann man unterschiedlich stark betonen und hervorheben und den Schwerpunkt legen auf eine möglichst detaillierte Wiedergabe des Gesagten oder eine gute Lesbarkeit. Es ist daher sinnvoll, die Transkriptionsregeln dem jeweiligen Erkenntnisinteresse anzupassen (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008).

Die erhobenen Interviews wurden zeitnah zum Interviewtermin durch die Verfasserin dieser Arbeit transkribiert. Die Transkription orientierte sich dabei an allgemeinen Transkriptionsregeln (Kuckartz et al. 2008). Es wurde Wert gelegt auf eine wortwörtliche Wiedergabe ohne eine grundsätzliche Bereinigung oder Verbesserung des Gesagten. Parasprachliche Phänomene wie Lachen wurden im entstehenden Dokument in Klammern notiert. Details wie Intonation oder die Länge eventuell auftretender Pausen wurden nur dann verschriftlicht, wenn sie besonders deutlich hervortraten und von einer Relevanz für das Verständnis des Gesagten auszugehen war.

In den Transkripten selbst wurde mit jedem Wechsel des Sprechers eine neue Zeile begonnen, in der zuerst der Sprecher mit Großbuchstaben gekennzeichnet wurde. Der Text wurde zeilenweise durchnummeriert, um das Zitieren einzelner Passagen zu erleichtern.

Die Transkripte wurden nach der Erstellung nochmals anhand der Audiodateien überprüft. Die Interviews wurden in Hinblick auf Namen und Orte anonymisiert (Tab. 2) und mit einem Pseudonym (Ziffer) versehen. Die Audiodokumente wurden entsprechend der Teilnahmevereinbarung gelöscht.

Tabelle 2: Prinzip der Anonymisierung im Rahmen der Transkription

Anonymisierung incl. Abkürzungen / Einfügungen in den Zitaten	
[...]	Auslassung
(die) / (der) / ...	Einfügung
(lacht)	Lachen
A / B / C / ...	Anonymisierung Name / Ort

3.5 Auswertung der Interviews

Die sehr umfangreiche Interviewsammlung könnte zu Beginn sinnbildlich als noch geschlossene Oberfläche gesehen werden, die erst mittels genauem Betrachten und Hinterfragen sowie durch Vergleiche untereinander bearbeitet werden musste. Die Interviews wurden daher immer wieder gelesen und aus einer gewissen Distanz heraus wiederholt neu hinterfragt, um das Gesagte besser zu verstehen und im Sinne des eher interpretativen Stils der Grounded Theory sozusagen auch „zwischen den Zeilen zu lesen“.

Die Auswertung erfolgte zum größten Teil auf dem Papier. Teilweise kam auch das Computerprogramm MAXQDA 12 zum Einsatz. MAXQDA ist ein Programm, das für professionelle sozialwissenschaftlich orientierte Datenanalyse (MAXQDA) entwickelt wurde. Die Software wurde in vorliegender Studie v. a. dafür verwendet, die Interviews zu kodieren, Wichtiges optisch hervorzuheben und Memos hinzuzufügen.

3.5.1 Der ständige Vergleich

Der ständige Vergleich (vgl. Kap. 2.2) war wesentliches Handwerkszeug in der Analyse der erhobenen Interviews. Am Beginn der Auswertung stand die Schärfung des Konzepts der therapeutisch unbestimmten Situation mittels der Frage, welches Problem gelöst werden soll durch das von den Ärzten beschriebene Handeln und welche Funktion das Handeln somit erfüllt (Luhmann 1974). Fragen beim Lesen waren daher: „Was wurde wie gemacht? Wie wurde auf was reagiert? Warum wurde diese Entscheidung so getroffen?“

Durch das Vergleichen der Unterschiede und Ähnlichkeiten in den Schilderungen der Interviewpartner konnten die Hintergründe der therapeutisch unbestimmten Situation besser verstanden werden. Verschiedene Umgangsweisen damit konnten herausgearbeitet und durch Vergleichen und Hinterfragen auf einer Metaebene hinsichtlich ihrer Bedingungen betrachtet werden.

3.5.2 Offenes und axiales Kodieren

Im Rahmen des sogenannten „offenen Kodierens“ entstanden viele Codes, die zuerst noch nicht nach Relevanz geordnet und untereinander nicht verbunden waren. Das Ziel war zunächst einmal, möglichst viele unterschiedliche Sichtweisen zu erfassen. Die Codes bestanden in der Regel aus längeren Zitaten, die sich mit einem Thema bzw. oft auch mehreren Sachverhalten befassten. Es wurden in dieser Studie absichtlich längere Passagen gewählt, um die Aussagen weitgehend in ihrem Sinnzusammenhang zu belassen. Die Codes wurden in den ausgedruckten Interviews markiert und mit Stichworten bzw. kurzen Sätzen benannt.

Beim „axialen Kodieren“ wurden diejenigen Phänomene genauer untersucht, die für die Beantwortung der Forschungsfragen als relevant erschienen. Das bedeutet, dass nicht alle Aussagen in den Interviews weiter ausgewertet wurden, sondern nur solche von Relevanz.

Tab. 3 zeigt das Inhaltsverzeichnis einer 100 Seiten umfassenden Zusammenstellung von Codes, die in der frühen Phase der Auswertung (September 2016) entstand. Der jeweilige Hauptaspekt der Zitate wurde unter der darin aufgeführten genannten kurzen Überschrift zusammengefasst. In den Zitaten selbst wurden zusätzliche wichtige Aspekte mit Fettdruck hervorgehoben. Die Codes sind in der gezeigten Übersicht bereits im Sinne von Kategorien zusammengefasst und wurden im Verlauf nochmals neu geordnet und weiter differenziert.

Der Kodierprozess kann somit am ehesten als offener oder fließender Prozess beschrieben werden, der sich den jeweils aktuellen Bedürfnissen und Fragen anpasste und auch interpretative Elemente enthielt. Vergleichen, Kodieren, Analysieren und Interpretieren geschahen in einem zyklischen Wechsel bzw. parallel und wurden ergänzt durch das Aufschreiben und Ausformulieren von Gedanken in Bezug auf das Material, sogenannten „theoretischen Memos“.

Zur Vermeidung von Redundanzen und aus Platzgründen werden die umfangreichen Codes in diesem Kapitel nicht alle aufgeführt. Die in Kap. 4 angeführten Zitate stellen einen Teil der Codes dar und können dort nachgelesen werden.

3.5.3 Entwicklung von Kategorien

Während bei anderen Methoden der qualitativen Forschung wie der Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2010) oft bereits existierende Kategoriensysteme auf die erhobenen Daten angewendet werden, gehört die Entwicklung eines Kategoriensystems bei der Vorgehensweise der Grounded Theory zum Auswertungsprozess. Die Möglichkeit, während der Erhebung der Daten grundlegende neue Erkenntnisse zu gewinnen, soll nicht durch die Existenz eines bereits bestehenden Kategoriensystems geschmälert werden (Glaser & Strauss 1967; Blumer 1972).

Im Prozess von wiederholtem Lesen, Vergleichen und Hinterfragen verdichteten sich die relevanten Themen. Die einzelnen Phänomene bekamen Gestalt und konnten, wie im Ergebnisteil dargestellt, nachvollzogen werden im Hinblick auf ihre Ursache, den Kontext, die intervenierenden Bedingungen, die sich ergebenden Handlungen und Strategien sowie Konsequenzen (Kodierparadigma, Strauss & Corbin 1996). Somit entstanden zusammenhängende Modelle, die als erste Hypothesen angesehen werden können. Die entstandenen Hypothesen wurden jeweils in den nächsten Interviews überprüft und wieder verglichen, ggf. abgewandelt und erweitert.

Abb. 3 und 4 (Bestandteile einer Präsentation der Zwischenergebnisse am Tag der Allgemeinmedizin der TUM im Februar 2017) zeigen den Versuch, die relevanten Themen in eine zusammenhängende Geschichte bzw. eine grafische Form zu bringen. Für jede Forschungsfrage konnte außerdem ein zentrales Thema benannt werden (Tab. 4).

Die im Ergebnisteil (Kap. 4) gewählten Hauptüberschriften entsprechen weitgehend den Kategorien, die im Rahmen der Auswertung entstanden. So wurde z. B. erst während des Auswertungsprozesses klar, welchen Stellenwert die individuelle Wahrnehmung der therapeutisch unbestimmten Situation hat (vgl. Kap. 4.2) und welche grundsätzlichen Dynamiken man zum Verständnis der verschiedenen Strategien berücksichtigen muss (vgl. Kap. 4.4).

Der für die Grounded Theory übliche zyklische Prozess zur Generierung von gegenstandsbezogenen Theorien muss auf Grund der Komplexität des Themas und der benötigten zeitlichen und personellen Ressourcen als noch nicht abgeschlossen betrachtet werden. Zwar wurden bereits einige Zyklen der Analyse durchlaufen, jedoch kann und will diese Arbeit keine feststehenden fertigen Theorien präsentieren. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf einer praxis- und lebensnahen Darstellung der wichtigsten Erkenntnisse.

Tabelle 3: Zusammenstellung Kategorien und Zitate

Frühe Auswertungsphase, September 2016

Anforderungen in der Allgemeinmedizin

Das Gelernte reicht nicht; Neudefinition von Krankheit und Leid

Auch Befindlichkeitsstörungen erzeugen Leid; man geht einen Weg zusammen
Das Gelernte reicht nicht
Mein ganzes medizinisches Wissen war zunächst hier
Zufriedenheit erzeugen müssen
Du musst dem etwas geben, der schreit nach Hilfe
Am Anfang kein CAM, ich kannte die Patienten nicht
Es ist wichtig, dass man sich in der Praxis ein Profil erarbeitet
Man braucht CAM, wenn man die breite Masse bedienen will
Man muss die Nachfrage bedienen können
Psychotherapeutische Ausbildung reicht nicht
Der Mensch ist zu komplex, als dass man das nach der Uni wüsste

Patientenselektion

Jeder Arzt hat die Patienten, die er verdient
Hier ist es wie zu Hause
Kein Arzt muss die ganze Palette abdecken, es gibt genug Kollegen
Bewusste Selektion: Wir wollen dieses Patientengut nicht noch mehr in der Praxis haben
Der Patient soll sich anpassen: Wer das nicht akzeptiert, kann sich überlegen, ob er wiederkommt
Der Arzt muss sich anpassen: Ich muss die Gegebenheiten sehen, die hier herrschen
Treffen sich die Erwartungen des Patienten mit den Empfehlungen des Arztes?
Bsp.: Viele junge und kritische Patienten → CAM
Bsp.: Wenig multimorbide chronisch kranke Patienten → CAM
Diese Patienten sind dann eben bei mir
Vertretung: Dann ist der Patient sauer auf mich
Die wissen, ich mache noch etwas anderes

Basis der Tätigkeit ist die konventionelle Medizin

Der Kern sollte „Schulmedizin“ sein
Ich bin ja auch „Schulmediziner“
Leitlinien: Da kann man sich sinnvoll entlang hangeln
Voraussetzung für CAM: Vernünftig „Schulmedizin“ anwenden können
Das soll ja keine andere Therapie ersetzen
Es darf kein Schaden entstehen
Grenzen wahrnehmen und respektieren
Am leichtesten ist der klare Fall; häufig gibt es nichts Passendes
Kein CAM bei eindeutigen „schulmedizinischen“ Lösungen
CAM nur zur Symptomlinderung; das ist für die banalen Sachen
Kein CAM in der Notfallversorgung
Notfallsprechstunde: Die haben gar nicht diesen Wunsch an mich

Empfundene Notwendigkeiten und Strategien: Warum ausgerechnet CAM? Warum mehr machen als die konventionelle Medizin zu bieten hat?

Gefühlte Zuständigkeitsbereiche

Man kann sich nicht wegducken: Verantwortung übernehmen für die Gesundheit des Patienten
Der Patient soll nicht an unkritische Stellen abwandern
Selber mitbestimmen, was der Patient tut
Damit sie das machen, was ich für vertretbar halte
Ich kann Ihnen nichts empfehlen
Ich will den Patienten nicht unnötig weiterschicken

*Wir müssen die Grenzen mehr heranziehen
Wenn ich an eine Grenze stoße, muss ich das weitergeben
Individuelles Vorgehen: Hat der die Frage nach dieser Medizin?
Auch gesunden Patienten muss man helfen
Der Wunsch, Arzneimittelinteraktionen zu vermeiden
Lieber weniger Medikamente; günstiger für den Patienten
Abhängig machende Medikamente vermeiden
Ich habe nicht den Bedarf, dass ich mehr geben muss, als wir bieten können*

Praxisalltag: Druck, Forderungen und Grenzen

*Wirtschaften und schnell Entscheidungen treffen
Es gibt Wichtigeres mit dem Patienten zu diskutieren
Hoher Druck; Du weißt, du kannst dem eh nicht helfen
Die Leute sind so ungeduldig
Die Patienten wollen noch irgendwas haben
Zu wenig Evidenz, was man machen soll, aber die Leute wollen ein Rezept
Die Patienten sind darauf fixiert; Patienten bestehen darauf und sind dann so glücklich
CAM von Patienten bevorzugt, bei Bedarf kurzfristige Kontrollen
Manche möchten etwas mitnehmen
Zeit überbrücken, bis eine andere Therapie wirkt
CAM erhöht die Akzeptanz schulmedizinischer Medikamente
Irgend einen Zettel braucht der Mensch schon
Manchmal reicht Reden auch schon
Wunsch nach Antibiotika: Ich erkläre ihm, was er da von mir verlangt
Diese chronisch Kranken wollen das gar nicht so haben
Was soll ich da sonst anbieten; zu wenig Evidenz
Problem der Praxis: Bei häufigen Erkrankungen gibt es wenig Evidenz
Es gibt Menschen, die brauchen etwas Stoffliches
Was soll ich da anderes anbieten
Die brauchen nicht unbedingt eine Therapie, aber der Wunsch ist da
Symptomatische Therapie ja, aber Pflanzlich ist ja nicht gleich besser
Der will ja einen Rat, etwas Materielles, etwas zum daran glauben
Man wird dem Patienten sonst oft nicht gerecht
Bei Befindlichkeitsstörungen, wo es sonst nichts gibt; Antibiotika vermeiden
Zuerst symptomatische Therapie mit CAM, dann ggf. Antibiotika
Manchmal sogar das bessere Handwerkszeug
Schnelle und unschädliche Lösung
Gerne multimodale Therapie
Das ist ja die Evidenz, die ich haben möchte*

CAM im Bereich Psychosomatik

*Manchmal kann man die Leute davon überzeugen
Abklären, weiterschicken, CAM nur vorübergehend als Krücke
Angstpatienten: Psychopharmaka sind keine Alternative
Zu wenig gute Psychotherapeuten für die Weiterbehandlung
Psychosomatische Grundversorgung: mehr ist nicht mein Gebiet*

Begleitung, Bindung, Passung

*Grenzen bei schweren Pathologien: CAM für eine menschenwürdige Begleitung
Die Begleitung ist das Hauptding – Verbesserung der Adhärenz
Dass man in dem finsternen Tal eine Leuchte aufstellt
Es geht nicht um den Wirkstoff, sondern um Bindung
Ich kann damit die Realität der Patienten besser erkennen
Mitreten können erzeugt deutlich höhere Kompetenz
Oft ist kein fassbarer Befund da, der Patient fühlt sich aber schlecht*

Finanzielle Aspekte

Kein IGeL: Ich bin überzeugt davon und mache das dann einfach

*Hauptsächlich CAM in der normalen Kassenmedizin
CAM ist nicht automatisch ein Wirtschaftsfaktor
Infusionen und Aufbauspritzen als Wirtschaftsfaktor
Wir sind ein Dienstleistungsgewerbe inzwischen; kann ich dahinter stehen?*

Legitimierung der Vorgehensweise und potenzielle Konflikte

Reines Placebo wäre ein Konflikt

*Lieber Homöopathie als ein Placebo
Homöopathie, um Placebo zu vermeiden
Dem Wunsch nach Antibiotikum nachgeben, weil Homöopathie kann ich nicht
Typischerweise eher in der Klinik reines Placebo
Reines Placebo ist in der Praxis konfliktbeladen, wenn Entscheidung andere treffen ist es ok
Das war nicht authentisch
Das wäre unehrlich
Placebo: Trotz guter Erfahrung kein Wiederholungswunsch
Das verkaufe ich auch in meinen Worten als gutes Medikament
Festgefahrene Einzelfälle: Man kann nicht immer Kortison spritzen
Placebo ist was ganz Wichtiges, ich sage es nur nicht dazu
Es wirkt tiefer, wenn ich als Arzt tätig bin
Das Gespräch wird unterschätzt; unarzneiliche Globuli als Placebo
So lange ein Wirkstoff drin ist, ist es ok
Überlegungen: Placebogabe, um etwas Gutes zu tun? Hoher Anspruch der Patienten
Ich finde vieles nachvollziehbar; auch Placebo ist eine Therapie
Bei CAM hoffe ich nicht auf den Placeboeffekt
Kompromiss: Ich mache das, damit der Patient zufrieden ist; es wird schon nicht schaden
Aspekt des Medizinerdaseins: Patient ablenken, bis er wieder gesund ist
Es ist sinnvoll, ein gutes Placebo zu haben; Leute bei Laune halten
Schwierigkeiten der Grenzziehung: Das ist meine interne Bewertung. Erwartung und Empfänglichkeit des Patienten
Schwierigkeiten Placebo und Verum zu differenzieren*

Der Effekt zählt: Handlungsfähig bleiben und Ergebnisse erzielen

*Der Endpunkt: Das Therapieziel erreichen
Plan und Ziel legitimieren das Vorgehen
Entscheidend ist die Wirkung, nicht der Mechanismus
Wenn das da funktioniert, wo es funktionieren soll, reicht mir das. Ich brauche den Nachweis nicht
Mir reicht das, was ich aus meiner Kompetenz heraus sehe
Ich schreibe das auf, wovon ich einen Nutzen erwarte; was genau wirkt, weiß ich nicht
Verblüffende Reaktionen: Da muss doch was dran sein
Die Forschung ist da noch etwas unterbelichtet; die Wissenschaft vergisst den Einzelfall
Manches lässt sich einfach noch nicht erklären
Überzeugendes Feedback; eigenes Erklärungsmodell
Anlehnung an Wissenschaftlichkeit: Gesicherte Monografie
Gemeinsam die Datenlage diskutieren; nicht schaden
Eigentlich müsste man besser aufklären, aber es fehlen Zeit und Verständnis bei Patienten
Der Patient muss gut beraten sein
Es muss vertretbar sein und darf nicht schaden
Ethische Frage ist immer erst mal, dass man nicht schadet
Man kann nicht sicher sein, dass etwas nicht schadet*

Homöopathie und die Frage nach der Wirkung des Gesprächs

*Das ist ein sehr gutes Zuhören, ein guter Zugang zum Patienten
Das Zuhören wird unterschätzt
Jedes Gespräch wirkt, aber Homöopathie wirkt auch ohne Gespräch
Die Faszination, den Menschen erfassen zu können
Vielleicht mache ich irgendwann so tolle Gesprächstherapie, dass ich auch kein Antidepressivum mehr verschreiben muss*

*Man kann auch mit kürzeren Gesprächen weiterkommen
Wenn es dem Patienten gut geht, ist das für mich in Ordnung
Die eigentliche Magie ist glaube ich das Gespräch; dem Patienten helfen und keinesfalls schaden; Grenze ziehen zum Gewinn*

Abwartendes Offenlassen; weniger verschreiben

*Hat der Patient das Potential, das alleine zu schaffen?
Der Patient ist nicht schwer krank, nur weil er zum Arzt kommt
Nicht gleich die Klaviatur einer Poliklinik auffahren; Patient wahrnehmen; Grundvertrauen haben
Ich warte inzwischen lieber ab
Immer weniger Angst, etwas zu übersehen
Mit immer weniger stofflichen Sachen und Messer umgehen
Patient Einhaltung gebieten: Machen Sie mal weniger
Eine Medizin mit langem Atem tut dem Patienten gut*

Ich als Arzt: Entwicklungsprozesse / mein Bild von mir

Was halte ich für möglich? Was passt für mich? Was ist mir wichtig?

*Das hat etwas mit dem eigenen Erkenntnisboden zu tun
Das kommt in meinem Kopf gar nicht vor
Da habe ich keinen Bezug dazu
Das Ringen um den eigenen Weg: Dass ich im Herzen daran glauben kann
Unsicherheit bleibt bestehen
Das unterscheidet sich zu stark; das zu vertiefen hieße, von meiner Schulmedizin Abstand nehmen
Sehen, was das eigentlich für ein Mensch ist
Da war so eine Neugierde da; das Spannendste an der Medizin ist der Mensch direkt
Es geht ja darum, helfen oder heilen zu können
Man hinterfragt halt vieles
Da geht es dann schon mehr ins Existenzielle
Diese menschliche Komponente muss da mit rein
Die menschlichen Aspekte fehlen oft in der Medizin
Der gute alte Hausarzt ist eigentlich das Wesentlichste
Ur-ärztliche Tätigkeit: Als Person da sein*

Zum Stellenwert der eigenen Erfahrung; Prägungen

*Der Mensch besteht nicht nur aus Schulmedizin
Das hat man an sich selber erlebt
Offizielle Empfehlungen und eigene Erfahrungen
Das wollte einer haben und es hat funktioniert
Da hat man als Hausarzt die Erfahrung
Erfahrung / Bauchgefühl: Patienten abklären lassen
Nach Jahren bekommt man ein Gefühl, wie man den behandeln soll: Leitlinien, Realität, Patient, meine Erfahrung
Prozess: Man muss den Patienten kennen und wissen, dass das passt
Man hat Erfahrung und weiß, was man einsetzen kann
Da habe ich Erfahrung und weiß, dass das wirkt
Das ist nicht das bessere Medikament, aber ich kann damit gut umgehen
Aus der Erfahrung kann kein spezifischer Effekt abgeleitet werden
Ich sehe Leitlinien immer entspannter
Ist das Glaube oder Wissenschaft oder Wissen?
Ich sehe da eine Ergänzung darin
Ärztliche Vorbilder: Das waren nicht diese Spinner
Ich bin so erzogen worden, ich kenne es nicht anders
Erfahrung, positives Feedback, Vorbilder
Das habe ich so ein bisschen mitgenommen
Generationswechsel: Leitlinien und Intuition
Mein Job als Arzt: Darüber informieren, worüber wir die meisten Informationen haben*

Berufszufriedenheit

Ich will nichts Wissenschaftliches, ich will Arzt sein

Hier bleibe ich, so lange ich gesund bin

Medizin machen, hinter der ich stehen kann; ich lebe von einer funktionierenden Problemlösung

Ohne CAM würde ich mich nicht so wohl fühlen

Sinnstiftende Tätigkeit

Integration von CAM: Teil meines gesamtmedizinischen Daseins

Konventionelle Medizin ist weniger anstrengend, aber nicht so befriedigend

Weiteres

Ich halte mich an dieses Gerüst

Lebensstil; den Patienten da abholen, wo er steht

Ich weiß, was das Problem ist, bevor er weiß, was ihm fehlt

Juristische Notwendigkeiten

Auch wenn Sie zum Wunderheiler gehen: Ich bin trotzdem bei Ihnen, ich bin Ihr Hausarzt

Versorgungsauftrag als Verpflichtung

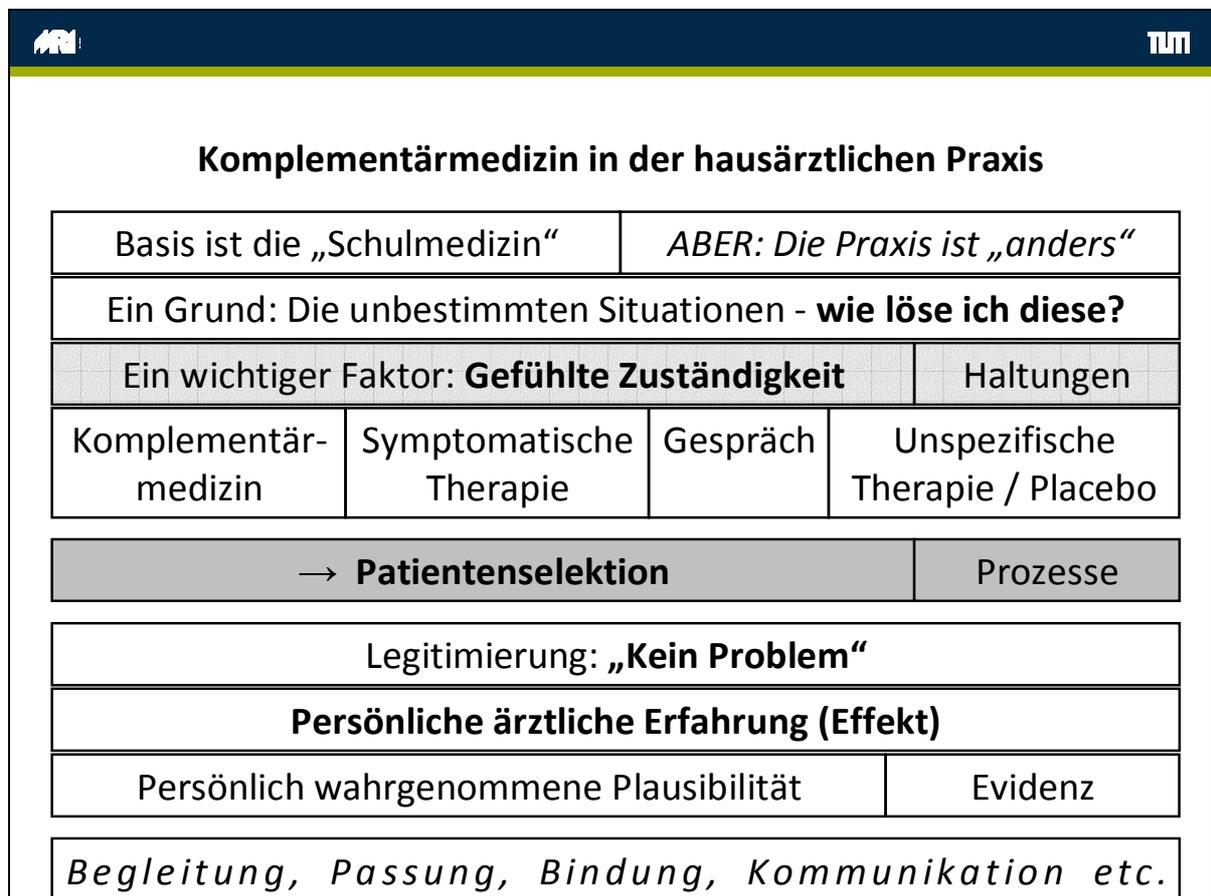


Abbildung 3: Argumentationslogik und zentrale Themen

Präsentation am Tag der Allgemeinmedizin der TUM, München, Februar 2017, in Anlehnung an die Präsentation am Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Frankfurt am Main, September/Oktober 2016

Spannungsfeld Wissenschaft – Arzt – Patient

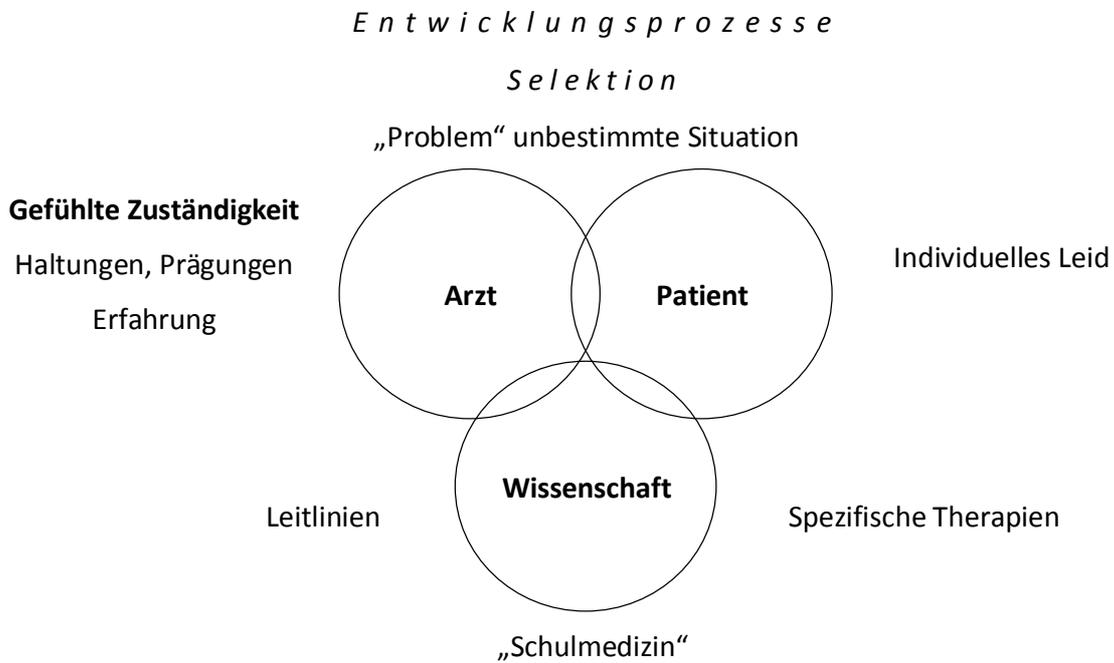


Abbildung 4: Spannungsfeld Wissenschaft – Arzt – Patient

Beispiel für eine grafische Darstellung der zentralen Themen (Bestandteil der Präsentation am Tag der Allgemeinmedizin der TUM, München, Februar 2017)

Tabelle 4: Forschungsfragen und Kernkategorien

Forschungsfrage	Kernkategorie
Wie erleben kassenärztlich tätige Allgemeinmediziner therapeutisch unbestimmte Situationen?	„Gefühlte Zuständigkeit“
Wie gehen kassenärztlich tätige Allgemeinmediziner mit therapeutisch unbestimmten Situationen um?	Handlungsfähigkeit
Welche Dynamiken beeinflussen den Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen, speziell den Einsatz oder Nichteinsatz von CAM?	„Gefühlte Zuständigkeit“
Wie begründen bzw. legitimieren die Ärzte die gewählten Strategien, speziell den Einsatz von CAM?	„Kein Problem“

4 ERGEBNISSE

4.1 Stichprobe

4.1.1 Beschreibung der Interviewpartner

Die Hälfte der 20 Teilnehmer (12 Ärzte, 8 Ärztinnen) war zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 41 und 50 Jahren alt, alle anderen waren älter. 14 waren seit mehr als 10 Jahren Facharzt für Allgemeinmedizin, 18 waren Praxisinhaber. Die am häufigsten genannte Zusatzbezeichnung war Notfallmedizin (n = 8), die häufigsten Zusatzbezeichnungen aus dem Bereich CAM⁵ stellten Akupunktur (n = 6), Homöopathie (n = 5) und Naturheilverfahren (n = 5) dar. 11 Teilnehmer gaben keine Zusatzbezeichnung aus dem Bereich CAM an. Tab. 5 zeigt die Charakteristika der interviewten Ärzte, in der die häufigsten Merkmale optisch hervorgehoben sind. Die wesentlichen Charakteristika in Bezug auf die einzelnen Ärzte sind im Interviewverzeichnis (Kap. 9) aufgeführt.

4.1.2 Schwerpunkt: Praxisinhaber mit Erfahrung

Nach zwei Interviews mit angestellten Ärzten wurden für die weiteren Interviews bewusst nur noch Praxisinhaber ausgewählt, da es in den Interviews Hinweise gab, dass durch diese Position ggf. andere Handlungsstrategien und Denkweisen bedingt werden. Der Schwerpunkt dieser Studie liegt daher bei erfahrenen Inhabern von Hausarztpraxen: 14 der 20 Interviewpartner waren zum Zeitpunkt des Interviews seit mehr als 10 Jahren Fachärzte. In Abb. 5 sind die von den Teilnehmern angegebenen Zeitpunkte der Facharztprüfung für Allgemeinmedizin zu sehen bzw. in einem Fall die Zulassung als Praktischer Arzt.



Abbildung 5: Zeitpunkt der Facharztprüfung für Allgemeinmedizin

14 der interviewten Ärzte hatten zum Zeitpunkt des Interviews vor mehr als 10 Jahren die Facharztprüfung abgelegt, 6 der Ärzte vor weniger als 10 Jahren

⁵ Akupunktur, Chirotherapie, Homöopathie, Naturheilverfahren

Tabelle 5: Charakteristika der Interviewpartner

Alter	41-50 Jahre	n = 10
	51-60 Jahre	n = 5
	61-70 Jahre	n = 5
Geschlecht	weiblich	n = 8
	männlich	n = 12
Beruflicher Status	Praxisinhaber	n = 18
	angestellter Arzt	n = 2
Praxislage	Großstadt mit Vororten	n = 4
	Kleinstadt / Markt	n = 10
	Dorf	n = 6
Hausärztliche Tätigkeit als	Facharzt für Allgemeinmedizin	n = 19
	Praktischer Arzt	n = 1
Facharzt seit	weniger als 10 Jahren	n = 6
	mehr als 10 Jahren	n = 14
Lehrarztstätigkeit	ja	n = 9
	nein	n = 11
Angegebene Zusatzbezeichnungen nach Häufigkeit	Notfallmedizin	n = 8
	Akupunktur	n = 6
	Homöopathie	n = 5
	Naturheilverfahren	n = 5
	Sportmedizin	n = 3
	Chirotherapie	n = 2
	Betriebsmedizin	n = 1
	Kur- und Badearzt	n = 1
	Palliativmedizin	n = 1
Anzahl Zusatzbezeichnungen aus dem Bereich CAM (Akupunktur, Chirotherapie, Homöopathie, Naturheilverfahren) pro Arzt	0 Zusatzbezeichnungen	n = 11
	1 oder 2 Zusatzbezeichnungen	n = 6
	3 oder 4 Zusatzbezeichnungen	n = 3
Zusätzliche Facharztstitel (angegeben: Chirurgie, Innere Medizin, Physikalische und Rehabilitative Medizin)	ja	n = 4

4.1.3 Grundhaltung gegenüber CAM: Skeptisch, pragmatisch, überzeugt

Nach den Einschlusskriterien (vgl. Kap. 3.3) sollten Ärzte mit unterschiedlichen Grundhaltungen gegenüber CAM an der Studie teilnehmen. Die Suche nach Allgemeinmediziner, die gegenüber CAM grundsätzlich skeptisch eingestellt sind und diese in der Praxis nicht anwenden, gestaltete sich jedoch trotz intensiver Nachforschung in den vorhandenen Netzwerken als schwierig. Dadurch ist diese Gruppe in der vorliegenden Studie entgegen der ursprünglichen Absicht nur sehr schwach repräsentiert. Wesentlich leichter war es, von CAM überzeugte Ärzte zu finden. Die meisten Teilnehmer gehören jedoch zur Gruppe der hier als „pragmatisch“ bezeichneten Hausärzte. Sie verwenden manche Therapien aus dem CAM-Spektrum mehr oder weniger häufig mit unterschiedlich ausgeprägter Überzeugung an.

Eine vorläufige Zuordnung der Teilnehmer erfolgte vor der Durchführung der Interviews aufgrund der vorliegenden Vorinformationen und der Selbsteinschätzung des Arztes (vgl. Kap. 3.3). Nach den Interviews wurde diese Grundhaltung überprüft. Dabei zeigte sich, dass eine Zuordnung oft nicht eindeutig möglich war, da manche Ärzte teils einzelne CAM-Verfahren mit einer pragmatischen oder überzeugten Grundhaltung anwenden während sie andere deutlich ablehnen, also keine konsequent einheitliche Haltung gegenüber diesen Verfahren besteht.

Da nach bisherigem Erkenntnisstand kein Schema für eine Zuordnung von Ärzten bezüglich ihrer Haltung gegenüber CAM existiert, wurde die Zuordnung vorläufig anhand von in den Interviews sich darstellenden grundsätzlichen Tendenzen beim Gebrauch von CAM durchgeführt. Dabei ergab sich die in Abb. 6 gezeigte Aufteilung, die in sich fließende Übergänge hat und vorläufigen Charakter hat.

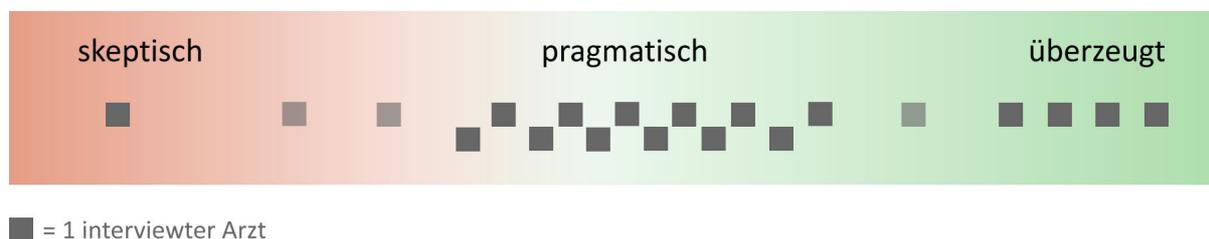


Abbildung 6: Versuch einer Zuordnung der Interviewteilnehmer bezüglich ihrer Haltung gegenüber CAM

1 (bis 3) skeptisch, 12 (bis 15) pragmatisch, 4 (bis 5) überzeugt

4.1.4 Selbstwahrnehmung und Reflexionsbedarf der Ärzte

Ein Punkt, der vor der eigentlichen Ergebnisdarstellung erwähnt werden soll, ist der Bedarf und das Interesse der befragten Allgemeinmediziner, die in dieser Studie untersuchten Themen zu reflektieren. Folgender Arzt etwa hatte bei der Terminvereinbarung angemerkt, er würde CAM gar nicht anwenden und wüsste gar nicht, was er im Interview berichten sollte. Das Gespräch gestaltete sich dann jedoch sehr differenziert und reflektiert und schließlich stellte er am Ende fest:

Also ich glaube ganz klar, wenn ich jetzt eine Internisten-Praxis hätte, wo man wirklich zugewiesen kriegt mit klaren Fragestellungen, da ist (Komplementärmedizin) verzichtbar oder eine sehr kleine Nische, eben bei Reizdarmsyndrom oder was weiß ich, oder Palpitationen und das ganze Zeug beim Kardiologen, wo man sich vielleicht was überlegen kann, aber ansonsten wenig. Also bei uns (in der Allgemeinmedizin), ich glaube, weil das so ein derart diffuses, unaussortiertes Patientengut ist, finde ich schon, dass man das braucht. Also, ich breche hier jetzt gerade so die Lanze für die Komplementärmedizin und anfangs habe ich Ihnen ja gesagt, ich setze sie gar nicht ein, deswegen glaube ich passe ich jetzt gar nicht so richtig ins Interview mehr.

(13 - m, 41-50, < 10 J, Inh.: 528 - 537)^{6, 7}

Dieser Arzt war am Ende des Interviews selbst erstaunt darüber, für sich etwas erkannt zu haben, was ihm vor dem Gespräch offensichtlich nicht bewusst war. Dies spiegelt die Intensität der Auseinandersetzung mit dem Thema im Rahmen des Interviews wider. Das Interview war dabei – wie auch im Nachhinein durch Gegenlesen des Transkriptes überprüft wurde – sehr offen geführt worden, jedoch auch mit wiederholten Nachfragen, um das Gesagte besser zu verstehen. Dieses Nachfragen nahm dieser Arzt als positiv wahr, da es ihm half, sein Handeln besser zu überdenken, und äußerte spontan:

⁶ Die Quellenangaben nach den Zitaten, z. B. (15 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 277 - 280), setzen sich wie folgt zusammen: Interviewnummer, Geschlecht, Altersgruppe, Facharzt seit weniger oder mehr als 10 Jahren, Praxisinhaber oder angestellt, Zeilenangabe im Transkript.

⁷ Es stellte sich bei der Datenerhebung schnell heraus, dass die Interviews viele sehr spannende Einblicke in kassenärztliche Hausarztpraxen in Bayern bieten, die in wissenschaftlichen Erhebungen in dieser Art bisher kaum zu finden sind. Um diesem besonderen Charakter gerecht zu werden und auch dem Leser selbst zumindest partiell einen tieferen Einblick zu ermöglichen, wurden in dieser Darstellung absichtlich bevorzugt längere Passagen ausgewählt, auch wenn darin meist mehrere Themen angesprochen werden, die nicht alle im Detail erläutert werden können. Dies hebt auch den Charakter dieser Studie hervor, die neben der Darstellung der erarbeiteten Ergebnisse auch aufzeigen möchte, dass es sich um einen sehr großen Themenkomplex handelt, bei dem an vielen Punkten in weiteren Studien noch weiter in die Tiefe gegangen werden könnte.

(lacht) Ja, also ich finde das gut, dass Sie das immer so (nachfragen), weil man da sein Handeln viel mehr noch so überdenkt. Das sind tatsächlich Nuancen, kleine Unterschiede, ja. Genau. (13 - m, 41-50, < 10 J, Inh.: 445 - 447)

Dass über manche Themen im Alltag wenig gesprochen oder nachgedacht wird, war auch in verschiedenen anderen Interviews zu beobachten durch die Schwierigkeit, manche Sachverhalte klar zu schildern.

Ein weiterer Allgemeinmediziner berichtete längere Zeit nach dem Interview in einem informellen Gespräch, dass ihn die Auseinandersetzung mit seinen Denkweisen und Handlungen im Interview dazu geführt hätte, Änderungen in der Praxis vorzunehmen.

4.2 Wahrnehmung der therapeutisch unbestimmten Situation

Um den Alltag in der hausärztlichen Praxis einführend darzustellen, sei zu Beginn eine Ärztin zitiert, die hier die Herausforderung mit dem in der Allgemeinmedizin typischen unausgelesenen Patientenkollektiv (vgl. Kap. 1.1.2) aus ihrer Sicht schildert:

Ich meine, Allgemeinmedizin, was ist Allgemeinmedizin, aber es ist anstrengend. Weil die kommen alle zuerst zu uns bevor sie woanders landen. Bevor auf dem Überweisungsschein steht Otitis media, ist er zu mir erst gekommen. Nicht mit Otitis media, sondern mit einem Schnupfen. Und er hat gar nicht über seine Ohren berichtet, ich habe dann reingeschaut und gesagt, oh, da ist doch was. [...] die kommen frisch von Zuhause zu uns und haben auch im Internet gelesen, Google, die sind gut informiert, da muss ich erst einen Überblick schaffen, was mache ich mit denen, was will der von mir. Und dann kann ich weiterschicken oder bei mir behalten, je nachdem, was er hat. Bis sie soweit sind, bis sie zu den Fachärzten kommen, habe ich die Löwenarbeit hier getan, das sieht niemand, und das ist anstrengend. Aber macht Spaß (lacht).

(17 - w, 41-50, < 10 J, Inh.: 179 - 200)

Diese Ärztin berichtet von der Herausforderung, einen Überblick über die Situation des Patienten zu bekommen und herauszufinden, um was es sich handelt und was getan werden muss, auch wenn nicht die typischen Symptome einer Erkrankung vorhanden sind. Die primärärztliche Tätigkeit, also erster Ansprechpartner für die Patienten zu sein, und dann zu entscheiden, ob diese in der eigenen Praxis weiterzubehandeln oder an einen fachärztlichen Kollegen zu überweisen sind, beschreibt sie als komplexe Leistung, die viel Kenntnis erfordert. Sie erwähnt hier damit auch schon die Unsicherheiten, mit denen es im Alltag umzugehen gilt. Im Falle einer tatsächlich vorhandenen Otitis media ist dieses Problem jedoch mit einem strukturierten Vorgehen gut zu lösen. Andere Situationen

dagegen, in denen Patienten über Symptome klagen, für die es keine klare Therapie nach Leitlinie gibt oder für die nicht unbedingt eine Therapie nötig ist, stellen den behandelnden Arzt vor andere Herausforderungen.

Situationen, in denen es keine eindeutig richtige Lehrbuchlösung gibt, sind in der Allgemeinmedizin häufig. Immer wieder steht der Hausarzt vor dem Problem, dass Patienten über unspezifische Beschwerden klagen und eine Linderung ihrer Beschwerden erwarten oder Patienten zusätzlich zur leitliniengerechten Behandlung ihrer – ggf. chronischen – Erkrankung noch etwas wünschen. Oft sind es dabei die Befindlichkeitsstörungen, die auch auf Grund ihrer Häufigkeit in der Hausarztpraxis gerade zu Beginn der allgemeinmedizinischen Tätigkeit vor allem in der Retrospektive als etwas Neues und Ungewohntes dargestellt werden. Zu diesem Zeitpunkt scheinen oft noch keine Handlungsstrategien für diese neue Situation etabliert zu sein und das Gefühl des Nichtvorhandenseins einer Lösung übt auf den Arzt Druck aus. Besonders deutlich zeigt sich die Herausforderung der therapeutisch unbestimmten Situation daher typischerweise in unterschiedlicher Intensität in den Schilderungen über den Beginn der Praxistätigkeit:

[...] das Ungewohnte war auch, dass eben viele Leute kommen mit Sachen, mit denen man erst mal überhaupt nichts anfangen kann, von denen man auch im Studium nichts gehört hat, und ja, Befindlichkeitsstörungen, auf die man irgendeine Antwort wissen muss. Oder meint wissen zu müssen, das ist ja das andere, der erste Schritt war, dass ich gedacht habe, man muss da immer eine Antwort haben, und das hat mich auch unter Stress gesetzt so bisschen, also das war auch am Anfang vielleicht das, wenn du aus der Klinik kommst und dort, eigentlich war die erste Zeit in der Praxis tatsächlich so, dass jetzt die Blutung bei der Operation oder ein schwerer Verkehrsunfall oder so mich fast weniger unter Stress gesetzt hat als ein Patient, der mir irgendwelche Sachen erzählt, von denen ich jetzt überhaupt nicht weiß, wie ich das jetzt einordnen soll, und wie er, was ich ihm dann dafür überhaupt beraten oder geben soll.

(20 - m, 41-50, < 10 J, Inh.: 367 - 379)

Dieser Arzt schildert, dass er in der ersten Zeit in der Praxis medizinisch anspruchsvolle Situationen wie Komplikationen bei einer Operation oder einen schweren Verkehrsunfall als weniger schwierig empfand als einen ambulanten Patienten, dessen Schilderung und Symptome er in kein bekanntes und erlerntes Schema einordnen konnte. Das bisher erlernte Wissen und die bisher erworbene ärztliche Kompetenz schienen in diesem Fall nicht weiterhelfen zu können, um zu einem befriedigenden Beratungsergebnis zu kommen. Innerlich bestand aber das Bedürfnis sowie auch der subjektiv empfundene Druck, in diesen Situationen eine Antwort haben zu wollen oder haben zu müssen.

Gerade zu Beginn der Praxistätigkeit kann das Empfinden, „immer eine Antwort“ haben zu müssen, ein großer Druckfaktor sein. Folgende Ärztin schildert hier ihren Beginn in der Praxis und das damit empfundene Gefühl eines Defizits auf Grund der noch nicht vorhandenen Problemlösungsstrategien:

Es war anstrengend, und ich war überfordert, ja. Mein ganzes medizinisches Wissen war zunichte hier. Alles was man hat, wo man stolz drauf ist, ich kann so viel. Nichts! Das muss man komplett neu erlernen, wie man Patienten behandelt im ambulanten Bereich.

(17 - w, 41-50, < 10 J, Inh.: 158 - 161)

Der Beginn der Tätigkeit im hausärztlichen Bereich wird hier dargestellt als ein auch für die Arztpersönlichkeit einschneidendes Erlebnis, das sämtliches erlerntes medizinisches Wissen nicht nur in Frage stellt, sondern auch auf einen Schlag zunächst einmal als nutzlos erscheinen lässt. Auf diese innere erlebte Erschütterung folgt ein Suchen nach Orientierung, eine Anpassung an die geänderten Bedingungen und schrittweise ein Neuerlernen von Fähigkeiten, während der Alltag jedoch bereits jeden Tag Handlungen erfordert. Oft werden dabei, wie auch von diesem Arzt, Leitlinien als etwas Hilfreiches und den Alltag Erleichterndes betrachtet:

Am leichtesten tu ich mich, wenn ich eine klare Problematik erkenne, nehmen wir mal einen Gichtanfall, und ich weiß ganz genau, wie ich nach Leitlinie behandeln muss und kontrollieren und so weiter, dann ist das alles kein Problem. Viel häufiger hat man aber den Fall, dass man den Beschwerden des Patienten nicht so ganz gerecht wird und dass es da eigentlich auch nichts Passendes gibt. [...] Sagen wir so, es ist sicher immer so, wenn jemand kommt zum Beispiel mit Halsschmerzen versuche ich festzustellen, steckt da ein wissenschaftlich exakt beschriebener Grund dahinter, eine Streptokokkenangina oder Eppstein-Barr-Virus-Infektion und so weiter, und wenn es das gibt, dann versuche ich auch leitliniengerecht oder nach Lehrbuch entsprechend zu behandeln. Und wenn ich das aber nicht finde, dann wird es interessant für die anderen Dinge.

(01 - m, 51-60, >10 J, Inh.: 61 - 107)

Dieser Arzt verdeutlicht: Zuerst wird der übliche Weg der Diagnostik beschrritten und gerne wird eine klare Problematik mit einer klaren Problemlösung beantwortet. Dennoch werden diese eindeutigen Situationen als eher selten erlebt. Die therapeutisch unbestimmten Situationen, in denen keine eindeutige, aus wissenschaftlicher Sicht richtige Therapieoption vorhanden bzw. eine Therapie nicht unbedingt notwendig ist, scheinen im Praxisalltag wesentlich häufiger zu sein als die Beschwerden, bei denen es einen „wissenschaftlich exakt beschriebenen Grund dahinter“ gibt. Dieser Arzt scheint sich in seiner längeren Tätigkeit als Hausarzt jedoch bereits ein Repertoire angeeignet zu haben, mit

denen er diejenigen Situationen lösen kann, bei denen er nach Leitlinie nicht mehr weiterkommt, so dass der empfundene Druck nicht mehr so groß ist wie zu Beginn.

4.3 Strategien in therapeutisch unbestimmten Situationen und deren Begründung

Bei den Lösungsstrategien für therapeutisch unbestimmte Situationen lassen sich fünf wesentliche Grundrichtungen unterscheiden (Abb. 7), die in den folgenden Unterkapiteln dargestellt werden. Es wird dabei sowohl auf die konkreten Handlungen eingegangen als auch auf die dahinter stehenden Haltungen und Motivationen der Hausärzte.

Typischerweise bedienen sich Ärzte je nach Situation nicht nur einer dieser Strategien, sondern wenden in der Praxis je nach Situation unterschiedliche Vorgehensweisen an. Wie im Verlauf deutlich werden wird, sind die verschiedenen Strategien nicht immer eindeutig voneinander abzugrenzen.

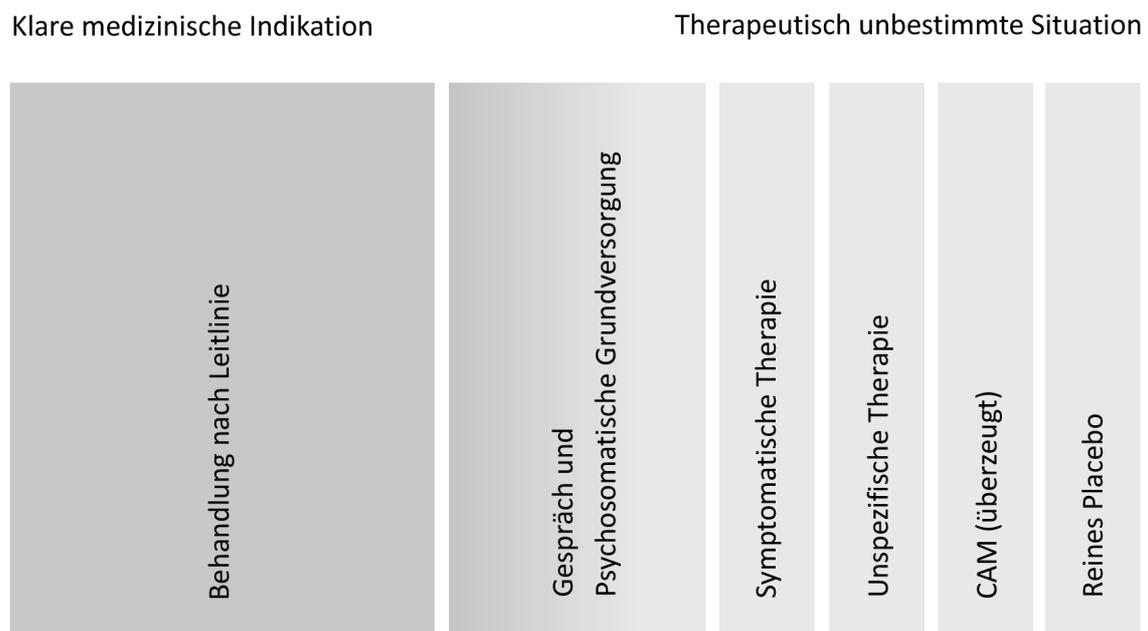


Abbildung 7: Strategien im Umgang mit klaren medizinischen Indikationen und therapeutisch unbestimmten Situationen

Gespräch und Psychosomatische Grundversorgung sind in beiden Fällen relevant.

Die Größe der Balken repräsentiert keine quantitativen Anteile.

Auffällig in den Darstellungen der interviewten Ärzte ist, dass die Anwendung der von ihnen gewählten Strategie üblicherweise keine wesentlichen Konflikte hervorruft. Im Allgemeinen zeigte sich ein ausgeprägter Pragmatismus im Denken und Handeln. Vor dem Hintergrund, dass therapeutisch unbestimmte Situationen häufig sind und der jeweilige Arzt oft den Wunsch verspürt, dem Patienten hier weiterzuhelfen (vgl. Kap. 4.4.1, „Gefühlte Zuständigkeit“ der Ärzte), scheint das Gemeinsame der verschiedenen Strategien zu sein, im täglichen Praxisalltag Handlungsfähigkeit zu ermöglichen. Zwar werden im Hinblick auf manche Strategien durchaus Unsicherheiten und Zweifel diskutiert, letztendlich zählt aber das „gute Gefühl“, eine Lösung anbieten zu können und dem Patienten damit womöglich weiterhelfen zu können.

4.3.1 Symptomatische Therapie (Grundhaltung „skeptisch“)

Ausgehend von einer gegenüber CAM eher skeptischen Haltung möchte folgender Arzt einen nach CAM fragenden Patienten in der entsprechenden Situation gleich darauf hinweisen, dass für ihn die Empfehlung oder Verschreibung etwa eines pflanzlichen Arzneimittels nicht in die ärztliche Zuständigkeit gehört:

Also das würd ich definitiv ablehnen, also wenn der Patient zu mir sagt, er möchte was Pflanzliches, dann sag ich, gut, dann gehen Sie in die Apotheke und holen Sie sich was Pflanzliches, das ist frei verkäuflich, ich kann Ihnen nichts empfehlen.

(02 - m, 51-60, > 10 J, Inh.: 204 - 207)

Dieser Arzt zieht hier klare Grenzen und definiert seinen Zuständigkeitsbereich genau: Was sich der Patient aus der Apotheke holt geht ihn nichts an. Die Einnahme eines frei verkäuflichen pflanzlichen Arzneimittels liegt für ihn außerhalb der ärztlichen Zuständigkeit. Wenn jedoch im Rahmen etwa einer Erkältung ein für ihn erkennbares und nachvollziehbares Leiden auftaucht, fühlt er sich angesprochen und geht den Weg der symptomatischen Therapie im Rahmen der konventionellen Medizin:

Entweder, jemand hat eine Erkrankung, die eine Therapie erfordert, oder er hat eine Erkrankung, die keine Therapie erfordert oder für die wir keine Therapie haben. Anders wäre es aber, wenn man sagt, Sie haben jetzt ne Erkältung und Sie haben einen Husten, der wirklich wirklich unangenehm ist, also Sie müssen nachts die ganze Zeit husten, und selbst am Tag hier hustens, das ist jetzt nicht schlimm, aber ich kann verstehen, dass Sie das nervt, dass es einfach weh tut da, und Sie können nicht schlafen, Ihre Frau kann nicht schlafen, können wir die Beschwerden lindern, dann kann ich eben sagen, Sie können Codein nehmen, das ist ein guter Hustenstiller [...]. Um Beschwerden zu lindern, reines

Beschwerden lindern, wenn es etwas gibt, Pflanzliches, wo ich sagen würde, da weiß man dass das hilft, dann würd' ich das natürlich verschreiben, wobei das extremst selten vorkommt, also, aber das ist vielleicht meine Ignoranz, dass ich nichts kenn, was jetzt den Husten pflanzlich wirklich wirklich lindert, ohne jetzt irgendwie nen Unsinn zu machen, ja... (02 - m, 51-60, > 10 J, Inh.: 169 - 185)

Dieser Arzt erklärt, dass er ja ein pflanzliches Mittel verschreiben würde, wenn er wüsste, dass dieses nachweislich eine Linderung des Hustens bewirkt. So lange das nicht der Fall ist, empfiehlt er Codein. Diese Vorgehensweise liegt in seinem Selbstverständnis als Arzt begründet, das sich stark an der offiziellen Evidenz orientiert:

Ich fass meinen Job als Arzt so auf, also für mich heißt das, ich soll den Patienten über das informieren, worüber wir am meisten Informationen haben. Und wenn das beste Medikament der Welt, mit dem wir unendlich alt werden, ohne Schmerzen und Ding, wenn es das gibt, aber es gibt niemanden, der das einmal gezeigt hat, dass es auch so ist, dass man da niemandem schadet, vor allem; es geht ja nicht nur um den Nutzen, sondern es geht ja auch um den Schaden, wenn das jemand gezeigt hat, das Medikament könnte es geben, ohne dass es jemandem schadet, aber alle oder 90 % haben einen riesen Benefit davon, dann würd ich das Medikament natürlich nehmen, überhaupt keine Frage, ja. Aber es muss... Mein Job als Arzt ist es, den Leuten Dinge anzubieten oder sie aufzuklären über Dinge, von denen wir wissen, dass sie für diejenigen eben viel mehr oder mehr Nutzen haben als Schaden in der Situation. Und wenn es eine Sache ist, eine Diagnostik, ein Medikament, ein Gesprächsstil, ist völlig egal – wenn es keinen Hinweis gibt, dass das mehr nützt als schadet, dann wüsste ich nicht, was ich damit machen soll. So würd ich's mal ausdrücken. Ist nicht, dass ich das ablehne, also, warum soll man was Pflanzliches ablehnen, nur weil es von der Firma sowieso ist und die machen..., nur, es muss eben gezeigt werden, dass es mehr nutzt als schadet. [...]
Ich würde niemals akzeptieren, wenn zu mir ein Arzt sagen würde, du, ich hab da was, keine Ahnung was das macht bei dir, aber schaden wird's dir nicht. Das würde ich nicht akzeptieren, weil da kann ich zu einem anderen gehen und der sagt mir was anderes, von nem anderen Ding. Und wenn ich wieder zu nem anderen geh, dann sagt mir der wieder das Gleiche von wieder einem anderen Ding. Und nur weil ich jetzt gerade bei dem bin, soll ich jetzt das nehmen, das ist Unsinn, ja. (lacht) Für mich... Ist nicht Unsinn, aber kann ich nicht akzeptieren. (02 - m, 51-60, > 10 J, Inh.: 210 - 240)

Der „Job als Arzt“ wird hier definiert als Aufgabe, die Patienten darüber zu informieren, worüber am meisten Informationen vorhanden sind. Die Instanz für die Entscheidung über die Wirksamkeit und

Unschädlichkeit und daraus folgend die Entscheidung über die Verwendung einer Therapie liegt klar im Außen, in einer Instanz, die „das einmal gezeigt“ haben muss: Zuerst muss eine entsprechende externe Evidenz da sein, erst dann kann eine Verwendung in der Praxis erfolgen. Diese Haltung wird dadurch unterstrichen, dass dieser Arzt auch für sich selbst keine solche Therapie akzeptieren würde. Letztendlich dreht sich die Erzählung um offizielle Evidenz und gute eigene Erfahrung mit der konventionellen Medizin:

[...] ich nehm's so gut wie eigentlich gar nicht, aber nicht weil ich das jetzt ablehnen würde, sondern eher weil mir die Evidenz fehlt irgendwie. Also wenn Sie mir sagen, was weiß ich, es gibt ein pflanzliches Mittel, da gibt's ne gute Studie, die sagt, damit wird der Gichtschmerz einfach super gelindert, dann würd ich das ausprobieren, definitiv, aber es kommt zu mir keiner und sagt, du ich hab ein Mittel, mit dem man Gichtschmerzen pflanzlich super lindern könnte, ja. Die Frage ist auch, warum soll ich jetzt grad was Pflanzliches nehmen, also wenn's Diclofenac gibt und der verträgt es auch gut, oder Cortison, dann müssen sich die beiden im Wettrennen ja irgendwas geben. Wenn das eine besser ist, würde ich das nehmen, ob das jetzt pflanzlich ist oder nicht, ist völlig egal. Aber es ist bisher keiner da der mir sagt, ja... (02 - m, 51-60, > 10 J, Inh.: 169 - 200)

Dieser Arzt verdeutlicht, dass es für ihn keinen Grund gibt, von dem abzuweichen, was er gelernt hat. Wie im Verlauf zu sehen sein wird, verschreiben eher pragmatisch oder überzeugt eingestellte Hausärzte bei manchen Indikationen gerne zuerst etwas Pflanzliches, bevor sie zu stärkeren potenziell nebenwirkungsreichen Arzneimitteln der konventionellen Medizin greifen. Dieser CAM-skeptische Arzt distanziert sich von vornherein davon, da er keinen Notwendigkeit dafür sieht.

4.3.2 Unspezifische Therapie (Grundhaltung „pragmatisch“)

Die eher pragmatisch eingestellten Ärzte bilden eine große Gruppe mit großen Variationen in den Handlungsweisen. Gemeinsam ist ihnen, dass sie abwägen zwischen der gelernten Medizin, dem Wunsch und der Situation des Patienten, der Realität in der Praxis und ihrer Erfahrung und versuchen, im Umgang mit diesen verschiedenen Anforderungen und Ansprüchen eine Art Mittelweg zu finden, den sie vertreten können.

Manche pragmatischen Ärzte wenden dabei Behandlungen auf eine Art an, die man „unspezifisch“ nennen kann. Als unspezifische Therapie wird hier die Anwendung von Therapien bezeichnet, bei denen der jeweilige Arzt im individuellen Fall nicht von einer spezifischen Wirksamkeit überzeugt ist. Das kann der Einsatz von CAM-Verfahren sein oder auch die

Verschreibung von konventionellen Arzneimitteln, etwa die Verschreibung eines Antibiotikums bei einem viralen Infekt.

Diese Ärztin schildert ihren Mittelweg im Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen folgendermaßen:

[...] ich halte mich eigentlich schon an das vernünftige Vorgehen, oder was ich halt für vernünftig halte, und dann vielleicht an den deutschen Markt, an das, was sich die Leute eh selber kaufen, wenn ich sie nicht informiere. Und da rede ich lieber kurz mit den Leuten und gebe ihnen ein grünes Rezept, dann weiß ich, sie machen was, was ich ganz o. k. oder vertretbar zumindest finde. (05 - w, 41-50, < 10 J, Ang.: 347 - 351)

Im Vergleich zu dem in Kap. 4.3.1 genannten skeptischen Arzt, der seine Patienten bei Wunsch nach „etwas Pflanzlichem“ an die Apotheke verweisen möchte, sucht diese Ärztin einen Kompromiss zwischen dem „deutschen Markt“, also den Wünschen und Gewohnheiten der Patienten, und dem, was sie selbst vertreten kann. Sie möchte den Überblick behalten und sieht ihre Zuständigkeit darin, die Patienten so zu informieren, dass sie selbst ihr Handeln noch vertreten kann, denn sie weiß, dass die Patienten sonst ohne ihren Rat ein freiverkäufliches Präparat anwenden werden, was sie vermeiden möchte.

Während bei der vorher erläuterten skeptischen Grundhaltung die Orientierung an der offiziellen Studienlage als Ideal angesehen wird, verweisen pragmatische Ärzte eher auf die beschränkte Studienlage in der Allgemeinmedizin:

Aber ich glaube eben, so ist es nicht bei uns in der Medizin, ja, dass es einfach nur so funktioniert technokratisch, einfach zu sagen, da gibt es eine Studienlage, das sind die Sachen, die wirken und die werden genommen, fertig aus, und wer etwas anderes hat, wo es keine Tablette dafür gibt, wo es keine Studienlage gibt, der hat halt Pech gehabt. Das funktioniert halt nicht. Wir haben halt eine Studienlage zu, was weiß ich, einem Zwanzigstel von unseren Beratungsanlässen, und der ganze andere diffuse Rest der da bleibt, dem muss man ja auch irgendwie gerecht werden. Und da glaube ich ist es wichtig, dass man da einfach eine breite Palette hat an Möglichkeiten. (13 - m, 41-50, < 10 J, Inh.: 489 - 497)

Die Hausarztpraxis wird hier geschildert als ein Ort, an dem die therapeutisch unbestimmten Situationen einen sehr großen Raum einnehmen. Dieser Arzt möchte den Patienten mit diffusen Symptomen, die sich außerhalb eines klaren Schemas bewegen, nicht nur behandeln, sondern ihnen auch „gerecht werden“. Er möchte sich dafür aus einem breiten Spektrum an Möglichkeiten bedienen, das auch Vorgehensweisen jenseits der offiziellen Studienlage einschließt.

Eher pragmatisch eingestellte Ärzte lösen Beratungsanlässe, bei denen sie die Gabe eines konventionell-medizinischen Arzneimittels noch nicht indiziert sehen oder entsprechende Arzneimittel etwa aufgrund der Gefahr von Nebenwirkungen vermeiden möchten, bevorzugt mittels Verschreibungen aus dem Bereich CAM:

Es gibt ja auch viele Leute mit Schlafstörungen, das finde ich zum Beispiel auch sehr schwierig, die Leute zu behandeln, ohne dass man ihnen dann gleich was aufschreibt, wo sie süchtig werden. Da gebe ich zum Beispiel schon manchmal Baldrian, und das hilft auch manchen und reicht manchen. Die müssen einfach wissen, es ist was da, was sie nehmen können, dann können sie schon schlafen. Also das ist noch ein Beispiel, genau, da würde ich's machen. [...] Ich weiß nicht, da kenne ich jetzt die Studienlage nicht so genau, aber die Patienten sagen einfach, es hilft ihnen, dann gebe ich's, und das andere Beispiel wäre vielleicht noch das Johanniskraut, wobei das so viel Interaktionen hat, dass ich es sehr unübersichtlich finde, es verträgt sich zum Beispiel mit manchen Pillen nicht so, sonst würde ich's gern jungen Leuten geben. Also tendenziell finde ich nicht schlecht, sowas zu geben. [...] Also gerade eben sowas wie Einschlafstörungen ist ja oft psychisch bedingt, und wenn Baldrian ausreicht, und ihnen das hilft, finde ich das super. Die ganzen anderen Alternativen machen abhängig oder erzeugen andere Probleme, deswegen mach ich sowas schon ganz gerne. (05 - w, 41-50, < 10 J, Ang.: 138 - 156)

In therapeutisch unbestimmten Situationen werden teils auch konventionell-medizinische Arzneimittel im Sinne einer unspezifischen Therapie angewendet. Die Ärzte gehen in dieser Situation nicht von einer spezifischen Wirksamkeit des Medikaments aus. Ein typisches Beispiel hierfür ist die medizinisch nicht indizierte Gabe von Antibiotika bei einem viralen Infekt:

Was das anbelangt bin ich sehr zurückhaltend, es gibt ja durchaus welche, die schreien gleich nach einem Antibiotikum, aber das kriege ich eigentlich ganz gut hin, das denen auszureden. Manche sind aber unverbesserlich (lacht), „ich weiß, das hilft mir“, ja, was machst du dann, ja. Dann schreibst du das halt vielleicht doch auf und sagst, sie sollen vielleicht doch noch ein bisschen abwarten, bevor sie das nehmen, vielleicht vergeht es ja doch noch, aber da hege ich so meine Zweifel, manche haben halt einfach die Erfahrung gemacht, wenn sie zu lange abwarten, dann beißt es sich halt nur fest, und dann brauchen sie doch ein Antibiotikum. Ist ein Quatsch, aber da muss man halt dann irgendwie einen Kompromiss finden was die eigene Anschauung anbelangt. Aber sonst versuche ich hinsichtlich Antibiotika schon restriktiv zu sein.

(11 - m, 51-60, > 10 J, Inh.: 174 - 184)

Wenn ein Patient deutlich ein Antibiotikum einfordert und er auch durch ein entsprechendes aufklärendes Gespräch nicht von seinem Wunsch abzubringen ist, kann das ärztlicherseits eine gewisse Hilflosigkeit auslösen. Der Kompromiss besteht für diesen Arzt darin, das Antibiotikum zwar aufzuschreiben und im Sinne einer „delayed prescription“ zu empfehlen, es noch nicht gleich einzunehmen – auch wenn er in diesem Fall weiß, dass sich der Patient nicht daran halten wird. Die Verschreibung des Antibiotikums ist hier eher ein Nachgeben in der jeweiligen Situation.

Es ist ja eher, ja, es stimmt schon, es gibt ja so, dass halt manche Leute meinen, sie brauchen jetzt unbedingt ein Antibiotikum, dann denke ich mir, dann kriegt er's halt, und dann geht es ihm so gut, o. k., dann ist es für ihn jetzt gerade in dem Zusammenhang das Richtige, aber dass ich jetzt extra mir etwas ausdenke, da fehlt mir vielleicht auch das Repertoire, wenn ich die Homöopathie nicht so kann. [...] Das ist zum Beispiel, und da fällt mir jetzt gerade wieder ein Patient ein, [...] wenn der krank ist, braucht er immer ein Antibiotikum, und ich denke mir jedes Mal, kann ich ihm das mal ausreden... [...] auch wenn man sich noch so oft bemüht, das ist manchmal, da hat man so das Gefühl, wenn der Patient mit der Vorstellung kommt und sagt, er braucht ein Antibiotikum, dann können Sie ganz viel reden, aber davon kriegen Sie ihn nicht überzeugt.

(09 - w, 41-50, < 10 J, Inh.: 386 - 410)

Nichts zu verschreiben scheint schwierig zu sein bei Patienten, die von ihrem Wunsch nach einer entsprechenden Verschreibung sehr überzeugt sind. Diese Ärztin hat die Erfahrung gemacht, dass Reden und Überzeugen bei Patienten, die deutlich ein Antibiotikum verlangen, keine Option ist. Auf Grund dieser Erfahrungen akzeptiert sie für sich die Verschreibung des Antibiotikums und begründet das für sich mit dem Gedanken, dass das für diesen Patienten vielleicht „in dem Zusammenhang das Richtige“ wäre. Eine zumindest theoretisch mögliche Alternative bei manchen Patienten scheint für sie zu sein, etwas aus dem Bereich CAM vorzuschlagen. Da sie aber das Gefühl hat, dieses Repertoire fehle ihr auf Grund mangelnder Kenntnisse in diesem Bereich, löst sie solche Situationen mittels Verschreibung des gewünschten Antibiotikums.

Folgender Arzt wiederum verfügt über Alternativen aus dem Bereich CAM und erläutert, warum er trotz mancher Zweifel Teerezepturen oder Homöopathie in therapeutisch unbestimmten Situationen der Gabe eines Placebos oder Antibiotikums vorzieht:

Es ist eine ganz andere Philosophie, ein ganz anderes Denken jetzt, bezogen auf die Homöopathie. Da steht, mal ganz ehrlich gesagt, zum Beispiel so diese Teerezeptur mit der Monografie, die beschrieben wird wie ein Medikament, das gilt auch für die Medikamente, die wirklich sehr stark auf Kräuterbasis basieren, steht mir da einfach

mehr, ja. Also [...] ich würde wahrscheinlich noch eher ein homöopathisches Medikament einsetzen als ein Placebo. Kommt mir so, oder merk ich jetzt, weil beim Placebo, da würd' ich ja gar nicht dran glauben, dass das was bringt, dann denk ich, dann geb' ich was, wo ich weiß, dem Patienten schade ich nicht, hoffe, dass er davon einen Nutzen hat. Das ist eigentlich, was dahinter steckt. [...] Ich bin ja froh, dass ich solche Alternativen habe. Man braucht in der Praxis solche Alternativen. Man braucht diese Teerezepturen zum Beispiel, man braucht diese bewährten homöopathischen Indikationen, weil man einfach sehr viele Befindlichkeitsstörungen hat, wo man weiß, ein schulmedizinisches Medikament ist jetzt hier auch nicht das, was unbedingt hilft, und was vielleicht den Patienten nur noch bisschen mehr schadet, wenn ich jetzt mal sagen wir mal die Halsschmerzen nehme, die ich mit der Teerezeptur behandle – stattdessen ein Antibiotikum zu verschreiben, das wäre mir völlig zuwider, würde ich gar nicht machen wollen. (01 - m, 51-60, >10 J, Inh.: 173 - 214)

Dieser Arzt bezieht sich auf Befindlichkeitsstörungen, zu denen er auch unspezifische Infekte zählt, und für die er eine Lösung benötigt. Er möchte, dass diese Lösungen helfen und nicht schaden. Die Verschreibung eines nicht indizierten Antibiotikums lehnt er ab, an die Wirkung eines reinen Placebos könnte er nicht glauben. Also wählt er lieber eine Strategie, die ihm eine gewisse Hoffnung auf eine Wirkung lässt und die er mit dem Gefühl anwenden kann, dem Patienten nicht zu schaden. Wichtig ist ihm, dass die Strategie in das eigene Denken passt: Eine „Teerezeptur mit der Monografie, die beschrieben wird wie ein Medikament“ ist seinem ärztlichen Denken näher als die „ganz andere Philosophie“ etwa der Homöopathie. Trotzdem wendet er gelegentlich Homöopathie bei bewährten Indikationen an, einfach weil das Erleben da ist, in manchen Fällen in der Praxis solche Alternativen zu benötigen.

Die Gedankengänge des folgenden Arztes zeigen, welche Überlegungen im Falle eines ängstlichen Patienten mit psychosomatischem Hintergrund etwa zur Verschreibung eines Phytotherapeutikums im Sinne einer unspezifischen Therapie führen können. Er legt dar, warum andere Strategien für ihn in diesem Fall keine Option sind:

Der ängstliche Patient ist der schwierigste Patient. Aber von dem leben wir alle, weil der am häufigsten kommt. Ja, das ist so. Und beim ängstlichen Patienten hängt es davon ab, wie gut man den kennt. Der will natürlich als erstes einmal einen Krankheitsausschluss, der will erst einmal eine organische Medizin, obwohl ihm ja eigentlich was Psychisches fehlt, aber er will was Somatisches. Und der profitiert von der Komplementärmedizin am meisten, weil er ja was kriegt. Und gerade wenn man Angst hat, braucht man ein starkes Instrument, und das ist zum Beispiel bei der Homöopathie durchaus so, das steht ja viel

dahinter. Und da kann man nichts falsch machen bei dem, ja. Und der profitiert sehr davon. [...] Also den Angstpatienten schicke ich nirgends hin. Weil, wo kommt denn der hin? Das habe ich auch schon gemacht, aber wie geht denn die Karriere eines Angstpatienten, den man weiter schickt? Der kommt zum Psychiater womöglich, oder zum Psychotherapeuten, eins von beidem, oder? Der Psychiater, der, entweder schickt der mir ihn zurück, weil es harmlos ist, das kann ich dann auch, oder der gibt ihm ein Psychopharmakon, das nimmt er drei Tage, dann kommt er, „schauen Sie mal was da drinnen steht im Beipackzettel“, vor allem, braucht der das auch gar nicht. In der Wirkung der Psychopharmaka bin ich ein extrem großer Kritiker. [...] Und meine feste Überzeugung ist, dass Psychopharmaka, speziell Antidepressiva, nur, dass das nur bei echt Kranken wirkt. Und die, die wir da haben, da sind ja die wenigsten echt depressiv krank, die haben ja nur eine Verstimmung, ein Angstsyndrom, oder nichts Ernstes halt. Also schon eine Befindensstörung, aber keine psychiatrische Krankheit, bei denen die Antidepressiva tatsächlich helfen würden. Und wir geben ihnen das alles, obwohl es eigentlich gar nicht wirkt. Also da bin ich zurückhaltend, und da ist auch die Anwendung von Komplementärmedizin. Aber jetzt nochmal zu dem Angstpatienten. Wenn ich den zum Psychiater schicke, kriegt der irgend so ein, irgend so was, was in meiner festen Überzeugung nichts hilft. Wenn ich den zum Psychotherapeuten schicke, da ist schon mal das Angebot sehr gering, dann müsste er zu einem Verhaltenstherapeuten, der Angstpatient, da ist das Angebot noch geringer, da haben wir im Prinzip in der Nähe nur eine Frau, die aber meiner Meinung nach ziemlich schlecht arbeitet, und wer profitiert da? Das sind ganz wenige. Und dann kommt der Patient selber, der das ja gar nicht sieht. Der hat ja gar keine Angst. Der hat ja Magenschmerzen. Warum soll er da zum Psychiater oder Psychotherapeuten. Aber wenn man ihm ein Mittel gibt, wo drauf steht „Magenschmerzen“, und aber sonst keinen Schaden anrichtet, und da bin ich jetzt wieder bei den Phytotherapeutika, bei (Phytotherapeutikum A) beispielsweise, das ist [...] eine Mischung aus mehreren Phytotherapeutika, die schon seit 200 Jahren in Anwendung sind, also so schlecht können sie nicht sein, wenn sich das bis heute durchgesetzt hat, und das hilft den Leuten auch. Nicht allen, das ist klar. Und damit ist der dann erst mal zufrieden. [...] Das Gespräch, das kann ich nicht, das muss man sagen, da fühle ich mich selbst nicht kompetent genug, ob das andere besser können ist eine andere Frage, aber das Gespräch bei so einem Angstpatienten dreht sich immer um somatische Dinge. Der will diese Angst gar nicht. Na gut, man spricht das mal an, freilich hat er Angst, aber es ist halt der Magen, der ihm weh tut, gell. Und da muss doch was sein. Ist da wirklich nichts? Wirklich? (Lacht) Und selbst wenn ich das wirklich weiß, wirkt das nur eine Woche lang.

Also, beim somatischen, beim Angstpatienten, die Angst, die Ängste besprechen, das weiß ich nicht, wie das geht. (06 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 448 - 532)

Dieser Arzt schildert die Schwierigkeiten, denen er in der Behandlung von Patienten mit psychosomatischem Hintergrund begegnet. Der Arzt sieht die Angst etwa hinter den Magenschmerzen und spricht das auch an, stößt beim Patienten jedoch auf Unverständnis. Psychotherapeuten für eine weiterführende Behandlung gibt es im nächsten Umfeld kaum, und die Überweisung zum Psychiater möchte der Hausarzt gerne vermeiden, da er bei solchen leichteren Fällen, die er als Befindlichkeitsstörung einordnet, die Gabe von Psychopharmaka nicht für indiziert sieht. Zudem weiß er, dass der Patient so ein Medikament auch nicht langfristig einnehmen würde, sondern mit seinen körperlichen Symptomen gesehen werden möchte und gerne explizit diesbezüglich behandelt werden will. Vor dem Hintergrund der stark ausgeprägten Fokussierung des Patienten auf die somatische Ebene hält dieser Arzt eine Gesprächsstrategie für unmöglich und weicht auf die stoffliche Ebene aus. Mit der Verordnung eines Phytotherapeutikums gegen Magenschmerzen, das der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten entgegenkommt und dem Wunsch des Arztes entspricht, dem Patienten weiterzuhelfen und nicht zu schaden, wird eine Lösung gewählt, mit der beide Parteien zufrieden sind.

4.3.3 Überzeugte Anwendung von CAM (Grundhaltung „überzeugt“)

Die Hausärzte, die in dieser Studie als „CAM-überzeugt“ eingeordnet wurden, bevorzugten üblicherweise – ähnlich wie im Fall der unspezifischen Therapie – einige CAM-Verfahren, während sie andere nicht anwenden bzw. diesen gegenüber zurückhaltend bis ablehnend eingestellt sind. Die Strategien, von denen sie überzeugt sind, bieten sie in gewissen Fällen aktiv an. Beispielsweise müsste etwa ein Patient, der eine Erkältung hat, bei dieser Ärztin gar nicht extra nach einer Empfehlung aus dem CAM-Spektrum fragen, sondern bekommt gleich eine solche Lösung angeboten:

Und bei einer Erkältung ist es mir auch lieber, ich geb dem Patienten dann nur ein (homöopathisches) Mittel mit, das keine Nebenwirkungen hat, als zu sagen, jetzt nehmen Sie Ibuprofen plus ACC plus bla bla bla, was einfach mal den Patienten immer viel kostet, die zahlen das ja alles selber, und zweitens auch nach Studienlage vieles wenig bringt und vielleicht auch Nebenwirkungen hat. (07 - w, 51-60, > 10 J, Inh.: 355 - 360)

Für diese Ärztin ist ein homöopathisches Mittel bei einer Erkältung das Mittel der Wahl, das sie einer konventionell-medizinischen symptomatischen Therapie vorzieht. Wichtige Argumente sind für sie das Vermeiden von eventuellen Nebenwirkungen und zusätzlichen Kosten für den Patienten. Die Studienlage der konventionell-medizinischen symptomatischen Therapien sieht sie eher kritisch.

Für überzeugte Ärzte kann CAM in speziellen Fällen auch grundsätzlich „das bessere Handwerkszeug“ darstellen:

Nein, da ist für mich die Komplementärmedizin manchmal sogar das bessere Handwerkszeug, nicht, damit die Patienten nicht abwandern, sondern weil ich ihnen mit dieser Art der Medizin in meinen Augen besser helfen kann, aus diesem Grund würde ich die Komplementärmedizin in bestimmten Punkten vorziehen. Von mir aus gesehen hat das einen hohen Stellenwert, nicht jetzt aus kommerziellen Gründen oder sonstigen. Und ich bin überzeugt davon, dass ihm das und das vielleicht besser hilft in dem und dem Fall, also da schaue ich immer individuell. Und ich würde sagen, die meisten sind dankbar, wenn man das anspricht, wollen Sie lieber so etwas oder das, ich kann nur anbieten. Oder sage dann schon, ich würde das erst mal nur so versuchen, jetzt schauen wir mal, wie weit wir damit kommen. (14 - w, 61-70, > 10 J, Inh.: 528 - 538)

Sich dafür zuständig zu fühlen, Patienten helfen zu können und selbst zu überlegen und zu entscheiden, was dem Patienten „vielleicht besser hilft“ in dem jeweiligen individuellen Fall, zieht sich durch die Erzählungen der eher überzeugt eingestellten Hausärzte.

Die folgende Ärztin wollte von Anfang an Methoden wie die Homöopathie erlernen, um Patienten an dem Punkt weiter zu behandeln, wo sie sonst das Gefühl hätte, mit der konventionellen Medizin an Grenzen zu kommen:

Das ist auch für mich von Anfang an so eine Motivation gewesen, auch zum Beispiel jetzt Allgemeinmedizin zu machen und dann irgendwann Zusatzverfahren zu erlernen, weil ich gesehen habe, mit der reinen Medizin, die ich an der Uni gelernt habe, wäre bei vielen Patienten für mich irgendwann der Ofen aus therapeutisch, ich wüsste nicht, wie ich den Patienten jetzt helfen sollte. Aber mit dem, was ich an der Hand habe, ich kann mit der Homöopathie so viele Dinge noch weiter behandeln, wo ich sonst am Ende wäre, oder wo ich sagen müsste, es gibt jetzt kein Medikament, das Ihnen da jetzt helfen kann oder ein Medikament hilft vielleicht, aber es macht auch viele Nebenwirkungen, das steht nicht dafür. (07 - w, 51-60, > 10 J, Inh.: 43 - 52)

Im Vergleich zum eher skeptisch eingestellten Arzt, der klar auf die Grenzen der Medizin verweist und diese Grenzen dem Patienten gegenüber auch kommunizieren möchte, zeigt sich hier der stark ausgeprägte intrinsische Wunsch, die Grenzen der Medizin zu erweitern. Diese Ärztin ist nicht zufrieden mit der universitären „reinen Medizin“, da sie ihr nicht ausreicht. Sie wünscht sich, ihren Patienten auch in Situationen weiterhelfen und Lösungen anbieten zu können, in denen üblicherweise mit der konventionellen Medizin Grenzen erreicht werden oder Nebenwirkungen in

Kauf genommen werden müssen. Dies hat bei ihr dazu geführt, diese Grenzen von Anfang an als Motivation zu sehen, Fachärztin für Allgemeinmedizin zu werden und Zusatzverfahren aus dem Bereich CAM zu erlernen, um diese in der Praxis anwenden zu können. Sie zeigt nicht die Haltung des Pragmatikers, der die Wünsche und Realitäten der Patienten und des Praxisalltags akzeptiert und flexibel darauf reagiert, sondern sie hat von vornherein eine persönliche Motivation, in therapeutisch unbestimmten Situationen noch weiter behandeln zu wollen.

Folgender Arzt schildert eine ähnliche Ausgangssituation und intrinsische Motivation. Er betont in seiner Erzählung jedoch auch, dass er je nach äußeren Anforderungen – etwa im Notdienst – seine Strategien ändert:

[...] das entsprang durchaus einem gewissen Frust über das, was ich an der Uni gelernt hatte, also wenn man das mal bildlich ausdrücken will, habe ich das oft als eine etwas vierschrötige Art empfunden den Patienten anzugehen, oft jedenfalls, so dieses strenge Einordnen nach Lehrbuch [...], egal, was das eigentlich für ein Mensch ist, ob der sowas überhaupt vertragen kann, oder wenn man schon selber weiß, dass das nebenwirkungsgefährdet ist, dann will ich dem das ja nicht zumuten, wenn es auch anders geht. Und so bin ich schon früh den Weg erst in die Homöopathie gegangen und in die ganzen allgemeinen Naturheilverfahren und habe da so von Anfang an damit auch gearbeitet, selbst an der Uni übrigens, an der Uniklinik, die waren froh, dass einer da war, der akupunktiert hat (lacht), in der medizinischen Poliklinik, da habe ich selber gestaunt, dass so etwas möglich war. Aber das war auch das Einzige, andere Sachen gingen da nicht. Ja, also das fing schon sehr früh an, und es begleitet eigentlich mein gesamtes Handeln. Etwas anderes ist es zum Beispiel, wenn ich einen Notdienst habe und komme zu Leuten, die ich noch nie gesehen habe, wo ich auch gar nicht die Zeit und die Möglichkeit habe, da nach irgendwelchen Neigungen von denen zu forschen, da mache ich Schulmedizin, das ist klar, ja, das geht ratz-fatz, aber wer hierher kommt, kommt ja meistens auch aus gutem Grund, der hat das gelesen oder es hat sich herumgesprochen oder so, dann begegne ich dem auch gleich auf der ganz anderen Ebene.

(08 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 57 - 76)

Stark ausgeprägt zeigt sich hier der Wunsch, in der Behandlung genau zu differenzieren, „was das eigentlich für ein Mensch ist, ob der sowas überhaupt vertragen kann“, und die Überlegung, was dann dem Einzelnen als Therapie „zumuten“ ist. Diese Denkweise findet ihre Anwendung jedoch vor allem in der eigenen Praxis, wo im Laufe der Jahre bereits die später noch genauer dargestellte Patientenselektion (vgl. Kap. 4.4.4) stattgefunden hat. Im Notdienst kommt mit einer ebenso großen Selbstverständlichkeit die konventionelle Medizin zur Anwendung.

4.3.4 Gespräch und psychosomatische Grundversorgung

Unabhängig von der Grundhaltung gegenüber CAM bekräftigen alle befragten Ärzte die wichtige Rolle des therapeutischen Gesprächs und der psychosomatischen Grundversorgung:

Also eine Medizin mit langem Atem tut dem Patienten gut. Ich höre das jetzt gerade, ich habe jetzt sehr viele Abschiedsgespräche, also letzte Vorstellung von Leuten, die ich sehr lange begleitet habe, und da kommen diese Themen auf. Da kommt auch, was Patienten bei Ärzten suchen. Die suchen häufig Sicherheit, jemand, der sie empathisch begleitet und ihnen bei ihren verschiedenartigen Problemen hilft. Also, das sind die typischen Hausarztpatienten. Patienten kommen in der Regel mit irgend einem Problem, von dem sie vielleicht im Moment glauben, es sei ihr einziges Problem, aber manche Patienten wissen, dass das ein Präsentierproblem ist. Und dass, wenn sich das Gespräch gut entwickelt, sie das, weshalb sie eigentlich kommen wollten, auch noch sagen können. Und das sind solche Sachen, die man im Laufe des Lebens erst merkt, was hinter einer einzelnen Konsultation steckt. Und die... Oft ist es nicht das Anliegen der Leute, jetzt sofort die Problemlösung, die wollen sie natürlich auch, aber eher so langfristige Strategien, oder verstehen, was so im Körper vorgeht, die Angst verlieren, wenn der irgendwo weh tut oder irgendwas nicht richtig funktioniert. [...] Ich habe aber im Lauf meines Lebens gemerkt, dass es oft reicht, wenn man dem Patienten versichert, dass das jetzt nichts Gefährliches ist, was er hat, und dass es auch vorübergeht, dass er jetzt im Moment wahrscheinlich gar keine Behandlung braucht. Das ist oft noch besser als eine naturheilkundliche Behandlung. (04 - w, 61-70, > 10 J, Inh.: 16 - 96)

Gelingende Gespräche im Rahmen einer langfristigen Begleitung, die dem Patienten Sicherheit vermitteln und Verständnis schaffen für die Vorgänge im Körper, sind für diese Ärztin wesentliche Bedürfnisse des „typischen Hausarztpatienten“. Sie schildert die Situation des vorgeschobenen Beratungsanlasses, bei dem erst durch ein gutes Gespräch das eigentliche Anliegen erfasst werden kann. Aus ihrer Erfahrung lässt sich auch manche naturheilkundliche Behandlung vermeiden, wenn die Möglichkeit besteht, das Anliegen im Gespräch zu klären.

Folgender Arzt schildert die Kunst, das Gespräch mit dem Patienten so zu führen, dass dieser auch annehmen kann, dass er jetzt keiner weiteren Behandlung bedarf:

[...] also ich denk schon, dass ich zuerst die somatische Seite abklopfe, von leichten bis schweren Dingen, und wenn ich den Eindruck habe, dass da nichts ist, wo man sich Sorgen machen müsste im Augenblick oder kein Hinweis ist, dann versuch ich das dem Patienten eben zu sagen, wobei die Kunst dabei ist nicht zu sagen „Sie haben nichts,

tun's net so, Sie ham nix, da draußen gibt's Leut', die ham keine Beine, denen geht's viel schlechter“, sondern „Ihnen geht's nicht gut, das sieht man, das sagen Sie mir auch, aber aus meiner Erfahrung raus und aus den Untersuchungsergebnissen und aus den Gesprächen heraus hab ich nicht den Eindruck, dass irgendetwas Gravierendes oder Schlimmes vorliegt, das jetzt ne weitere Diagnostik oder ne Medikamentengabe erfordern würde. Das wird jetzt halt dauern“, zum Beispiel. (02 - m, 51-60, > 10 J, Inh.: 107 - 117)

Dennoch stellt dieser Arzt dar, dass nicht jeder Patient offen ist für eine gegebenenfalls erforderliche psychosomatische Abklärung und Intervention. Als wichtiges Mittel, um den Patienten trotzdem zu erreichen, nennt er eine wertschätzende und die Beschwerden des Patienten ernst nehmende Kommunikation. Zudem sieht er die Anwendung von Fragebögen zur Einschätzung etwa von Depressionen als hilfreich an:

Natürlich gibt's den einen oder anderen, der mit Beschwerden zum fünften Mal kommt, mit Schwindel, oder er ist abgeklärt, ist untersucht worden, oder mit Übelkeit, die keiner findet, der dann schon mal irgendwann sagt, mir geht's schlecht, und ich hab jetzt wirklich Angst, dass ich Krebs haben könnte zum Beispiel oder so, die gibt's natürlich, die Leute, die damit nicht klar kommen, wenn man sagt, wir können nichts finden, dann ist die Kunst eben, herauszufinden, was das Problem sein könnte, ob es wirklich möglicherweise eine Erkrankung ist, die wir nicht erkannt haben, oder ob's psychische Ursachen gibt, ob's ne Angststörung sein könnte, ob er vielleicht irgendwelche Medikamente oder sonst etwas einnimmt, wovon wir nichts wissen, das muss man dann halt abklopfen, und zu sagen, das ist nur in Ihrem Hirn, das kann man natürlich nicht, so ist es ja auch nicht, (lacht) sondern der Patient hat ja das Leiden, und das kann eine Kunst sein, oder es kann manchmal schwierig sein, wenn man den Eindruck hat, der Mensch ist stark belastet, ist unter Stress, irgendwas anderes drückt den in Wirklichkeit, der bräuchte vielleicht ne psychotherapeutische oder psychiatrische Unterstützung, die Leute dazu zu kriegen ist nicht so einfach. Das ist also schon schwer, manchmal. Manche sind auch sehr dankbar dafür, wenn ihnen dann mal, wenn's gar nicht anders geht, dann mach ich nen Score für Depression und leg den hin und sag, schauns mal her, allgemeine Depressionsskala, Sie ham jetzt 27 Punkte, das ist genau eigentlich, und ja, und so, manchmal kann man die Leute damit eher davon überzeugen, dass möglicherweise da ein Stimmungsproblem dahinter steckt. Aber es ist nicht so, dass es da das immer funktionierende Schema gibt, nee. (02 - m, 51-60, > 10 J, Inh.: 122 - 144)

Ein Problem dieser an sich gern angewandten Strategie scheint jedoch zu sein, dass die Zeit in der Kassenpraxis nicht nur eher knapp ist, sondern das Gespräch auch als schlecht bezahlte Strategie empfunden wird:

Also manchmal reicht Reden auch schon. Reden macht überhaupt ganz viel Zeit hier aus finde ich. Hier geht also definitiv keiner mit einem, irgend einem, wie sagt man so schön, mit einem Zettel raus, ob er nun blau, rosa oder grün ist. Vielen reicht es auch schon, dass sie die Bestätigung kriegen, dass das jetzt eigentlich alles so passt, oder erklärt kriegen, dass das so in Ordnung ist. Das reicht meistens auch schon. Das, was wir halt wenig bezahlt kriegen. (10 - w, 41-50, < 10 J, Inh.: 111 - 116)

Nicht nur deshalb kann man dabei als Arzt bei allem Bemühen auch persönlich an seine Grenzen kommen:

[...] man muss Durchhaltevermögen haben, also das merke ich schon, dass das auf die Dauer, also auch wenn Sie fünfmal, gerade diese Patientin, wenn die immer wieder kommt und immer wieder sagt, es ist alles so dramatisch, dass man einfach nicht die Geduld verliert und sich selber immer wieder ein bisschen am Riemen reißt, was einem wahrscheinlich nicht immer gelingt, aber dass man da dabei bleibt, ja. (09 - w, 41-50, < 10 J, Inh.: 296 - 301)

Unter anderem aus der Schwierigkeit heraus, nicht in jeder Situation empathisch begleiten zu können, nicht immer über genug Zeit für ausführliche Gespräche und ausgiebiges Erklären der medizinischen Sachverhalte zu verfügen und manchmal auch durch ein Scheitern dieser Strategie an der Einstellung des Patienten, können auch Verschreibungen im Sinne einer unspezifischen Therapie erfolgen.

Manche interviewten Hausärzte werden auch Methoden aus dem Bereich CAM an, um wie bei der Homöopathie durch das intensive und lange Gespräch einen guten Zugang zum Patienten zu bekommen:

Also da sehe ich einen Vorteil der Methode, dass es ein sehr gutes Zuhören ist, ein sehr gutes Informationen sammeln, das, was ich mir eigentlich in der Schulmedizin oft wünschen würde. Die reinen Homöopathen nehmen sich deutlich mehr Zeit meistens für ihre Patienten, und ich glaube, dass das alleine schon ein Teil des Erfolges ist. Und ich hab einfach so persönlich die Erfahrung gemacht, wenn ich einen Zugang zum Patienten habe, dann ist es in der Schulmedizin wie auch in der Homöopathie wie auch in allen anderen Sachen einfach so, wenn's klick macht, und der Zugang steht, dann funktioniert die Medizin deutlich besser. Egal was ich mache eigentlich. (03 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 107 - 116)

Das Gespräch wird von diesem Arzt als etwas ganz Wesentliches angesehen, damit unabhängig von den Behandlungsmethoden die Medizin „funktioniert“. Ihm fehlen in der konventionellen Medizin teils die Qualitäten von „sehr gutem Zuhören“ und „sehr gutem Informationen sammeln“ – Elemente, die er in der homöopathischen Anamnese findet und schätzt. Er fasst die Möglichkeiten, die sich durch ein gutes Gespräch und die sich daraus ergebende „Bündnisbildung Patient und Arzt“ nochmals zusammen und betont die Wichtigkeit des Gesprächs für den Behandlungserfolg:

Die eigentliche Magie ist, glaube ich, das Gespräch, das aus dieser Bündnisbildung Patient und Arzt entsteht, das ist dieses Eingehen aufeinander, dieses Teamwork, und das ist wie in der Schulmedizin auch in den Alternativmethoden: Wenn es Klick macht und es gelingt, mit dem Patienten wirklich zusammenzukommen, dann haben Sie einfach deutlich bessere Erfolge mit dem, was Sie da machen, und da werden Sie auch in der Schulmedizin erleben, dass Medikamente Wirkungen haben, die sie eigentlich gar nicht haben können. Dass sie Erfolge feiern mit Sachen, wo sie selbst erschrecken, und sagen, kann jetzt wissenschaftlich eigentlich gar nicht sein, aber andererseits haben sie Misserfolge, wo sie sagen, das gibt es nicht, lügt jetzt nicht dieser Patient, es muss doch funktionieren, es steht doch so in der Leitlinie. (03 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 424 - 435)

Ein gutes Gespräch im Sinne eines „Eingehens aufeinander“ und einer „Bündnisbildung“ wird hier beschrieben als die „eigentliche Magie“, die sogar Behandlungserfolge möglich macht, die über das üblicherweise Erreichbare hinausgehen. Unabhängig von den anderen in der Praxis angewandten Verfahren wird dem Gespräch damit ein hoher Stellenwert eingeräumt.

4.3.5 Verwendung von reinem Placebo

Reine Placeboanwendungen im Sinne einer wirkstofffreien Tablette oder einer Spritze bzw. Infusion mit physiologischer Natriumchlorid-Lösung scheinen nach den vorliegenden Interviews in der hausärztlichen Praxis nur selten zur Anwendung zu kommen. Die vorsätzliche Gabe eines reinen Placebos wird in den Interviews eher als problematisch und belastend für die Beziehung zwischen Arzt und Patient dargestellt, was zu einer seltenen Anwendung führt. Der Wunsch, in manchen Situationen dem Patienten noch „etwas Gutes zu tun“, lässt jedoch etwa diese Ärztin zumindest über diese Möglichkeit nachdenken, auch wenn es zu keiner konkreten Anwendung kommt:

Es wäre ja nur noch eine Möglichkeit, irgendwo vielleicht noch zusätzlich jemandem dann etwas Gutes zu tun für seine Psyche, wenn er was gekriegt hat. [...] Es fällt mir jetzt konkret keiner ein, wo ich mir das wirklich gedacht habe, aber es war mal so eine

Überlegung, es gab schon mit Sicherheit mal jemanden hier. Wo es eine Idee gewesen wäre. (10 - w, 41-50, < 10 J, Inh.: 305 - 315)

Wie die Ärztin in folgendem Zitat betont, kann die Gabe eines reinen Placebos als stark konträr zu einem offenen und ehrlichen Umgang mit Patienten erlebt werden. Ihr Wunsch ist, den Patienten gegenüber ehrlich zu sein und sie nutzt die Möglichkeit einer Placebogabe nicht, auch wenn diese Option in der Praxis zur Verfügung stehen würde:

[...] das habe ich noch nie gemacht. Weil ich da den Patienten ja wirklich belügen würde. Ich habe die Placebo-Globuli da, ich habe so ein Fläschchen vorne mit Placebo-Globuli, Saccharinum officinalis, aber ich habe es noch nie gegeben [...]. Es wäre ein Konflikt, ein Konflikt zwischen dem Patienten und mir, wäre unehrlich. (07 - w, 51-60, > 10 J, Inh.: 499 - 508)

Die aktive Entscheidung, den Patienten zu „belügen“, würde hier einen inneren Konflikt hervorrufen, der vermieden werden soll.

Etwa im Rahmen der Betreuung von dementen Patienten in einem Seniorenheim scheint die Situation etwas anders auszusehen. Außerhalb der direkten Eins-zu-eins-Situation in der Praxis, wo die Befürchtung besteht, eine Placebogabe könnte das Arzt-Patienten-Verhältnis beeinträchtigen, scheint hier eine Placebogabe vom Arzt leichter akzeptiert werden zu können. Trotzdem scheint auch in diesem Setting eine Placebogabe zurückhaltend eingesetzt zu werden und das Thema ruft immer noch ein gewisses Unwohlsein hervor:

Also mit den Placebos habe ich echt schon Schwierigkeiten, Ehrlichkeit, das belastet natürlich die Arzt-Patienten-Beziehung, also wenn Sie jetzt sagen, die kleinen Blauen helfen ganz gut... Was mich immer wundert in den Heimen, also ich bin in verschiedenen Heimen, in einem, wo auch problematische Patienten sind, auch ganz lang, und es ist auch bei den Pflegern so, dass die sagen, probieren wir es doch mal mit einem Placebo. Da ist dann irgendwie so ein bisschen, in dem Moment denkt man sich schon als Arzt, eben so dieses Ernstnehmen, diese Wertschätzung oder auch die Würde des Patienten, das geht manchmal... Wobei ich finde natürlich, in so einem Heim, die müssen ja irgendwie manchmal ihre Sachen halt regeln, und da ist es für den Patienten sicher besser, er nimmt eine kleine blaue Tablette, die ihm jetzt eben nicht schadet, als er braucht irgendwas, (ein Benzodiazepin) oder sonst was. Aber, also da muss ich jetzt wirklich ein bisschen unterscheiden, in der Praxis habe ich das jetzt Gott sei Dank gar nicht, also dass ich sagen muss, ich muss da mit Placebos arbeiten. In den Heimen oder so, aber das ist dann wirklich mehr so, da hat man dann einfach so ein Team, und probieren wir's halt mal so... (09 - w, 41-50, < 10 J, Inh.: 356 - 371)

Wenn die Anregung zur Placebogabe von Außen kommt und gemeinsam in einem Team getragen werden kann, scheint das trotz Vorbehalten gegenüber diesem Vorgehen leichter akzeptiert werden zu können. In diesem Beispiel sind es die Pfleger, die den Wunsch nach einer Placebogabe äußern, und für die Ärztin überwiegt der Nutzen für den Patienten im Sinne einer Vermeidung etwa von Benzodiazepinen. Dennoch scheinen auch sehr gute und eigentlich beeindruckende Effekte wie das Ausschleichen von Schmerzmitteln und Psychopharmaka durch Einsatz von reinem Placebo in folgendem Beispiel nicht zu einer häufigeren Anwendung dieser Strategie zu führen:

Dass ich etwas Wirkstofffreies gebe, das habe ich nur einmal gemacht und da mache ich es immer noch hin und wieder bei derselben Patientin, wo wirklich nichts drin ist in der Tablette, das gibt es ja in der Apotheke zu kaufen, Placebotabletten in verschiedenster Größe und Farbe, mit Bruchrille, ohne Bruchrille, die gibt es zu kaufen, da hat mich der Ehemann einer Patientin darauf gebracht, ich wusste das nämlich gar nicht, und da haben wir tatsächlich so manche Schmerz-, das muss man sich mal reinziehen, Schmerz- und Psychopharmaka ausgeschlichen und gegen Placebo ausgetauscht, und das ist auch gegangen, weil der Mann das wollte, und die Frau im Altenheim ist, und so an der Grenze zur Demenz ist so ein bisschen, das ist weitgehend gegangen. Aber sonst mache ich das nicht. (08 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 419 - 429)

Initiatoren dieser Strategie sind in diesem Fall nicht die Pfleger, sondern es ist der Ehemann der Patientin, der den Wunsch nach einer Placebogabe hat. Der Arzt verdeutlicht, dass er nicht einmal von der Existenz solcher Placebotabletten wusste – diese Strategie gehört nicht zu seinem üblichen Repertoire.

Ein wenig anders kann das in speziellen Situationen mit Patienten wahrgenommen werden, die etwa auf Grund kultureller Prägungen und Erfahrungen in anderen Gesundheitssystemen mit anderen Erwartungen in die Praxis kommen. Diese Ärztin sieht keine Möglichkeit, in dem ihr zur Verfügung stehenden Rahmen daran etwas zu ändern. Als Ausweg wählt sie eine Placebo-Strategie:

Wir haben hin und wieder, das sind ganz spezifische Situationen, das sind wirklich sehr alte Menschen, die wollen zum Beispiel ihre, die Rückenspritze, die Spritze für den Rücken, du kannst nicht immer Cortison spritzen, ja, das geht nicht, und da haben wir, das ist wirklich ne Handvoll Patienten, ähm tatsächlich, die kriegen auch mal ne Kochsalz-Ampulle dann gespritzt, einfach für diese Handlung, das geht nicht ohne, ja. [...] Das kriegst du nicht raus aus dem Kopf der Leute, die kamen aus Russland, war einfach, wenn du ne Spritze bekommen hast, dann war alles gut, das ist so ne, so'n Weltbild, das die haben, das wirst du niemals durchbrechen, ja, und du darfst aber nicht [...] dieses

Cortison spritzen, ja, oder eine Patientin hatten wir, die hatte... Kalzium, die hat sich so eingebildet, dass sie nen Kalziummangel hat, die hatte sich, über Jahre wollte sie Kalzium spritzen und, das war hier in der Ausbildung in A, mein Chef der hat immer das Kalzium verworfen, hat ihr immer Kochsalz gespritzt und damit hatte sie keine Krämpfe mehr. Also das sind Einzelfälle, aber die hat man, ja. [...] Das sind so festgefahrene Krankheitsbilder, die kriegt man nicht raus, also das ist dann glaub ich reine Theorie, wenn sich über Jahre ein, wenn der sekundäre Krankheitsgewinn einfach so dermaßen, das Leben eigentlich nur noch danach ausgerichtet ist, ja, glaub ich nicht, dass ich das in der Kürze der Zeit, die ich zur Verfügung habe, da dem Patient essenziell weiterhelfen kann, ja. Deswegen spritz ich ihm das dann. (19 - w, 41-50, < 10 J, Ang.: 395 - 420)

Die Motivation für das Verabreichen einer Spritze mit physiologischer Kochsalzlösung liegt hier darin, in Fällen, in denen der Patient definitiv nach einer solchen Handlung verlangt, eine potenziell schädliche, medizinisch nicht indizierte Gabe von Cortison bzw. Kalzium zu umgehen. Diese Ärztin hat das Gefühl, in manchen Fällen auf Patienten zu treffen, die Vorstellungen haben, die sie „niemals durchbrechen“ würde können oder die sie zumindest in der ihr zur Verfügung stehenden Zeit in der Hausarztpraxis nicht ändern kann, und geht daher diesen Kompromiss ein.

4.4 Dynamiken, die den Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen beeinflussen

Wie sich in den Interviews zeigt, gibt es verschiedene Dynamiken, die den Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen beeinflussen. Diese können mit den Besonderheiten in der jeweiligen allgemeinmedizinischen Praxis und mit der Persönlichkeit des Arztes sowie der Patienten zu tun haben. Gerade die erste Zeit in der hausärztlichen Praxis scheint für die weitere Entwicklung und die Definition des persönlich wahrgenommenen ärztlichen Aufgabengebietes etwas sehr Prägendes zu sein („gefühlte Zuständigkeit“, Kap. 4.4.1). Auch die auf lange Sicht angelegte Beziehung zu den Patienten kann den Wunsch fördern, als Arzt auf eine andere Art mit seinen Patienten umgehen zu wollen als etwa in der Klinik (Kap. 4.4.2). Die Auswahl der bevorzugten Strategien im Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen scheint dabei von verschiedenen Faktoren beeinflusst zu werden (Kap. 4.4.5) und kann sich auch im Laufe der Zeit ändern (Kap. 4.4.6).

4.4.1 „Gefühlte Zuständigkeit“ der Ärzte

Vor dem Beginn ihrer hausärztlichen Tätigkeit sind angehende Allgemeinmediziner in der Klinik üblicherweise für viele unterschiedliche in der Regel objektivierbar kranke Menschen zuständig. Demgegenüber werden die Ärzte in der Praxis oft vonseiten der Patienten mit Befindlichkeitsstörungen konfrontiert (vgl. Kap. 1.1.2), die für sie oft eine neue Erfahrung darstellen. Nach der langen Ausbildung und der Tätigkeit im Bereich der „richtigen Medizin“ stellt sich dabei die Frage: Bin ich dafür zuständig? Die sich aus der Beantwortung dieser Frage heraus ergebende „gefühlte Zuständigkeit“ kann man als einen individuell empfundenen Zuständigkeitsraum sehen, in dem sich der jeweilige Arzt dann bewegt. Dieser Arzt schildert diesen Prozess sehr plastisch:

[...] das ist der klassische Werdegang eigentlich, das sehe ich jetzt auch bei unseren Weiterbildungsassistenten, wenn die in der Praxis sind, die kommen aus dem Krankenhaus und kommen ja aus einem, was weiß ich, aus einem Umfeld, wo die Leute wirklich schwer krank sind, also man beschäftigt sich wirklich immer nur mit schweren, ja heftigen Medikamenten, heftigen Erkrankungen, und dann kommen plötzlich diese Befindlichkeitsstörungen, und man sitzt dem Patienten gegenüber und hat so das Gefühl, ja mei, da brauchen wir jetzt, also so, dafür gibt es doch kein Medikament, da müssen wir doch nichts geben, das ist doch nichts, oder sowas, bis man dann halt irgendwann so merkt, naja, also a) gibt es da wahrscheinlich genau so ein großes Leiden dahinter beim Reizdarmsyndrom wie bei jemandem, der mit einer Colitis ulcerosa irgendwie und 15 blutigen Stühlen am Tag im Krankenhaus liegt, also es verändert sich das Spektrum,

letzten Endes das Leiden oder die Leidensstärke bleibt gleich, und für mich war es so, ich war komplett nur so ein ganz technokratischer Schulmediziner als ich so rauskam in die Praxis und habe, ja, glaube ich, jetzt einfach so gelernt, dass es ganz viel Befindlichkeitsstörungen gibt, die viel Leiden erzeugen, und dass es da halt darum geht, irgendwie denen auch... Mei, man muss ja letzten Endes... Der Wunsch ist da, dass was gemacht wird oder dass es besser wird, und da muss man das zusammen halt irgendwie hinkriegen mit dem Patienten. Und dieses Erleben ist ja auch neu. Wenn man in der Klinik ist, dann sieht man den Patienten 14 Tage und nie wieder, und jetzt geht man einfach so einen Weg zusammen, das ist ja wiederum so dieses, was ich so schön finde an der Allgemeinmedizin, dass man Leute einfach lange begleitet, da geht man immer so ein Stück zusammen, [...] dann gibt es irgendwas Akutes, dann ist man wieder ganz eng beieinander und sieht sich einmal die Woche über ein halbes Jahr oder sowas und dann ist das wieder gelöst, das Problem, oder es ist besser, und dann hat man halt mal wieder drei Jahre nur ganz losen Kontakt und dann geht es vielleicht über die Familie oder Sonstiges, dann hat man wieder engeren Kontakt. Und dieses Begleiten, das macht es schon auch oft erforderlich finde ich so vom Gefühl her, dass man nicht nur mit leeren Händen dasteht. (13 - m, 41-50, < 10 J, Inh.: 154 - 184)

Für diesen Arzt stellt die Beziehung zu den Patienten, die er über lange Zeit begleitet, und das damit einhergehende Gefühl von Zuständigkeit etwas Wesentliches in der hausärztlichen Tätigkeit dar. Zu Praxisbeginn werden Patienten mit Befindlichkeitsstörungen und ihrem subjektiv empfundenen und vorgetragenen Leid noch eher verwundert eingeordnet in die Kategorie „das ist doch nichts“, eben auch weil es dafür „doch kein Medikament“ gibt, also keine funktional spezifische Lösung, die das ärztliche Handeln bisher legitimierte und erst ermöglichte. Im Laufe der Zeit nimmt dieser Arzt die Patienten jedoch anders wahr: Ärztlich zu behandelndes Leid setzt keine objektivierbare Erkrankung mehr voraus, sondern auch Befindlichkeitsstörungen fallen in die eigene Zuständigkeit. Durch das lange Begleiten des Patienten über Jahre entwickelt sich eine andere Beziehung zum Patienten und es reift als zentraler Gedanke der Wunsch, „das zusammen halt irgendwie hinkriegen“ zu wollen. Die Perspektive des Arztes verändert sich zu der eines Begleiters, der in diesem Prozess „nicht nur mit leeren Händen dastehen“ möchte.

Der Wunsch vieler Ärzte scheint zu sein, den Beschwerden des Patienten auch dann „gerecht zu werden“, wenn sie keine wissenschaftlich korrekte Lösung dafür erlernt haben und anbieten können. Dies kann in der Konsequenz dazu führen, dass Ärzte nach diesen ersten Erfahrungen zu Beginn der Praxistätigkeit oder auch manchmal schon während des Studiums beginnen, eigene Wege zu suchen bzw. gegenüber entsprechenden Anregungen von außen offen sind. Diese dann eingeschlagenen

Wege liegen oft jenseits des durchaus als wichtig eingeschätzten bisherigen Gelernten und damit auch jenseits der konventionellen Medizin. Zentrale Motivation ist der Wunsch, den Patienten gerecht werden zu wollen:

Ich war natürlich wie alle von der Schulmedizin geprägt, hatte natürlich den guten Glauben, wir machen die beste Medizin, wir haben das Allerbeste gelernt an der Uni, ja, und habe dann gemerkt in der Praxis, damit kommst du nicht weit. Und dann habe ich mich wirklich selber auf den Weg gemacht. Ich habe das Glück gehabt, eine Vorgängerin zu erleben, die hatte auch schon viel Phytotherapie und so gemacht, und die hat dann gesagt, da und da, das war immer ganz sinnvoll und es hat geholfen, und mich haben dann eigentlich die Patienten gelehrt, dass ich mich noch um andere Dinge kümmern muss, weil mit dem Gelernten konnte ich meinen Patienten, also so, wie ich ihnen helfen will, nicht genügend gerecht werden. (14 - w, 61-70, > 10 J, Inh.: 434 - 442)

Diese Ärztin formuliert ihren Wunsch, ihren Patienten auf diejenige Art weiterhelfen zu wollen, wie es ihrer Art entspricht. Diesem Wunsch liegen somit sehr persönliche Motive und Prioritäten zu Grunde. So betont sie auch die persönliche Beziehung zu den Patienten und die daraus entstehende besondere Form von empfundener Verantwortung für die Gesundheit und die „Gesundung“ des Patienten. Dies kann dann auch „mehr ins Existentielle“ gehen:

Also ich verstehe schon meine ärztliche Tätigkeit nicht nur als Reparaturmedizin. [...] Da habe ich so, wenn man das Wort ganzheitlich bemühen möchte, würde ich sagen, habe ich doch eine andere Sicht auf den Menschen, und verstehe auch mich zusätzlich so, dass ich auch diesen Aspekt in der Ganzheit berücksichtige. Und nicht nur jetzt so, ich mache eine Symptomreparatur. Und deswegen halt auch die Lebensführung mit einbeziehen, oder auch Ziele vereinbaren, also gerade wenn ich jetzt zum Beispiel Tumorpatienten habe, was ist für sie noch ein Lebensziel, oder was ist lebenswert? Also da geht es dann schon mehr ins Existenziale auch und nicht nur um eine Symptomlinderung. [...] dass ich den Menschen in seiner Vielfalt oder unter vielen Aspekten betrachte. Und dass ich eine Beziehung habe zum Patienten. Die Beziehungsebene, die finde ich sehr sehr wichtig. Und die finde ich hat man gerade als Hausarzt. Und ich kann mich einfach nicht wegducken, sage ich mal, oder mich nicht anstrengen wollen für den Patienten, sagen, ich gehe halt mal schnell weg. Meistens ist es ja so, sie waren ja oft schon beim Facharzt und kommen mit den Befunden, so, jetzt mach mal und guck mal, und dass ich mich wirklich verantwortlich auch fühle für seine Gesundheit, für die Gesundheit des Patienten, für die Gesundung. (14 - w, 61-70, > 10 J, Inh.: 616 - 640)

Für diese Ärztin ist klar, dass sie für viele Patienten tatsächlich der wichtigste Ansprechpartner ist, von dem sie sich Hilfe und Unterstützung erwarten, auch wenn sie bereits bei anderen Fachärzten waren. Die Ärztin nimmt die Erwartungen der Patienten wahr und übernimmt diese Verantwortung.

„Gefühlte Zuständigkeit“ kann man daher aus der Sicht der befragten Ärzte bezeichnen als die Wahrnehmung von ärztlichen Zuständigkeiten und damit auch von Grenzen. Geprägt und beeinflusst wird diese „gefühlte Zuständigkeit“ durch persönliche Grundhaltungen sowie die direkte Begegnung mit Patienten. Für den einzelnen Arzt stellen sich die zentralen Fragen: Ist es meine Aufgabe, Lösungen anzubieten für therapeutisch unbestimmte Situationen? Bis wohin bin ich zuständig? Was halte ich für möglich und was halte ich für nötig? Die jeweilige Schwerpunktsetzung bei der Beantwortung dieser Fragen kann unterschiedlich sein. Dennoch scheint bei einer ausgeprägten „gefühlten Zuständigkeit“ stark das ur-ärztliche Selbstverständnis zu Grunde zu liegen, dem Menschen nicht nur zu helfen, sondern ihn tatsächlich „heilen zu können“:

Es geht ja darum, dem Menschen helfen zu können, es geht ja eigentlich darum, helfen oder heilen zu können. (14 - w, 61-70, > 10 J, Inh.: 567 - 568)

Der Patient wird dabei wahrgenommen als Mensch, der „mehr (ist) als die Schulmedizin“:

[...] für mich ist der Mensch, besteht nicht nur aus Schulmedizin, das ist einfach, man kriegt mit der Schulmedizin nicht alles geregelt und ich denke, der Mensch ist mehr als die Schulmedizin, mehr als Evidence Based Medicine [...] (19 - w, 41-50, < 10 J, Ang.: 190 - 193)

Da in dieser Empfindung der Patient aus mehr besteht als aus dem Gelernten, aus mehr als evidenzbasierter Medizin, scheinen Ärzte je nach „gefühlter Zuständigkeit“ noch andere Gedanken und Vorgehensweisen in ihre Tätigkeit zu integrieren als die, die sie ursprünglich gelernt haben.

4.4.2 Langfristige und enge Arzt-Patienten-Beziehung

Die enge und auf lange Zeit angelegte Beziehung zwischen Arzt und Patient ist ein wichtiges Element der hausärztlichen Praxis. Der intensive und langfristige Kontakt scheint ein wichtiger Einflussfaktor dafür zu sein, dass sich Hausärzte für ihre Patienten auch in therapeutisch unbestimmten Situationen zuständig fühlen und Lösungen anbieten wollen.

Zwei Beispiele sollen hier zeigen, inwiefern die klassische hausärztliche Tätigkeit vor allem in Bezug auf die Arzt-Patienten-Beziehung als konträr zur Arbeit in einer Klinik oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) empfunden werden kann.

Im ersten Beispiel schildert ein Arzt die besondere Beziehung zu seinen hausärztlichen Patienten im Vergleich zu seinen Erfahrungen in einer chirurgischen Klinik. Er betont die Distanz dem Patienten

gegenüber, die er in der Chirurgie als notwendige Voraussetzung zur Ausübung seiner Tätigkeit erlebt hat. Im Vergleich dazu stellt er dar, dass er sich auf seine Patienten in der Hausarztpraxis viel stärker einlassen muss, was für ihn Herausforderung und Befriedigung zugleich bedeutet. In der hausärztlichen Situation erlebt er sich stärker als Individuum und empfindet eine Art Gleichwertigkeit im Kontakt, so dass auch Probleme gemeinsam mit dem Patienten gelöst werden. Er schildert den Charakter dieser anderen Art von Beziehung auch in Bezug auf die mit dem Patienten besprochenen Themen, bei denen manches Besprochene gar nicht in der Patientenakte notiert wird, sondern vertraulich alleine zwischen Arzt und Patient bestehen bleibt:

Das ist einfach, in der Klinik ist man eine Gruppe von Ärzten, die sich um den Patienten kümmert, und man muss sich nicht so extrem auf den Patienten einlassen. Und in der Allgemeinarztpraxis, da steht man irgendwie mit dem Patienten alleine da, steht dem da auch irgendwie auch gleichwertig gegenüber, und muss sich viel mehr einlassen mit dem. Und das kann für beide Seiten schwierig sein, und kann auch beiden Seiten aber etwas geben, denke ich. Und das ist das, was glaube ich sich auch, was sich bei mir auch verändert hat. Weil wenn ich mich da vergleiche mit B, [...] (der) ist dann in die Chirurgie gegangen [...], und dann wundere ich mich manchmal, ja, wenn er so mir erzählt, wie sie im Krankenhaus auch über Patienten sich lustig machen, wo ich mir auch denke, das geht gar nicht und sowas, so warst du früher auch nicht, aber das hat ihn in die Richtung geprägt, und ich glaube, dass er das auch braucht, weil er wahrscheinlich sonst mit manchen Situationen gar nicht umgehen könnte oder manche Sachen auch gar nicht machen könnte. Man braucht glaube ich auch einfach als Chirurg eine Distanz zum Patienten, um dem, man tut dem ja auch was an in dem Moment eigentlich, man verletzt den ja auch in dem Moment, und ich glaube, da braucht man auch den Abstand und da muss man auch den Abstand haben, dass ich, auch während der OP auch mal ein Witzchen zu machen, möglicherweise auf Kosten des Patienten, das ist glaube ich jetzt nicht unbedingt böse gemeint, sondern ist einfach etwas, was da dazu gehört. Und das legt man wiederum auch völlig ab, wenn man in der Praxis ist, ja. [...] Also, wie gesagt, man ist ja eins zu eins mit dem üblicherweise im Zimmer und man löst das Problem gemeinsam mit dem, das ist, es gibt viele Sachen, die gehen dann auch nicht raus, die schreibt man möglicherweise auch nicht in die Akte rein, die weiß man einfach nur, nur man selbst, und das ist schon ein anderes Verhältnis. Und das andere, was wirklich auch der Fall ist, ist, dass man ja auch von seinen Patienten lernt. Also es gibt ja welche, die sind viel älter als man selbst, die haben Lebenserfahrung und die begleitet man dann auch in einer Phase deren Lebens, in die man selber erst kommen wird, und deswegen kann man von denen sicher viel lernen auch noch, wie die damit umgehen oder wie Leute

mit unheilbaren Krankheiten umgehen, da kriegt man ja auch alle Beispiele geliefert und kann dann sehen, wie man das selbst machen würde und daraus was lernen.

(20 - m, 41-50, < 10 J, Inh.: 569 - 614)

Sehr stark wird hier das Miteinander mit dem Patienten hervorgehoben und damit auch das Erleben, über die medizinische Kompetenz hinaus persönlich gefordert und auch als Person nicht so leicht austauschbar zu sein. Die sonst oft dargestellte Asymmetrie im Arzt-Patienten-Verhältnis, bei der das Wissen vor allem auf Seiten des Arztes liegt, scheint hier aufgehoben zu werden. Es ist die Intention dieses Arztes, gemeinsam mit dem Patienten am Beratungsanlass zu arbeiten und das Problem gemeinsam zu lösen. Die Lebenserfahrung des Patienten wird auch für den Arzt persönlich als bereichernd angesehen. Diese andere Art der Begegnung mit dem Patienten wird hier als Besonderheit der allgemeinmedizinischen Praxis dargestellt, die auch dadurch entsteht, dass man in der Praxis eben nicht mehr wie in der Klinik als Gruppe von verschiedenen Ärzten agiert, die gemeinsam einen Patienten behandelt, sondern immer als derselbe Mensch für die verschiedenen Beratungsanlässe seiner Patienten zuständig ist.

Die Wichtigkeit des persönlichen Kontaktes für die hausärztliche Tätigkeit wird auch im zweiten Beispiel von folgendem Arzt betont. Er hat im Rahmen seiner Tätigkeit in einer Art medizinischem Versorgungszentrum (MVZ) im Ausland die Erfahrung gemacht, mit Patienten zu arbeiten, die von unterschiedlichen Ärzten hausärztlich betreut werden. Auch wenn er diesem System bezüglich der Abläufe gewisse Vorzüge zugesteht, sieht er das System kritisch, da es für ihn Inbegriff des Arzt-Seins ist, auch als Person für den Patienten da zu sein und nicht nur eine medizinische Leistung zu erbringen:

Das habe ich anderswo [...] deutlichst erlebt, und ich fürchte, bei uns geht die Entwicklung ein bisschen auch in diese Richtung, dass die Praxen immer größer werden, und der Patient immer weniger weiß, zu welchem der dem MVZ zugehörigen Ärzten er dann kommt, er weiß nur, dass es einen zentralen Computer gibt, da ist alles bestens über ihn drin, aber er begegnet nicht immer dem selben Gegenüber, so war das in C auch, ich habe das einerseits bewundert, weil das lief schon, das lief gut, da war alles sofort abrufbar auf dem Bildschirm und so, aber die Leute hast du noch nie gesehen und wirst sie nie wieder sehen, das haben die auch selber gesagt, und ich war Ausländer, ich war sowieso immer wieder an einer anderen Stelle, aber die haben das auch erzählt, dass das in C halt so ist, und ich fürchte, wir gehen ein bisschen in die Richtung. Und das ist eigentlich schade finde ich. [...] Der persönliche Kontakt, das ist ganz wichtig glaube ich, dass man sich kennt. [...] Ja, also das ist finde ich eine ur-ärztliche Tätigkeit, dass man als Person da ist, immer derselbe, das ist wichtig. [...] Ja, das (andere System) hat irgendwie

schon auch Vorteile, zweifellos, aber Sie sind dann vielleicht nicht mehr in dem wahren Sinne Arzt, wenn Sie dann der Dienstleister sind. (08 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 493 - 519)

Dieser Arzt hebt das für ihn wichtige schlichte Dasein als Person als „ur-ärztliche Tätigkeit“ hervor, durch die er sich gegenüber der durchaus effektiven Tätigkeit eines Arztes als „Dienstleister“ abgegrenzt sieht und wodurch er sich erst im eigentlichen Sinne als Arzt fühlt. Er stellt dar, dass es bei der hausärztlichen Tätigkeit für ihn um mehr geht als eine effektive medizinische Versorgung.

Die von diesen Ärzten als für beide Seiten wohltuend empfundene langjährige Kenntnis des Patienten (in der Sprache der Allgemeinmedizin als „erlebte Anamnese“ bezeichnet) und die Möglichkeit einer langjährigen Begleitung scheint ein wichtiges Element in der hausärztlichen Praxis zu sein. Diese Kenntnis kann die Voraussetzung für eine gute Passung zwischen Arzt und Patient schaffen und auch im Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen das Finden einer gemeinsamen Lösung erleichtern. Wie in Kap. 4.4.4 genauer erläutert, dürfte bei einer Begleitung über Jahrzehnte bereits eine starke Patientenselektion eingesetzt haben, die wie hier geschildert auf beiden Seiten Zufriedenheit erzeugt.

Folgender Arzt berichtet von seiner Erfahrung, dass es bei der Betreuung von Patienten nicht nur um eine medizinische Leistung geht, die von wechselnden Ärzten etwa im Rahmen eines Bereitschaftsdienstes erbracht werden kann. Er hat die Erfahrung gemacht, dass die Patienten sich *einen* Ansprechpartner wünschen, den sie kennen und von dem sie sich Hilfe bei ihren verschiedensten Beschwerden erhoffen. Er beschreibt die Besonderheiten der hausärztlichen Praxis so:

Die Abwechslung, die Abwechslung und menschliche Bindung und die, auf dem Land natürlich auch der Kontakt zu den Leuten, der ziemlich intensiv ist, und, aber dazu gehört meiner Ansicht nach auch, [...] dass man mal angerufen wird am Wochenende auch, oder abends oder so, ich glaube, dass am Land die Leute das nach wie vor erwarten, von dem Hausarzt, den sie sich aussuchen, weil das andere, das könnten sie alles auch, eine geordnete Versorgung über den Bereitschaftsdienst und so gibt es zwar, und den kriegt man schon, aber das ist auch nicht unbedingt das, was die Leute auch wollen, die wollen eigentlich schon glaube ich nach wie vor jemanden haben, der, wenn sie ihn mal wirklich brauchen, der dann auch tatsächlich irgendwie greifbar ist. So habe ich eigentlich auch, die haben eine Praxishandynummer von mir, da höre ich zumindest die Mailbox ab, das heißt nicht, dass ich ständig dran gehe, man kann ja auch sagen, man ist nicht da, aber das glaube ich macht schon auch was aus. [...] Also ich denke, dass sie auf jeden Fall jemanden brauchen, der wichtigste Punkt ist glaube ich, jemand, der einem zuhört, das

halte ich für ganz wichtig. Diese Erreichbarkeit ist eher, jemand, der für sie da ist, und das dritte glaube ich ist, dass es auch jemand ist, der sie, zu dem sie jetzt nicht gehen und der sie dann gleich weiter schickt, solche Hausärzte glaube ich oder Allgemeinärzte, die sich nur noch als Verteiler oder Überweiser so verstehen, das ist nicht unbedingt das, was die Leute wollen. Sondern die, weil sonst sehen sie durchaus auch die Option, direkt mit dem Schnupfen zum HNO-Arzt zu gehen, oder mit einer Sinusitis, und die wollen also auch nicht, wenn sie mit einer Sinusitis kommen, dass Sie dann sagen, ja, dann müssen Sie jetzt mal zum Hals-Nasen-Ohren-Arzt schauen, sondern eigentlich wollen die, dass man ihnen dabei hilft, und mehr wollen sie auch nicht, ja (lacht). [...] Was nicht heißt, dass wir nicht überweisen, ich überweise denke ich schon relativ viel auch, aber eigentlich, also, ich habe das richtig erst erfahren als das aufgehört hat mit diesen Praxisgebühren. Da hatte man am Anfang ja schon den Eindruck, da kamen ja möglicherweise auch recht viele, die einfach hergekommen sind, weil sie einen Überweisungsschein gebraucht haben. Aber dann dachte ich mir, danach bricht irgendwie die Patientenzahl ein, und das hat eigentlich gezeigt, dass das eben nicht gestimmt hat, sondern dass die eigentlich schon primär kommen, weil sie das Problem, das sie da haben, vortragen wollen und auch vermuten, dass man ihnen möglicherweise wirklich gleich helfen kann. Also, das ist wichtig denke ich [...]. Weil ich am Anfang auch gedacht habe, gerade was Zusatzbezeichnungen und Sachen und Titel oder so angeht, ich glaube, den Patienten geht es auch nicht darum, ob man jetzt irgendwie einen Professorentitel oder irgend so was hat, selbst der Dokortitel ist eigentlich uninteressant, sondern, möglicherweise bisschen (lacht), sondern die wollen einfach, dass, wenn man denen hilft, dann spricht sich das rum, und dann denke ich sind sie zufrieden, das ist eigentlich das, was am wichtigsten ist, ja. (20 - m, 41-50, < 10 J, Inh.: 73 - 135)

Dieser Arzt schildert seine Wahrnehmung, dass die Patienten jemanden brauchen, der ihnen zuhört, der sie nicht gleich weiterschickt, sondern am besten gleich selbst eine Lösung für das Problem anzubieten hat. Gerade nach dem Wegfall der Praxisgebühr wurde ihm deutlich, dass die Patienten seine Praxis offensichtlich aufsuchen, weil sie ihr Problem vortragen wollen und vom Hausarzt ihres Vertrauens auch eine Lösung erwarten, und nicht etwa, weil sie eine Überweisung zum Facharzt wünschen. Die wesentlichen Punkte für zufriedene Patienten sind aus seiner Erfahrung, dass der Hausarzt seinen Patienten zuhört, erreichbar ist und ihnen weiterhelfen kann.

Aus der Erfahrung der direkten Begegnung mit dem Patienten und der sich daraus entwickelnden Beziehung kann sich beim einzelnen Arzt auch die Vorstellung schärfen, welche Lösungswege und Strategien in therapeutisch unbestimmten Situationen jeweils gewählt und bevorzugt werden.

4.4.3 Wunsch nach Berufszufriedenheit

Als eine weitere grundsätzliche Dynamik sei hier das Bedürfnis des einzelnen Arztes nach einer Tätigkeit dargestellt, die Zufriedenheit erzeugt. Dieser Wunsch nach Zufriedenheit kann in der Praxis dazu führen, dass vor allem solche Strategien zur Lösung von therapeutisch unbestimmten Situationen bevorzugt werden, die sowohl bei Arzt als auch Patient ein positives Gefühl hinterlassen können und dem Arzt auch ein Gefühl von Autonomie geben, und weniger solche, die täglich neue Konflikte hervorrufen.

So erklärt dieser Hausarzt, was für ihn in der Praxis wichtig ist und was für ihn die Gründe waren, sich selbstständig zu machen:

Ja, ja ich lebe ja auch davon, dass das hier funktioniert, dass man ein funktionierendes Verhältnis hat mit dem Patienten, und eine funktionierende Problemlösung. Dass ich den Beratungsanlass irgendwo vernünftig mit dem Patienten angehe, und das gibt mir sehr viel Energie auch wieder zurück, die ich da investiere, und das ist sehr viel Berufszufriedenheit dann auch. [...] Wobei ich auf der anderen Seite in der Diagnostik, in der Anamnese ein sehr sehr checklistenorientierter Mensch bin, also ich möchte eine gewisse Basisqualität, ein Fundament haben, das wirklich fast programmiert ist, ich möchte dann aber individuell mit dem Patienten mein Sahnehäubchen draufsetzen. Und das ist für mich ganz wichtig, das war einer der Gründe, warum ich mich entschieden habe, in die Praxis zu gehen und nicht in der Klinik zu bleiben, dass ich hier mein Chef sein möchte und die Medizin machen möchte, hinter der ich auch stehe.

(03 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 563 - 577)

Dieser Arzt beschreibt, dass es für ihn sehr wichtig ist, in der Praxis einen gewissen Handlungsspielraum zu haben, selbstbestimmt einem klaren medizinischen Fundament etwas hinzuzufügen und dadurch eine Art von Medizin zu praktizieren, hinter der er stehen kann und die zudem eine gute finanzielle Lebensgrundlage bietet. Das Gefühl, zu einem gewissen Teil selbstbestimmt und erfolgreich mit den Anliegen der Patienten umgehen zu können, gibt ihm Berufszufriedenheit und stellt eine Kraftquelle dar.

Die Freude an der täglichen Arbeit betont auch folgender Arzt. Er wendet viele CAM-Verfahren an und hat das Gefühl, dass ihn die Praxistätigkeit „beschwingt“. Auch er scheint für sich einen Weg gefunden zu haben, der ihm so viel Freude macht, dass er mit der Praxisarbeit kaum aufhören möchte:

Und deswegen bin ich auch immer noch da, weil es mir einfach tierisch Spaß macht immer noch. Und ich kann mir auch gar nicht vorstellen aufzuhören, überhaupt nicht, das

beschwingt mich hier und das tut mir einfach richtig gut, da bleibe ich noch, so lange ich gesund bin. [...] Ja, das ist so. Und sowas habe ich eigentlich eher von Kollegen auch gehört, die auch auf dieser Schiene waren. Andere haben dann oft gesagt, ich bin froh, wenn ich dann fertig bin. [...] Ich möchte es immer noch nicht missen, absolut nicht.
(08 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 233 - 247)

Wichtig scheint für eine große Zufriedenheit auch das Erleben zu sein, Menschen „wirklich helfen“ zu können und dafür Dankbarkeit zu erfahren, wie es diese Ärztin schildert:

Aber es gibt so viel anderes noch würde ich sagen, Freudiges auch von den Patienten, einmal die Wertschätzung, würde ich wirklich sagen die Wertschätzung, zumindest hier ist es noch so, habe ich mir natürlich auch erworben würde ich sagen (lacht), wenn der Patient eine Zuwendung erlebt, und das sagen sie mir hier oft auch. [...] Dann freue ich mich natürlich über solche Rückmeldungen. Und die Begleitung, was mir wirklich Freude macht, ist diese langfristige Begleitung auch. Und ja, es ist immer noch schön, in diesem Beruf tätig zu sein. [...] ich erlebe es einfach als sinnstiftende und sinnvolle Tätigkeit, ja. Und gerade nach dem Urlaub, wo ich wieder zurück kam, klar war es eine strenge Woche, aber, „ach, schön, dass Sie wieder da sind“, so, ja, diese Rückmeldung zu bekommen. Da könnte man natürlich sagen, diese Helfersyndrom-Geschichten, aber so empfinde ich mich nicht, dass ich ein Helfersyndrom hätte, sondern dass ich in vielen Dingen wirklich helfen kann und die Menschen dankbar sind dafür. (14 - w, 61-70, > 10 J, Inh.: 668 - 687)

Diese Ärztin erlebt Sinn in ihrer Tätigkeit und weiß, dass ihre Arbeit für ihre Patienten wichtig ist. Sie erfährt Wertschätzung für das, was sie anbieten kann und hat Freude daran, ihre Patienten über lange Zeit zu begleiten.

So können die vom jeweiligen Arzt für therapeutisch unbestimmte Situationen gewählten Strategien auch unter dem Gesichtspunkt betrachtet werden, dass sie in der Praxistätigkeit langfristig Zufriedenheit herstellen und erhalten sollen. Zufriedenheit entsteht dabei durch verschiedene Elemente. Neben dem Erleben von Autonomie und Handlungsfähigkeit, der von den Patienten entgegengebrachten Wertschätzung und dem tief empfundenen Gefühl einer sinnvollen Tätigkeit trägt auch eine finanziell gut laufende Praxis zur Berufszufriedenheit bei.

4.4.4 Patientenselektion

In den verschiedenen Interviews wird immer wieder erwähnt, dass „jeder Arzt [...] die Patienten (hat), die er verdient“ (12 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 695 - 696). Dieser Anpassungsprozess zwischen Arzt und Patient scheint ein kontinuierlicher Prozess zu sein. Dabei wird (wie in Kap. 4.4.5.2 noch genauer

gezeigt wird) zum einen der Arzt selbst von seinen Patienten in der Auswahl seiner Strategien beeinflusst. Zum anderen ziehen gewisse Therapieangebote auch eine bestimmte Patientengruppe an.

Den Hausärzten in den Interviews scheinen diese Dynamiken durchaus bewusst zu sein. Sie schildern, dass dieser über Jahre ablaufende Prozess der Selektion von der Arztpersönlichkeit, dem Therapieangebot der Praxis sowie auch von regionalen Besonderheiten abhängt und dadurch zu einem gewissen Teil auch beeinflusst und mitgestaltet werden kann.

Dass verschiedene Praxen unterschiedliche Patienten haben, wird typischerweise vor allem im Rahmen von Urlaubsvertretungen stark bemerkt:

[...] da ergibt sich eine gewisse Selektion, ja, so wie das wahrscheinlich ist bei jeder Praxis.

[...] das merke ich immer am deutlichsten, wenn ich Urlaubsvertretung mache, dann kommen die alle hierher, was das dann oft grundsätzlich ein anderer Wind ist, der dann auf einmal hier weht. [...] Also ich bin wirklich froh, dass ich die Menschen hier treffe als meine Patienten, die hier immer wieder herkommen, das weiß ich so zu schätzen, auch im Vergleich zu früher, den vielen Praxisvertretungen, die ich so gemacht habe bevor ich mich niedergelassen habe, was ich da an unterschiedlichen Klientelen gesehen habe, das ist erstaunlich, das hängt immer von dem allgemeinen Wind ab, der in so einer Praxis weht. Hier ist das einfach wie zu Hause, das ist einfach schön (lacht).

(08 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 469 - 489)

Das Ergebnis der jahre- bis jahrzehntelangen Selektion wird hier beschrieben als das Gefühl, in der eigenen Praxis „wie zu Hause“ zu sein. Das ist verbunden mit einer Wertschätzung und Dankbarkeit den eigenen Patienten gegenüber.

Auch folgender Arzt verdeutlicht, dass es in der Praxis auf die „Chemie“ zwischen Arzt und Patient ankommt - „ich selbst fühle mich wohl mit den Patienten, und ich denke, auch umgekehrt“ - und dass die Patienten zu demjenigen Arzt gehen, bei dem sie das Gefühl haben, dass er ihren Bedürfnissen entgegenkommt:

Aber es gibt ein Sprichwort, das hört sich ein bisschen dumm an, „jeder Arzt hat die Patienten, die er verdient“, das hört sich jetzt arrogant an, aber jeder Arzt findet ja irgendwo seine Patienten, oder die Patienten gehen natürlich zu dem Arzt, wo sie sich auch verstanden fühlen, gut aufgehoben fühlen, wo es auch ihre Bedürfnisse trifft, ich glaube, dass wir unsere Patienten gut behandeln und gut, sie auch sehr akzeptieren und sie sich auch sehr akzeptiert fühlen, aber viele kommen halt nicht zu uns, weil sie sich vielleicht doch nicht gut aufgehoben fühlen. Es gibt aber wenige Anforderungen, wo eine

andere Arztpraxis die Karteikarten anfordert. [...] Warum die bei uns bleiben? Ich glaube, dass das eine persönliche Sache ist. Wenn die Chemie irgendwo stimmt ist es gut. [...] Warum die zu uns kommen, also die Patienten, die zu uns kommen, irgendwie ist es ganz nett mit denen. Ich fühle mich auch wohl selber mit diesen Patienten, also auch ich selbst fühle mich wohl mit den Patienten, und ich denke, auch umgekehrt.

[Merken Sie einen Unterschied zu den Patienten bei Praxisvertretungen?]

Nein, das kann ich so nicht sagen, wobei es aber auch so ist, dass die Arztpraxen, die uns als Vertretung angeben, dass wir untereinander auch gut miteinander können. Und auch von der Persönlichkeit eher so sind. Es gibt ein paar, es gibt wie gesagt nicht so viele Praxen, aber es gibt Praxen, die dann zu haben, die kommen dann, auch wenn wir nicht angegeben wurden als Vertretung, die kommen zu uns, wo ich sagen muss, naja, also der darf gerne wieder zurück gehen, das passt zu der Praxis. Genau. Das ist die Persönlichkeit des Arztes dann. (12 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 564 - 599)

Dieser Arzt macht die Erfahrung, dass er in der Art der Patienten, die im Rahmen einer Vertretung zu ihm kommen, sogar die Persönlichkeit des üblicherweise behandelnden Arztes erkennen kann, wenn sie sich stark von der seinen unterscheidet. In vielen Fällen sieht er keinen Unterschied, wenn es Patienten aus Praxen sind, in denen die Praxisinhaber ähnlich denken und handeln wie er selbst. In Bezug auf Patienten, die aus Praxen kommen, deren Inhaber sich stark von seinem eigenen Praxisstil unterscheiden, ist er froh, wenn diese Patienten wieder dorthin zurück gehen.

Kassenpraxis mit wenig CAM

Um in der Praxis auch tatsächlich *den* Typus von Patienten zu haben, den sie – aus verschiedensten Gründen – gerne haben möchten, integrieren manche Hausärzte gewisse (CAM-)Verfahren bewusst in ihr Repertoire oder bieten sie gar nicht erst an.

Dieser Arzt bietet bewusst wenig CAM an:

Wir hatten ursprünglich mal gedacht, wir machen noch Akupunktur dazu und dies und das, das schaffen wir zeitlich überhaupt nicht. Wollen wir auch nicht. Naturheilkunde war auch immer mal im Hintergrund, das wollen wir nicht haben. Nicht mehr. [...] Ich glaube aber, dass wir durch die Naturheilkunde ein bestimmtes Patientengut akquirieren, das wir nicht in der Praxis haben wollen, die sehr zeitintensiv sind, wo viel Psychosomatik dabei ist. Etwa ein Drittel der Patienten geschätzt sind hier eh psychosomatisch, [...] die wir, ich sage jetzt einfach mal, die wir natürlich sehr gerne auch haben, mit denen wir sprechen, die sehr gerne kommen und sehr oft kommen. Es ist so, dass wir, wenn wir

merken, das ist etwas Psychosomatisches, sprechen wir die Patienten auch drauf an, es könnte sein, dass das jetzt psychosomatisch ist, wir werden erst mal die organischen Ursachen ausschließen, und ansonsten müssen wir halt über dieses Thema sprechen. Und einige Patienten kommen nicht mehr, was auch nicht schlecht ist, dann kommen die halt nicht mehr, andere sind offen dafür, kommen aber sehr oft und sind dann aber auch daran interessiert, da auch zu arbeiten oder kommen dann mit eigenen Vorstellungen, ob es dies oder das sein könnte, sie hätten nachgelesen, dass diese oder jene Untersuchungen, um das auszuschließen, doch ganz gut wäre, wo wir uns dann natürlich nicht verwehren dagegen. Genau. [...] (Naturheilkunde) möchte ich nicht. Ich möchte das nicht. Ich sage Ihnen, wir platzen aus allen Nähten, [...] wenn wir das noch einsetzen würden, würde ich Patienten haben, die ich gar nicht haben möchte. Nicht in dem Umfang haben möchte. Psychosomatik ist interessant, aber ich denke mal, ein Drittel Psychosomatik-Fälle reichen auch. (12 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 18 - 54)

Für diesen Arzt ist ganz klar: Seine Praxis ist mit den bereits vorhandenen Patienten voll ausgelastet. Diejenigen Patienten, die über ein zusätzliches CAM-Angebot in die Praxis kommen würden, möchte er daher nicht haben. Patienten, die CAM bevorzugen, haben nach seiner Erfahrung oft einen psychosomatischen Hintergrund, konsultieren ihren Arzt überdurchschnittlich häufig und sind im Verlauf nicht einfach zu führen – sie passen nicht zu ihm und würden für ihn zeitlich eine zu große Belastung darstellen. Wenn Patienten daher die Praxis wechseln, weil sie auf den psychosomatischen Hintergrund ihrer Beschwerden angesprochen werden, ist das folglich durchaus in Ordnung für ihn. Auch dieser Arzt, der CAM auf pragmatische Weise anwendet, beschreibt CAM bevorzugende Patienten als „schwierig“ und „anspruchsvoll“:

[...] mein Prozess ist, dass ich das gerne hernehme, Komplementärmedizin, aber nicht zu umfangreich. Wir haben hier in D einen Kollegen, der macht das sehr intensiv, der macht auch so Dinge, die man ein bisschen belächeln muss, aber mit der Erklärung, es gibt Menschen, Patienten, die brauchen einfach was anderes, und die brauchen sowas. [...] Meine Erfahrung ist, dass all diese Leute, die dieses andere brauchen, dann einen anderen Arzt suchen, die kommen dann nicht mehr zu mir, das ist mir auch recht. Irgendwie signalisieren wir uns gegenseitig, so richtig dahinter stehen tue ich da halt nicht, und das sind auch schwierige Patienten, oft anspruchsvolle Patienten, die dann allen möglichen Zirkus wollen, und da bin ich dann nicht so kooperativ und so bereit das zu machen, dann gehen (die) eben zu den anderen. Das ist ja o. k.. Kein Arzt soll meinen, er könnte die ganze Palette abdecken. Muss er ja auch gar nicht, wir haben ja genügend Kollegen. (06 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 32 - 45)

Dieser Arzt scheint CAM-Verfahren deshalb zurückhaltend anzuwenden, weil er hinter diesen Methoden oft nicht so richtig stehen kann. Die Vielfalt der von verschiedenen Kollegen angebotenen Therapien wird von ihm jedoch durchaus als etwas Positives empfunden. Immerhin ermöglicht ihm das, nicht auf alle spezielle Patientenwünsche eingehen zu müssen und trotzdem zu wissen, dass der Patient an anderer Stelle weiter betreut werden kann.

Kassenpraxis mit häufiger Anwendung von CAM

Während es die eben zitierten Ärzte durchaus gerne sehen, wenn CAM bevorzugende Patienten sich eine andere Praxis suchen, hat folgende Ärztin gerade diese Patienten sehr gerne bei sich. Für ihre Arbeit braucht sie Patienten, mit denen sie gut kommunizieren kann und die bereits den Wunsch nach den von ihr bevorzugten Therapien mitbringen:

Naja, ich glaube, wir haben ein spezielles Patientengut überhaupt in der Praxis, schon wegen dem, was auf dem Schild steht, kommen zu uns andere Patienten. [...] Das sehe ich dann auch, wenn ich vertreten muss, wenn Kollegen Urlaub haben, und dann kommen die Patienten zu mir, dass ich oft sage zu meiner Kollegin, das ist Wahnsinn, das sind andere Patienten, ich bin froh, dass ich die nicht habe (lacht). [...] Zum Beispiel, eine Praxis, die haben wahnsinnig viele, einen hohen Ausländeranteil. Wo die Frauen, türkischstämmigen Frauen fast kein Deutsch sprechen, wo ich irgendwie das Gefühl habe, ich kann mit denen gar nicht kommunizieren. Kommunikation ist für mich eine Grundvoraussetzung für meine Arbeit, weil entweder schaut man denen in den Hals rein und schreibt dann ein Antibiotikum auf, aber wenn ich denen kein Antibiotikum aufschreibe, muss ich ganz viel von denen erfahren, um zu einer Verordnung zu kommen. Das geht überhaupt nicht bei jemandem, der nicht gescheit Deutsch spricht, oder der sich nicht ausdrücken kann, und wenn dann nur gebrochen spricht oder ein Übersetzer mitkommt, dann habe ich nichts mehr in der Hand. Oder die Patienten sind auch der Komplementärmedizin oder der Homöopathie, wenn sie nichts „Richtiges“ bekommen, nicht aufgeschlossen, die wollen das auch nicht, „ja, aber ich brauch doch ein Antibiotikum, oder ein Schmerzmittel“, dann sage ich, „nein, brauchen wir jetzt nicht, quaddeln wir“, oder was weiß ich. „Aber der Herr Doktor, der macht mir immer, der gibt mir immer Ibuprofen und sowas“, also die sind dann auch unzufrieden mit dem, was ich ihnen in die Hand gebe. Es ist so, die Haltung spielt eine große Rolle, und wenn ich einen Patienten habe, den ich gut kenne, und dann irgendwann sage, „wissen Sie was, da müssen wir jetzt ein Cortisonspray geben, ich komme nicht mehr weiter“, dann sagen sie, „ach, muss das jetzt sein?“ Weil die das genau nicht wollen, die muss ich dann überzeugen davon, dass ich jetzt ein Mittel geben muss, das ich sonst sehr selten

verwende. Oder die sagen dann, wenn ich ein Antibiotikum verschreibe: „Wenn Sie das sagen, dann weiß ich, ich brauche es jetzt. Wenn ich jetzt beim HNO-Arzt wäre, würde ich es nicht nehmen, aber wenn Sie sagen, ich brauche das jetzt, dann brauche ich das wirklich, weil ich weiß, dass Sie alles versuchen, um das zu vermeiden.“ Das ist das andere Patientengut. [...] Genau, die sind bewusster, sind der Schulmedizin sozusagen eher skeptisch gegenüber oft, sind auch oft Patienten, die vorher beim Heilpraktiker waren und dann zu mir kommen und sagen, sie finden das toll, weil ich beides mache, weil sie sich da besser aufgehoben fühlen, die sagen „ich weiß, Sie kennen die Grenze, und wissen dann, wenn ich wirklich etwas anderes brauche oder eine andere Diagnostik brauche, dann können Sie das als Allgemeinarzt besser erkennen als ein Heilpraktiker, der dann vielleicht nur auf seiner Schiene fährt.“ Genau, also das ist ganz sicher ein anderes Patientengut. (07 - w, 51-60, > 10 J, Inh.: 134 - 184)

Diese Ärztin sieht Kommunikation als Grundvoraussetzung für ihre Arbeit an, was sich auf die Patienten in ihrer Praxis auswirkt und einen niedrigen Ausländeranteil nach sich zieht. Sie erlebt die Patienten anderer Praxen als unzufrieden mit den von ihr angebotenen CAM-Therapien, ihre eigenen Patienten jedoch wünschen explizit diese Behandlung. Während Patienten anderer Praxen konventionell-medizinische Arzneien bevorzugen, möchten ihre eigenen Patienten die Verschreibung eines solchen Arzneimittels gerne vermeiden. Sie scheinen dennoch solche Verschreibungen bei ihr eher zu akzeptieren als bei einem anderen Arzt, der häufiger konventionelle Medikamente verschreibt, weil sie wissen, dass ihre Hausärztin nur danach greift, wenn sie mit CAM nicht mehr weiterkommt.

Eine Art Mittelweg zwischen CAM-Verfahren und konventioneller Medizin in therapeutisch unbestimmten Situationen beschreitet folgende Ärztin. Sie betont den Vorteil, die eigenen Patienten bereits lange zu kennen und zu wissen, wer welche Vorgehensweise bevorzugt, und geht gerne flexibel darauf ein:

[...] also (Komplementärmedizin) geht ganz gut zu integrieren würde ich sagen, ja, weil wie gesagt, ich kenne ja die Patienten, weiß, wer bevorzugt was, und dann gebe ich entsprechend halt die Empfehlungen und die werden gerne angenommen. [...] Und wie gesagt, der Vorteil ist immer, dass man den Patienten kennt, das darf man nie unterschätzen. [...] Und ich würde sagen, ich habe dann doch einen gewissen Ruf hier, dass ich eben diese Dinge mit dazu einsetze, und deswegen muss ich nicht lange diskutieren, weil viele kommen ja mit der Erwartung, ich bekomme so etwas, und dann erklärt man vielleicht kurz die Wirkweise oder was man eventuell beachten muss, aber ansonsten wird es, würde ich sagen, gut angenommen. Und es geht auch schnell, aber

das setzt natürlich mein Wissen voraus, ich muss mich ja um die Präparate genauso kümmern oder das Wissen mir angeeignet haben über Homöopathie, dass ich das auf diese Schnelle machen kann. Manche Patienten kommen schon, weil sie gehört haben, ich mache das, und bei manchen, wo ich merke, ich biete sowas an, aber es kommt dann als Nächstes „aber ich möchte schon etwas Gescheites“, dann weiß ich Bescheid. Dann versuche ich nicht lange, den Patienten von etwas anderem zu überzeugen. Weil es ist ja immer, treffen sich die Erwartungen des Patienten mit den Empfehlungen des Arztes, ja, also ich denke, da wirkt mehr als nur das Rezept, sondern eben, habe ich das kompetent rübergebracht und überzeugend. (14 - w, 61-70, > 10 J, Inh.: 145 - 168)

Dieser Ärztin ist es sehr wichtig, dass sich „die Erwartungen des Patienten mit den Empfehlungen des Arztes“ treffen, also eine gute Passung erzeugt wird, um einen guten Therapieerfolg zu erzielen. Sie orientiert sich daher an den Präferenzen des Patienten bezüglich CAM und wendet diese Verfahren nicht prinzipiell bei jedem an. Ihre Praxisarbeit wird erleichtert durch die Kenntnis ihrer Patienten und die Tatsache, dass sie bedingt durch ihren entsprechenden Ruf bereits bevorzugt von denjenigen aufgesucht wird, die diese Vorgehensweise wünschen. Sie versucht nicht, anders ausgerichtete Patienten von CAM zu überzeugen.

Prägungen von außen

Die in diesem Kapitel bisher zitierten Ärzte scheinen weitgehend aktiv und selbstbestimmt ihre Vorstellungen in der Praxis umzusetzen und prägen dadurch auch ihre Umgebung und ihre Patienten bzw. ziehen entsprechende Patienten an. Es kann jedoch auch vorkommen, dass man sich als Arzt eher passiv durch die äußeren Umstände beeinflusst und geprägt fühlt. Folgender Arzt würde gerne etwas mehr CAM-Verfahren anwenden, sieht dafür jedoch im Alltag Grenzen:

Ja, es ist aber auch so, dass das Schulmedizinische dann doch auch überwiegt mittlerweile, weil eben die Krankheitsbilder das eben verlangen. [...] ich sehe es schon so, dass ich da unter Umständen nicht weiterkomme auf dieser naturheilkundlichen Ebene. Es fordert auch tatsächlich etwas Geduld unter Umständen von beiden Seiten, und wenn man dann schulmedizinisch, und das in der heutigen Zeit, wo jeder schnellstmöglich seine Heilung oder seine Verbesserung erwartet, dann hat man die Zeit auch nicht, sondern dann gehe ich schon auch den Weg, der zeitgemäß ist. [...] Ja, das ist auch ein bisschen so der Zeit geschuldet, ja, es ist auch so, dass so viel Zeit auch nicht zur Verfügung steht, um sich in manche Materie weiter rein zu vertiefen, ja. Das ist ein bisschen schade, ja. Also da gibt es schon Sachen, die ich gerne noch intensivieren möchte, ja, so wie die Neuraltherapie zum Beispiel, da gibt es ja ganz tolle Geschichten, aber da bin ich etwas,

ja, der Arztberuf ist ja doch, man ist ja dann doch auch mal froh, wenn man mal abschalten kann, es ist ein Dilemma, in dem ich stecke. Das ist ein Dilemma, ja. Genau. [...] Es ist hier ja eine Landarztpraxis. Und es ist ein kleiner Ort. Das ist jetzt nicht E oder eine größere Stadt, wo man sich dann speziell auf nur Naturheilkunde oder so verlegen könnte, das wenn ich hier machen würde, nee, ich muss das schon anders bedienen hier im Prinzip, das geht eigentlich so rein von den Gegebenheiten hier nicht. [...] Ich glaube, die (Patienten) sind dadurch, dass das ja auch eine Landbevölkerung ist und kein so ausgewähltes Klientel, sind die Erwartungen, ja, die nehmen schon etwas an, wenn ich es ihnen anbieten würde oder wenn die auf mich zukommen und mit einem gewissen naturheilkundlichen Anspruch zu mir herkommen, dann biete ich das natürlich an, aber so explizit, wie gesagt, mache ich das gar nicht, weil ich, ja, die Gegebenheiten einfach sehen muss, die hier herrschen. (11 - m, 51-60, > 10 J, Inh.: 105 - 148)

Dieser Arzt hat sich den Gegebenheiten in seiner Landpraxis gefügt und wendet in Anbetracht der Patientenwünsche und Krankheitsbilder vor allem konventionelle Medizin an. Er würde gerne einige CAM-Verfahren vertiefen, findet jedoch beim durchaus herausfordernden Arztberuf nicht die Zeit dazu und bedauert, seine Interessen in dieser Hinsicht nicht umsetzen zu können.

4.4.5 Faktoren, welche die persönliche Auswahl der Strategien beeinflussen

Deutlich wurde in den Interviews, dass nicht jeder Hausarzt die gleichen Strategien zum Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen bevorzugt. Auch wenn ein Arzt CAM anbietet, wendet er nicht alle Therapien dieses breiten Spektrums in der Praxis an, sondern entscheidet sich für eine oder mehrere Therapierichtungen aus diesem Gebiet. Es dürfte vielfältige Gründe geben, warum Hausärzte gewisse Verfahren bevorzugen, während sie andere kaum anwenden oder sogar deutlich ablehnen.

Eine Voraussetzung für die Anwendung eines Verfahrens kann das Bedürfnis sein, sich mit der Anwendung der jeweiligen Methode sicher zu fühlen. Von den interviewten Ärzten wird immer wieder darauf hingewiesen, dass eine Therapie nicht oder nur sehr beschränkt angewandt wird, wenn sie nicht in irgendeiner Form erlernt wurde. Wenn ein entsprechendes CAM-Verfahren trotzdem als sinnvoll angesehen wird oder der Patient danach verlangt, kann in so einem Fall unter Umständen auch an Kollegen verwiesen werden:

Also was ich eher sagen würde ist, dass ich dem überhaupt nicht verschlossen gegenüber bin, also, aber es ist jetzt nichts, was ich gelernt habe, und deswegen kann ich das auch

nicht in dem Maße anbieten, aber ich kenne Kollegen und ich schicke auch tatsächlich dann gelegentlich zu Kollegen, die sich damit mehr befassen einfach, ja. Also ich bin da überhaupt auch nicht verschlossen diesen Sachen gegenüber, und das glaube ich, das wiederum ist schon etwas, was die Patienten schätzen. [...] aber wenn ich das selbst anbieten wollte oder würde, dann müsste ich mich glaube ich mehr beschäftigen damit und das habe ich bisher nicht. (20 - m, 41-50, < 10 J, Inh.: 188 - 201)

Doch welche Faktoren beeinflussen und prägen die Entscheidung des einzelnen Arztes für die jeweiligen Strategien oder spezielle CAM-Verfahren?

4.4.5.1 Familie, ärztliche Vorbilder und Erfahrung

Folgende Ärztin schildert, wie selbstverständlich für sie naturheilkundliche Verfahren sind, da sie damit aufgewachsen ist, während sie die Homöopathie erst durch eine Kollegin und die darauf folgende Anwendung innerhalb ihrer Familie kennen und schätzen lernte. Die Auswahl der von ihr gewählten Strategien scheint damit sowohl von ihrer familiären Herkunft, ärztlichen Vorbildern und der eigenen positiven Erfahrung beeinflusst zu sein:

Ich bin so erzogen, ich kenne es nicht anders, [...] meine Mutter hat mich so erzogen, ich bin damit aufgewachsen, ich finde das völlig normal. [...] Ja, Erziehung, deswegen kann ich das immer so schlecht nachvollziehen, warum so viele sich da nicht auskennen, weil das für mich völlig normaler Alltag ist, das war schon immer so. Wobei Homöopathie mir erst durch meine Ausbilderin begegnet ist. Also da hatte ich bis zu dem Zeitpunkt auch so ein bisschen das „da kommt die mit ihren Globuli“, dann habe ich zwei Kurse gemacht und das dann auch selber bei meinen Kindern ausprobiert, und es hat funktioniert. Da war ich dann wohl etwas zu schulmedizinisch, ich dachte, bei mir funktioniert das nicht, ich bin dann doch zu lange in der Klinik gewesen. (10 - w, 41-50, < 10 J, Inh.: 167 - 183)

Vor allem wenn es sich um Kollegen handelt, denen Wertschätzung für ihre Persönlichkeit und medizinische Kompetenz entgegengebracht wird, scheinen Verfahren aus dem Bereich CAM leichter akzeptiert und übernommen zu werden:

(Das Interesse kam) eigentlich durch Persönlichkeiten, also ich hab immer wieder mal ein Praktikum gemacht bei einem sehr guten Sportmediziner, von dem ich dann eigentlich zufälligerweise mitgekriegt habe, dass er auch naturheilkundlich ganz gut ist, und über den hab ich doch den ein oder anderen Kniff gelernt [...] Ja, das waren eben nicht diese Spinner, sondern das waren durchaus Leute, die sehr gute Sportmedizin oder auch Allgemeinmedizin, Notfallmedizin gemacht haben, also die ich wirklich als ärztliche

Vorbilder gesehen habe, die aber durchaus noch weitere Standbeine und Tricks hatten.

(03 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 34 - 48)

Kollegen, die aufgrund ihrer ärztlichen Fähigkeiten in ihrem Tun ernst genommen werden, können somit prägenden Einfluss haben. Voraussetzung dafür scheint jedoch eine grundsätzliche Offenheit oder ein Interesse gegenüber diesen Therapien zu sein, so dass sie schließlich auch in die eigene Praxistätigkeit integriert werden.

4.4.5.2 Patientenwunsch

Folgender Arzt schildert, dass CAM für ihn erst relevant wurde, als er mit seiner Tätigkeit in der allgemeinmedizinischen Praxis begann. Seine Erfahrung ist, dass hausärztliche Patienten diese Therapien einfordern, explizit den Wunsch danach äußern und er zudem manchmal selbst keine wirklich sinnvolle konventionell-medizinische Option anzubieten hat. Die Auswahl seiner Strategien orientiert sich hier also auch an den Prioritäten und der Nachfrage der Patienten, so lange er das mit seinem Gewissen vereinbaren kann und die Vorgehensweise nicht in Konkurrenz zu einer konventionell-medizinischen Therapie steht:

Also so richtig kommt es ja eigentlich erst, wenn man sich niederlässt, weil in der Klinik spielt es auch keine Rolle, also zumindest nicht merklich, das hängt auch vielleicht ein bisschen von der Klinik ab, aber ansonsten eigentlich eher, wenn man was mit Allgemeinmedizin dann arbeitet, dann kommt man eigentlich erst drauf. Also zum einen, weil die Leute fordern es ja auch ein, dass sie sagen o. k., ich möchte erst mal etwas anderes ausprobieren, und dann merkt man natürlich auch, dass jetzt so die Schulmedizin ja vielleicht auch nicht immer der Weisheit letzter Schluss ist. [...] Also gerade bei Erkältungskrankheiten, das ist also der Klassiker, wo man sagt, o. k., schulmedizinisch kann man da ja nicht viel anbieten letztendlich, da hat es sich dann mit Ibuprofen erledigt, vielleicht noch Codein, und da kommt man dann eher so drauf, dass man sagt, o. k., da tun wir jetzt erst mal noch etwas Pflanzliches probieren, bevor man dann mehr macht oder Antibiotikum oder Blut oder sowas. [...] Klar, es ist schon so, dass natürlich auch jetzt hier im Umkreis, der ist ja auch sehr dicht mit Heilpraktikern besiedelt, und da gibt es ja auch Leute, die gehen dann nicht erst zum Arzt, sondern mit der Erkältung dann gleich zum Heilpraktiker, und der schreibt ihnen dann irgendwie sonst was auf, und ähm, ich meine, das kann ich auch machen. Ja, also das ist so auch ein bisschen, wie soll ich jetzt sagen, Markt, also Angebot und Nachfrage, also die Nachfrage ist da, und die muss man auch ein Stück weit bedienen können, soweit halt

mit dem Gewissen vereinbar, weil man muss ja auch dahinter stehen, weil sonst bringt es ja auch nichts. (15 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 159 – 184)

Dieser Arzt erlebt, dass hausärztliche Patienten vor allem in seiner Region CAM-Therapien als selbstverständlich erachten und diese somit auch von ihrem Arzt erwarten. Zugleich empfindet er die offiziellen medizinischen Lösungen etwa bei einfachen Erkältungen als unbefriedigend. CAM sieht er hier in unkomplizierten Fällen als eine Möglichkeit der Intervention, bevor er weitere Labordiagnostik oder die Gabe eines Antibiotikums in Betracht zieht, was sonst vielleicht früher erfolgen würde aus Mangel an Alternativen. Zudem möchte er die Aufgabe des Hausarztes erfüllen, erster Ansprechpartner der Patienten im Gesundheitssystem zu sein und zu bleiben. Er gibt der Nachfrage nach CAM etwas nach, da ihm seine Erfahrung zeigt, dass diese Patienten sonst mit einer Erkältung direkt zum Heilpraktiker gehen und nicht mehr zu ihm. Dies möchte er vermeiden, indem er den Patienten mit einem entsprechenden Therapiewunsch entgegenkommt, solange es sich um Therapien handelt, die er auch beherrscht und hinter denen er stehen kann. Er lässt sich dabei zu einem gewissen Teil von den Wünschen seiner Patienten leiten.

Während der eben zitierte Arzt mit seiner Strategie zufrieden zu sein scheint und sie durchaus in manchen Situationen als sinnvoll anzusehen scheint, thematisiert folgende Ärztin mehr innere Konflikte beim Eingehen auf den Wunsch mancher Patienten nach Neuraltherapie. Sie würde diese Strategie nicht von sich aus anbieten, gibt dem Patientenwunsch jedoch nach. Dieses Nachgeben geschieht wieder vor dem Hintergrund, dass die Patienten mit diesem Anliegen sonst an eine andere Stelle gehen würden – in diesem Fall nicht wie oben erwähnt zum Heilpraktiker, sondern zu ihrer Kollegin nebenan:

Ja, auch bei so Sachen, wo andere Kollegen oder Vorgänger in der Praxis was angefangen haben, wo ich denke, naja, also, ich würde das anders machen, aber der Patient ist drauf fixiert und kriegt das so schon seit Jahren und ist nicht bereit, mit mir zu diskutieren oder einen Neustart zu wagen. Ich habe zum Beispiel auch einige Leute, die kommen, weil sie immer gequaddelt werden wollen, weil das immer so toll hilft, und das haben die Vorgänger auch immer so toll gemacht, und ich halte davon eigentlich nicht so viel, aber ich quaddel die dann halt. Das ist vielleicht so ein Beispiel, auch für Alternativmedizin. Ja. Ich würd's nie vorschlagen von selber, und mach's dann aber, und die Leute bedanken sich dann immer tosend, wie toll das jetzt geholfen hat (lacht), und dann weiß ich auch nicht, ist das jetzt durch den Schmerz ein super Placebo-Effekt oder bringt das doch was, das weiß ich natürlich nicht, aber wenn die Leute so glücklich sind mach ich's halt. [...] Ja, so ganz wohl ist mir dabei nicht, ich würde es nicht von selber vorschlagen. Aber ich mach's dann praktisch doch mit gutem Gewissen, weil die Leute

sich eben so freuen und das hilft so super. [...] Ja, das ist genau so ein Beispiel, wo man, wo ich auch gegen die Überzeugung sowas tue. [...] Ja, ein Grund ist natürlich auch, dass meine Kollegin quaddelt, und wenn ich's nicht mache, macht's eh sie, also, die Patienten kommen aus der Nummer nicht raus. (05 - w, 41-50, < 10 J, Angest.: 508 - 536)

Trotz innerer Skepsis wendet diese Ärztin auf Wunsch der Patienten diese Therapie an. Die von den sich überschwänglich bedankenden Patienten wahrgenommene Wirkung nimmt sie zwar wahr, beurteilt sie jedoch skeptisch und würde sie nicht als Grund nehmen, diese Therapie selbst aktiv anzubieten. Dennoch führt sie die Tradition ihres Vorgängers fort und nutzt diese Vorgehensweise in diesen Fällen eher passiv als Strategie, um handlungsfähig zu bleiben in einer Situation, in der sie keine Möglichkeit zu einem korrigierenden Gespräch sieht. Ihre Erfahrung ist, dass die Patienten bei einer Verweigerung der Spritze einfach zu einem Kollegen gehen würden.

Ein oft eher implizit im Raum stehender Patientenwunsch scheint der vom Arzt wahrgenommene Wunsch nach einem Rezept zu sein. Immer wieder wird in den Interviews erklärt, dass es für einen gewissen Teil der Patienten in der Allgemeinarztpraxis wichtig sei, vom Arzt ein Rezept zu bekommen – auch wenn etwa ein Privatrezept für freiverkäufliche Phytotherapeutika vom Arzt eher als „Einkaufszettel mit Unterschrift“ (05 - w, 41-50, < 10 J, Ang.: 66) bezeichnet wird. Beim Arztbesuch kein Rezept mitzubekommen scheint somit für manche Patienten ungewöhnlich zu sein:

Das ist immer noch so wichtig, muss man sagen, also, es ist sicher ein Problem, aber wenn der Patient ohne Rezept die Praxis verlässt, hat er oft das Gefühl... Das ist halt so, ich weiß auch nicht warum, vielleicht ist das etwas sehr Deutsches, keine Ahnung, irgend einen Zettel braucht der Mensch schon. [...] wenn dann der Patient rausgeht und es heißt „Sie kriegen nichts mit“, wenn dann die Helferinnen das so sagen, dann denke ich, mein Gott, es gibt halt Dinge, da braucht er jetzt nichts, aber es ist eher ungewöhnlich. [...] Also, wobei, grippaler Infekt, dann kriegt er (Phytotherapeutikum B), oder bei Magen-Darm-Infekten (Phytotherapeutikum A), (Phytotherapeutikum A) ist ja wunderbar, das tut den Leuten so gut, grünes Rezept, sollen sie alle machen, also jetzt so Sachen halt. Aber da hat man dann schon das Gefühl, wichtig ist schon, dass er was hat. (09 - w, 41-50, < 10 J, Inh.: 475 - 488)

Diese Ärztin hat den Eindruck, dass es für die Patienten sehr wichtig ist, ein Rezept zu erhalten. Diese Wahrnehmung der Bedürfnisse der Patienten kann daher auch die Wahl der Strategie beeinflussen: Es muss eine Strategie sein, bei der etwas verschrieben werden kann. In diesem Fall scheinen diese Patienten oft mit einer Verschreibung aus dem Bereich CAM die Praxis zu verlassen.

4.4.5.3 Rahmenbedingungen der Praxis

Nicht nur die explizite und implizite Nachfrage durch Patienten, sondern auch die Rahmenbedingungen des Praxisalltags wie die nur begrenzt zur Verfügung stehende Zeit scheinen die Auswahl der Strategien zu beeinflussen.

Die Schwierigkeit des Praxisinhabers, der „wirtschaften und schnell Entscheidungen treffen“ muss, beschreibt hier eine Ärztin aus ihrer Perspektive als Angestellte:

Ich bin auch sehr flexibel, muss man sagen. Ich kann mich auch den Situationen anpassen, ich guck auch, was sucht der Patient, was will der von mir, das versuche ich schon zu erspüren, um dann eben, will der gar keine Medikamente, will der ne Beratung, dann berat ich ihn, will der ne klare Ansage haben, weil er sich mit irgendwas nicht entscheiden kann, dann sprech ich das auch insofern an und sag, wollen Sie von mir jetzt, dass ich Ihnen sage, was gemacht werden soll oder nicht, dann mach ich das auch so, ja. Wenn das nur so ein Abwägen zum Beispiel zwischen zwei Therapieoptionen geht, dann berat ich ihn, das ist ja eigentlich schon das, ja auch Shared Decision Making, das versuch ich schon aktiv umzusetzen, ja. Das geht aber im hausärztlichen Setting, das kann ich mir jetzt erlauben als angestellte Ärztin sozusagen, das kann der Niedergelassene nicht, der steht unter ganz anderem Druck, der muss einfach wirtschaften und schnell Entscheidungen treffen und schnell, also, ich hab da ne gewisse Luxussituation, ja, also ich als Selbstständige würde mit meinem Arbeitsstil im Moment Pleite gehen, ja. Ja, ist so. (19 - w, 41-50, < 10 J, Ang.: 322 - 336)

Diese Ärztin beschreibt es als „Luxussituation“, sich auf ihre Patienten einlassen zu können und das jeweilige Anliegen des Patienten so umfangreich berücksichtigen zu können. Sie schildert, wie sie versucht, auf jeden Patienten individuell einzugehen und die Ideale der Allgemeinmedizin wie Shared Decision Making in der Praxis umzusetzen, merkt jedoch gleich an, dass ihr dies als selbstständige Ärztin in eigener Niederlassung nicht in diesem Umfang möglich wäre.

Folgender Praxisinhaber beschreibt seine Prioritäten im Umgang mit dem Faktor Zeit in seiner Kassenpraxis und erläutert den für ihn selbst stimmigen Weg, mit der beschränkten Zeit umzugehen. Er setzt dabei ggf. auch CAM ein:

Schon, also wenn (der Patient) sagt, o. k., ich möchte jetzt noch irgendwas, jetzt bleiben wir bei der Erkältung, und ich sage dem, o. k., könnten wir jetzt auch zuwarten erst mal, er sagt aber, ich möchte jetzt irgendwas haben, dann wäre das schon was, wo man (Komplementärmedizin) zum Einsatz bringt. Also sage ich mal, das ist dann auch schwierig, oder andersrum, das ist dann zeitlich besser, demjenigen etwas

aufzuschreiben, als mit dem noch 20 Minuten darüber zu diskutieren, ob das was bringt oder nicht, ja, also da habe ich dann auch nicht die Zeit dazu, dem zu sagen, mit Zuwarten usw. wird es wahrscheinlich auch besser, also da fehlt dann so sage ich auch mal das Verständnis dann auch beim Patienten. [...] Also das ist mir dann auch egal, weil wenn er ich sage mal seinen Eukalyptus-Saft nimmt, das wird ihm jetzt auch nicht schaden höchstwahrscheinlich, oder mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, und da nehme ich mir die Zeit jetzt nicht, oder das tue ich mir dann nicht an, dass ich dann mit dem anfangs herumzudiskutieren wegen sowas, ja. Ich tue dann eher mal diskutieren, wenn es darum geht, soll ich jetzt ASS nehmen ja oder nein, wo ich sage, das hat jetzt aber wirklich, das ist sinnvoll, dass Sie das nehmen, da tue ich dann mal eher schon diskutieren [...] (15 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 322 - 349)

Die Beispielsituation ist hier ein Patient, der bei einer Erkältung noch „irgendwas haben will“. Es scheint Patienten zu geben, die der Strategie des Abwartens eher zustimmen, andere wiederum scheinen eher auf eine Verschreibung zu drängen. Dieser Arzt setzt Prioritäten und entscheidet selbst, in welchen Situationen er bereit ist, zusätzliche Zeit zu investieren und den Patienten eine aus seiner Sicht wichtige Vorgehensweise nahelegen. Bei Verschreibungen, die medizinisch indiziert sind wie die Einnahme von ASS, ist es ihm wichtig, mit dem Patienten über diese Notwendigkeit zu diskutieren und zu erreichen, dass der Patient die Notwendigkeit versteht. Patienten von einer phytotherapeutischen Medikation abzubringen ist für ihn dagegen weniger wichtig, da er davon ausgeht, dass dem Patienten dadurch kein Schaden entsteht. Zusätzlich zur beschränkten Zeit in der Kassenpraxis sieht er das Problem, dass in einigen Fällen auch das Verständnis des Patienten für die Strategie des abwartenden Offenlassens fehlt.

Für die Auswahl einer Strategie kann es auch ein Kriterium sein, dass sich diese vom Aufwand her gut in die Sprechstunde integrieren lässt. So erklärt dieser Arzt, warum er so häufig Neuraltherapie anwendet:

Und das brauche ich ganz oft. Das ist eine absolut häufige Therapie, und weil ich ja auch in Zeitnot bin oft, muss das schnell gehen. Und Quaddeltherapie geht sehr schnell. [...] Also, die Nadeln sind dann fertig vorbereitet, ich nehme die nur her und zack zack, desinfizieren, und schon ist die Quaddel fertig. Das heißt das geht sehr schnell, und wirkt auch recht schnell, bei manchen Leuten enorm schnell, die kommen mit Schmerzen und es ist sofort besser. (06 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 287 - 294)

Sowohl eine schnelle Verfügbarkeit, eine schnelle Anwendung wie auch ein schnell wahrnehmbarer Effekt sind für diesen Arzt bei der Wahl dieser Strategie wichtig.

4.4.5.4 Interesse und Offenheit

Es scheint nicht völlig beliebig zu sein, welche Strategie der jeweilige Arzt von seinen Vorbildern oder Patienten übernimmt. Die Auswahl der jeweiligen Verfahren aus dem großen Bereich CAM dürfte auch von der jeweiligen Arztpersönlichkeit abhängen: Die Methode sollte mit der eigenen Haltung und dem eigenen Anspruch an Medizin vereinbar sein. Diese Ärztin erklärt, dass für sie eine Therapiemethode aus dem Bereich CAM, die sich für sie zu sehr von der gelernten Medizin unterscheidet, ab einem gewissen Punkt nicht mehr in Frage kommt:

[...] es ist eine ganz andere Medizinform, [...] das ist eine ganz andere Medizin, das kann man gar nicht, dann müsste ich nur das machen. Ich kann das ein bisschen überlappen mit der Schulmedizin und es ein bisschen abwechslungsreich machen für den Patienten und für mich, aber weiter zu vertiefen hieße für mich, ich muss von meiner Schulmedizin Abstand nehmen, das kann ich nicht. Ich bin eigentlich eine reine Schulmedizinerin, ja. [...] Auch Akupunktur (geht nur) bis zu einem gewissen Punkt, danach sage ich, o. k., da muss man nach etwas anderem schauen. (17 - w, 41-50, < 10 J, Inh.: 482 - 491)

Eine zu große Andersartigkeit wird hier als persönliche Grenze empfunden, so dass diese Ärztin Therapien jenseits der konventionellen Medizin nur bis zu einem gewissen Punkt anwendet. Bis dahin kann CAM jedoch auch eine willkommene Abwechslung in den Praxisalltag bringen.

Die Notwendigkeit des Vorhandenseins eines inneren Bezuges zur einer Therapie als Voraussetzung für ihre Anwendung schildert auch diese Ärztin:

Also Homöopathie habe ich, muss ich ehrlich gestehen, wenig Zugang dafür, weil halt auch viele, gerade wenn man so Kinder hat, das ist ja mittlerweile so in den ganzen Spielgruppen und was weiß ich, jeder, oder was weiß ich, wobei es ist komisch, die Schüssler-Salze, die „Saure Sieben“, also ich bin immer, ich höre mir das immer an, also ich merke so in mir innen, ich habe da keinen echten Bezug dazu [...]. So eine Diabetes-Leitlinie, das hat einfach für mich Hand und Fuß [...]. (09 - w, 41-50, < 10 J, Inh.: 226 - 244)

Diese Ärztin schildert, dass sie zu Homöopathie und Schüssler-Salzen keinen Bezug hat, während z. B. eine Diabetes-Leitlinie für sie greifbar, nachvollziehbar und damit sympathisch ist. So scheint es je nach Persönlichkeit unterschiedlich zu sein, welche Strategien als stimmig empfunden werden. Während die oben zitierte Ärztin eher skeptisch den Berichten über Homöopathie zuhört, eröffnete sich für diesen Arzt durch den Kontakt mit CAM-Therapien eine spannende und begeisternde neue Welt:

[...] da habe ich auf einmal gemerkt, hey, da gibt es ja noch was anderes, und dann fing es an interessant zu werden [...] (Man) hat dann halt auch viele andere kennen gelernt, die auch auf der Schiene waren, und das hat einen dann noch mehr begeistert und beflügelt [...] (08 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 55 - 114)

So ist die Legitimierung der jeweiligen Strategien vielleicht auch deshalb kein Problem (vgl. Kap. 4.5), weil der Einzelne im Laufe der Zeit auf ein Repertoire zurückzugreifen scheint, hinter dem er weitgehend stehen kann, und eben nicht prinzipiell alles aus dem Bereich CAM anwendet. Daraus kann wie bei diesem Arzt im Laufe der Zeit ein „gesamtmedizinisches Dasein“ entstehen:

(Das ist) ein Teil meines gesamtmedizinischen Daseins, würde ich jetzt mal sagen. Also ich unterscheide da einfach nicht mehr, ich mache die Medizin, die mir in dem Moment für den Beratungsanlass bei dem Patienten am sinnvollsten erscheint, zusammen mit dem Patienten. Und ob das jetzt homöopathisch, kräutermedizinisch oder rein schulmedizinisch ist, da mache ich eigentlich inzwischen keinen Unterschied mehr. (03 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 168 - 173)

Dieser Arzt hat sich ein Repertoire an Strategien angeeignet und wählt daraus jeweils diejenige Vorgehensweise aus, die er zusammen mit dem Patienten in der entsprechenden Situation für sinnvoll hält.

4.4.5.5 Ökonomische Interessen

Natürlich ist auch die Frage relevant, inwiefern ökonomische Interessen eine Rolle bei der Auswahl der Strategien spielen, vor allem bei der Anwendung von CAM-Verfahren. Es war nicht beabsichtigt, diesen Aspekt in dieser Studie tiefergehend zu untersuchen. Dennoch sollen hier einige spontane Äußerungen dargestellt werden.

Auffällig in den Interviews ist, dass die Hausärzte immer wieder potenzielle Konflikte erwähnen, wenn es darum geht, Leistungen direkt mit dem Patienten abzurechnen. Manche Therapien aus diesem Bereich werden daher „einfach so“ in der Praxis angewandt, ohne sie dem Patienten extra in Rechnung zu stellen:

[...] aber sowas biete ich dann tatsächlich auch an, weil ich eben sehr davon überzeugt bin, auch direkt an. Ich biete das jetzt nicht als IGeL-Leistung an, ich mache das einfach. Ich könnte es auch als IGeL-Leistung anbieten, aber irgendwie, da bin ich kein so ein Geschäftstyp für so etwas, ja. [...] Ja, es gibt so welche, die machen das, da kommst du rein in die Praxis und dann hast du schon erst mal einen IGeL (lacht), und das, nee, das muss drin sein einfach, ja. (11 - m, 51-60, > 10 J, Inh.: 330 - 339)

Dieser Arzt äußert ein gewisses Unwohlsein darüber, eine Therapie, von der er sehr überzeugt ist, als IGeL-Leistung anzubieten. Er sieht sich nicht als „Geschäftstyp“ dafür und vermeidet die Situation, von seinen Patienten Geld für solche Therapien zu verlangen, indem er die Therapie unentgeltlich anwendet.

Folgende Ärztin kann sich dagegen theoretisch vorstellen, Geld für eine Therapie aus dem CAM-Spektrum zu bekommen. Voraussetzung wäre allerdings, dass sie davon überzeugt ist. Ihre große Unsicherheit bezieht sich zum Zeitpunkt des Interviews darauf, ob sie die ihr von einer Firma angebotenen „Infusionskuren“ tatsächlich überzeugt anwenden kann:

[...] was ich mache, das habe ich mir wenigstens gut überlegt, und ich habe auch bis jetzt nicht angefangen, hier irgendwelche IGeL-Leistungen zu machen. [...] Ich möchte nicht anfangen wie andere Kollegen, wo ich weiß, dass die den Leuten irgendwelches Geld aus der Tasche ziehen. Ich muss davon überzeugt sein. Ich arbeite zwar gerade an etwas, aber ich finde zeitlich noch nicht wirklich so, das in 100 % so umzusetzen, dass ich das tun werde, also ich habe das bis jetzt erst mal angedacht, und ich habe es jetzt in über einem Jahr noch nicht geschafft, mit mir selber einig zu werden, ob ich das tun werde. [...] Ja, auf der einen Seite Geld damit verdienen zu können, aber es ist immer noch so die Überlegung, mache ich das jetzt wirklich, will ich das, oder will ich das nicht, und bin ich selber davon überzeugt, dass das, was man mir sozusagen anbietet, dass ich das umsetzen, dass ich da dahinter stehen kann. Ja, so Infusionskuren, stehe ich da wirklich jetzt dahinter oder nicht? Da hadere ich jetzt seit über einem Jahr mit mir. Ich habe da die Unterlagen liegen, finde die Zeit dazu nicht, aber ich nehme mir die Zeit auch nicht, das noch mal 100 % zu durchdenken, ob ich das jetzt wirklich tun will. Und dann ist es immer noch so, es kostet ja Geld, wem kann ich das überhaupt anbieten, auf der anderen Seite, wenn man 50 € im Nagelstudio lassen kann, dann kann man die 50 € auch bei mir lassen, also ja. (10 - w, 41-50, < 10 J, Inh.: 342 - 363)

In diesem Bereich scheint es dieser Ärztin vor allem darum zu gehen, ob sie solche Infusionen tatsächlich vertreten kann und wem sie das überhaupt anbieten kann. Der innere Konflikt zeigt sich auch daran, dass sie bereits so lange hin und her überlegt und noch kein Ergebnis gefunden hat.

Folgender Arzt hat für sich eine Lösung gefunden, indem er Infusionen auch aus betriebswirtschaftlichen Gründen zwar in der Praxis verabreicht, diese Möglichkeit aber nicht zu offensiv anbietet. Er macht die Erfahrung, dass er das auch gar nicht tun muss, denn die Patienten fragen von sich aus danach. Somit kann er einfach die Nachfrage bedienen und minimiert potenzielle Konflikte:

Ja, wir bieten zudem auch noch Infusionen an, Aufbauinfusionen, Vitamininfusionen, mit Spurenelementen. Wird gerne angenommen. Es ist natürlich betriebswirtschaftlich auch wichtig, so etwas zu machen, ich bin aber nicht der Doktor, der sie darauf anspricht die Patienten, sondern sie kommen von selber. Ich mache es dann gerne, den Patienten geht es auch ganz gut danach, die fühlen sich gut, ob das wirklich aufgrund der Infusion ist oder auch nicht... [...] Wir machen es schon, es ist ein... Einkunftsquelle ist so blöd, wenn ich das so sage, das stimmt so nicht, aber es tut eine bestimmte Patientengruppe... Viele Patienten, die uns darauf ansprechen, sagen auch, sie haben da Probleme, hier und da, komme nicht mehr auf die Beine, seitdem die Großmutter gestorben ist und sie das Haus ausräumen müssen, da gibt es auch Erbstreitigkeiten zum Beispiel, ob da eine Vitamin C-Infusion gut täte, sie hätten das Gefühl, das würde ihnen etwas bringen. Dann sagen wir, gut, gerne, machen wir. (12 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 105 - 122)

Dieser Arzt ist sich bewusst darüber, dass Infusionen für eine gewisse Patientengruppe attraktiv sind und für ihn eine Einkunftsquelle darstellen können. Er bietet Infusionen in der Praxis an und kann das vor sich vertreten, da er sieht, dass die Patienten damit zufrieden sind und er ihnen nichts aufgedrängt hat. Im Ergebnis sind Patient und Arzt zufrieden.

So könnte es sein, dass für die Beantwortung der Frage nach ökonomischen Interessen auch die Art des jeweiligen CAM-Verfahrens berücksichtigt werden muss. In den erhobenen Interviews wurde der Aspekt des Geldverdienens vor allem in Bezug auf Infusionen diskutiert, also einer Therapie mit relativ wenig direktem Arzt-Patienten-Kontakt im Vergleich zu gesprächsintensiven CAM-Verfahren. Folgende Ärztin sieht etwa die Homöopathie als eine Methode, die sich durch den hohen ärztlichen Zeitaufwand in der Kassenpraxis aus ökonomischen Gründen weniger lohnt:

Also zum Beispiel die Homöopathie, da zahlen Sie immer drauf. Das braucht einfach viel zu viel Zeit. Wir machen das hier so, wenn ich auf die Idee komme, dass diesen Menschen jetzt dafür was Homöopathisches helfen könnte [...], da verlange ich nichts dafür. Ich hab eine riesen homöopathische Apotheke und der kriegt dann von mir zwei Kügelchen mit. Nur wenn jemand zu mir kommt und sagt, ich komme zu Ihnen, weil ich möchte homöopathisch behandelt werden, dann nehme ich für das allererste Gespräch 120 €, das dauert anderthalb Stunden bis zwei Stunden und dann in der Auswertung halt auch noch mal, und das ist alles, also damit kann man kein Geld verdienen.

(04 - w, 61-70, > 10 J, Inh.: 532 - 541)

Die Frage, ob und inwiefern ökonomische Interessen bei Hausärzten als primäre Motivation für die Anwendung von CAM-Verfahren eine Rolle spielen, müsste noch genauer unter Differenzierung der

verschiedenen Therapieformen untersucht werden. Die bisherigen Interviews legen nahe, dass zumindest in therapeutisch unbestimmten Situationen dieser Aspekt eher weniger im Zentrum zu stehen scheint.

4.4.6 Änderung der Strategien im Laufe der Zeit

Die bevorzugten Strategien können sich im Laufe der Praxistätigkeit ändern. Vor allem zu Beginn könnte eine ökonomische Abhängigkeit von den Patienten dazu zu führen, in der Praxis stark Einigungen zu forcieren und damit auch mehr auf die Wünsche der Patienten einzugehen. Im Laufe der Zeit kann sich dies wieder entspannen, was zu einer verbesserten Fähigkeit des abwartenden Offenlassens (vgl. Kap. 1.1.2) führen kann.

4.4.6.1 Praxisbeginn: Ökonomische Abhängigkeit von den Patienten

Die Handlungen im täglichen Praxisalltag können vor allem zu Beginn der Niederlassung beeinflusst werden von dem Gefühl der Notwendigkeit, sich mit dem Patienten einig zu werden und damit zufriedene Patienten zu haben. Diese Ärztin beschreibt das als eine der größten Herausforderungen:

Dass wir uns irgendwie einig werden. Oder für mich vielleicht auch persönlich, dass wir uns einig werden und der dann das akzeptiert und auch wieder kommt. Weil im Großen und Ganzen sind wir ja auch ein Dienstleistungsgewerbe inzwischen. Also dieses „ich gehe zum Doktor“ hat ja nicht mehr ganz so den Heiligenschein, wie es den vielleicht noch vor ein bis zwei Generationen hatte. Sondern es ist ja echt schon ein Geschäft hier teilweise. (10 - w, 41-50, < 10 J, Inh.: 336 - 341)

Diese Ärztin weist hier auf einen Punkt hin, der die freie Entscheidung des Arztes einschränken oder zumindest modellieren kann: Es ist die Tatsache, auch finanziell davon abhängig zu sein, dass der Patient die Empfehlungen und Entscheidungen des Arztes akzeptiert und wiederkommt. Handlungen in der Praxis geschehen nicht aus reinem Altruismus sondern ermöglichen – genau wie in anderen Berufen – auch die finanzielle Lebensgrundlage des Arztes und die Finanzierung des Praxisbetriebs. Patienten haben freie Arztwahl und damit die Möglichkeit, den Arzt zu wechseln, wenn sie sich bei ihm nicht wohl fühlen oder sie mit der Vorgehensweise und den Verschreibungen des Arztes nicht einverstanden sind. Der einzelne Arzt ist jedoch abhängig davon, genügend Patienten in der Praxis zu haben. Dies kann von Seiten des Arztes das Bedürfnis verstärken, sich mit dem Patienten einig werden zu wollen.

Folgender Arzt beschreibt retrospektiv den von ihm empfundenen Druck zu Beginn der Selbstständigkeit. Dieser Druck entsprang nicht nur dem persönliche Bedürfnis, „ein guter Arzt sein

zu müssen“, sondern auch der Notwendigkeit, „Patientenzufriedenheit erzeugen zu müssen“, damit die Praxis läuft und die im Rahmen der Praxisübernahme entstandenen Schulden abbezahlt werden können. Mit zunehmender Zeit und Entwicklung der Praxis konnte sich dieser Druck wieder relativieren und das Gefühl, sich beweisen zu müssen, wurde schwächer:

Also, ich muss nicht mehr Zeit totschiessen, ich muss nicht mehr Behandlungsversuche machen, weil ich den Druck spüre ich muss etwas versuchen [...]. Am Anfang ja, weil da ging's ja einfach darum, eine Praxis zu übernehmen, einen Haufen Schulden zu haben, und den Zwang zu verspüren, jetzt ein guter Arzt sein zu müssen oder zumindest Patientenzufriedenheit erzeugen zu müssen [...]. Und nachdem ich mich davon jetzt mehr und mehr freigeschwommen habe, dass man einfach sagt, die Praxis ist gewachsen, hat sich verändert, die Leute, die es ganz hardcore rein homöopathisch haben wollten, die sind abgewandert, die Leute finden es durchaus gut, dass man drüber reden kann, und dass man diskutieren kann darüber, der Druck ist weniger und weniger geworden. Ich muss mich jetzt nicht mehr beweisen, ich kann auch mal sagen, weiß ich nicht, kann ich nicht, schauen wir erst mal, wir machen erst mal nichts und beobachten.

(03 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 124 - 150)

Dieser Arzt hebt das Element der Entwicklung über die Zeit hervor: Mit zunehmender Zeit erscheint es wesentlich leichter, sich nicht mehr von der Zufriedenheit seiner Patienten abhängig zu fühlen. Abwartendes Offenlassen und Kommunizieren von Grenzen ist leichter, wenn man keine Schulden hat und nicht auf jeden Patienten angewiesen ist. Als erleichternden Faktor erwähnt dieser Arzt die bereits in Kap. 4.4.4 erläuterte Patientenselektion. Diese ermöglicht dem Arzt, bevorzugt diejenigen Strategien anwenden zu können, die sowohl zu ihm wie auch zu den Patienten passen und damit auf beiden Seiten Zufriedenheit erzeugen.

4.4.6.2 Zunehmende Erfahrung: Verbesserung des abwartenden Offenlassens

Neben den äußeren Bedingungen der Praxis scheint der im Laufe der Zeit zunehmende Erfahrungshorizont der Ärzte die Strategien im Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen zu beeinflussen, was zu einer Verbesserung der Fähigkeit des abwartenden Offenlassens führen kann. Folgende Ärztin schildert, wie sie die Patienten zu Beginn der Praxistätigkeit erlebt hat und wie sich diese Wahrnehmung inzwischen verändert hat:

[...] da hat man nicht den Erfahrungshorizont und da hat man natürlich mehr, also viel mehr Antibiotika verordnet. Definitiv. Genau, da war auch so die Vorstellung, warum, wenn der jetzt zum Arzt kommt, ist der bestimmt auch schwer krank oder so, das merkst

du ja im Laufe der Jahre erst, da kriegst du ein Gespür dafür, was ist jetzt der Beratungsanlass, ja, ist es tatsächlich die Erkrankung, oder manchmal steckt ja auch, ist ein vorgeschobener Grund, also, die Erfahrung lehrt dich sehr viel, und je erfahrener du bist, desto weniger verordnest du jetzt bei Erkältungskrankheiten zum Beispiel [...]
(19 - w, < 10 J, Ang.: 134 - 141)

Zu Beginn ihrer Tätigkeit ging diese Ärztin davon aus, dass ein Patient, der zum Arzt kommt, auch tatsächlich behandlungsbedürftig krank sei. Ihre Erfahrung lehrte sie, den Beratungsanlass immer stärker zu hinterfragen und auch vorgeschobene Gründe für einen Arztbesuch besser zu erkennen. Im Rahmen dieser Entwicklung stellte sie fest, mit zunehmendem Erfahrungshorizont speziell in therapeutisch unbestimmten Situationen wie bei einer Erkältung immer weniger zu verordnen.

Auch folgende Ärztin erklärt, dass es Zeit braucht, bis man die Fähigkeit entwickelt, zu erkennen, in welchem Umfang der einzelne Patient mit seinem individuellen Hintergrund in der jeweiligen Situation tatsächlich eine Unterstützung und Therapie benötigt:

So ein Auge dafür haben, was ist das für ein Mensch, hat der das Potenzial, dass er das alleine ausheilt, oder ist der in einer so schwierigen Situation oder von seiner Konstitution her so schmal gestrickt, dass er auf jeden Fall irgendeine Unterstützung braucht, das lernt man erst im Lauf der Zeit, so ein Auge für Menschen zu haben, das hatte ich damals nicht, und das kann sich auch nur entwickeln glaube ich. Und das heißt, man hat viel mehr Aktionismus am Anfang, auch mit naturheilkundlichen Sachen. Man muss ja auch erst mal ausprobieren, was funktioniert. (04 - w, 61-70, > 10 J, Inh.: 129 - 136)

Diese Ärztin beschreibt die Unterschiede bei den Patienten: Aus ihrer Erfahrung heraus verschwinden bei manchen Patienten bestimmte Symptome von alleine und bei anderen nicht. Ein gewisser „Aktionismus am Anfang“ und ein Ausprobieren von verschiedenen Strategien trägt aus ihrer Sicht dazu bei, sich bezüglich der Entscheidung für die jeweils sinnvolle Vorgehensweise immer sicherer zu fühlen und in der Konsequenz mit zunehmender Praxiserfahrung auch immer weniger zu verschreiben.

Besonders die größere Erfahrung im Bereich Psychosomatik und auch die bessere Kenntnis der Patienten über die vielen Jahre der Praxistätigkeit sind für folgenden Arzt die wesentlichen Punkte, die es ihm ermöglichen, weniger zu verschreiben und auch öfter einfach abzuwarten:

Ich bin psychosomatisch besser geworden, ich bin... Ja, wir nennen es das biopsychosoziale Gesamtbild. Ich bin da erfahrener geworden, kenne jetzt natürlich meine Patienten seit längerer Zeit als am Anfang meiner Praxiszeit, also habe ein ganz anderes Verständnis vom Gesamtbild eigentlich des Problems. Und damit kann ich

glaube ich dann anders damit umgehen. [...] Aber ich merke auch, dass ich insgesamt weniger Therapie mache und öfter auch mal abwarte und durchaus auch mal ein Patient rausgeht, der kein Rezept in der Hand hat. [...] Das war früher anders, also da war schon noch ein gewisser Aktionismus, dass ich sage, oder ich mich schlecht gefühlt habe, wenn der Patient ohne was in der Hand hier raus gegangen ist. Da hatte ich so den Eindruck, ich habe das Problem nicht gelöst. Aber das lernt man halt auch, dass das ja eher ein Problem von uns Heilern ist, und nicht ein Problem vom Patienten.

(03 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 235 - 248)

Dieser Arzt beschreibt, dass sich der Anspruch, Probleme immer gleich lösen zu wollen, bei ihm im Laufe der Zeit geändert hat. Hilfreich ist für ihn die längere Kenntnis der Patienten und ihrer Hintergründe – Erfahrungen, die man nur mit zunehmender Praxistätigkeit sammeln kann.

4.4.6.3 Exkurs: Die Suche nach dem eigenen Weg

An dieser Stelle sollen exemplarisch noch einige Beispiele genannt werden, wie sich speziell der Umgang mit CAM im Laufe der Zeit verändern kann und wie verschiedene Ärzte versuchen, ihren ganz persönlichen Weg zu finden. Diese Beispiele zeigen auch, dass die in dieser Studie dargestellten Strategien der interviewten Ärzte sich in der Zukunft durchaus weiterhin verändern können.

Eine authentische Lösung finden, an die ich im Herzen glauben kann

Folgender Arzt schildert hier eine gewisse Wertschätzung gegenüber Verfahren wie der Homöopathie, jedoch auch sein grundsätzliches Problem: „Wenn ich selber daran glauben könnte, wäre es super“. Die intensive Zuwendung zum Patienten im Rahmen einer ausführlichen Anamnese und der darauf folgende Gabe des „geeigneten Mittels“ sieht er als äußerst starke und in der Praxis hilfreiche Geste. Deshalb hat er zwar versucht, Homöopathie als Placebo anzuwenden, hatte dabei jedoch das Gefühl, die Patienten zu belügen und nicht authentisch zu sein:

Also dieses Gefühl, „ja, mein Doktor macht etwas, ja, der beschäftigt sich mit mir und der sucht mir das geeignete Mittel“, das ist für mich der große Placebo von der Homöopathie eben. Wo ich immer so ganz klar das Gefühl habe, mei, wenn ich selber daran glauben könnte wäre es super. Das ist ein super Placebo. Also wirklich, es gibt ja wirklich kaum etwas, wo man sich so intensiv dem Patienten zuwendet und so ihm suggeriert, mit all diesen ganzen Fragen, die man da stellt, irgendwie, „schwitzen Sie nachts manchmal oder nicht, stehen Sie mit dem linken oder rechten Fuß aus dem Bett auf“ usw. und so fort, ja, alles hat eine Bedeutung, und dann nimmt man das geeignete Mittel. Das ist ja eigentlich ein Wahnsinn, wie gehaltvoll das ist. Das ist nicht wie bei allen anderen

Patienten, die wir internistisch behandeln, ja, das Ramipril von (Firma A) ist gelb und jetzt kriegen Sie beim nächsten Mal das von (Firma B), das ist aber grün, soll aber ganz genau das Gleiche sein. Das können Sie überhaupt keinem erzählen, ja, da sind wir wirklich, wir arbeiten total Anti-Placebo, und das ist in der Schulmedizin natürlich eine Katastrophe eigentlich, dass wir das so machen. Ich kann aber nichts vermitteln, wo ich nicht im Herzen wirklich irgendwo daran glauben kann, ja, also ich habe es tatsächlich so versucht, dass ich mir dachte, o. k., nimm es als Placebo, versuche das für dich selber dann auch so zu strukturieren usw., aber da hatte ich dann wirklich das Gefühl auch ich belüge den, also ich spiele ein Theaterstückchen, und das ist nicht authentisch. Genau. Deswegen ging das für mich jetzt nicht. (13 - m, 41-50, < 10 J, Inh.: 184 - 204)

Da für diesen Arzt die Anwendung der Homöopathie nicht stimmig war, er jedoch in der Praxistätigkeit immer wieder Bedarf sieht, in therapeutisch unbestimmten Situationen ein entsprechendes Handwerkszeug zu haben, entschied er sich für einen Wechsel der Strategie:

Also Homöopathie und Akupunktur würde ich sagen, ist für mich ein Placebo und den kann man ganz gezielt einsetzen. Ich habe mich da, nachdem ich so das, also erst mal war ich total ablehnend mit Homöopathie, dann habe ich so nach und nach schon gemerkt, dass es in vielen Bereichen sinnvoll wäre, einen guten Placebo zu haben, weil es letztenendes ganz schön schwierig ist, die Leute bei Laune zu halten, bis sich die Krankheitsbilder von selber wieder regeln und klären, und dann habe ich es mal ein bisschen versucht für mich, aber habe so gemerkt, ich kann es letzten Endes, wenn ich da innerlich nicht wirklich auch das Gefühl habe, ich, ja, kann daran glauben, deswegen bin ich jetzt dabei, wenn ich ein Placebo einsetze, dann nehme ich ein naturheilkundliches Präparat, wo zumindest mal ein Wirkstoff da ist, wo ich sagen kann, Mensch, dann nehmen Sie jetzt Eibischwurzel und dies und das, ja, und da erwarte ich mir dann tatsächlich etwas davon, ja, also wenn es jetzt um Reizhusten und irgendwelche Dinge geht, wenn ich das Gefühl habe, mei, da kann man zumindest mal versuchen, ob man das pflanzlich irgendwie hinkriegt, oder mit einem Tee oder sowas. Also da, mit solchen Sachen kann ich schon mehr anfangen, aber für mich ist jetzt, wenn es um die Fragestellung geht, also gerade Homöopathie ist für mich so ein ganz besonderes Beispiel, ja, weil es offensichtlich keine nachgewiesene Wirkung hat und man jetzt, was weiß ich, mit 1000 von Untersuchungsverfahren jetzt nicht nachweisen kann, dass da irgendwas zu sehen ist und es ist auch nicht logisch usw., aber trotzdem setzt man es ein und tut so, als könnte man jetzt, als würde es einen Unterschied machen, als würde ich jetzt Luffa D6 oder D12 schlucken oder sowas, ja. O. k. Und bei den anderen Mitteln, also

jetzt naturheilkundliche Mittel, da habe ich zumindest das Gefühl, da gibt es jetzt zwar keine Studienlage dazu, aber da ist zumindest mal ein Wirkstoff drinnen.

(13 - m, 41-50, < 10 J, Inh.: 38 - 62)

Dieser Arzt suchte sich eine für ihn passende Strategie: Die Anwendung von Phytotherapeutika. Er fühlt sich damit im Gegensatz zur Anwendung von Homöopathie wohler, da er es hier mit einem Wirkstoff zu tun hat. Damit hat er – zumindest zu diesem Zeitpunkt – eine für sich stimmige Strategie gefunden.

Anwendung von CAM trotz innerer Zweifel

Dass nicht für jeden Arzt dieses Suchen nach dem „eigenen Weg“ zu einem wie im ersten Beispiel geschilderten „authentischen Weg“ führen muss, sondern eine Anwendung von CAM trotz innerer Zweifel weiterhin erfolgen kann, zeigt sich hier. Für folgende Ärztin war die Ausbildung im Rahmen der Zusatzbezeichnung Akupunktur zwar bereichernd, der Fokus ihrer Praxis ist aber ganz klar konventionell-medizinisch orientiert. Sie wendet Akupunktur an, allerdings mit einer gewissen Unsicherheit:

[...] ich fand das schon sehr interessant auch für mich selber, so im Rahmen einer Horizonterweiterung, und ich habe auch die Zusatzbezeichnung für chronische Knie- und LWS-Beschwerden, wobei ich ganz ganz ehrlich sagen muss, ich kann es immer nie so ganz auseinanderhalten, was ist da einfach, ich habe gerade so eine Patientin, die kommt dann halt einfach regelmäßig, die nimmt sich regelmäßig Zeit, man macht eine genaue Schmerzanamnese, die fühlen sich natürlich hier auch dann sehr... Ich bin persönlich skeptisch, ob es wirklich die Nadeln sind oder ob es das Drumrum am Ende ist, aber das ist auch schön als Hausarzt, da darf man auch ein bisschen pragmatisch sein (lacht) [...] Also es ist interessant, ich habe wirklich ein paar, die kommen auch regelmäßig immer wieder, also gerade bei den LWS und „mir tut das gut und es ist alles großartig“, ich mache es da einfach so ganz gern muss man sagen, aber in meinem Aller-aller-Innersten denke ich mir immer, mein Gott, wenn ich etwas anderes... Also ich mache nichts verkehrt, es hat keine Nebenwirkungen... Vielleicht noch dazu, [...] das ist hier in I auch so bekannt, dass wir hier die quasi die handfeste Kassenmedizin machen [...]. Aber ich setze es ein, und wie schon gesagt, eigentlich, gut, nachdem ich jetzt relativ viel zu tun habe jetzt ein bisschen so nebenher, aber gerade so Migräne, diese chronischen LWS-Beschwerden oder auch bei einer Gonarthrose, gern jetzt auch im Frühling, weil da wird es jetzt dann auch warm, und da werden die Gonarthrosen an sich besser, also ich denke mir manchmal auch, warum nicht, wenn die Leute es gerne mögen,

das ist einfach so mein Ansatz. Mir hat früher immer eine Arzthelferin gesagt, „Frau Doktor, Sie müssen mehr daran glauben und das dann verkaufen“, vielleicht bin ich da auch nicht... Das ist ja auch so ein bisschen Typ-Sache, also ich habe da viel erlebt, auch, die dann reine Akupunkturpraxis, es gibt ja hier so ein paar, wo wir da so Hospitationen hatten, also ich meine, das ist dann schon toll, wenn jemand dann so mit Moxibustion und was die da alles so machen, aber da muss man halt seinen eigenen Weg finden.
(09 - w, 41-50, < 10 J, Inh.: 115 - 161)

Die von dieser Ärztin geschilderten inneren Zweifel führen hier nicht wie im vorherigen Beispiel zu einer Änderung der Strategie. Da sie das Gefühl hat, mit der Akupunktur keine Nebenwirkungen hervorrufen zu können und sie damit keinen Fehler begeht, wendet sie die Methode an, so lange es die Patienten wünschen.

Findungsphase: Ich hinterfrage und warte, bis ich die Lösung habe

Folgender Arzt befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews gerade in einer Findungsphase. Er hinterfragt die Homöopathie, deren Methodik er innerhalb ihrer Theorie zwar als stimmig empfindet und sie so ohne Konflikte nach diesem System anwenden kann. Er könnte sich inzwischen jedoch auch vorstellen, dass für den wahrgenommenen Effekt „unter Umständen gar nicht mehr das Kügelchen“ zuständig sein könnte und daher für ihn eines Tages die Homöopathie überflüssig wird:

[...] ich weiß, es gibt ein System, also ich gebe ja nicht wild irgendwelche Kügelchen, das wäre für mich Placebo, sondern ich überlege mir schon, welches dieser homöopathischen Kügelchen ich einsetze. Ich meine, das habe ich ja auch hart lernen müssen im Grunde genommen, welches Mittel wann indiziert ist, also es ist kein ungezieltes Hergeben von einem Mittel, von dem ich sage, das ist mir egal, das Kügelchen ist mir wirklich wurscht. Ich hinterfrage da, das ist eine meiner kritischen Sachen, dass ich jetzt einfach den Eindruck habe, es könnte unter Umständen gar nicht mehr das Kügelchen sein. Ja, da wackel ich wirklich, da haben Sie recht. Aber es ist nicht so, dass ich es mir so einfach mache und sage, es ist eh egal, ich gebe jetzt irgendein Kügelchen. So lange ich jetzt da die Entscheidung noch nicht habe in diesem Prozess, das ist eine Findungsphase momentan, die geht sicherlich auch noch ein paar Jahre, mache ich eine saubere Medizin innerhalb der Homöopathie – also innerhalb dieses Regelwerks, dieses theoretischen Apparats, ist sie in sich stimmig. Sie hat nichts mit der Schulmedizin zu tun, und da ist jetzt auch wissenschaftlich gesehen sicherlich der ein oder andere Humbug in dieser Theorie, aber innerhalb dieser Theorie ist es eben stimmig. Placebo wäre, wenn ich diese Kügelchen ohne Wirkstoff gegeben hätte.

[Und wenn jetzt zum Beispiel heute Nachmittag ein Patient kommt und Sie geben dem dann ein gut ausgewähltes homöopathisches Mittel, mit welcher Überzeugung oder welcher Haltung können Sie das dann geben?]

Eigentlich mit einer offenen Haltung, dass ich jetzt erst mal sage, ich habe da weder Schindluder getrieben, noch habe ich jemanden geschadet, und ich verspreche mir zusammen mit dem Patienten dann schon einen gewissen Nutzen. Für das Problem. [...] Ja, ich verspreche mir schon einen Effekt, es soll ja nutzen, soll was bringen, und das ist ja ein riesen Gedankenapparat, der da dahinter steht auch mit ewig vielen Studien, die die Homöopathen ja auch gemacht haben, mit Arzneimittelforschung, die sie ganz anders betrieben haben, dass sie eben sagen, dieses Mittel hilft dann und dann bei diesen Symptomen. Und wenn diese Symptome das Problem des Patienten sind, dann werde ich auch das Mittel homöopathisch dafür geben, wenn es vom Patienten gewünscht ist, und wenn ich es für sinnvoll halte. Und dann erwarte ich auch, dass wir damit das Problem angehen können erfolgreich. Aber vielleicht werde ich in fünf oder zehn Jahren dasitzen und sagen, Mensch, jetzt bin ich soweit dass ich sage, eigentlich ist es das Verhältnis des Patienten zum Heiler und ich brauche die Theorie der Homöopathie, ich brauche diese ganzen Mittelchen nicht mehr, aber das ist dann vielleicht auch der Moment, in dem ich dann auch kein Antidepressivum mehr brauche, weil ich so tolle Gesprächsmedizin führe, dass ich Probleme auch so lösen kann. (03 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 765 - 782)

Dieser Arzt blickt bereits ein wenig in die Zukunft und fragt sich, ob für ihn vielleicht eines Tages die Beziehung zwischen Arzt und Patient der wesentliche Wirkfaktor ist und er dann in der Behandlung der Patienten auf Homöopathie wie auch Antidepressiva verzichten kann. Zum jetzigen Zeitpunkt jedoch verspricht er sich von der Anwendung der Homöopathie einen Effekt und wendet sie nach ihren Regeln an.

Neugierde auf den „ganzen Menschen“

In folgendem Beispiel zeigt sich die Entwicklung eines Arztes, der bereits früh nach Wegen jenseits der konventionellen Medizin suchte und seine diesbezüglichen Kenntnisse kontinuierlich erweiterte. Er schildert ein ausgeprägtes intrinsisches Interesse für Bereiche, die über die konventionelle Medizin hinausgehen und ein eigenes Gedankengebäude darstellen:

Ja, also ich fand ja, in der klassischen Ausbildung, im Studium in meiner Zeit und auch in der Klinik, da gab es sowas nicht. Und dann kommt man also in das niedergelassene System, ich hatte eigentlich schon mit der Akupunktur angefangen, habe auch in der

Klinikzeit die Kurse gemacht, damals gab's da die Prüfung nur in F während dieses Kongresses, und ich bin da wirklich hingegangen, dachte, gehst halt zu dieser Prüfung und schaust dir diesen Kongress noch an, bleibst da diese 4, 5 Tage dort, und saß dann mit offenem Mund da, was es da noch alles gibt, und war also auch voll fasziniert und es war dann immer so, dass man sieht, ja, da habe ich doch die Patienten dafür, der das brauchen könnte, oder für den, diese ganze mikrobiologische Behandlung, also es wuchs dann so immer mehr. Also einerseits schon in der Praxis zu sehen, mit den klassischen Methoden kann ich den Patienten mit ihren Problemen und Beschwerden irgendwie nicht gerecht werden. [...] also Akupunktur (kam) eigentlich zum Beginn meiner Zeit als niedergelassener Hausarzt, Allgemeinarzt, da ging es eigentlich letztendlich los. [...] Also ich fand es so einfach schon von diesem Aspekt spannend, es gibt noch etwas anderes, was sich jetzt auch nicht erklären lässt aus den klassischen, so eine gewisse Neugierde da drauf. Was dann auch so ein eigenständiges Gebäude ist, so ein Gedankengebäude, was außerhalb der klassischen westlichen Medizin ist. Ja, da war so eine Art Neugierde da. [...] es kam eigentlich erst im Laufe des Medizinstudiums, eher so zum Ende eigentlich. Also, das Spannendste an der Medizin fand ich war eigentlich immer der Mensch direkt, also teilweise habe ich mich durch das ganze Studium schon ein bisschen gequält, weil ich es trocken fand, damals natürlich war es auch noch so getrennt Vorklinik Klinik, eigentlich sah man erst, mei, es gab halt diese ersten Kurse, und dann eigentlich richtig los ging es im Praktischen Jahr, also im letzten Jahr der Ausbildung. Und da hat es mir eigentlich erst angefangen Spaß zu machen muss ich sagen, wie man halt direkt selber eigenverantwortlich am Patienten gearbeitet hat und halt auch immer mehr die Zusammenhänge letztendlich gesehen hat, oder ich sie erkannt habe. (18 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 206 - 271)

Dieser Arzt war vor allem vom „Menschen direkt“ fasziniert. Dies brachte ihn zur Akupunktur und schließlich zur Kenntnis immer mehr CAM-Therapien, denen er mit großem Staunen und starker Faszination begegnete. So erweiterte er sukzessive sein Spektrum um immer mehr Therapien, die er heute – Jahrzehnte später – immer noch in der Praxis anwendet.

Ich habe mich zu klein gefühlt in dieser großen medizinischen Welt

Folgender skeptischer Arzt, der in der Praxis inzwischen sehr wenig CAM anwendet, schildert hier seine Anfangszeit in der Niederlassung. Er empfand damals stark den Druck, für alle Patienten Anliegen Lösungen anbieten zu müssen, und verschrieb auch Präparate aus dem CAM-Spektrum, weil er sich in der Verpflichtung sah, dem Einzelnen zu helfen. Er ging davon aus, die Medizin würde für jeden eine Lösung anbieten, die ihm jedoch nicht bekannt war. Um sich trotzdem

„als Teil dieses Ganzen zu verstehen“ und sich „nicht zu blamieren“ fühlte er sich fast schon gezwungen, auch auf CAM-Therapien zurückzugreifen:

Also, ich war früher sicherlich ganz frei von dem, ich hab früher sicherlich auch (Phytotherapeutikum C) oder, keine Ahnung, irgendwelche Baldriansachen verschrieben, nee, des Baldrian ist schon wieder was anderes, des mach ich sogar, aber ich hab auch andere Sachen verschrieben, weil ich gedacht habe, ich komm hier nicht raus, also es ist nicht so, dass ich hier der Held bin, und ja (lacht), das ist so ein Wunschenken, in 90 % der Fälle ist es auch so, aber nicht immer. [...] Ich glaube, das hat am ehesten was mit Selbstbewusstsein zu tun. Am Anfang meiner medizinischen Karriere, wobei am Anfang war ich ja im Krankenhaus, das war ja nicht der Anfang, also sagen wir, am Anfang meiner niedergelassenen Karriere hatte ich natürlich das Gefühl, die Medizin und der Überbau der ist gigantisch und da bin ich so klein und ich kapier das alles ja gar nicht und natürlich gibt's hier irgendwo was für denjenigen, aber ich kenn das nicht. Und da habe ich mich sicherlich dadurch auch alleine auf Grund dessen dieser Sache unter Zugzwang gesetzt, hab mir gesagt: Du, du bist in der Verpflichtung, du musst dem jetzt was geben, der schreit nach Hilfe, du musst ihm etwas geben. Und dann bin ich natürlich auch hergegangen und hab früher etwas verschrieben, wovon ich halt wusste, dass es in dieser Sparte ist, aber... Dass ich es jetzt nicht mehr mache ist einfach deshalb, weil ich von diesem völlig undurchschaubaren Überbau mehr kenne, ihn besser verstehe und weiß, dass alle nur mit Wasser kochen und dass das, was wir haben, ist einfach nur das, worüber wir etwas aussagen können. Und es gibt nicht mehr diesen Zugzwang für mich, dass ich meine Medizin höher stellen will als sie vielleicht ist, nur um mich nicht zu blamieren oder so. Es fällt mir jetzt viel leichter zu sagen, es tut mir leid, ich kann Ihnen mit meinem Wissen oder mit meinen Dingen nichts mehr bieten, vielleicht gibt's noch einen Kollegen, können wir ja schauen, der mehr kann, wobei ich's mir nicht vorstellen kann jetzt. Aber ich würde nicht mehr hergehen und würde die Medizin höher darstellen, besser darstellen. [...] weil ich das Gefühl hatte, die Medizin hat was für jeden, weil dieser Überbau der war so groß, und da ist ja in jedem, in jeder Nische, irgendwo in Uganda oder in New York oder in München oder in Berlin gibt's einen, der wüsste es, nur ich Trottel weiß es nicht (lacht), und sozusagen um mich als Teil dieses Ganzen zu verstehen, trotzdem als Mitglied zu verstehen, musste man dann ja hergehen, oder kann man dann ja auch hergehen dann, und einfach aus dieser Kiste etwas nehmen, weil man ja Teil dieser Kiste ist, man kennt das ja alles, man ist ja der Größte, man kennt das alles, und man kann jedem davon was geben, weil man ja den ganzen Laden kennt, und man muss ihn ja kennen, glaubt man, dass der Patient denkt, ich geh zu dem Arzt, der kennt

ja die ganzen, der kennt ja alles, und der kennt auch dieses letzte Mittelchen, das vielleicht die anderen nicht kennen, weil der ist ja Arzt. Und diesem Zugzwang hab ich mich auch unterzogen am Anfang, weil ich einfach mich zu klein gefühlt habe mit dieser zu großen medizinischen Welt. [...] Also dieser Druck oder diese Erwartungshaltung, dass du unbedingt immer alles parat haben musst, die gibt's auch nicht mehr.

(02 - m, 51-60, > 10 J, Inh.: 244 - 318)

Für diesen Arzt ist es im Laufe der Zeit einfacher geworden, mit dem zu Beginn stark empfundenen Druck umzugehen, für alles eine Lösung haben zu müssen. Es fällt ihm jetzt leichter, die Grenzen der Medizin oder auch die Grenzen seines Wissens zu kommunizieren. Dieser skeptische Arzt scheint zu Praxisbeginn CAM-Verfahren eher unfreiwillig als eine Notlösung angewendet zu haben, weil er das Gefühl hatte, sich dem Patienten damit als kompetent zu präsentieren. In dieser Schilderung zeigt sich daher eine andere Färbung als etwa in der Erzählung des vorherigen Arztes, der aus einer inneren Neugierde heraus die Möglichkeiten erkunden wollte, die über die konventionelle Medizin hinausgehen.

Anhand dieser Beispiele ist zu erkennen, wie unterschiedlich und persönlich gefärbt die Auswahl der Strategien in der Praxis sein können. So wird immer auch die Persönlichkeit des einzelnen Arztes die Strategien für therapeutisch unbestimmte Situationen mit beeinflussen.

4.4.7 Grafische Zusammenfassung

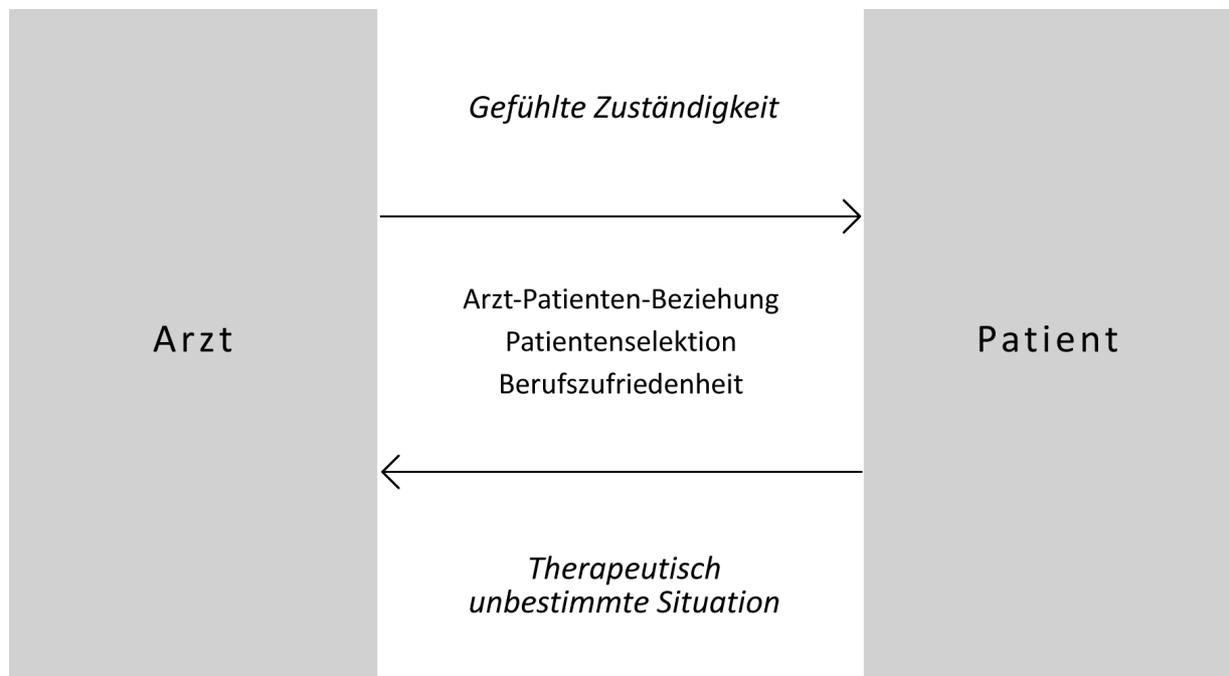


Abbildung 8: Dynamiken in der kassenärztlichen Hausarztpraxis

Wenn der Patient an den Arzt mit einem Anliegen herantritt, das man als therapeutisch unbestimmte Situation bezeichnen kann, reagiert der Arzt darauf auf eine Art, die seiner persönlichen Ausprägung von „gefühlter Zuständigkeit“ entspricht. Wichtige beeinflussende Faktoren sind dabei eine engere und auf längere Zeit ausgelegte Arzt-Patienten-Beziehung, der Wunsch nach Berufszufriedenheit sowie eine Patientenselektion, die über Jahre hinweg stattfindet.



Abbildung 9: Beeinflussung der Auswahl der Strategien durch verschiedene Faktoren

Die Auswahl der jeweiligen Strategien für den Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen scheint zum großen Teil vom jeweiligen Arzt abzuhängen. Die Auswahl wird beeinflusst durch familiäre Hintergründe, ärztliche Vorbilder und die Wünsche der Patienten. Persönliches Interesse und Offenheit für bestimmte Strategien, persönliche Erfahrungen sowie die Wahrnehmung - auch ökonomischer - Rahmenbedingungen der Praxis wie auch die „gefühlte Zuständigkeit“ und die enge und auf lange Sicht angelegte Arzt-Patienten-Beziehung modellieren die Entscheidung für die jeweils bevorzugten Strategien. Die Anwendung der Strategien führt zu einer Patientenselektion und wird aufrecht erhalten, wenn sie zu Zufriedenheit bei Arzt und Patient führt. Die Vorgehensweisen in der Praxis unterliegen Veränderungen im Laufe der Zeit.

4.5 Begründung und Legitimierung der Anwendung von Komplementärmedizin (CAM)

In Kap. 4.3 wurde bereits darauf eingegangen, wie die Hausärzte die Anwendung der fünf Strategien im Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen begründen. Da der Großteil der interviewten Allgemeinmediziner CAM in der Praxis anwendet (vgl. Kap. 4.1.3) und dieses Thema somit von großer Relevanz ist, soll an dieser Stelle die Legitimierung der Strategie „CAM“ noch detaillierter dargestellt werden. Zwischen der Anwendung von CAM im Sinne einer überzeugten Anwendung oder einer eher unspezifischen Therapie wird dabei nicht explizit unterschieden, da die Grenzen teils fließend sind.

Wie bereits in Kap. 4.3 erwähnt, zeigt sich in den Interviews, dass die Anwendung von CAM genau wie die Anwendung der anderen Strategien in therapeutisch unbestimmten Situationen beim jeweiligen Arzt keine wesentlichen Konflikte hervorruft. Die interviewten Ärzte orientieren sich daran, im Praxisalltag Lösungen anbieten zu können und wählen aus dem breiten CAM-Spektrum diejenigen Vorgehensweisen, die ihnen entsprechen. Die im akademisch-wissenschaftlichen Kontext stark diskutierte und kritisch gesehene Anwendung von CAM scheint in der Praxis somit kein relevantes Problem darzustellen.

Folgendes Zitat eines sehr erfahrenen Allgemeinmediziners in Bezug auf die Homöopathie stellt bereits viele der zentralen Argumentationspunkte dar, die die Anwendung von CAM begründen:

Naja, ich bin da nicht so versiert, dass ich Ihnen jetzt diese weniger bekannten oder vielleicht nicht ganz doppelblinden Studien da auflisten könnte, aber da ist schon auch einiges nachzuvollziehen da dran, durchaus, und zwar durchaus auch durch Versuche und Studien, nur das sind nicht solche Studien wie man das in der Schulmedizin gewohnt ist. Und ich bin mir sicher, dass da noch ganz große Schritte geschehen werden und dass erstaunliche Sachen auf einmal doch beweisbar werden, da bin ich mir wirklich sicher. Klar, wenn Sie einen Tropfen in die Ostsee schütten von Arsen und sagen, das ist eine D 5 Million oder sowas (lacht), und dann nehme ich das wieder raus, da ist es schwierig zu folgen für den Außenstehenden, aber wenn man das wirken sehen hat, wenn man das einfach wirken sieht, dass so ein paar Globuli, die längst keine Materie mehr enthalten, sondern nur Schwingung, zumindest vermutete Schwingung, und die wirken aber vorhersehbar so, wie man es gewollt hat, also das ist schon faszinierend einfach, also wenn man den Menschen so erfassen kann, dass man merkt, das ist sein Bild, und das funktioniert dann, das ist eine Faszination sondergleichen. Und oft ist es schon so, während so eines Gesprächs klingt in der Ganzheit des Patienten das so deutlich an, dass

da was stimmig erfasst wird, dass es ihm dann schon viel besser geht, da können Sie sagen, das ist Placebo, macht ja nichts, macht ja nichts. Hauptsache, wer heilt hat recht, und wenn er es ohne Schaden schafft, ist es noch besser finde ich.

(08 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 135 - 154)

Diese Zitat beginnt mit dem Thema der unterschiedlichen Bewertung der Evidenz: Dieser Arzt hat eine persönliche Offenheit für die Theorie der Homöopathie und es ist für ihn kein Problem, wenn homöopathische Studien anders aussehen als sonst in der Medizin üblich. Er äußert eine starke Überzeugung, dass man bisher einfach noch nicht den Wirkmechanismus gefunden hat und sich in der Zukunft noch einiges ändern könnte, so dass schließlich das bewiesen werden kann, was er in der Praxis an Wirkung erfährt. Für ihn zählt die persönliche ärztliche Erfahrung, mit dieser Methodik gezielt etwas bewirken zu können. Die Faszination, mit dieser Methode „den Menschen erfassen“ zu können, ist für ihn eine wichtige Motivation. Seine Erfahrung ist, dass sich im Patienten bereits während des intensiven homöopathischen Gesprächs etwas verändert. Ob daran eine Placebowirkung beteiligt ist oder nicht steht für ihn nicht an erster Stelle – es geht ihm in erster Linie darum, dem Patienten zu helfen, vor allem mit dem Gefühl, zu helfen ohne zu schaden.

Letztendlich scheint also wesentlich zu sein, dass dieser Arzt für sich ein therapeutisches Verfahren gefunden hat, zu dem er einen inneren Bezug hat und das ihm das gute Gefühl gibt, in der eigenen Praxis seinen Patienten weiterhelfen zu können. Der Einsatz von CAM wird also ganz zentral auch dadurch legitimiert, dass diese Therapien aus Sicht der interviewten Allgemeinmediziner in der Praxis wichtige Funktionen erfüllen.

4.5.1 Basis der Praxistätigkeit ist die „Schulmedizin“

Ein wichtiger Punkt für die Legitimierung des Einsatzes von CAM in der kassenärztlichen Hausarztpraxis scheint zu sein, dass die interviewten Allgemeinmediziner mit der Anwendung von CAM nicht die konventionelle Medizin ersetzen möchten. So lange CAM-Verfahren nicht in Konkurrenz treten mit der konventionellen Medizin, sondern diese ergänzen bzw. nur im Bereich der therapeutisch unbestimmten Situation ihren Platz einnehmen, entsteht für die Hausärzte kein wesentlicher Konflikt.

Der Alltag in den Praxen der befragten Ärzte besteht aus den üblichen hausärztlichen Tätigkeiten und der bekannten Diagnostik wie körperliche Untersuchung, Sonografie, Lungenfunktionstests, Laboruntersuchungen etc. In den verschiedenen Interviews wird immer wieder hervorgehoben, dass für die tägliche Arbeit auch im pharmakologischen Bereich die von den Ärzten oft so genannte „Schulmedizin“ die Basis bildet und die Verfahren aus dem Bereich CAM nur eine Ergänzung darstellen und nicht als Ersatz für eine klar indizierte Therapie dienen sollen:

Komplementärmedizin, das ist eine sehr gute Ergänzung, aber wiederum nur bis zu einer bestimmten Grenze. Der Kern sollte Schulmedizin sein, und drumherum, zum Ergänzen, zum Mitnehmen ein paar Sachen machen, mal von hier, mal von da, ist ein guter Kompromiss, so sehe ich das. Die Basis ist Schulmedizin und drumherum sind diese ganzen Punkte. [...] Damit man dem Patienten etwas anderes anbieten kann, wo ich das Gefühl habe, schulmedizinisch komme ich nicht weiter. Also in solchen Fällen. Aber bei weitem nicht einfach so probieren. Nur, wenn es wirklich einen Grund gibt.

(17 - w, 41-50, < 10 J, Inh.: 506 - 515)

Hier wird wieder Bezug genommen auf die therapeutisch unbestimmte Situation und die „gefühlte Zuständigkeit“ (vgl. Kap. 4.4.1): CAM wird von dieser Ärztin in speziellen Fällen angewandt, in denen sie das Gefühl hat, mit der konventionellen Medizin nicht weiter zu kommen. Die Prioritäten sind klar gesetzt: Die Basis ist die „Schulmedizin“. Auch folgender Arzt erläutert den Stellenwert von CAM-Verfahren als Zusatz:

[...] komplementär heißt ja quasi, das ist ja nur begleitend, das soll jetzt keine schulmedizinische Therapie, soweit sie dann nötig ist, ersetzen, sondern soll ja quasi nur noch, ja, ein Begleitschutz sein, sage ich mal. (15 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 277 - 280)

Folgender eher von CAM überzeugte Arzt erläutert, dass die Kenntnis und Anwendung der konventionellen Medizin nicht nur die Basis der Tätigkeit, sondern sogar die Voraussetzung bildet für jegliche Anwendung von CAM-Verfahren. Für ihn ist die Kenntnis derselben auch eine Abgrenzung etwa zum Beruf des Heilpraktikers, der ebenso das weite CAM-Spektrum anwenden kann:

[...] meine Idee war schon die, ich muss vernünftig Schulmedizin betreiben können, um das andere Spektrum anwenden zu dürfen, ja. Sonst hätte ich genauso gut Heilpraktiker werden können [...] (11 - m, 51-60, > 10 J, Inh.: 97 - 99)

Folgender Arzt betont, dass immer der mögliche Zeitverlust durch eine zu lange Therapie mit CAM im Raum steht und vermieden werden muss. Als ein Argument zur Legitimierung des Einsatzes von Komplementärmedizin führt er an, in diesem Fall darauf zu achten, wo die Grenzen dieser Vorgehensweise sind:

Es darf nur kein Schaden entstehen. Auch nicht durch verlorene Zeit oder sowas, das muss man schon im Auge haben. (03 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 629 - 630)

Auch Ärzte, die CAM-Verfahren eher überzeugt anwenden, weisen auf die Grenzen dieser Verfahren hin. Dieser Arzt bringt das Beispiel eines Patienten, der eine Tumorerkrankung hat und bereits nach

Leitlinie therapiert wird. Er sieht in dieser Situation seine Aufgabe darin, die oft erwartungsvollen Patienten auf die Grenzen der CAM-Verfahren hinzuweisen, wendet aber durchaus zusätzlich CAM zur Verbesserung der Lebensqualität an:

Das stimmt, das gibt es schon, aber da sind die Grenzen dann auch schnell zu sehen, ja. Wenn einer da schon unter Zytostatika kommt usw., also da sind dann schnell auch Grenzen zu sehen, aber das stimmt, dass dann da auch oft der Wunsch mit reingebracht wird, jetzt muss aber ein Wunder geschehen (lacht), das schon, und das kann ich natürlich auch nicht versprechen, also gar nicht. [...] ich sage dem wo die Grenzen sind, in denen ich mich mit ihm bewegen kann, und bestärkte ihn dann sicherlich in dem, was er schon gemacht hat. Also ich würde da niemals hergehen und sagen, also das machen wir zuerst mal alles weg, das ganz und gar nicht. Also ich sage ihm auch die Grenzen und das läuft oft darauf hinaus, dass es sich dann um eine menschenwürdige Begleitung handelt, dass er halt mit möglichst viel Wohlbefinden diese Zeit verbringt, die er halt mit dieser schweren Krankheit einfach noch vor sich hat. (08 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 339 - 351)

Der Fokus dieses Arztes liegt hier auf einer Begleitung dieses Patienten, die ihm möglichst viel Wohlbefinden ermöglichen soll, und nicht auf einer kausalen Therapie. Dies legitimiert für ihn diese Vorgehensweise.

4.5.2 Helfen und nicht schaden

Die Absicht, helfen zu wollen ohne zu schaden, scheint für die interviewten Hausärzte ein wichtiges Motiv zu sein. Dieser Arzt erläutert hier seine Intention, „dem Patienten zu helfen und ihm keinesfalls zu schaden“ und dabei vielleicht sogar „die bestmögliche Lösung“ zu finden. Diese Haltung scheint es ihm zu ermöglichen, die gewählten Strategien ohne innere Konflikte anzuwenden:

[...] ob das moralisch vertretbar ist, muss ich persönlich sagen, da habe ich jetzt kein großes Problem, weil das zieht sich bei mir eigentlich durch die ganze Medizin, dass ich versuche, dem Patienten zu helfen und ihm keinesfalls zu schaden und das mit allen Dingen, die ich zur Verfügung habe. Und darum geht es ja, es geht ja nicht darum, dass ich jetzt für mich selber was verkaufen möchte, ich ziehe die Grenze, wo ich jetzt Gewinn damit machen würde. Also würde ich jetzt ein Mittel verkaufen, als IGeL-Leistung, von dem ich weiß oder überzeugt bin, dass es nichts bringt, das würde ich nicht verkaufen, also eine Vitamininfusion gibt es in meiner Praxis nicht, oder die berühmte Aufbauspritze. [...] wir „IGeLn“ so gut wie gar nicht in dieser Praxis, und vor allem nicht in diesem Bereich, und deswegen muss ich sagen, habe ich da jetzt auch gar keine finanziellen

Anreize und damit bedrückt mich das jetzt auch irgendwie moralisch nicht. Das Ziel ist schon, die bestmögliche Lösung für den Patienten zu haben.

(03 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 435 - 451)

Dem Patienten zu helfen ohne ihm zu schaden wird hier als zentrale Aufgabe des Arztberufs gesehen. Indem potenzielle eigene Interessen wie zusätzlicher finanzieller Gewinn außen vor gelassen werden (vgl. Kap. 4.4.5.5), kann dieser Arzt bei seinem Vorgehen Konflikte vermeiden. Hier erscheint auch das in Kap. 4.4.1 dargestellte Motiv der „gefühlten Zuständigkeit“. Um die „bestmögliche Lösung für den Patienten“ zu finden, möchte dieser Arzt ein breites Spektrum zur Verfügung haben.

Diese Ärztin fasst ihre Grundhaltung prägnant so zusammen:

Ich finde, man hat in jedem Fall ein Therapieziel. Und das stecke ich mir. Und dann schaue ich, dass ich das erreiche. Und da ist es egal, wie ich das erreiche. Also wenn der Mensch wieder laufen kann, weil die Hüfte sich beruhigt hat, dann ist das Therapieziel erreicht. Egal ob da jetzt was Neues drin steckt oder ob ich ihn akupunktiert habe oder ob ich dem nur irgendwas anderes geraten habe. (04 - w, 61-70, > 10 J, Inh.: 585 - 590)

Für diese Ärztin liegt der Fokus wiederum auf dem Erreichen des Therapieziels. Für den Weg dorthin sieht sie viele Möglichkeiten, die sie als gleichwertig nebeneinander hinstellt, so lange sie zum Ziel führen. Sowohl eine Operation als auch Akupunktur oder ein anderes Vorgehen sind hier Optionen, die infrage kommen, um das Ziel der Wiederherstellung der Gesundheit bzw. Funktionalität zu erreichen.

Der Einsatz von CAM-Verfahren kann auch dem Zweck dienen, wie in Kap. 4.3.2 etwa die Gabe von konventionellen Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotenzial oder in folgendem Beispiel cortisonhaltige Salben zu vermeiden. Dies impliziert, dass diese Ärzte potenzielle Nebenwirkungen fürchten und vermeiden wollen und daher – falls aus medizinischer Sicht Handlungsspielraum besteht – den Einsatz anderer Methoden bevorzugen:

Das sind dann einfach Erfahrungen. Es ist eine Wirkung da, sei es jetzt Placebo oder, das ist mir in diesem Fall dann ehrlich gesagt wurscht. Hauptsache es hilft, ja. Und bevor ich jetzt irgendwelche üblichen, in so einem Fall übliche cortisonhaltigen Salben einsetze, ist doch das ein viel probateres Mittel. (14 - w, 61-70, > 10 J, Inh.: 239 - 259)

Ebenso ist eine Verschreibung von CAM-Präparaten bei Kindern oder Patienten, die bereits viele Medikamente einnehmen müssen, für manche Ärzte oft die angenehmere Handlungsoption:

Also ich setze es gerne ein bei so Leuten, die sowieso schon viele Medikamente nehmen, um da eine Interaktion zu vermeiden, wobei man das ja auch nicht weiß, aber so gefühlt zumindest von meiner Seite. Bei Kindern setze ich es gerne ein. [...] es ist ja vom inneren Gefühl her tatsächlich immer angenehmer, statt jetzt dem siebten schulmedizinischen Präparat mit möglichen Interaktionen dann irgendwie halt etwas Pflanzliches zu geben [...]. Also was in meiner inneren Bewertung eine Befindlichkeitsstörung ist, da würde ich es versuchen. (13 - m, 41-50, < 10 J, Inh.: 111 – 131)

Auch hier findet sich das Motiv, sich besser zu fühlen, wenn ein konventionell-medizinisches Arzneimittel vermieden werden kann. Dies betrifft Kinder und auch Patienten mit Polymedikation, bei denen weitere Arzneimittel das Interaktionspotential stark erhöhen können. Das Problem einer möglichen Interaktion auch beim Einsatz von Phytotherapeutika wird zwar thematisiert, erscheint im Vergleich jedoch weniger bedeutsam.

4.5.3 Passung und Begleitung

CAM-Therapien können auch eingesetzt werden, um die Realität der Patienten besser zu verstehen und einen besseren Kontakt herzustellen. Folgender Arzt erläutert, dass ihm seine Kenntnisse bezüglich CAM-Verfahren im Alltag helfen, zu seinen Patienten eine gute Beziehung aufzubauen und gemeinsam am Beratungsanlass zu arbeiten:

Es ist aber so, gerade wenn Sie mit jungen Familien arbeiten mit Kindern, dann hilft es unglaublich, zu verstehen, was denn da die Mutter vorher schon gegeben hat. Weil Sie werden, kann jetzt sein, dass das hier Speckgürtel ist, aber Sie werden ganz selten erleben, dass in einem Haushalt nicht irgendwelche alternativen Sachen gemacht werden, bevor die Leute zu Ihnen kommen. Und das ist natürlich schon eine deutlich höhere Kompetenz, wenn Sie da mitreden können, und das mit aufnehmen können. Und da ist man auch gleich auf einem ganz anderen Niveau mit den Eltern zum Beispiel, wenn man die sozusagen als „Mittheiler“ mit ins Boot holt, da ist die Kommunikation gleich eine ganz andere. (03 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 215 - 224)

Die Kenntnis von CAM-Verfahren gibt diesem Arzt das Gefühl, seine Patienten besser dort abholen zu können, wo sie stehen. Seine Erfahrung ist, dass besonders in Familien mit Kindern häufig bereits vor dem Arztbesuch Therapien aus diesem Bereich angewendet werden. Daher sieht er es als wichtig als Ausdruck seiner Kompetenz, wenn er mit den Patienten auch darüber reden kann. Er weiß, dass sich die Kommunikation positiv verändert, wenn er in diesem Fall den Eltern die Aufgabe des

„Mitteilers“ überträgt und dadurch besser gemeinsam an der Lösung des Problems gearbeitet werden kann.

Diejenigen Ärzte, die selbst CAM-Verfahren anwenden, schildern immer wieder die Erfahrung, dass ihre Patienten ihnen mit großer Offenheit erzählen, welche Präparate sie zusätzlich einnehmen und welche sonstigen Therapien sie durchführen. Diese Ärztin empfindet dieses besondere Vertrauensverhältnis als großen Vorteil:

Und der Vorteil ist, auch bei anderen Dingen, die Patienten, da sie wissen, ich mache Homöopathie, Naturheilverfahren, die haben ein größeres Vertrauen zu mir und sagen mir oft auch Dinge, die sie so nebenbei nehmen, was sie einem Schulmediziner gar nicht sagen würden. [...] ich glaube, das sagen sie mir öfter als jemandem, der davon gar nichts versteht, weil sie das Gefühl haben, die kann das einschätzen, ich sage ihr das jetzt einfach. (07 - w, 51-60, > 10 J, Inh.: 342 - 351)

Die Anwendung von Therapien, die der Lebenswelt der Patienten entsprechen, scheint somit eine besondere Nähe zu diesen Patienten herstellen zu können.

Folgender Arzt bietet in seiner hausärztlichen Praxis unter anderem begleitende CAM-Therapien für Patienten mit Tumorerkrankungen an. Er sieht seine Aufgabe darin, auch oder gerade für diejenigen Patienten Ansprechpartner zu sein, die der üblichen medizinischen Behandlung skeptisch gegenüberstehen. Er möchte seine Patienten dort abholen, wo sie stehen, sie begleiten und ihnen helfen, ihre Erkrankung anzugehen:

Also ein großes Feld sind natürlich die Leute mit Tumorkrankheiten, die eigentlich mich aufsuchen wegen der Mistel, weil sie gehört haben, dass ich die verordne, und dann muss man gucken, warum die kommen. Es ist leider oft so, es gibt viele oder es gibt eine große Anzahl von Tumorkranken, die vor ihrer Krankheit weglaufen und deswegen sagen, ich lasse mich jetzt nur operieren, oder ich möchte gar nichts machen, höchstens die Mistel. Und da muss man genau hinhören und gucken, mit den Leuten reden, ob die nicht einfach, ob die wirklich die Mistel wollen oder ob sie nicht einfach weglaufen vor ihrer Krankheit. Und häufig ist es eben so, dass die weglaufen. Und dann versuche ich, die zu begleiten und das Ziel ist eben doch, die einer effektiven Therapie zuzuführen, und das wird dann auch häufig sein, dass die dann operiert werden und wenn nötig eine Chemotherapie machen und natürlich dann auch die Bestrahlung. Aber für mich im Vordergrund steht erst mal, dass man das Vertrauen zu diesen Patienten erst mal fasst, und das Selbstbewusstsein und den Mut dieser Patienten stärkt, dass sie diese Krankheit angehen, das ist das Wichtigste. Ich kann nicht sagen, ich gebe euch die Mistel und ihr

seid alle gesund, so ist es nicht, es geht eigentlich mehr um diese Begleitung. [...] Man kann nicht so den Patienten einfach eine Tablette geben, oder irgend ein Mittel geben und dann abschalten, man bleibt mit denen verbunden innerlich. [...] Ich verstehe natürlich die Angst vor der Bestrahlung, vor den Chemo-Nebenwirkungen. Aber ich sehe auch, dass es in vielen Fällen gar nicht anders geht. Und das gehört auch zu der Krankheit, dass man sich dem stellt, also ich glaube, das gehört dazu, dass man dann auch durch dieses dunkle Tal geht mit der Chemotherapie und mit der Bestrahlung, aber dass man da in dem Tal sozusagen auch eine Leuchte aufstellt. [...] es geht einfach darum, dass der Patient seinen Weg findet. Das braucht manchmal länger, aber das ist das Ziel, und dass er den dann auch gehen kann. [...] Also die gehen natürlich auch in diese normalen Kliniken, und wenn diese Kliniken jetzt umstrukturiert werden wie wir es hier in H haben, da werden die so viel anonym, ja, wird vieles auch kälter und die haben keine Bezugsperson in diesen Kliniken, sondern eigentlich nur die Termine und dann rattert das und die Maschine wird dann immer von jemand anderem angestellt. Und das ist für die so, einfach Gift, erleben die so. Und daher kommt auch die Ablehnung. Der Mensch geht verloren in dieser Art. Und ich verstehe mich auch als jemand, der da sozusagen durch diesen Dschungel oder wirklich durch dieses finstere Tal die Leute mit begleitet dass sie da trotzdem das machen, also die kommen dann zum Beispiel, wenn sie Chemo haben, jede Woche zur Blutbildkontrolle, das ist äußerlich, um zu sehen, dass die Leukos nicht abfallen, ja, aber dann sieht man sie, und dann kann man die mal fragen, wie geht es und was könnte man noch machen. Manchmal ist es nur ein Händedruck, aber manchmal ist es noch mehr. Und dann fühlen die sich halt auch begleitet.

(16 - m, 51-60, > 10 J, Inh.: 85 - 182)

Dieser Arzt beschreibt eine starke innere Beteiligung am Schicksal seiner Patienten. Er kann die Angst seiner Patienten vor Chemotherapie, Operation und Bestrahlung nachvollziehen, möchte sie aber dennoch bestärken, diesen Weg zu gehen, indem er sie durch diese Zeit hindurch begleitet. Er schildert, dass seine Patienten unter mangelnden konstanten Bezugspersonen in der Klinik leiden und möchte als Hausarzt dieses empfundene Defizit ausgleichen und auch als Mensch für seine Patienten da sein. Die Anwendung der Misteltherapie ermöglicht ihm den Wunsch, eine Konstante für seine Patienten zu sein in dieser Situation.

Gerade diejenigen Ärzte, die auf eher überzeugte Weise CAM-Verfahren anwenden, scheinen ein großes Bedürfnis nach einer „menschlichen Komponente“ innerhalb der Medizin zu haben. Die Anwendung von CAM scheint ihnen zu helfen, ihren Anspruch umzusetzen:

Also ich bin durch und durch Schulmediziner. Aber wie ich meine erweitert um das Stück, was der Schulmedizin fehlt, und das habe ich versucht anzudeuten, dass einfach diese menschliche Komponente da mit rein muss, einfach dazugehört.

(16 - m, 51-60, > 10 J, Inh.: 200 - 203)

Folgender Arzt verwendet CAM bei manchen Patienten auf eine andere Art zur Begleitung. Die Gabe eines Phytotherapeutikums im Sinne einer unspezifischen Therapie wird von ihm als Möglichkeit gesehen, Patienten mit wenig Sozialkontakt in der Praxis anzubinden:

Und für mich selber, also das ist eigentlich dieses Thema, das ist auch Bindung, was bei uns stattfindet in der Praxis. Da wird dann bei der (Krankenkasse) oder sonstwo beim Gesundheitsbericht vorgerechnet, ja die Deutschen gehen ja 18 mal im Jahr zum Doktor und die Norweger, die gehen nur fünfmal im Jahr zum Doktor. Die haben wahrscheinlich ein anderes Sozialsystem, bei uns sind einfach so viele Menschen, die haben überhaupt keinen Sozialkontakt, ja, und wenn wir die nicht binden in unseren Praxen... Das geht dann ganz aktiv von uns aus, da gucken wir, dass wir die, ja, „da müssen Sie nochmal kommen, in vier Wochen müssen wir aber das und das nochmal nachschauen bei Ihnen, bitte kommen Sie nochmal“, dass man überhaupt mitkriegt, ja, was passiert denn da, ist der so depressiv, dass der demnächst aufgibt und sich irgendwo von einer Brücke stürzt, das kriegt sonst überhaupt keiner mit außer uns, ja, zum Teil. Also gerade gestern wieder habe ich eine Dame gehabt, die ist komplett alleine, 76 Jahre, vor zwei Jahren nach G gezogen, aus irgend einem Grund, hat keinerlei Kontakt zu niemandem. Also, irgendwie, und da sehe ich schon unsere Aufgabe darin, die zu binden, und dann kann es eben auch Sinn machen, ich gebe ihr etwas formal Harmloses und sage dann „jetzt müssen Sie mir dann in 14 Tagen sagen wie das funktioniert hat, ob das geholfen hat, sonst müssen wir das umstellen und etwas anderes probieren“. Also, da geht es ja nicht um den Wirkstoff, sondern um Bindung. (13 - m, 41-50, < 10 J, Inh.: 497 - 516)

CAM-Therapien stellen für diesen Arzt ein Instrument dar, Patienten mit mangelndem sozialen Netz in seiner Praxis anzubinden. Die klassischen ärztlichen Tätigkeiten wie die Verordnung eines Medikaments und die entsprechende Nachkontrolle sieht er als einen für ihn naheliegenden, dem Patienten plausibel zu vermittelnden Anlass zur Wiedervorstellung. Er fühlt sich zuständig dafür, in manchen Fällen die letzte Instanz zu sein, die mitbekommt, wie es dem Patienten geht. Über den Umweg einer Verschreibung von „etwas formal Harmlosem“ möchte er mit dem Patienten ins Gespräch kommen und den Kontakt halten.

So können CAM-Verfahren im Bereich der Beziehung zu den Patienten verschiedene Funktionen einnehmen. Sie können zum einen dazu dienen, einen besseren Zugang zu den Patienten zu bekommen, indem diese in ihrer Realität gesehen und dort abgeholt werden können. Zum anderen scheinen diese Therapien speziell den davon überzeugten Ärzten eine Möglichkeit zu bieten, die von ihnen in der Medizin oft vermissten menschlichen Aspekte zu integrieren oder ganz einfach eine engere Begleitung zu ermöglichen.

4.5.4 Entscheidend ist die Wirkung im Einzelfall

Ein wichtiges Argument für die Anwendung von CAM in therapeutisch unbestimmten Situationen scheint zu sein, mit Hilfe dieser Strategie im Einzelfall Ergebnisse erzielen zu können. Aus Sicht der eher pragmatischen oder überzeugten Ärzte ist die wahrgenommene Wirkung wichtiger als das Wissen um einen nachvollziehbaren Mechanismus. Dies bezieht sich jedoch nicht nur auf Therapien aus dem Bereich CAM, sondern erhärtet sich vor dem Wissen, den Wirkmechanismus von anderen täglich in der Praxis angewandten Medikamenten ebenso nicht jederzeit im Detail nachvollziehen zu können:

[...] entscheidend ist die Wirkung. Also entscheidend ist jetzt quasi das, was da herauskommt und jetzt nicht unbedingt zu wissen, wie das jetzt wirkt. Im Einzelnen macht man sich das ja auch nicht mehr bewusst, muss man ganz ehrlich sagen, also wenn ich jetzt irgendein Blutdruckmittel aufschreibe, klar weiß ich jetzt irgendwie, Renin-Angiotensin, aber wenn man da jetzt mal genauer schaut, wenn man das ganz genau wissen möchte, wie wirkt das ganz genau, gut, dann wird es jetzt noch gehen beim ACE-Hemmer, aber bei anderen Sachen wäre es dann schon ein bisschen schwieriger, also das alles jetzt bis ins Detail physiologisch biochemisch noch mal nachzuvollziehen. [...] wir wissen vielleicht nicht wie es funktioniert, aber wir sehen dass es funktioniert, und dann kann ich es auch anwenden, so lange es nicht schadet, das ist ja der andere Grundsatz in der Medizin, dass man erst mal keinen Schaden zufügen soll, und wenn es jetzt etwas ist, was keinen Schaden, oder keinen erkenntlichen Schaden anrichtet, dann ist das auch erst mal o. k. (15 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 99 - 145)

Sowohl bei konventionell-medizinischen wie auch bei CAM-Arzneimitteln scheint sich also in der Praxis der Fokus im Laufe der Tätigkeit zunehmend auf den damit zu erzielenden Effekt zu verschieben. Die persönliche ärztliche Erfahrung scheint dafür eine wichtige Legitimierung zu sein (vgl. Kap. 4.5.5) sowie der Wunsch, dem Patienten weiterhelfen zu wollen und möglichst nicht zu schaden (vgl. Kap. 4.5.2).

Dass bei der Auswahl der Therapien die Erfahrung in der Praxis mehr zählen kann als das theoretische Wissen zu Wirkmechanismus und Evidenz zeigt sich auch in folgendem Zitat. Dieser Arzt arbeitete sich in die für ihn schwer nachvollziehbare homöopathische Theorie ein und kam zum Schluss, dass sich „lustigerweise doch Erfolge“ erzielen lassen, auch wenn sich diese Methodik „völlig beißt mit einer naturwissenschaftlichen Einstellung“:

*[...] ich war eigentlich glaube ich immer mehr Praktiker als der Theoretiker, also ich hab mir da auch in dieser (Homöopathie-)Fortbildung sehr schwer getan, in dieses theoretische Gedankengebilde einzugehen, das in sich schon irgendwo eine gewisse Logik hat, aber sich natürlich völlig beißt mit einer naturwissenschaftlichen Einstellung, die man vielleicht mitbringt von der Uni, aber man kommt zu gewissen Ergebnissen, wenn man sich an diese Methodik hält, und man hat lustigerweise doch Erfolge.
(03 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 92 - 98)*

Eine gewisses Maß an Offenheit für Erfahrungen in der Praxis scheint hier dazu beizutragen, diese Methode trotz ihrer deutlich empfundenen Andersartigkeit anwenden zu können. Aus den damit gesammelten ärztlichen Erfahrungen wird dabei jedoch keine Allgemeingültigkeit abgeleitet, sondern die positiven Erfahrungen dürften vor allem die Anwendung in der eigenen Praxis begründen und legitimieren.

4.5.5 Exkurs: Beeinflussung der Auswahl von Arzneimitteln durch persönliche Erfahrung

Neben der Erfahrung in der eigenen Praxis, dass eine Verschreibung bzw. eine Therapie die gewünschte Wirkung bei einzelnen Patienten entfaltet (vgl. Kap. 4.5.4), kann für den jeweiligen Arzt auch ein an sich selbst erlebter Effekt die Anwendung einer CAM-Methode in der Praxis im Sinne einer häufigeren Verwendung beeinflussen. Dieser Arzt äußert zwar seine Verwunderung über eine homöopathische Mischung zur Behandlung von grippalen Infekten, nimmt trotz seiner Skepsis allerdings bei Eigenanwendung einen Effekt wahr, so dass er sie auch in der Praxis anwendet:

[...] da haben wir so ein Grippecocktail, den geb ich mir selber auch immer, lass ich mir auch immer spritzen wenn es mal soweit ist, hilft auch komischerweise gut, auch wenn ich da eher ein bisschen skeptisch bin zumindest bei der Homöopathie, aber da, das hat zumindest irgendwie Nutzen. (15 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 35 – 38)

Die persönliche Erfahrung dürfte in der Praxis prinzipiell eine große Rolle spielen, unabhängig davon, um welche Art von Therapie oder Intervention es sich handelt. Mit zunehmender Praxistätigkeit

verfügen Ärzte zumindest bezüglich eines großen Teils der Beratungsanlässe über einen Erfahrungsschatz, auf den sie zurück greifen können:

[...] ich bin fast 10 Jahre ambulant jetzt tätig, da hast du deine Erfahrung und da weißt du in 80 Prozent der Situationen einfach, wie du, was du einsetzen kannst, wie du damit umgehst [...] (19 - w, 41-50, < 10 J, Ang.: 349 - 351)

So zeigt sich in den Interviews, dass nicht nur ein CAM-Präparat in der Praxis gerne wieder eingesetzt wird, wenn für den Arzt eine entsprechende Wirkung zu sehen ist. Auch bei anderen Medikamenten spielt die eigene Erfahrung eine Rolle:

Ja gut, das ist ja oft bei den klassischen Medikamenten ja auch so, natürlich nimmt man irgendein Hochdruckmittel, wenn man mit einem gute Erfahrung gemacht hat, was nebenwirkungsarm vertragen wurde, dann ist natürlich die Wahrscheinlichkeit höher, dass man das noch mal verwendet (lacht). Das ist natürlich schon so.
(15 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 46 - 50)

Dieser Arzt schildert, dass er Medikamente, die nebenwirkungsarm vertragen wurden, gerne wieder einsetzt. Zudem kann auch eine gute Handhabbarkeit die Wahl eines Medikamentes beeinflussen:

Also ich würde jetzt mal so grob aus dem Bauch raus sagen, dass, natürlich gibt es Fälle, wo ich Dinge mache, weil ich damit einfach persönlich gute Erfahrungen gemacht hab [...]. also ich bin zum Beispiel jemand, der Diclofenac eigentlich immer viel zu viel gibt, das weiß ich auch, ich hab jedes Mal Magenschmerzen wenn ich, nee, nicht Magenschmerzen, aber ich verschreib Diclofenac öfter mal als man es vielleicht sollte, nee, nicht als man sollte, aber ja, es ist ja nicht so en vogue, dieses Diclofenac einfach, ich verschreib es schon aber ganz gern [...] Es hat eher damit was zu tun, dass ich mit diesem Medikament, weil ich es seit Jahren kenne und benutze, gut umgehen kann, ich kann's sehr gut steuern, kann den Leuten genau sagen, wann sie's nehmen sollen, ganz wenig, und wenn's das geringste Problem gibt, sofort Bescheid geben, und ich kann damit halt gut umgehen, so würde ich das eher sagen. Also nicht, dass es deswegen besser ist, aber ich kann halt damit gut umgehen [...] (02 - m, 51-60, > 10 J, Inh.: 657 - 677)

Die positive eigene Erfahrung und die gute Handhabbarkeit überwiegen hier vor dem geschilderten latenten inneren Konflikt, dass dieses Arzneimittel in gewissen Fällen inzwischen aufgrund der möglichen Nebenwirkungen nicht mehr als erste Wahl empfohlen wird.

4.5.6 Wertschätzung eines potenziellen „Placebo“-Effektes

Vor allem Hausärzte mit pragmatischer oder überzeugter Grundhaltung gegenüber CAM zeigen immer wieder eine gewisse Wertschätzung für das Phänomen des Placebo-Effekts:

Natürlich, ganz ehrlich, Placeboeffekt ist was ganz was Wichtiges, das darf man nicht gering schätzen, und das tun viele Schulmediziner: „Das ist ja alles nur Placebo“. Placebo ist was ganz was Tolles [...] (06 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 84 - 86)

Interessant daran ist, dass die interviewten Hausärzte wie in Kap. 4.3.5 geschildert eine Gabe von reinem Placebo eher ablehnen. Es zeigt sich jedoch eine Offenheit gegenüber einem zumindest partiellen „Placebo-Effekt“ der Therapien im Sinne einer Wirkung, die zwar zu sehen ist, jedoch nicht erklärbar ist – auch wenn die angewandte Therapie nicht als Placebo-Therapie bezeichnet wird, wie diese homöopathisch ausgerichtete Ärztin betont:

[...] wenn der Patient zufrieden ist und es ihm gut geht, dann ist es für mich in Ordnung. Ja, ich mach mir Gedanken darüber, ich würde ihm sicher nicht einfach nur ein Mittel geben, sozusagen das, das in der Arzneimittelliste oben rauskommt, aufschreiben und sagen, „es ist eh wurscht was ich geb, ist ja eh bloß Placebo“, ich machte mir viele Gedanken drum, und ob dann ein Teil Placebo dabei ist oder nicht, das ist mir doch wirklich wurscht. (07 - w, 51-60, > 10 J, Inh.: 223 - 229)

Auch wenn diese Ärztin in Betracht zieht, dass der wahrnehmbare Effekt ihrer homöopathischen Therapie zu einem Teil durch einen Placebo-Effekt hervorgerufen werden könnte, sieht sie ihre Therapie nicht als Placebo-Therapie. Sie orientiert sich an den Vorgaben zur korrekten Anwendung der Homöopathie, sieht die Wahl des homöopathischen Mittels also nicht als beliebig an, lässt aber offen, welcher Art die erzielte Wirkung letztlich genau ist. Entscheidend scheint für sie zu sein, dass sie ein für sie funktionierendes Werkzeug hat, mit dem sie dem Patienten weiterhelfen kann.

Eine sehr ausgeprägte Wertschätzung für eine unspezifische „Stärkung der Selbstheilungskräfte“ und einer Orientierung weg von der materiellen Arznei zeigt folgender Arzt:

Natürlich ist immer die Frage, Placebo, was macht das Placebo, also ich denke sicherlich schon, dass das Placebo ja jetzt nicht etwas Schlechtes ist, sondern eine Therapie, also die Therapie, wo man mit dem Patienten etwas machen kann, ohne dass der irgendwas einnimmt, also sprich, ihn psychoneuroimmunologisch anzuregen sozusagen, seine Selbstheilungskräfte zu stärken oder anzuregen, also das wäre für mich letztendlich die Krone der Medizin, dass der weder etwas schlucken braucht und einfach selber auch

Zusammenhänge natürlich erkennt und umsetzen kann und umzusetzen bereit ist.

(18 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 127 - 134)

Es scheint nicht nur CAM-anwendenden Hausärzten in der Praxis weniger darum zu gehen, den Wirkmechanismus der von ihnen angewandten Therapien wissenschaftlich zu hinterfragen und zu spezifizieren. Die Interviews geben Hinweise darauf, dass für den Praktiker die genaue Unterscheidung zwischen „Placebo-Effekt“ und „spezifischem Effekt“ gar keine so große Rolle spielen könnte wie in der akademischen Diskussion, so lange es sich um ein (CAM-)Arzneimittel handelt, hinter dem der jeweilige Arzt stehen kann und mit dem er einen gewissen Effekt hervorrufen kann.

4.5.7 Offenheit für zukünftige neue Erkenntnisse

Ärzte, die CAM anwenden, können sich in der Regel nicht auf einen wissenschaftlich anerkannten Wirkmechanismus berufen. Von CAM eher überzeugte Ärzte scheinen jedoch oft eine große Offenheit mitzubringen für die Möglichkeit einer zukünftigen Nachweisbarkeit des von ihnen in der Praxis erlebten Effekts. Für sie sind auch manche der kursierenden nicht anerkannten Erklärungsansätze nachvollziehbar. Folgende Ärztin schildert in Bezug auf die Homöopathie, dass ihr diese Denkweise nicht fremd ist:

Ich frage immer wieder nach, mich selber, ja, aber mir ist die Denkweise nicht fremd würde ich sagen, ich kann es nachvollziehen. [...] ich bin auch in einem homöopathischen Arbeitskreis und wir besprechen halt immer wieder Fälle, die können Sie sich anders komischerweise nicht erklären. Und deswegen habe ich keine Probleme damit, ich bin da einfach offen und auch neugierig, ob man vielleicht eines Tages bessere Erklärungen findet, und wir wussten ja vor 150 Jahren auch nichts von Vitaminen, Spurenelementen und sie waren trotzdem da. (14 - w, 61-70, > 10 J, Inh.: 263 - 280)

Gerade durch die Erfahrung, dass die Wissenschaft immer wieder neue Erkenntnisse liefert, scheint die Abwesenheit eines nachzuvollziehenden Wirkmechanismus kein Hinderungsgrund für die Anwendung einer Methode in der Praxis zu sein, so lange sie funktioniert. Gerne wird in diesem Zusammenhang auf die fortlaufenden Erkenntnisprozesse innerhalb der Medizin verwiesen:

Und ich merke bei den Studenten, wenn es um solche Dinge geht, dass sie aus der Lehre pauschal übernehmen, das ist alles Humbug und unwissenschaftlich. Ich finde das immer ein bisschen unreflektiert, denn für viele der schulmedizinischen Methoden wissen wir gar nicht, wie sie funktionieren. Es gibt viele Medikamente, die für völlig andere Indikationen entwickelt worden sind, für die sie nicht zugelassen worden sind, und dann hat man irgendeine Lücke entdeckt und setzt die da problemlos schulmedizinisch ein.

Zum Beispiel. Oder auf welcher Ebene die Prostaglandinsynthesehemmer wirken, weiß man halt erst, seitdem man die Prostaglandinsynthesehemmung gefunden hat, das ist auch nicht schon „ab ovo“. (04 - w, 61-70, > 10 J, Inh.: 247 - 256)

Diese Ärztin verweist darauf, dass auch in der konventionellen Medizin teils Medikamente eingesetzt werden, deren Wirkmechanismus zu diesem Zeitpunkt noch nicht genau entschlüsselt ist. Dieses Reflektieren und das Bewusstsein dafür fehlt ihr bei den Studenten. Sie wehrt sich gegen den Vorwurf von „Humbug“ und „Unwissenschaftlichkeit“, indem sie auf die auf beiden Seiten vorhandenen Wissenslücken und die ständige Entwicklung der Forschung verweist.

Die immer wieder neuen Erkenntnisse können auch zu einer grundsätzlichen Gelassenheit führen, aus der heraus entspannt die vergangenen und kommenden Veränderungen beobachtet werden können:

Wenn man den Wirkungsmechanismus nicht ganz versteht, das ist ja auch bei schulmedizinischen Medikamenten oft so, dass man den Wirkmechanismus so gar nicht richtig versteht, nur ansatzweise, was da noch alles passiert, und alle paar Jahre gibt's wieder was Neues, neue Erkenntnisse. Sie kennen den Spruch „Die Erkenntnis von heute ist der Irrtum von morgen“. Und das ist halt so, ja. (06 - m, 61-70, >10 J, Inh.: 137 - 142)

Eine fehlende Nachvollziehbarkeit von Wirkmechanismen innerhalb der Komplementärmedizin scheint in der Praxis somit vor dem Hintergrund der immer präsenten Veränderungen innerhalb des großen Bereichs der Medizin für die CAM-anwendenden Ärzte kein Problem darzustellen.

Folgender Arzt weist darauf hin, dass gerade im Bereich der Allgemeinmedizin noch zu wenig geforscht wird. Er sieht, dass die zunehmend in diesem Gebiet entstehenden Erkenntnisse viel von dem untermauern, was früher nur empfunden werden konnte. Er hält daher eine respektvolle Haltung in Bezug auf Neues für angebracht und sieht die Notwendigkeit, auch das eigene Handeln immer wieder zu überprüfen und neu auszurichten:

Also ich sehe halt, wie viel in der Allgemeinmedizin gerade geforscht wird und was da für interessante Ergebnisse hochkommen, zum Teil Sachen, die wir schon immer auch so empfunden haben, aber die wir nie beweisen konnten, und was das für ein unglaubliches Feld noch ist, was wir hier noch machen könnten – einen Teil davon machen wir ja gerade, und da gibt es noch so viel, was wir lernen müssen, was wir noch besser verstehen müssen, wo wir eigentlich mit einer Arroganz dastehen als Ärzte, die eigentlich in keinster Weise angebracht ist, weil wir überhaupt nicht verstehen, was wir hier tun. Und das heißt, glaube ich, man muss auch so sein Vorgehen immer wieder neu

evaluieren, immer wieder kritisch sehen und, zurück zu der Frage, auch Kritik vertragen können, Kritik einordnen und begründete Kritik zur Kenntnis nehmen und sein Handeln vielleicht auch irgendwo daran auslegen und verändern. (03 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 697 - 708)

So geben die Interviews Hinweise darauf, dass das Nichtvorhandensein eines nachgewiesenen Wirkmechanismus von den CAM anwendenden Hausärzten zwar wahrgenommen und thematisiert wird, in vielen Fällen jedoch nicht davon abhält, eine Therapie anzuwenden, solange sie Effekte zeigt. Viele CAM-Anwender sehen auf Grund ihrer persönlichen Erfahrung die Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit für weitere Entwicklungen und Erkenntnisse in diesem Bereich.

4.5.8 Kritisches Hinterfragen von Evidenz und Wissenschaftlichkeit

Wie bereits erläutert (vgl. Kap. 4.5.1) scheinen für die interviewten Hausärzte Leitlinien und konventionelle Medizin eine wichtige Rolle im Praxisalltag zu spielen:

Ein Herzkranker kriegt halt seinen Betablocker, ob ihm das nutzt oder nicht, das ist einfach in der Verordnung drin [...] (06 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 158 - 160)

Dennoch zeigen sich im Reflektieren über dieses Thema unterschiedliche Haltungen gegenüber Leitlinien und Evidenz. Besonders Ärzte mit eher skeptischer Grundhaltung gegenüber CAM scheinen sich hier von eher pragmatischen bis von CAM überzeugten Ärzten zu unterscheiden. So betont folgender skeptischer Arzt, dass er Leitlinien vertraut und diese befolgen möchte:

*[...] ich weiß, wie kritisch die das sehen und machen, dann ist das für mich Grund genug, das auch so zu machen, ohne dass ich mich jetzt hinsetz und das nochmal einzeln nachrechne oder sowas, also denen vertrau ich dann schon, also das ist für mich sozusagen Erfahrungswerte gefiltert gefiltert gefiltert, kritisch hinterfragt und dann das, was man wirklich sagen kann, empfehlen kann, das steht da drin, und das ist so mein, versuch ich zumindest, als mein Credo zu nehmen, ja, so würd ich's sagen.
(02 - m, 51-60, > 10 J, Inh.: 718 - 726)*

Während hier ein starkes Vertrauen in die Leitlinien geschildert wird und kein Bedürfnis nach einer eigenen Überprüfung besteht, übt folgender eher pragmatische Arzt starke Kritik:

*Ja, die Evidenzen sind wie gesagt manchmal sehr dünn. Wenn man wirklich mal die Zeit hat, und die haben wir leider zu selten, sich die Forschungen anzuschauen, auf denen Leitlinien basieren, dann muss man sagen, ist das teilweise fast eine Frechheit, mit welcher breiter Brust wir diese dünnen Ergebnisse eigentlich als unsere Bibel verkaufen.
(03 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 681 - 685)*

Dieser Arzt sieht die Aussagekraft der Studien, auf denen Leitlinien basieren, teils als „sehr dünn“ und bedauert, nicht über genügend Zeit zu verfügen, diese Studien selbst zu lesen. Aus seiner Sicht werden die Ergebnisse oft zu überzeugend präsentiert.

Auch folgender Arzt schätzt die Glaubwürdigkeit von Therapieempfehlungen kritisch ein, da Leitlinien sich nach seiner Erfahrung immer wieder ändern und wieder Neues als „allgemeingültig“ dargestellt wird:

[...] ich habe in meinem Leben als Arzt so viele Therapieempfehlungen gesehen, mitgekriegt, als die alleingültigen, die immer wieder revidiert wurden, so dass ich jetzt weiß, dass jede Leitlinie irgendwann mal gestürzt wird [...] (16 - m, 51-60, > 10 J, Inh.: 347 - 350)

Gerade die Wahrnehmung, dass neue Studien „dargestellt werden als Wahrheit“ und schließlich wieder durch neue Empfehlungen ersetzt werden, scheint bei dieser Ärztin eher das Gefühl hervorzurufen, bei neuen Erkenntnissen erst einmal abwarten zu wollen, ob sie sich tatsächlich bewähren:

Ich denke, wer nicht dauernd hinterfragt, der ist ganz unwissenschaftlich. Also ich hinterfrage auch heute immer noch mein Tun und alles, was wir so angeboten bekommen usw., weil was mich wirklich stört an der sogenannten Hochschulmedizin oder universitären Medizin, dass die so mit einer gewissen Doktrin ihre Ergebnisse verkündet, wie Dogmen, und vor allem, wenn Studien dann dargestellt werden als Wahrheit, und dann kommen Richtlinien, das wird in Richtlinien gegossen, wir sind ganz eifrig und wollen das umsetzen im Praxisalltag, nur als Beispiel, Diabetiker-Richtlinie Hypertonus. Da hieß es ja immer „the lower the better“ eine Zeit lang, den Blutdruck runter, genauso mit dem HbA1c-Wert und dergleichen, und dann kam plötzlich eine Studie, nein, für die koronare Herzerkrankung ist das gar nicht so gut wenn der HbA1c-Wert so niedrig ist, usw. Jetzt haben Sie Ihre Patienten dahin getrimmt, plötzlich drehen Sie das Rad wieder um. Dann müssen Sie sich selber doch fragen, was habe ich da gemacht? Wem habe ich da was geglaubt? Ist das Glaube oder Wissenschaft oder Wissen? Ich denke, diese Selbstkritik sollte man in der Medizin immer immer haben, und das fehlt mir oft ein bisschen so bei diesen großen Studien, wenn die dann daherkommen wie Dogmen. Das ist jetzt denke ich so die Erfahrung, dass ich dann sage, mal abwarten.
(14 - w, 61-70, > 10 J, Inh.: 579 - 596)

Diese Ärztin schildert die Dynamik sich ändernder offizieller Empfehlungen aus ihrer persönlichen Erfahrung und Betroffenheit heraus: „Jetzt haben Sie Ihre Patienten dahin getrimmt, plötzlich drehen Sie das Rad wieder um“. Implizit kommt hier auch eine gewisse Erklärungsnot gegenüber ihren

Patienten heraus, bei denen sie zuerst die neuesten Erkenntnisse umgesetzt hat und schließlich wieder verändern musste. Diese Erfahrungen führen bei ihr zu einer eher vorsichtigen Haltung gegenüber neuen Empfehlungen.

Folgender Arzt verweist auf den ursprünglichen Gedanken der evidenzbasierten Medizin, zusätzlich zur Datenlage auch die persönlichen Erfahrungen des Arztes sowie die Vorstellungen des Patienten zu berücksichtigen. So ist es diesem Hausarzt wichtig, in der Praxis eine „gemeinsame Medizin mit dem Patienten“ durchzuführen und die beschränkte Datenlage offen zu diskutieren. Er sieht diese Vorgehensweise speziell in der Allgemeinmedizin als besonders gut durchführbar an, da er dort weniger zeitlichen Druck empfindet, das Anliegen sofort lösen zu müssen:

Ach, ich sehe das gar nicht so drastisch. Es ist einfach so, wenn Sie etwas tiefer in die evidenzbasierte Medizin reingehen, dann sehen Sie erst mal, dass auch in der Schulmedizin die Evidenzen zum Teil haarsträubend dünn sind, und wenn man wirklich Evidenz auf seine Basis zurück verfolgt [...] dann sind das zusätzlich persönliche Erfahrungen und Vorstellungen des Patienten, das ist nicht nur die dünne Datenlage, die halt irgendwo mal zusammengefasst worden ist. Und da sehe ich schon, dass das durchaus funktionieren kann, dass man sowas einsetzen kann, wobei ich schon überwiegend zumindest erwarte, dass die Methode, die ich einsetze, bewiesenermaßen zumindest nicht schadet. [...] Also, wichtig ist, dass die Methode nachgewiesenermaßen nicht schadet, sonst will ich sie nicht haben, das ist so ein Mindestmaß, das ich haben möchte, und ich versuche hier eine gemeinsame Medizin mit dem Patienten zu haben, und da sehe ich halt einfach die Alternativmethoden als Teil meines Angebots an, wobei wir hier sehr offen dann zum Teil auch die sehr dünne Datenlage diskutieren und einfach gemeinsam überlegen, lassen wir es auf einen Versuch ankommen.

[Manche sagen ja, es reicht nicht, dass es nicht schadet, sondern der Nutzen muss überwiegen?]

Ja, sagen wir's mal so, wäre schön, wenn ich das überall bewiesen hätte von allen Medikamenten, die ich hier einsetze auch schulmedizinisch, aber wenn ich mich daran orientiere, dann wird die Luft in der Allgemeinarztpraxis schon sehr dünn, also wenn ich das wirklich hart durchziehen würde, dann müsste ich auch schulmedizinisch sehr sehr viel weniger machen. Ich glaube auch, das ist der große Vorteil der Allgemeinarztpraxis, dass ich nicht immer diesen zeitlichen Druck habe, und wenn ich ganz offen hingehere, einfach sage, lassen Sie uns das doch mal probieren, aber nichts anderes mache ich in

der Schulmedizin auch. Und dann lassen wir uns einfach von Erfolg oder Nichterfolg weiterleiten, dann kann man das durchaus einsetzen. (03 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 53 - 81)

Aus dieser Schilderung heraus lässt sich erahnen, dass für diesen Arzt die Praxis nicht nur von der Umsetzung der Leitlinien lebt, sondern auch stark von einem gemeinsamen Gespräch mit dem Patienten, dem Diskutieren der verschiedenen Möglichkeiten, dem Berücksichtigen der Präferenzen der Patienten und der eigenen Erfahrungen sowie von „Erfolg oder Nichterfolg“, der in der Behandlung Schritt für Schritt weiter führt.

Die Situation in der Allgemeinarztpraxis könnte damit vor allem durch die sehr präsente therapeutisch unbestimmte Situation anders sein als in anderen Bereichen der Medizin. Der Stellenwert von Wissenschaftlichkeit wird hier auf Grund der eigenen Erfahrung und der äußeren Umstände vielleicht etwas anders eingeschätzt als in einem Forschungslabor oder einer Universitätsklinik.

Folgender Arzt verdeutlicht, wie er nach langer Zeit in verschiedenen Kliniken schließlich zu der Entscheidung kam, „ich will nichts Wissenschaftliches, ich will Arzt sein“ und damit auch einen grundsätzlichen Unterschied zwischen diesen Bereichen postuliert:

Und so ging das dann weiter, ich bin irgendwann am Ende meiner immerhin zehnjährigen Ausbildung [...], zehn Jahre in Kliniken, das müssen Sie sich mal vorstellen, irgendwann habe ich gemerkt, mei, ich will was Basalmedizinisches, ich will nichts Wissenschaftliches, ich will Arzt sein. Das habe ich dann umgesetzt. Heute bin ich total glücklich damit. Ich bin total gerne in der Arbeit, ich arbeite ja noch ein paar Jahre, und wenn ich dann meine Praxis mal hergebe, mache ich dann im Bereitschaftsdienst weiter oder ich arbeite in der Praxis, ich glaube, ich mache weiter, bis ich nicht mehr kann (lacht). Einfach, weil das meins ist, verstehen Sie? [...] Man muss seinen Weg finden. Für mich ist Allgemeinmedizin das Richtige. (06 - m, 61-70, > 10 J, Inh.: 401 - 412)

„Arzt sein“ in der Allgemeinmedizin wird hier als persönlich erfüllende Tätigkeit geschildert und als Kontrast dargestellt zum „Wissenschaftlichen“. Der Fokus liegt auf der „basalmedizinischen“ Tätigkeit, die ausgezeichnet ist durch große Patientennähe.

4.5.9 In der Praxis zählt das Individuum

Folgender Arzt beleuchtet noch einen wichtigen Punkt, der zum besseren Verständnis der aufgeführten Themen beitragen kann: Den Unterschied zwischen der in der Wissenschaft üblichen distanzierten Betrachtung einer repräsentativen Stichprobe und der direkten Begegnung mit dem Individuum in der hausärztlichen Praxis.

Und was halt so das Problem ist, dass Menschen immer verschieden sind, dass [...] jede Wissenschaftlichkeit auch immer den Einzelnen vergisst letztendlich, also den konkreten Einzelfall. Da wird immer nur geguckt über die Masse, macht es jetzt bei der Masse irgendwo einen Unterschied, also dieser Ansatz ist ja manchmal schwierig, ja, also das ist ja aber so dieser wissenschaftliche Ansatz. (15 - m, 41-50, > 10 J, Inh.: 486 - 490)

Dieser Arzt erläutert den Ansatz der Wissenschaft, bei dem ausschlaggebend ist, welche Therapie für die meisten Menschen an sinnvollsten sein könnte. Er sieht dabei das Problem, dass hierbei nur etwas ausgesagt werden kann über die Masse und nicht über den Einzelnen. Implizit lässt sich aus dieser Schilderung schließen, dass dieses Wahrnehmen des Einzelnen und das Eingehen auf eben diesen einen Patienten genau das ist, was in der hausärztlichen Praxis geschieht: Hier tritt dem Arzt ein Patient als Mensch gegenüber als ein Individuum mit seiner ganz persönlichen Geschichte.

[...] es ist immer der individuelle Mensch mit seinem Problem [...]
(16 - m, 51-60, > 10 J, Inh.: 124 - 124)

Die besondere Art der Arzt-Patienten-Beziehung in der hausärztlichen Praxis und die „gefühlte Zuständigkeit“ wurden bereits in Kap. 4.4.2 und 4.4.1 erläutert. Der Hausarzt, der seine Patienten bereits seit langer Zeit kennt, hat eine Beziehung zu seinen Patienten und kennt deren Besonderheiten und Möglichkeiten, mit Erkrankungen umzugehen. So kann es auch zum Wunsch werden, je nach Situation und Indikation in den Therapieentscheidungen das Individuum stärker zu berücksichtigen:

Also, es kommt auf den Menschen an, auf seine Belastung, auf seine Copingstrategien, auf seine Möglichkeiten überhaupt im Leben, und auf die Erkrankung, mit der er hier ist, und seine Beschwerden. (04 - w, 61-70, > 10 J, Inh.: 386 - 389)

So könnten in der Allgemeinmedizin – auch bedingt durch die sehr präzise therapeutisch unbestimmte Situation – stärker als in manch anderer medizinischer Fachrichtung Persönlichkeit, Haltungen und Vorlieben von Arzt wie auch Patient für Therapieentscheidungen eine wichtige Rolle spielen. Der Arzt positioniert sich dabei immer wieder neu im Spannungsfeld zwischen den Ansprüchen, Wünschen und Anforderungen von Wissenschaft und auch Patient sowie eigenen Idealen und Erfahrungen.

5 DISKUSSION

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass die therapeutisch unbestimmte Situation von den interviewten Hausärzten als sehr präsent und typisch für das Fachgebiet angesehen wird. Die interviewten Ärzte haben sich zu Beginn ihrer Tätigkeit in der Praxis jedoch oft nicht ausreichend darauf vorbereitet gefühlt. Um in der Praxis handlungsfähig zu sein, wenden die Hausärzte neben der aus akademisch und professioneller Sicht erwünschten Strategie des empathischen Gesprächs und der psychosomatischen Grundversorgung verschiedene Strategien an: Symptomatische Therapie, Anwendung von konventionellen Arzneimitteln oder CAM im Sinne einer unspezifischen Therapie, überzeugte Anwendung von CAM sowie sehr selten die Verwendung von reinem Placebo. Die gewählten Strategien unterscheiden sich je nach Grundhaltung gegenüber CAM (skeptisch, pragmatisch und überzeugt) und je nachdem, bis zu welchem Punkt sich die Ärzte für die Lösung der Probleme ihrer Patienten zuständig fühlen („gefühlte Zuständigkeit“). Ihnen ist bewusst, dass sie für ihre Arbeit auf eine gute Arzt-Patienten-Beziehung angewiesen sind und auch selbst in ihrem Beruf zufrieden sein wollen. Somit wählen sie bevorzugt diejenigen Strategien, die bei ihrer Anwendung möglichst wenig Konflikte mit den Patienten und auch mit ihrem Selbstbild hervorrufen. Im Laufe der Jahre wird auch eine Veränderung im Patientenstamm beobachtet, die es erleichtert, einen eigenen Praxisstil zu entwickeln bzw. ihn beizubehalten und die diesen auch beeinflusst.

In den Interviews zeigte sich ein ausgeprägter Pragmatismus im Denken und Handeln. Zu den Faktoren, welche die persönliche Auswahl der Strategien beeinflussen, zählen familiäre Prägungen, ärztliche Vorbilder, eigene Erfahrungen, Wünsche der Patienten, Rahmenbedingungen der Praxis, Interesse und Offenheit in Bezug auf spezielle CAM-Verfahren sowie in manchen Fällen auch ökonomische Interessen.

Der Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen kann sich über die Jahre verändern. Während zu Beginn speziell nach einer Praxisübernahme oder Praxisgründung die ökonomische Abhängigkeit von den Patienten eine Rolle spielen und Aktionismus erzeugen kann, wird im Laufe der Zeit oft eine Verbesserung des abwartenden Offenlassens beobachtet. Die interviewten Hausärzte berichten von sehr unterschiedlichen persönlichen Prozessen auf der Suche nach dem für sie passenden Weg.

Die Anwendung von CAM scheint in therapeutisch unbestimmten Situationen eine sehr häufig eingesetzte Strategie zu sein. Trotz des wissenschaftlich fragwürdigen Hintergrunds haben die jeweiligen Ärzte in der Regel kein Problem mit der Anwendung, da für sie CAM eine – auch bei den

Patienten willkommene – Lösungsstrategie darstellt. Sie sehen CAM als Ergänzung und nicht als Ersatz für die konventionelle Medizin und halten für möglich, dass es eines Tages neue wissenschaftliche Erkenntnisse in diesem Bereich gibt, die ihre positiven eigenen Erfahrungen bestätigen. Vor allem CAM-Anwender scheinen die Evidenzlage in der Allgemeinmedizin eher als unzureichend anzusehen und hinterfragen die aktuelle Wissenschaft kritisch. Sie erwarten sich bei Anwendung von CAM einen positiven Effekt für ihre Patienten, wobei die Wirkung im Einzelfall als Begründung für eine weitere Anwendung herangezogen wird. Auch potenzielle Placebo-Effekte werden in Betracht gezogen und sind dabei eher ein positiver denn ein hinderlicher Grund. In der Hausarztpraxis dürfte sich das Handeln in therapeutisch unbestimmten Situationen somit stark an der positiven eigenen Erfahrung mit einzelnen Patienten orientieren. Dabei ist es den Ärzten wichtig, dass sie die angewandte Therapie im weitesten Sinne trotz teils vorhandener Zweifel vor sich selbst rechtfertigen können.

5.2 Reflexion des methodischen Vorgehens

5.2.1 Grundsätzliche methodische Entscheidung und Qualitätskriterien

Zu den wesentlichen Stärken dieser Studie gehört die Erhebung von sehr umfangreichem Material zur Realität in der hausärztlichen Praxis. Qualitative Forschung soll Phänomene mit ihren Bedingungen charakterisieren und somit Antworten auf Fragen wie „was, wie und warum“ geben (Green & Thorogood 2014). Die Entscheidung, für die Beantwortung der Forschungsfragen ein qualitatives Studiendesign zu wählen, hat sich in Anbetracht der sehr vielfältigen Einblicke in die Denkweisen und Praxisrealitäten der interviewten Ärzte somit als richtig bestätigt. Die Erhebung mittels problemorientiertem Interview ermöglichte dabei eine sehr breite Sicht auf die Themen. Interviews können im Vergleich etwa zu einer Beobachtungsstudie jedoch naturgemäß den Nachteil mit sich bringen, anstatt bzw. neben der tatsächlichen Realität auch idealisierende Selbsteinschätzungen abzubilden. Auch in den erhobenen Interviews kann dies an manchen Stellen der Fall sein. Da die Interviews an vielen Stellen jedoch viele für die Realität typische Widersprüche und Inkonsistenzen aufweisen und außerdem in den Erzählungen oft ein Bezug zu konkreten Beispielen aus der Praxis besteht, kann angenommen werden, insgesamt sehr authentische Äußerungen erhoben zu haben. Zur Beurteilung waren die Interviews von mehreren Personen am Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Technischen Universität München gelesen worden. Eine reine Beobachtungsstudie hätte gegenüber den Interviews den Nachteil gehabt, keine Motivationen, Hintergründe und persönliche Denkweisen erfassen zu können und wäre bei den vorliegenden Fragestellungen daher nur als Ergänzung sinnvoll gewesen. Ein strenger an einem Leitfaden orientiertes Interview mit wenigen und inhaltlich enger gehaltenen Fragen wäre in der

Auswertung zwar einfacher gewesen, hätte die Vielfalt der Antworten und die Setzung individueller Relevanzen durch die interviewten Ärzte jedoch sehr stark beschränkt. Zusätzliche Re-Interviews, also ein zweites Interview einige Zeit nach dem ersten, hätten die genauere Evaluierung einzelner in der Auswertung wichtiger Themen oder unklar gebliebener Passagen ermöglichen können, waren in diesem Fall jedoch nicht vorgesehen. Der Forschungsstil Grounded Theory erlaubte, die sich aus den Interviews ergebenden Erkenntnisse in Beziehung zueinander zu setzen und dadurch ihre Bedeutung besser zu verstehen.

Somit können die Ergebnisse im Sinne der qualitativen Forschung als valide betrachtet werden, da die Interviews in der Lage waren, für das Forschungsgebiet relevante Informationen zu erheben, die Äußerungen in den Interviews weitgehend authentisch erscheinen und im Team in der Besprechung der Ergebnisse ein Konsens erreicht werden konnte (Bortz & Döring 2002). Eine Diskussion der Ergebnisse in einem noch stärker interdisziplinären Team hätte die Ergebnisse durch eine Perspektivenerweiterung noch verbessern können. Aufgrund beschränkter personeller Ressourcen und der gewählten Methodik kann auch keine Interrater-Reabilität im eigentlichen Sinne (parallele voneinander unabhängige Auswertung durch mehrere Forscher und statistischer Vergleich der Auswertungen, in der Regel angewandt im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse; Bos 1989, Mayring 2010) gewährleistet werden. Die Auswertung wurde in erster Linie durch die Verfasserin dieser Arbeit durchgeführt, supervidiert von Klaus Linde (wissenschaftlicher Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Technischen Universität München, Arzt und Epidemiologe mit umfangreicher Erfahrung in quantitativer Forschung im Bereich CAM) und flankiert von Diskussionen mit Niklas Barth (Soziologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Technischen Universität München sowie am Institut für Soziologie der Ludwig-Maximilians-Universität München). Alle Beteiligten hatten die Interviews gelesen und Notizen dazu erstellt.

Durch zwei Vorträge der Ergebnisse (im September/Oktober 2016 auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin in Frankfurt am Main vor eher wissenschaftlich orientiertem Publikum sowie im Februar 2017 am Tag der Allgemeinmedizin der TUM in München vor hausärztlich tätigen Kollegen) mit jeweils anschließender Diskussion erfolgte eine kommunikative Validierung (Heinze und Thiemann 1982; Mayring 2010). Die Studienergebnisse konnten dadurch mit den Erfahrungen der Praktiker abgeglichen werden und fanden in der Diskussion ihre Bestätigung.

Die Ziele einer „guten“ Grounded Theory (Strübing 2014) kann man insofern als umgesetzt betrachten, da die Ergebnisse das Phänomen der therapeutisch unbestimmten Situation gut spezifizieren, die Ergebnisse etwa für die Ausbildung von angehenden Allgemeinmedizinerinnen und für die kritische Reflexion bereits hausärztlich tätiger Ärzte praktische Relevanz haben können und die Studie Ausgangspunkt für weitere Forschung sein kann (einige Anregungen sind in Kap. 5.4

aufgeführt; zum Zeitpunkt des Schreibens sind zwei weitere Interviewstudien als Dissertationen zu diesem Themenbereich am Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Technischen Universität München am Entstehen).

5.2.2 Stichprobe

Der Stichprobenumfang der vorliegenden Studie ist, wie bereits in Kap. 3.3 erwähnt, für das Forschungsvorhaben passend. Trotzdem hat eine qualitative Studie natürlich keine statistische Aussagekraft und intendiert auch keine Objektivierbarkeit und grundsätzliche Übertragbarkeit der Ergebnisse (Strübing 2014; Malterud 2001). Beim Lesen der Studie sollte man beachten, dass die Studienteilnehmer alle aus den Regionen Allgäu und Oberbayern kamen, also Regionen in Deutschland mit relativ hohem sozioökonomischem Status. Es wurde zwar auf den Einschluss von Hausärzten aus unterschiedlichen Gebieten geachtet, aber trotzdem könnten in anderen (Bundes)ländern oder sozialen Brennpunkten manche Themen von den Ärzten unterschiedlich geschildert oder zumindest die Relevanzen anders gesetzt werden. In Ländern, in denen keine breite Anwendung von CAM üblich ist, spielt die Lösungsstrategie CAM für therapeutisch unbestimmte Situationen zudem wahrscheinlich keine so große Rolle und auch die beeinflussenden Praxisbedingungen sind womöglich anders.

In diese Studie wurden vor allem erfahrene Ärzte eingeschlossen, deren Studium und Weiterbildungszeit bereits einige Jahre zurücklagen. Durch die immer stärkere Präsenz der Allgemeinmedizin im Medizinstudium, der heutigen Selbstverständlichkeit von Leitlinien und den geänderten Bedingungen der Weiterbildung ist es möglich, dass sich die heutigen angehenden Hausärzte von den interviewten Ärzten in einigen Punkten unterscheiden.

Die Zuteilung der interviewten Hausärzte zu den Gruppen „skeptisch, pragmatisch und überzeugt“ in Bezug auf CAM erfolgte nach grundsätzlichen Tendenzen in den Interviews. Die Ausarbeitung und Überprüfung eines zuverlässigen Fragebogens bzw. eine ausführliche separate qualitative Analyse hätte den Rahmen der vorliegenden Arbeit gesprengt und war auch nicht das eigentliche Anliegen.

5.3 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

5.3.1 Die Perspektive der therapeutisch unbestimmten Situation

Die im Vorfeld vorläufig definierte therapeutisch unbestimmte Situation (vgl. Kap. 1.1.3) konnte in den Interviews in ihrer Bedeutsamkeit für die hausärztliche Praxis bestätigt werden. Die hausärztlich erfahrenen Studienteilnehmer berichteten retrospektiv betrachtet über Schwierigkeiten im Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen vor allem zu Praxisbeginn und assoziierten diese

Situation überwiegend mit Befindlichkeitsstörungen bei den Patienten sowie dem Umgang mit Patienten, die eigene Vorstellungen in Bezug auf das weitere Vorgehen mitbringen.

Dennoch ist die Entwicklung und Überprüfung der therapeutisch unbestimmten Situation noch nicht abgeschlossen. Sie stellt noch kein fertiges Konzept dar und aus den vorliegenden Ergebnissen kann auch noch nicht direkt eine Lösung abgeleitet werden. Vielmehr ist die therapeutisch unbestimmte Situation eine Perspektive, die erlaubt, sehr unterschiedliche Vorgehensweisen von Hausärzten unter einem zentralen Begriff zu betrachten.

Verschiedene Aspekte der therapeutisch unbestimmten Situation wurden bisher vor allem separat betrachtet. So sind die Beratungsanlässe, die verschiedenen Strategien sowie die diagnostische Unsicherheit Gegenstand von Studien:

Zu den Beratungsanlässen zählen Befindlichkeitsstörungen, die bei Hausärzten oft für Frustration sorgen (Morris et al. 2001), sowie medizinisch unerklärbare Symptome (medically unexplained symptoms; Haller et al. 2015), für die es bezüglich Vorgehen zwar Expertenempfehlungen gibt, deren Evidenz jedoch begrenzt ist (Heijmans et al. 2011). Somatisierungsstörungen und leichte psychische Erkrankungen sowie nahezu alle akuten und chronischen Erkrankungen können auch unter der Perspektive der therapeutisch unbestimmten Situation betrachtet werden, wenn der Patient eine empfohlene Therapie ablehnt oder noch eine zusätzliche Therapie wünscht, obwohl er aus medizinischer Sicht keine Behandlung benötigt oder bereits im Rahmen der verfügbaren Möglichkeiten ausreichend behandelt ist.

In den meisten Studien zu den verschiedenen Interventionen geht es – mit Ausnahme der Bedeutung des Gesprächs – um therapeutisches Verhalten, das aus akademisch-wissenschaftlicher Sicht problematisch bis nicht tolerierbar erscheint. Diese Verhaltensweisen und Situationen werden beschrieben als „irrationales Verschreiben“ (Weiss & Scott 1997), „schwierige Verschreibungsentscheidungen“ (Bradley 1992) oder „nicht-wissenschaftliches Verschreiben“ (Schwartz et al. 1989). Auch die Terminologie der jeweiligen Intervention wird unterschiedlich gehandhabt. Unter den Begriffen „unreine Placebos“ (Howick et al. 2013; Meissner et al. 2012) oder „unspezifische Therapie“ (Linde et al. 2018) werden verschiedene Interventionen wie die Anwendung von CAM verstanden, die nach aktueller Lehrmeinung nicht spezifisch wirksam sind. Verfahren aus dem Bereich CAM werden üblicherweise zudem separat beforscht. Diese verschiedenen Situationen und Vorgehensweisen haben jedoch gemeinsam, dass sie funktional äquivalente Lösungen für therapeutisch unbestimmte Situationen sein können.

Die therapeutisch unbestimmte Situation kann auch den Umgang mit diagnostischer Unsicherheit (Wübken et al. 2013) mit einschließen: Viele Patienten kommen zu Beginn einer Erkrankung mit nur leichten Symptomen zum Hausarzt und wünschen ggf. bereits eine Therapie, ohne dass eine

Diagnose gestellt werden kann bzw. ohne dass aus medizinischer Sicht zu diesem Zeitpunkt eine Therapie indiziert erscheint.

Der für die vorliegende Studie gewählte Ausgangspunkt der therapeutisch unbestimmten Situation betrachtet und hinterfragt also mehr das Setting, innerhalb dessen in verschiedenen Behandlungs- und Beratungssituationen die Anwendung von verschiedenen Strategien und damit auch von CAM erfolgt. Dieser Perspektivenwechsel hin zur Situation des handelnden Arztes macht als Ergänzung zur Betrachtung der einzelnen Beratungsanlässe und Strategien Sinn, da er die Hintergründe des Handelns und die Bedingungen des umgebenden Feldes gut in seinen Zusammenhängen aufzeigen kann. Diese übergeordnete Perspektive kann somit helfen, besser zu verstehen, warum Hausärzte in diesen Situationen fast schon regelhaft von der universitären Medizin abweichen.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist die Definition der therapeutisch unbestimmten Situation noch eher vage, schließt viele Eventualitäten mit ein und erlaubt in Teilbereichen individuelle Auslegungen. Für die vorliegende Studie war jedoch genau dieses vage Skizzieren des Problembereichs sinnvoll, um im Sinne der gewählten Methodik die Möglichkeit zu haben, den interessierenden Bereich möglichst umfangreich zu betrachten und zu hinterfragen.

Ob eine exakte Abgrenzung und Definition der therapeutisch unbestimmten Situation in der Zukunft überhaupt Sinn machen wird, kann hier noch nicht beantwortet werden und sollte Gegenstand weiterer Überlegungen und Studien sein. Eine genaue Definition wird u. a. dadurch erschwert werden, dass die aktuelle Beschreibung der therapeutisch unbestimmten Situation (vgl. Kap. 1.1.3) stark mit Wissenschaftlichkeit, Evidenz der einzelnen Therapien und diesbezüglichen Graubereichen verbunden ist. Für eine genauere Definition wäre es somit nötig, anhand von umfangreichen Beispielen genauer zu zeigen, in welchen Situationen eine Behandlung „aus medizinischer Sicht *nicht zwingend* indiziert“ ist oder wie eine „*wissenschaftlich akzeptierte* Therapie“ in den verschiedensten Fällen aussieht. Eine Orientierung an den jeweils aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften könnte hierbei zumindest teilweise helfen.

5.3.2 CAM als wichtige Strategie

Die durchgeführten Interviews legen nahe, dass die Verwendung von CAM für Hausärzte eine der bevorzugten Strategien für den Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen ist.

Wie bereits in Kap. 4.1.3 und 4.1.4 dargestellt, war es äußerst schwierig, Hausärzte zu finden, die gegenüber allen CAM-Verfahren skeptisch eingestellt sind und CAM in ihrer Praxis grundsätzlich nicht anwenden. In den Interviews mit den eher skeptischen Ärzten stellte sich im Gespräch heraus, dass auch sie Therapien aus dem CAM-Spektrum anwenden, vor allem Phytotherapeutika, wenn auch in geringerem Umfang als die interviewten pragmatischen oder eher überzeugten Ärzte. Laut der

letzten diesbezüglichen deutschlandweiten Erhebung setzen nur 3,5% der dort befragten Hausärzte niemals Phytotherapeutika ein (Alscher 2018). Weniger als 1% der befragten Hausärzte gaben an, in ihrer Praxis keinerlei CAM, Placebo oder unspezifische Therapien zu verwenden (Linde et al. 2015b).

Die grundsätzlich eher positive Einstellung der interviewten Hausärzte in Bezug auf CAM passt zu nationalen Erhebungen, die zeigen, dass 55% der dort befragten Hausärzte eine positive und nur 14% eine eher negative Einstellung gegenüber CAM aufweisen (Joos et al. 2011a).

Über das Verhalten von Ärzten gegenüber CAM ist bereits einiges bekannt (Hirschhorn & Bourgeault 2005). Beispielsweise argumentieren Hausärzte in England ähnlich pragmatisch (Jarvis et al. 2015): Ihnen ist die limitierte Evidenz der CAM-Verfahren bewusst, jedoch verweisen sie auch auf die oft limitierte Evidenz in der konventionellen Medizin. Ausschlaggebend ist auch für sie ihre eigene positive Erfahrung mit einzelnen Therapien und der Nutzen für den einzelnen Patienten, auch wenn er durch einen „Placebo-Effekt“ hervorgerufen wird.

Als Gründe für die Anwendung von CAM wurden in einer Studie von 2014 die Überzeugung von der Wirksamkeit der Therapien (68%), Ausdruck für Therapiefreiheit (47%) und Nebenwirkungsarmut (34%) genannt (Thanner et al. 2014). Der Wunsch nach Therapiefreiheit wurde in der vorliegenden Studie von den Hausärzten zwar nicht explizit thematisiert, jedoch kann dieser Wunsch indirekt daraus geschlossen werden, dass die Wahl der in der Praxis verwendeten CAM-Therapien stark durch persönliche freie Entscheidungen des jeweiligen Arztes geprägt ist. Auch die Berufszufriedenheit ist als Argument für die Anwendung von CAM bekannt (Joos et al. 2011a).

Die vorliegende Studie bestätigt, dass Hausärzte Ideale haben, denen sie entsprechen wollen, und dass sie in ihrer Arbeit gut sein möchten. Die Ärzte passen ihre Ideale wie auch ihr Verschreibungsverhalten im Laufe der Zeit je nach Erfolg ihrer Strategien an und streben zugleich danach, sich selbst weiter zu entwickeln (Henriksen & Hansen 2004). Dabei beeinflussen auch grundsätzliche Unterschiede in Naturell und Interessenschwerpunkten die Wahl ihrer Strategien: Ein starkes Interesse an Menschen kann zu mehr sprechender Medizin führen, während ausgeprägte humane Ideale zu mehr Pragmatismus und starke wissenschaftliche Ideale zu einem strikteren Vorgehen führen können (ebd.). Diese Unterschiede zeigten sich auch in den Interviews der vorliegenden Studie.

Die kritischen Einwände vor allem der CAM anwendenden interviewten Allgemeinmediziner gegenüber Leitlinien und vor allem gegen eine aus ihrer Sicht zu hoch gehängte Allgemeingültigkeit der Empfehlungen passen zu einer quantitativen Erhebung, die eine gewisse Skepsis gegenüber der Wissenschaft in dieser Gruppe zeigen konnte (Linde et al. 2014b). Leitlinien können in der Anwendung auch als zu kompliziert oder schlicht unpassend für den konkreten Einzelfall empfunden

werden (O'Doherty et al. 2019). Vor allem Letzteres trifft für die therapeutisch unbestimmte Situation zu.

5.3.3 Definition von CAM

Beim Lesen und Bewerten der Ergebnisse dieser Studie sollte bedacht werden, dass der hier verwendete Begriff von CAM sehr weit gefasst ist und nicht zwischen der unterschiedlichen Evidenz von verschiedenen Verfahren bei unterschiedlichen Indikationen oder einer stärker oder schwächer vorhandenen Plausibilität unterscheidet. Somit beinhaltet die hier verwendete CAM-Definition einerseits Vorgehensweisen, die trotz fehlendem nachgewiesenem Wirkmechanismus in speziellen Fällen eine offizielle Anerkennung erfahren, und andererseits auch Verfahren, die aus akademisch-wissenschaftlicher Sicht äußerst kritisch betrachtet werden. Auf eine klare Trennung dieser Bereiche wurde jedoch verzichtet, da sie eine Betrachtung sämtlicher Studienergebnisse und Leitlinien mit einbeziehen müsste und einem ständigen Wandel unterlegen ist. Zudem gibt es länderspezifische Unterschiede: Beispielsweise werden in Deutschland Phytotherapeutika als Arzneimittel bezeichnet und teilweise als Teil der konventionellen Medizin angesehen. In anderen Ländern werden sie hingegen als Nahrungsergänzungsmittel geführt und eindeutig den CAM-Verfahren zugeordnet (Alostad et al. 2018; Schulz & Hänsel 1996).

Die in dieser Studie interviewten CAM anwendenden Ärzte handeln also nicht unbedingt in jedem Fall unwissenschaftlich. Möchte man gezielt Wissenschaftlichkeit in der Praxis untersuchen, könnte es sich anbieten, eine Unterteilung der Ärzte nach der Anwendung evidenzbasierter Medizin vorzunehmen.

5.3.4 Ideale und Realität

Aus medizinsoziologischer Sicht zeigen die vorliegenden Ergebnisse den Unterschied zwischen dem „Ärztlichen“ und dem „Medizinischen“ auf: Die Studie stellt viele Vorgehensweisen dar, die in den Praxen durch die Ärzte Anwendung finden und die aus dieser Perspektive heraus durchaus einer Logik folgen und in diesen Situationen auch vernünftig zu sein scheinen. Allerdings entziehen sich diese Handlungen oft der medizinischen Evidenz oder können sogar medizinethisch infrage gestellt werden und sind somit aus Sicht der universitären Medizin fragwürdig. Nach Parsons klassischer Analyse des Medizinsystems (Parsons 1970) gehört zum Wesen der Medizin in erster Linie die Anwendung von wissenschaftlicher Erkenntnis durch entsprechend ausgebildete Personen am kranken Menschen mit dem Ziel, Krankheiten zu kontrollieren. Die angewandten Interventionen sollen dabei genau diejenigen sein, die in diesem Moment benötigt werden, und dürfen nicht beliebig durch eine andere Handlung ersetzbar sein. So orientieren sich auch heute die Leitlinien und

Handlungsempfehlungen innerhalb der Medizin an Metaanalysen, Studien oder – bei Nichtvorhandensein derselben – auch an Expertenmeinungen, die ein funktional spezifisches Vorgehen gewährleisten sollen. Viele der in dieser Studie gezeigten Lösungsstrategien für therapeutisch unbestimmte Situationen widersprechen diesem Ideal.

Der Arzt internalisiert mit den Prinzipien des Medizinsystems, für seine Patienten jeweils eine passende Lösung zu haben. Und auch wenn es keine Lösung gibt, wird Handeln dabei in der Regel gegenüber Nicht-Handeln bevorzugt (Parsons 1970). Dies entspricht oft nicht den Idealen der Medizin, sondern orientiert sich eher an den empfundenen Notwendigkeiten der Praxis (Weiss & Scott 1997). Eine qualitative Studie aus Irland (O'Doherty et al. 2019) zeigt beispielhaft die Denkweise der Ärzte, die Antibiotika bei einfachen respiratorischen Infekten verschreiben, ohne dass dies aus medizinischer Sicht indiziert wäre. Besonders gegenüber privat zahlenden Patienten besteht das Bedürfnis, ihnen sozusagen als Gegenleistung für ihr Geld tatsächlich auch etwas „Greifbares“ mitgeben zu wollen, („the desire to ‚give the paying patient something tangible‘“, ebd.). Auch die vorliegenden Ergebnisse legen nahe, dass die Ausstellung eines Rezepts – wenn auch aus teils anderen Gründen – in vielen Fällen als einfacher und unkomplizierter empfunden wird als die Möglichkeit, nichts zu verschreiben. Verschreibungen aus dem CAM-Spektrum dürften dabei in einigen Fällen eine Art Kompromiss darstellen, wenn der Arzt handeln möchte, er jedoch ein konventionelles Arzneimittel (noch) nicht für indiziert sieht. In einer Studie aus Frankreich wurde bei zertifizierten homöopathisch tätigen Hausärzten ein signifikant geringerer Verbrauch von Antibiotika und antientzündlichen Arzneimitteln bei der Behandlung von Infekten der oberen Atemwege gezeigt (Grimaldi-Bensouda et al. 2014). Auch CAM-anwendende Hausärzte in England unterscheiden sich von ihren konventionell-medizinisch tätigen Kollegen u. a. durch eine seltenere Verschreibung von Antibiotika (van der Werf et al. 2018). Aus akademischer Sicht wird dabei weder eine häufige Verschreibung von Antibiotika bei unkomplizierten Infekten noch die alternative Verwendung von CAM die gewünschte Lösung sein, wenngleich bei der CAM-Strategie ein geringerer potenzieller Schaden entstehen dürfte.

Auch wenn Ärzte also lieber handeln als nicht handeln, zeigen Studien, dass der Arzt den Wünschen und Bedürfnissen der Patienten nicht immer mit einer Verschreibung entgegenkommen muss, um Zufriedenheit zu erzeugen. Zwar sind Patienten tatsächlich unzufriedener, wenn sie etwa bei einem unkomplizierten Infekt der oberen Atemwege kein Antibiotikum verschrieben bekommen, obwohl sie dies erwartet haben (Courtenay et al. 2017). Diese Unzufriedenheit lässt sich jedoch reduzieren, indem der behandelnde Arzt den Patienten sorgfältig untersucht, einen klaren Behandlungsplan kommuniziert, Entscheidungen erklärt und damit dem Patienten das Gefühl vermittelt, ernst genommen zu werden und wirklich Zeit zur Verfügung gestellt zu bekommen (ebd.). Das auch von den für diese Studie interviewten Hausärzten wertgeschätzte Gespräch könnte somit tatsächlich eine

noch positivere Auswirkung haben als oft angenommen. Als Ursache für die sicherlich noch geringen Einsatz des Gesprächs wird neben der immer noch peripheren Rolle in der Ausbildung angehender Mediziner ein Mangel an Empathie sowie Zeit diskutiert (Hróbjartsson 2008; Anlauf et al. 2015; Neumann et al. 2009). Nur den Zeitmangel zu beheben wird das Problem nicht ganz lösen, wenn man den Unterschied zwischen objektiver und subjektiver Zeit bedenkt: Die „erlebte Dauer“ eines Gesprächs und damit die Zufriedenheit der Patienten scheint vor allem dann hoch zu sein, wenn das Gespräch über aktives Zuhören, Ermöglichen von Fragen und Thematisieren der Lebenssituation patientenorientiert geführt wird und dem Patienten eine Beteiligungschance gegeben wird (Bahrs 2003; Bahrs & Dingelstedt 2010). Mehr Zeit für den direkten Patientenkontakt und zusätzlich intensives Training in empathischer Gesprächsführung dürften somit helfen, einen Teil der medizinisch unnötigen Verschreibungen zu vermeiden und dem Patienten besser zu begegnen. Jedoch wird dieses Ziel – wie auch vorliegende Ergebnisse zeigen – auf Grund der unterschiedlichen Situationen und Arzt- sowie Patientenpersönlichkeiten nicht in jedem Fall zu erreichen sein. Die Herausforderung des „professional caring“ (Agle Dahl et al. 2011), ein „guter Arzt“ zu sein (Witt 2010; Rizo 2002), seine Patienten medizinisch optimal zu behandeln und sie gleichzeitig mit ihren Sorgen und ihrem individuellen Hintergrund wahrzunehmen und zu begleiten, wird dennoch nicht leicht zu lösen sein.

5.3.5 Das Existenzielle in der Medizin

Die vorliegende Studie zeigt, dass sich in der hausärztlichen Praxis mit der therapeutisch unbestimmten Situation ein Bereich befindet, der sich zumindest in Teilen streng wissenschaftlich-akademischen Idealen zu entziehen scheint. Die interviewten Hausärzte versuchen alle auf ihre eigene Weise, mit dieser Situation umzugehen und ihren Patienten und sich selbst gerecht zu werden. Eindeutige Empfehlungen und in jeder Situation anwendbare Vorgehensweisen existieren nicht und zugleich nutzen manche Ärzte gezielt diesen Graubereich, um ihre eigene Persönlichkeit und ihre Vorstellungen in die Praxis einzubringen.

Eine qualitative Studie aus Norwegen zeigt, wie dortige Ärzte mit den Anliegen ihrer Patienten umgehen (Agle Dahl et al. 2010). Die Beobachtung war, dass die Ärzte im Sinne eines „clinical essentialising“ die Fälle herunterbrechen, konkretisieren, kategorisieren und sich auf die Funktionsfähigkeit des Patienten fokussieren. Dabei filtern sie alle existenziellen Themen des Patienten heraus, etwa ausgesprochene wie unausgesprochene Ängste und Sorgen. Die komplexen Anliegen und Probleme des Patienten werden so umgestaltet und reduziert, dass sie mit den Möglichkeiten der Medizin behandelbar werden. Die Motivation der Ärzte ist dabei, für den Patienten hilfreich zu sein, indem er eine Besserung erfährt. Dieses Reduzieren auf das medizinisch Relevante ist also moralisch inspiriert, da es das Problem des Patienten lösen soll und der Arzt auf

diese Weise seiner Aufgabe gerecht werden möchte. Zeitgleich kann das Ignorieren der existenziellen Anliegen der Patienten und damit das Reduzieren desselben auf ein Objekt trotz der freundlichen und höflichen Art der Ärzte auch als Missachtung der Menschenwürde des Einzelnen gesehen werden (Agledahl et al. 2011). Die Studie stellt die Frage, ob bzw. inwiefern es die Medizin überhaupt leisten kann, existenzielle Aspekte des Leidens zu integrieren.

Sicherlich werden sich Ärzte in Norwegen von deutschen Hausärzten in einigen Punkten unterscheiden. Die Motivation, eine Lösung für den Patienten anbieten zu wollen und ihm weiterzuhelfen, zeigt sich jedoch auch in vorliegender Studie. Im Vergleich zu den eben genannten Ärzten, die aus dem Patientenbericht die persönlichen Gefühle und existenziellen Sorgen ihrer Patienten herausfiltern, um das Anliegen anzupassen an die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Medizin, könnten speziell Hausärzte, die CAM wegen des breiteren Spektrums an Möglichkeiten und der ganzheitlicheren Sicht auf den Menschen überzeugt anwenden, mehr Raum für existenzielle Themen haben. Anders ausgedrückt: Wenn die Abwesenheit von Lösungsstrategien dazu führen kann, dass medizinisch nicht zu behandelnde und zu lösende Themen ausgeklammert werden, könnte das Vorhandensein von möglichen Lösungsstrategien das Thematisieren und Integrieren von Themen erlauben, die jenseits definierter medizinischer Probleme liegen. Die vorliegenden Interviews zeigen an einigen Beispielen, dass manche Hausärzte gerade aus diesem Grund CAM in ihre Praxis integrieren und ihnen existenzielle Aspekte wichtig sind. In den Ergebnissen ist diese Motivation als „gefühlte Zuständigkeit“ dargestellt. Dennoch legen die Ergebnisse auch dar, dass eine bloße Anwendung von CAM noch kein Garant ist für eine erweiterte integrative Medizin, die ihrem selbst gestellten Anspruch an „Ganzheitlichkeit“ gerecht wird. Abgesehen von den Konflikten, die bei der Anwendung vieler CAM-Verfahren aus akademisch-wissenschaftlicher Sicht entstehen, sind nicht alle CAM anwendenden Ärzte in jeder Situation authentisch, so dass einige Vorgehensweisen auch aus diesem Blickwinkel kritisch hinterfragt werden müssen. Zudem ist die Anwendung von CAM sicherlich auch keine unabdingbare Voraussetzung für eine Medizin, die den existenziellen Bedürfnissen der Patienten gerecht wird.

5.4 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie zeigt mit der therapeutisch unbestimmten Situation einen Teil des Spannungsfeldes, in welchem sich Hausärzte täglich bewegen, offensichtlich ohne dies als wesentlich störend zu empfinden. Hilfreich scheint für sie dabei zu sein, innerhalb dieses Feldes ein gewisses Spektrum an Möglichkeiten zu haben, aus dem sie sich bedienen können.

Die vorliegenden Einblicke in die Denkweisen der Hausärzte können bei so viel vorherrschendem Pragmatismus den Leser je nach Perspektive durchaus aufschrecken. Im Hinblick auf die

therapeutisch unbestimmte Situation werden die interviewten Hausärzte der idealen Vorstellung, als Patient bei jedem Arzt mit dem gleichen Behandlungsanliegen auch gleich behandelt zu werden, sicherlich nicht gerecht. Dennoch zeigt die Studie, dass sich die einzelnen Hausärzte durchaus bemühen, den Anforderungen von Praxis, Patienten, Medizin und eigenen Idealen gerecht zu werden, und diesen „Graubereich“ der Unbestimmtheit nach Möglichkeit produktiv zu nutzen (Barth et al. 2014).

Auch wenn einige der in dieser Studie gezeigten Strategien und Denkweisen aus akademisch-wissenschaftlicher Perspektive höchst fragwürdig erscheinen, legen die Ergebnisse nahe, dass zumindest zum jetzigen Zeitpunkt ein gewisser Grad an „Unwissenschaftlichkeit“ und Pragmatismus integraler Teil der hausärztlichen Praxis ist, der seine Gründe in dem Wesen der hausärztlichen Tätigkeit zu haben scheint. Während die Lösung aus wissenschaftlich-akademischer Sicht mit der Empfehlung eines empathischen Gesprächs relativ einfach ist, zeigt die Studie, dass dies aus der Logik der Praxis heraus aus verschiedenen Gründen eben nicht immer so einfach ist. Mehr Zeit in der Praxis für den einzelnen Patienten und ein besseres Training von Kommunikationsstrategien würden sicherlich helfen, mehr therapeutisch unbestimmte Situationen mittels eines Gesprächs zu lösen. Trotzdem weisen die vorliegenden Ergebnisse bereits darauf hin, dass nicht jede Situation mit Zeit und einer besseren Gesprächstechnik zu lösen sein wird: Während der eine Arzt empathisch mit manchen Patienten sprechen kann und zu ihnen einfach „einen guten Draht“ hat, kommt er bei anderen an seine Grenzen. Ein anderer Arzt fühlt sich grundsätzlich nicht in der Lage, mittels verbaler Interventionen mit psychosomatischen Patienten umzugehen. Dennoch möchten Hausärzte idealerweise auch als Mensch ihre Patienten begleiten, ihnen in ihrer Lebenswelt und in ihrer Sprache begegnen und ihnen weiterhelfen. Dafür scheinen sie einen gewissen Handlungsspielraum zu benötigen, innerhalb von dem sie auch eigene Schwerpunkte setzen und das für sie passende Handwerkszeug selbst auswählen können. So lange es kein offiziell anerkanntes und für alle Beteiligten sinnvolles Vorgehen zum Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen gibt, sollten die Vorgehensweisen der einzelnen Ärzte somit nicht von vornherein abgewertet werden. Vielmehr ergibt sich aus den Ergebnissen die Notwendigkeit, über die verschiedenen Strategien vermehrt ins Gespräch zu kommen. Bereits ein stärkerer Fokus darauf könnte fragwürdige Verhaltensweisen reduzieren. Eine bessere Kenntnis der höchst persönlich geprägten Realitäten der Praxis und weitere Forschung in diesem Gebiet könnten helfen, Theorie und Praxis besser zusammenzubringen und angehende Allgemeinmediziner optimaler auf die Praxis vorzubereiten. Gleichzeitig macht es Sinn, Unbestimmtheit und Unsicherheit stärker als integralen Teil der hausärztlichen Praxis anzusehen und zu integrieren (Malterud et al. 2017).

Anregungen für zukünftige Forschung

Die vorliegende Studie gibt verschiedene Ansatzpunkte für mögliche zukünftige Forschungsvorhaben, wovon einige hier genannt werden sollen:

Als Voraussetzung für weitere Forschung im Bereich der therapeutisch unbestimmten Situation sollte nochmals die Perspektive überdacht und ggf. angepasst werden (vgl. Überlegungen in Kap. 5.3.1). Mittels teilnehmender Beobachtung bzw. Videoaufnahmen könnten die therapeutisch unbestimmte Situation und die Strategien genauer skizziert werden. Darauf folgende Interviews mit den Hausärzten zu konkreten Situationen könnten ihre Motivationen, ihre Denk- und Handlungsweisen transparenter machen. Interviews mit Ärzten wie auch Patienten zu konkreten therapeutisch unbestimmten Situationen in der hausärztlichen Praxis könnten zu einem besseren Verständnis der zwei Positionen beitragen und helfen, die Vorgehensweisen zu optimieren. Interviews mit Ärzten anderer Fachrichtungen könnten zeigen, inwiefern therapeutisch unbestimmte Situationen auch in anderen Fachrichtungen auftreten und wie diese Ärzte damit umgehen.

Da für die vorliegende Studie vor allem erfahrene Hausärzte interviewt wurden, könnten nun junge angehende Hausärzte befragt werden, wie sie die therapeutisch unbestimmte Situation in der Praxis erleben. Fragen könnten hier z. B. sein: „Wie erleben Sie die Anliegen der Patienten? Gibt es Unterschiede zur Klinik? Kommen Sie manchmal an Ihre Grenzen? Wenn ja, wo und warum? Was würde Ihnen helfen?“ etc. Auch der Stellenwert von Wissenschaftlichkeit in der hausärztlichen Praxis könnte Gegenstand einer qualitativen Studie sein. Was verstehen Hausärzte überhaupt darunter?

Kap 4.4.6.3 zeigt exemplarisch persönliche Entwicklungen von Hausärzten in Bezug auf CAM. In einer qualitativen Längsschnittstudie könnten Hausärzte über mehrere Jahre immer wieder zu ihren Erfahrungen, ihrer Entwicklung und Veränderungsprozessen interviewt werden, sowohl in Bezug auf CAM wie auch auf die therapeutisch unbestimmte Situation. Veränderungen in der Praxis könnten auch untersucht werden, indem man Hausärzte interviewt, die ein CAM-Verfahren erlernen. Interviews vor, während und nach den Kursen könnten helfen, die Ausgangssituation zu erfassen und zu sehen, was sich konkret in der Praxistätigkeit im Verlauf ändert.

Zwei qualitative Interviewstudien wurden bereits an diese Arbeit angeschlossen: Eine Studie zum Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen und zur Anwendung von Komplementärmedizin bei Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin (Dissertationsvorhaben Christina Huber, Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, TUM) sowie eine Studie mit Hausärzten, die aus eigener praktischer Erfahrung das deutsche System sowie andere Gesundheitssysteme (v. a. in Großbritannien, Norwegen, Niederlande und Südtirol) kennen und die diesbezügliche Unterschiede in den Vorgehensweisen aufzeigen soll (Dissertationsvorhaben Robert Bayer, Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, TUM).

Anregungen für praktizierende Hausärzte

Eine bessere Aufklärung über die therapeutisch unbestimmte Situation und damit eine Anregung zur Reflexion des eigenen Vorgehens dürfte Hausärzten in der Praxis helfen, angemessen mit therapeutisch unbestimmten Situationen umzugehen. Für den Arzt in der Praxis (und auch in der Klinik) gibt diese Studie reichlich Anregungen, das eigene Handeln zu überdenken und ggf. zu verändern: Inwiefern finde ich mich in den Ergebnissen wieder? Wie gehe ich mit therapeutisch unbestimmten Situationen um? Bis wohin fühle ich mich zuständig? Passen meine Handlungen in jeder Situation zu dem Bild, das ich von mir als Arzt habe? Was sind meine wissenschaftlichen, beruflichen und menschlichen Ideale und wie werde ich ihnen gerecht? Wo handle ich vielleicht auch einmal gegen meine Überzeugungen? Wo wird meine Tätigkeit beliebig? etc.

Auch im Alltag sollten berufliche Ideale, Ethik, die Realität des Patienten und der Praxis sowie die eigenen ärztlichen Erfahrungen und Vorstellungen immer wieder neu reflektiert, diskutiert und abgewogen werden. So lange die „richtige“ Strategie nicht immer die „richtige“ Wahl ist, eine Vorgehensweise aus verschiedenen Perspektiven also sehr unterschiedlich bewertet werden kann (nach Agledahl et al. 2010) und die Antworten auf viele Fragen noch nicht gefunden sind, liegt es in der Verantwortung des einzelnen Arztes, seine Vorgehens- und Denkweisen regelmäßig kritisch zu hinterfragen.

Aus Sicht der Verfasserin können dabei auch CAM-Verfahren einen Platz in der Praxis einnehmen, wenn dabei z. B. beachtet wird, dass sie nicht als Ersatz für indizierte medizinische Interventionen angeboten werden, der Patient über ihren Stellenwert aufgeklärt wird und der behandelnde Arzt hinter dem Verfahren stehen kann. Dennoch sollte es weiterhin als wichtige ärztliche Aufgabe gesehen werden, die Patienten – wann immer möglich – zu einem selbstverantwortlichen und bewussten Umgang mit sich und ihrer Gesundheit anzuregen, so dass sie vielleicht grundsätzlich weniger (CAM-)Therapien benötigen.

6 LITERATURVERZEICHNIS

- Agledahl, K. M., Førde, R. & Wifstad, A. (2010). Clinical essentialising. A qualitative study of doctors' medical and moral practice. *Med Health Care Philos* 13 (2), 107–113.
doi:10.1007/s11019-009-9193-z
- Agledahl, K. M., Gulbrandsen, P., Førde, R. & Wifstad, Å. (2011). Courteous but not curious. How doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. *J Med Ethics* 37 (11), 650–654. doi:10.1136/jme.2010.041988
- Alostad, A. H., Steinke, D. T. & Schafheutle, E. I. (2018). International Comparison of Five Herbal Medicine Registration Systems to Inform Regulation Development. United Kingdom, Germany, United States of America, United Arab Emirates and Kingdom of Bahrain. *Pharmaceut Med* 32 (1), 39–49. doi:10.1007/s40290-018-0223-0
- Alscher, A. C. (2018). Verwendung und Bewertung von komplementären Verfahren unter niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen, Internisten und Orthopäden. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Dissertation Technische Universität München.
<https://mediatum.ub.tum.de/doc/1395016/1395016.pdf>. Zugegriffen: 07.06.2019.
- Anlauf, M., Hein, L., Hense, H.-W., Köbberling, J., Lasek, R., Leidl, R. & Schöne-Seifert, B. (2015). Complementary and alternative drug therapy versus science-oriented medicine. *Ger Med Sci* 13, Doc05. doi: 10.3205/000209
- Bahrs, O. (2003). Mein Hausarzt hat Zeit für mich - Wunsch und Wirklichkeit. Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 3 (1), 17–23.
- Bahrs, O. & Dingelstedt, A. (2010). Auf der Suche nach der verlorenen Zeit: Zur angemessenen Dauer des hausärztlichen Gesprächs aus Sicht der Versicherten. In *Gesundheitsmonitor 2009* (S. 80–101).
- Barth, N., Nassehi, A. & Schneider, A. (2014). Umgang mit Unbestimmtheit. Zur Hypermodernität des Hausarztes. *ZEFQ* 108 (1), 59–65. doi:10.1016/j.zefq.2013.11.004
- Beresford, E. B. (1991). Uncertainty and the shaping of medical decisions. *Hastings Cent Rep* 21 (4), 6–11.
- Blumer, H. (1972). Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit* (S. 80–101). Reinbeck: Rowohlt.

- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3. Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Bos, W. (1989). Reliabilität und Validität in der Inhaltsanalyse. In W. Bos & C. Tarnai (Hrsg.), *Angewandte Inhaltsanalyse in empirischer Pädagogik und Psychologie* (Waxmann-Wissenschaft, S. 61–72). Münster: Waxmann.
- Bradley, C. P. (1992). Uncomfortable prescribing decisions. A critical incident study. *BMJ* 304 (6822), 294–296. doi:10.1136/bmj.304.6822.294
- Braun, R. N., Mader, F. H. & Danninger, H. (1990). *Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. 82 Handlungsanweisungen für den Hausarzt* (Neue Allgemeinmedizin, 2. Aufl., völlig neu bearb). Berlin: Springer.
- Comaroff, J. (1976). A bitter pill to swallow. Placebo therapy in general practice. *Sociol Rev* 24 (1), 79–96.
- Courtenay, M., Rowbotham, S., Lim, R., Deslandes, R., Hodson, K., MacLure, K., Peters, S. & Stewart, D. (2017). Antibiotics for acute respiratory tract infections. A mixed-methods study of patient experiences of non-medical prescriber management. *BMJ open* 7 (3), e013515. doi:10.1136/bmjopen-2016-013515
- Fässler, M., Meissner, K., Schneider, A. & Linde, K. (2010). Frequency and circumstances of placebo use in clinical practice--a systematic review of empirical studies. *BMC medicine* 8, 15. doi:10.1186/1741-7015-8-15
- Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (Hrsg.). (2015). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (Rororo Rowohlts Enzyklopädie, Bd. 55628, Originalausgabe, 11. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlts Enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Gerrity, M. S., DeVellis, R. F. & Light, D. W. (1992). Uncertainty and Professional Work. Perceptions of Physicians in Clinical Practice. *Am J Sociol* 97 (4), 1022–1051. doi:10.1086/229860
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *Discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research* (Observations). New York: Aldine Pub. Co.
- Green, L. A., Fryer, G. E., Yawn, B. P., Lanier, D. & Dovey, S. M. (2001). The ecology of medical care revisited. *New Engl J Med* 344 (26), 2021–2025. doi:10.1056/NEJM200106283442611
- Green, J. & Thorogood, N. (2014). *Qualitative methods for health research* (Introducing qualitative methods, 3rd edition). Los Angeles: SAGE.

- Grimaldi-Bensouda, L., Bégaud, B., Rossignol, M., Avouac, B., Lert, F., Rouillon, F., Bénichou, J., Massol, J., Duru, G., Magnier, A.-M., Abenhaim, L. & Guillemot, D. (2014). Management of upper respiratory tract infections by different medical practices, including homeopathy, and consumption of antibiotics in primary care. The EPI3 cohort study in France 2007-2008. *PloS one* 9 (3), e89990. doi:10.1371/journal.pone.0089990
- Haller, H., Cramer, H., Lauche, R. & Dobos, G. (2015). Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztebl Int* 112 (16), 279–287. doi:10.3238/arztebl.2015.0279
- Heijmans, M., Olde Hartman, T. C., van Weel-Baumgarten, E., Dowrick, C., Lucassen, P. L. B. J. & van Weel, C. (2011). Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Fam Pract* 28 (4), 444–455. doi:10.1093/fampra/cmr004
- Heinze, T. & Thiemann, F. (1982). Kommunikative Validierung und das Problem der Geltungsbegründung. Bemerkungen zum Beitrag von E. Terhart. *Z f Paed* 28, 635–642.
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Henriksen, K. & Hansen, E. H. (2004). The threatened self. General practitioners' self-perception in relation to prescribing medicine. *Soc Sci Med* 59 (1), 47–55. doi:10.1016/j.socscimed.2003.10.004
- Hirschhorn, K. A. & Bourgeault, I. L. (2005). Conceptualizing mainstream health care providers' behaviours in relation to complementary and alternative medicine. *Soc Sci Med* 61 (1), 157–170. doi:10.1016/j.socscimed.2004.11.048
- Höfner L. M. (2015). *Befragung von bayerischen Hausärzten zur Nutzung unspezifischer Therapieeffekte in der ambulanten Krankenversorgung. Dissertation Ludwig-Maximilians-Universität München.*
- Howick, J., Bishop, F. L., Heneghan, C., Wolstenholme, J., Stevens, S., Hobbs, F. D. R. & Lewith, G. (2013). Placebo use in the United Kingdom. Results from a national survey of primary care practitioners. *PloS one* 8 (3), e58247. doi:10.1371/journal.pone.0058247
- Hróbjartsson, A. (2008). Clinical placebo interventions are unethical, unnecessary, and unprofessional. *J Clin Ethics* 19 (1), 66–69.
- Jarvis, A., Perry, R., Smith, D., Terry, R. & Peters, S. (2015). General practitioners' beliefs about the clinical utility of complementary and alternative medicine. *Prim Health Care Res Dev* 16 (3), 246–253. doi:10.1017/S146342361400022X

- Johansen, M.-L. & Risor, M. B. (2017). What is the problem with medically unexplained symptoms for GPs? A meta-synthesis of qualitative studies. *Patient Educ Couns* 100 (4), 647–654. doi:10.1016/j.pec.2016.11.015
- Joos, S., Musselmann, B., Szecsenyi, J. & Goetz, K. (2011a). Characteristics and job satisfaction of general practitioners using complementary and alternative medicine in Germany - is there a pattern? *BMC Complement Altern Med* 11, 131. doi:10.1186/1472-6882-11-131
- Joos, S., Musselmann, B. & Szecsenyi, J. (2011b). Integration of complementary and alternative medicine into family practices in Germany. Results of a national survey. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011, 495813. doi:10.1093/ecam/nep019
- Jütte, R. (1999). The Historiography of Nonconventional Medicine in Germany: A Concise Overview. *Med Hist* 43 (3), 342–358.
- Kassirer, J. P. (1989). Our stubborn quest for diagnostic certainty. A cause of excessive testing. *New Engl J Med* 320 (22), 1489–1491. doi:10.1056/NEJM198906013202211
- Knotternus J A. (1991). Medical Decision Making By General Practitioners and Specialists. *Fam Pract* 8 (4), 305–307. doi:10.1093/fampra/8.4.305
- Koch, K., Miksch, A., Schürmann, C., Joos, S. & Sawicki, P. T. (2011). The German health care system in international comparison. The primary care physicians' perspective. *Dtsch Arztebl Int* 108 (15), 255–261. doi:10.3238/arztebl.2011.0255
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis* (2., aktualisierte Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (5., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Linde, K. (2013). The use of placebo interventions in clinical practice. *Complement Ther Med* 21 (2), 109–111. doi:10.1016/j.ctim.2012.11.010
- Linde, K. (2015). Darf ein guter Allgemeinmediziner an Komplementärmedizin glauben oder Placebos anwenden? *Z Allg Med* 91 (5), 201–206. doi: 10.3238/zfa.2015.0201–0206
- Linde, K., Alscher, A., Friedrichs, C., Joos, S. & Schneider, A. (2014a). Die Verwendung von Naturheilverfahren, komplementären und alternativen Therapien in Deutschland - eine systematische Übersicht bundesweiter Erhebungen. *Forsch Komplementmed* 21 (2), 111–118. doi:10.1159/000360917

- Linde, K., Alscher, A., Friedrichs, C., Wagenpfeil, S., Karsch-Völk, M. & Schneider, A. (2015a). Belief in and use of complementary therapies among family physicians, internists and orthopaedists in Germany - cross-sectional survey. *Fam Pract* 32 (1), 62–68. doi:10.1093/fampra/cmu071
- Linde, K., Atmann, O., Meissner, K., Schneider, A., Meister, R., Kriston, L. & Werner, C. (2018). How often do general practitioners use placebos and non-specific interventions? Systematic review and meta-analysis of surveys. *PloS one* 13 (8), e0202211. doi:10.1371/journal.pone.0202211
- Linde, K., Fässler, M. & Meissner, K. (2011). Placebo interventions, placebo effects and clinical practice. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 366 (1572), 1905–1912. doi:10.1098/rstb.2010.0383
- Linde, K., Friedrichs, C., Alscher, A., Wagenpfeil, S., Meissner, K. & Schneider, A. (2014b). 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), e92938. doi:10.1371/journal.pone.0092938
- Linde, K., Friedrichs, C., Alscher, A. & Schneider, A. (2015b). Verwendung komplementärer Therapien und Einsatz von Placebos durch niedergelassene Ärzte in Deutschland. *Z Allg Med* 91 (6), 254–259. doi:10.3238/zfa.2015
- Luhmann, N. (1974). *Soziologische Aufklärung. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme* (4. Aufl.). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mader, F. H. & Riedl, B. (2018). *Allgemeinmedizin und Praxis. Facharztwissen, Facharztprüfung: Anleitung in Diagnostik, Therapie und Betreuung* (8., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Berlin: Springer.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research. Standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 358 (9280), 483–488. doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6
- Malterud, K., Guassora, A. D., Reventlow, S. & Jutel, A. (2017). Embracing uncertainty to advance diagnosis in general practice. *Br J Gen Pract* 67 (659), 244–245. doi:10.3399/bjgp17X690941
- MAXQDA. The art of data analysis. <https://www.maxqda.de/>. Zugegriffen: 07.06.2019.
- May, C., Allison, G., Chapple, A., Chew-Graham, C., Dixon, C., Gask, L., Graham, R., Rogers, A. & Roland, M. (2004). Framing the doctor-patient relationship in chronic illness. A comparative study of general practitioners' accounts. *Social Health Illn* 26 (2), 135–158. doi:10.1111/j.1467-9566.2004.00384.x
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (Beltz Pädagogik, 11., aktualisierte und überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Meissner, K., Höfner, L., Fässler, M. & Linde, K. (2012). Widespread use of pure and impure placebo interventions by GPs in Germany. *Fam Pract* 29 (1), 79–85. doi:10.1093/fampra/cmr045
- Merton, R. K. & Kendall P. L. (1979). Das fokussierte Interview. In C. Hopf (Hrsg.), *Qualitative Sozialforschung* (1. Aufl., S. 171–203). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Morris, C. J., Cantrill, J. A. & Weiss, M. C. (2001). GPs' attitudes to minor ailments. *Fam Pract* 18 (6), 581–585. doi:10.1093/fampra/18.6.581
- National Cancer Institute. NCI Dictionary of Cancer Terms. complementary and alternative medicine. <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/complementary-and-alternative-medicine>. Zugegriffen: 07.06.2019.
- National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>. Zugegriffen: 07.06.2019.
- Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O. & Pfaff, H. (2009). Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy. A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns* 74 (3), 339–346. doi:10.1016/j.pec.2008.11.013
- O'Doherty, J., Leader, L. F. W., O'Regan, A., Dunne, C., Puthoopparambil, S. J. & O'Connor, R. (2019). Over prescribing of antibiotics for acute respiratory tract infections; a qualitative study to explore Irish general practitioners' perspectives. *BMC Fam Pract* 20 (1), 27. doi:10.1186/s12875-019-0917-8
- Parsons, T. (1970). *The social system*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2008). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg Verlag.
- Rizo, C. A. (2002). What's a good doctor and how do you make one? *BMJ* 325 (7366), 711. doi:10.1136/bmj.325.7366.711
- Schulz, V. & Hänsel, R. (1996). *Rationale Phytotherapie. Ratgeber für die ärztliche Praxis* (3., völlig überarbeitete Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schwartz, R. K., Soumerai, S. B. & Avorn, J. (1989). Physician motivations for nonscientific drug prescribing. *Soc Sci Med* 28 (6), 577–582.
- Shaw E, Oandasan I & Fowler N. (2017). *CanMEDS Family Medicine 2017. A competency framework for family physicians across the continuum*. Mississauga: The College of Family Physicians of Canada.

- Sozialgesetzbuch. Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung. § 12 SGB V
Wirtschaftlichkeitsgebot. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/12.html>.
Zugegriffen: 07.06.2019.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1996). *Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*.
Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Strübing, J. (2014). *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung
eines pragmatistischen Forschungsstils* (3. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Thanner, M., Nagel, E. & Loss, J. (2014). Komplementäre und alternative Heilverfahren im
vertragsärztlichen Bereich. Ausmaß, Struktur und Gründe des ärztlichen Angebots.
Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes) 76 (11),
715–721. doi:10.1055/s-0033-1364013
- van der Werf, E. T., Duncan, L. J., Flotow, P. v. & Baars, E. W. (2018). Do NHS GP surgeries employing
GPs additionally trained in integrative or complementary medicine have lower antibiotic
prescribing rates? Retrospective cross-sectional analysis of national primary care prescribing data
in England in 2016. *BMJ open* 8 (3), e020488. doi:10.1136/bmjopen-2017-020488
- Weiss, M. C. & Scott, D. (1997). Whose rationality? A qualitative analysis of general practitioners'
prescribing. *Pharm J* 259, 339–341.
- White K L, Williams T F & Greenberg B G. (1961). The ecology of medical care. *New Engl J Med* 265,
885–892. doi:10.1056/NEJM196111022651805
- Witt, C. (Hrsg.). (2010). *Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht. Ergebnisse eines Expertentreffens
(CAM-Expertise)*. Essen: KVC-Verlag.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in
der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (227-255). Weinheim, Basel:
Beltz Verlag.
- Wollny, A. & Marx, G. (2009). Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine
forschende Allgemeinmedizin. Teil 2: Qualitative Inhaltsanalyse vs. Grounded Theory. *Z Allg Med*
85, 467-476. doi:10.3238/zfa.2009.0467
- WONCA. (2011). Definition 3rd ed 2011 with revised wonca tree.
<http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>. Zugegriffen: 07.06.2019.
- Wübken, M., Oswald, J. & Schneider, A. (2013). Umgang mit diagnostischer Unsicherheit in der
Hausarztpraxis. *ZEFQ* 107 (9-10), 632–637. doi:10.1016/j.zefq.2013.10.017

7 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Die therapeutisch unbestimmte Situation.....	12
Abbildung 2: Rekrutierung der Interviewpartner.....	19
Abbildung 3: Argumentationslogik und zentrale Themen	37
Abbildung 4: Spannungsfeld Wissenschaft – Arzt – Patient	38
Abbildung 5: Zeitpunkt der Facharztprüfung für Allgemeinmedizin.....	39
Abbildung 6: Versuch einer Zuordnung der Interviewteilnehmer bezüglich ihrer	
Haltung gegenüber CAM.....	41
Abbildung 7: Strategien im Umgang mit klaren medizinischen Indikationen und.....	
therapeutisch unbestimmten Situationen.....	46
Abbildung 8: Dynamiken in der kassenärztlichen Hausarztpraxis	103
Abbildung 9: Beeinflussung der Auswahl der Strategien durch verschiedene Faktoren.....	104

8 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Zentrale Themen des Leitfadens mit Folgefragen.....	21
Tabelle 2: Prinzip der Anonymisierung im Rahmen der Transkription	30
Tabelle 3: Zusammenstellung Kategorien und Zitate.....	33
Tabelle 4: Forschungsfragen und Kernkategorien	38
Tabelle 5: Charakteristika der Interviewpartner	40

9 INTERVIEWVERZEICHNIS

Nr. ⁸	Dauer des Interviews	Inhaber / Angestellter	Facharzt seit < oder > 10 Jahren	m/w	Altersgruppe	Praxislage (G = Großstadt mit Vororten, K = Kleinstadt / Markt, D = Dorf)	Anzahl Zusatzbez. CAM ⁹
01	00:45	Inhaber	> 10	m	51-60	G	1
02	01:04	Inhaber	> 10	m	51-60	D	0
03	01:12	Inhaber	> 10	m	41-50	G	3
04	00:59	Inhaber	> 10	w	61-70	G	2
05	00:51	Angestellt	< 10	w	41-50	G	0
06	00:51	Inhaber	> 10	m	61-70	D	1
07	01:01	Inhaber	> 10	w	51-60	K	2
08	00:53	Inhaber	> 10	m	61-70	K	4
09	00:52	Inhaber	> 10	w	41-50	D	0
10	00:41	Inhaber	< 10	w	41-50	D	0
11	00:49	Inhaber	> 10	m	51-60	D	1
12	00:58	Inhaber	> 10	m	41-50	K	0
13	00:47	Inhaber	> 10	m	41-50	K	0
14	01:09	Inhaber	> 10	w	61-70	D	1
15	00:43	Inhaber	> 10	m	41-50	K	0
16	00:49	Inhaber	> 10	m	51-60	K	0
17	00:53	Inhaber	< 10	w	41-50	K	0
18	00:46	Inhaber	> 10	m	61-70	D	3
19	00:34	Angestellt	< 10	w	41-50	K	0
20	00:52	Inhaber	< 10	m	41-50	D	0

⁸ Entspricht nicht der tatsächlich durchgeführten Reihenfolge

⁹ Anzahl der Zusatzbezeichnungen aus dem Bereich CAM: Akupunktur, Chirotherapie, Homöopathie, Naturheilverfahren

10 ANHANG

10.1 Studieninformation

Wissenschaftlichkeit, komplementärmedizinische Therapien und Placebos in der hausärztlichen Praxis – eine qualitative Studie
Studieninformation 14.09.2015



TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Klinikum rechts der Isar
Institut für Allgemeinmedizin
Direktor: Univ. Prof. Dr. Antonius Schneider

Studieninformation

Wissenschaftlichkeit, komplementärmedizinische Therapien und Placebos in der hausärztlichen Praxis – eine qualitative Studie

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

in den vergangenen Jahren hat unsere Arbeitsgruppe am Institut für Allgemeinmedizin im Rahmen von Befragungen die Verwendung wissenschaftlich umstrittener Interventionen – Placebos, unspezifischen Therapien und komplementär- und alternativmedizinischen Verfahren – durch Hausärzte untersucht. Mit Hilfe standardisierter, quantitativ orientierter Befragungen lassen sich tiefer gehende Motivations- und Handlungsstrukturen jedoch nicht zufriedenstellend erfassen. Daher führen wir nun eine qualitative Studie durch, in der wir ca. 20 Hausärzte in Einzelinterviews befragen. Ziel der Studie ist es, besser zu verstehen, warum Allgemeinärzte unterschiedliche Vorgehensstile für die Bewältigung unbestimmter Situationen entwickeln und verwenden, warum sie dabei häufig auf komplementär- und alternativmedizinische Verfahren und gelegentlich auf Placebos oder unspezifische Therapien zurückgreifen und inwieweit dies als Konflikt mit wissenschaftlichen und professionalen Idealen empfunden wird. Weiterhin sollen Hinweise darauf ermittelt werden, wie Ärzte, die angeben, weder CAM-Verfahren, Placebos noch unspezifische Therapien zu verwenden, ihren Alltag meistern.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie unsere Forschungsabsicht unterstützen und sich für ein Interview von 30 bis 90 Minuten Dauer zur Verfügung stellen. Die Interviews werden mit einem Audio-Aufnahmegerät aufgezeichnet, nach wissenschaftlichen Regeln transkribiert und vollständig anonymisiert. Es ist gewährleistet, dass keine Identifikation personenbezogener Daten aus dem Material möglich ist (siehe hierzu auch die Rückseite dieser Information). Die Daten werden ausschließlich durch das Institut für Allgemeinmedizin ausgewertet. Es erfolgt keine Weitergabe der Daten an Dritte. Anbei finden Sie eine Einverständniserklärung zur anonymisierten Nutzung Ihrer Daten.

Rücktrittsrecht:

Sie können Ihr Einverständnis jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückziehen. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig.

Falls Sie konkrete Fragen zu Ablauf, Durchführung, Ziele oder Methoden der Studie haben oder sonstige Information benötigen, können Sie sich sehr gerne an Frau cand. med. Agnes Ostermaier, die diese Studie im Rahmen ihrer Dissertation primär durchführt, oder an den Leiter der Studie, Prof. Dr. Klaus Linde, wenden.

cand. med. Agnes Ostermaier / Prof. Dr. med. Klaus Linde
Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum rechts der Isar TU München
Orleansstrasse 47, 81667 München
E-Mail: klaus.linde@tum.de
Telefon: 089/614 6589 -16
Telefax: 089/6146589 - 15

Institut für Allgemeinmedizin (Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. A. Schneider)
Technische Universität München

Maßnahmen zum Datenschutz:

1. Ihre Angaben werden für die Datenverarbeitung auf elektronischen Datenträgern beim Institut für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München aufgezeichnet. Für die Auswertung werden diese Daten vollständig anonymisiert. Die erhobenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Audio-Aufnahme wird nach Übertragung des Textes (Transkription) gelöscht.
2. Auf die erhobenen Daten kann nur unter Beachtung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen für wissenschaftliche Analysen sowie zu Lehrzwecken zurückgegriffen werden.

10.2 Einverständniserklärung zur Teilnahme

Wissenschaftlichkeit, komplementärmedizinische Therapien und Placebos in der hausärztlichen Praxis – eine qualitative Studie
Einverständniserklärung 14.09.2015



TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Klinikum rechts der Isar
Institut für Allgemeinmedizin
Direktor: Univ. Prof. Dr. Antonius Schneider

Einverständniserklärung zur Teilnahme

Wissenschaftlichkeit, komplementärmedizinische Therapien und Placebos in der hausärztlichen Praxis – eine qualitative Studie

(zum Verbleib beim Institut für Allgemeinmedizin)
(Kopie verbleibt beim Arzt)

.....
Name des Arztes in Druckbuchstaben

Ich bin anhand der schriftlichen Studieninformation ausführlich und verständlich über Sinn und Bedeutung der geplanten Untersuchung informiert worden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorliegende Studieninformation erhalten, gelesen und verstanden habe. Über die Einzelheiten bei der Durchführung der Studie wurde ich unterrichtet. Alle meine Fragen wurden mir ausreichend und zu meiner Zufriedenheit vollständig beantwortet. **Ich bin damit einverstanden, dass die von mir in den Interviews erhobenen Daten zu wissenschaftlichen Zwecken in anonymisierter Form genutzt werden.** Ich stimme der Teilnahme an dieser Studie freiwillig zu. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit meine Teilnahme an dieser Studie widerrufen kann, ohne dass mir Nachteile entstehen.

Datenschutz:

Mir ist bekannt, dass bei dieser Befragung personenbezogene Daten gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Befragung folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus; das heißt, ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Befragung teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen der Befragung personenbezogene Daten über mich erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern beim Institut für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München aufgezeichnet werden. Für die Auswertung werden diese Daten vollständig anonymisiert. Die Audio-Aufnahme wird nach Übertragung des Textes (Transkription) gelöscht. Die erhobenen Daten werden nicht weitergegeben.

Institut für Allgemeinmedizin (Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. A. Schneider)
Technische Universität München

11 VERÖFFENTLICHUNGEN ZUR DISSERTATION

Originalarbeiten in Zeitschriften mit Peer-Review-Verfahren:

Ostermaier, A., Barth, N., Schneider, A. & Linde, K. (2019). On the edges of medicine - a qualitative study on the function of complementary, alternative, and non-specific therapies in handling therapeutically indeterminate situations. *BMC Fam Pract* 20 (1), 55.

doi: 10.1186/s12875-019-0945-4

Ostermaier, A., Barth, N. & Linde, K. (in revision). How German general practitioners justify their use of complementary and alternative medicine – a qualitative study. *BMC Complement Altern Med*

Veröffentlichte Abstracts zu Kongressvorträgen mit Peer-Review-Verfahren:

Ostermaier, A., Barth, N. & Linde, K. (2016). *Komplementärmedizin, Wissenschaftlichkeit und hausärztliche Praxis – eine qualitative Studie*. 50. Kongress für Allgemein- und Familienmedizin der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM), 29.09. bis 01.10.2016, Frankfurt am Main. <https://www.egms.de/static/de/meetings/degam2016/16degam185.shtml>
doi: 10.3205/16degam185

Linde, K., Ostermaier, A. & Barth, N. (2017). *Placebo is a bitter pill – why many German physicians prefer complementary or alternative treatments to placebos*. 1st official Society in Placebo Studies (SIPS) conference on placebo studies. 02. bis 04.04.2017, Leiden, Niederlande.
<http://sipsconference2017.com/wp-content/uploads/2017/03/SIPS-Abstract-Book-27-03-2017Final.pdf> (p. 59)

Linde, K., Huber, C., Bayer, R., Ostermaier, A. & Barth, N. (2019). *Einflussfaktoren auf den Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen in der hausärztlichen Praxis*. 53. Kongress für Allgemein- und Familienmedizin der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM), 12. bis 14.09.2019, Erlangen.
<https://www.egms.de/static/en/meetings/degam2019/19degam036.shtml>
doi: 10.3205/19degam036

12 DANKSAGUNG

Mein Dank gilt

- Prof. Dr. med. Klaus Linde für sein Vertrauen, mir die Durchführung dieser ersten rein qualitativen Studie am Institut zu überlassen, seine ansteckende Begeisterung für das Thema, die stets wohlwollende Förderung und Begleitung des Projekts sowie insbesondere sein Engagement bei der Erstellung der Publikationsmanuskripte.
- allen, die in Bezug auf Inhalt und/oder Methodik zu verschiedenen Zeitpunkten wegweisend, unterstützend und inspirierend beteiligt waren, besonders Dr. des. Niklas Barth und Dr. rer. biol. hum. Sandra Thiersch sowie Dipl.-Soz. Maria Ruhfaß, M. A., Dr. rer. nat. Katja Kühlmeyer und Lena Horf.
- den Hausärzten, die ihre Zeit, ihre Erfahrungen und Gedanken für diese Studie zur Verfügung gestellt haben, sowie den Kollegen, die entsprechende Kontakte vermittelt haben. Die Interviews haben die vorliegende Arbeit erst ermöglicht und waren bzw. sind auch für mich persönlich immer wieder spannend und faszinierend.

Agnes Ostermaier, Pfingsten 2019